



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ :

«Η ηθική της ευθανασίας και το νομικό της πλαίσιο
στις χώρες του Δυτικού κόσμου σε σύγκριση με την
Ελλάδα»

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΤΡΙΝΑ ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ

Παναγάκης Αθανάσιος

ΑΘΗΝΑ , 2019

Η ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΤΗΣ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιαστεί το ζήτημα της ευθανασίας, που αποτελεί ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα θέματα, τόσο από ηθικής όσο και από νομικής άποψης. Αρχικά παρατίθενται κάποιοι βασικοί εννοιολογικοί προσδιορισμοί και στη συνέχεια ακολουθεί η διάκριση των μορφών της ευθανασίας σε ενεργητική, παθητική και ευγονική – κοινωνική ευθανασία. Στο ίδιο κεφάλαιο αναφέρονται τα κίνητρα που οδηγούν στην ευθανασία, τα επιχειρήματα υπέρ και κατά της συγκεκριμένης πρακτικής και παρουσιάζονται οι ψυχολογικές, ιδεολογικές και κοινωνικές παράμετροι που οδηγούν τις κοινωνίες να λάβουν θέση είτε υπέρ είτε κατά της εφαρμογής της ευθανασίας. Στη συνέχεια αναφέρονται οι ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της όπως και η εκκλησιαστική προσέγγιση της.

Στο 2ο κεφάλαιο παρουσιάζεται η νομική αντιμετώπιση του ζητήματος στην Ελλάδα. Ειδικότερα αναλύεται η διάταξη του άρθρου 300 του ελληνικού ΠΚ καθώς αποτελεί την μοναδική διάταξη που άπτεται του ζητήματος χωρίς ωστόσο να εισάγει ρητά τον όρο «ευθανασία», ο οποίος σημειωτέον χρησιμοποιείται μονάχα στον νόμο 4039/2012 που αφορά στα δεσποζόμενα και τα αδέσποτα ζώα συντροφιάς και την προστασία τους από την εκμετάλλευση ή την χρησιμοποίηση τους με κερδοσκοπικό σκοπό και ακολουθεί η ανάλυση των διατάξεων του Συντάγματος στις οποίες θα μπορούσε να βρει νομικό έρεισμα η εφαρμογή της ευθανασίας.

Στο 3ο κεφάλαιο παρατίθεται η νομολογία των Διεθνών Δικαστηρίων και οι ποικίλες αποφάσεις που έχουν δημοσιευθεί, καθώς στο διεθνές δίκαιο η ευθανασία δεν έχει νομιμοποιηθεί και ορίζει ότι ο εθνικός νόμος θα πρέπει να τείνει να εξασφαλίσει την ζωή και όχι την διευκόλυνση του θανάτου ενός ατόμου. Τέλος, ακολουθεί η καταγραφή του νομικού πλαισίου της ευθανασίας στις χώρες του Δυτικού κόσμου και οι συμπερασματικές παρατηρήσεις στο 4ο και 5ο κεφάλαιο αντίστοιχα.

Λέξεις – κλειδιά: Ευθανασία - Ελλάδα, Δυτικός κόσμος - Τέλος της ζωής – Δικαίωμα στην ζωή – Δικαίωμα στον θάνατο – Ποινικό Δίκαιο – Ανθρωποκτονία εκ προθέσεως – Ανθρωποκτονία με συναίνεση - Συνταγματικό Δίκαιο – Ιατρική δεοντολογία – Νομολογία

SUMMARY

The objective of this thesis is to present one of the most controversial subjects with both an ethical and juridical perspective – the subject of euthanasia. In the beginning of the first chapter the fundamental semantic definitions are given and later on it is stated that euthanasia is classified into three types: active, passive and eugenic euthanasia. The chapter also contains the motives that lead someone to perform euthanasia, the arguments for and against euthanasia and the psychological, ideological and social factors that form the opinions of the society. Next, both the psychological and social aspects and the church's approach are stated.

In the second chapter the legal aspects of the matter in hand are presented. Specifically the article 300 of the penal code is analyzed, as it is the only provision of law that settles the matter of euthanasia without however introducing explicitly the term. The term is used only in the law 4039/2012 concerning domesticated and stray animals and their safety from their abuse and exploitation for profit. Afterwards the provisions of law that are encountered in the Greek Constitution and could be considered as the legal grounds for the performance of euthanasia are cited and analyzed.

In the third chapter the case law of the International and European Courts concerning the ambiguous and controversial subject of euthanasia is referred. The judgements vary as euthanasia in the International Law has not been legalized and the International Courts determine that it is the national law that is responsible for the safeguard of life itself and restricting the possibilities to terminate a patient's life voluntarily. In the end the legal framework for euthanasia in the Western World is given alongside some final thoughts about the matter in hand in the fourth and fifth chapter respectively.

Key words: Euthanasia-Greece, West World – End of life – Right to live – Right to die – Penal Law – Homicide – Homicide with consensus – Constitutional Law – Medical ethics – Case study

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
SUMMARY	iii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 :Η ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	1
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ	1
1.3 ΜΟΡΦΕΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	2
1.3.1 ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	2
1.3.2 ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	3
1.3.3 ΕΥΓΟΝΙΚΗ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	3
1.4 ΚΙΝΗΤΡΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	4
1.5 ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	5
1.5.1 ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	5
1.5.2 ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	6
1.6 ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	6
1.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	8
1.8 ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΝΟΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	11
2.1 Άρθρο 300 ΠΚ	11
2.2 Άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος	11
2.3 Άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος	12
2.4 Το άρθρο 2 του Συντάγματος.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ ΔΙΕΘΝΩΝ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΩΝ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ	22
4.1 ΓΕΝΙΚΑ	22
4.2 ΑΡΓΕΝΤΙΝΗ.....	22
4.3 ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	22
4.4 ΒΕΛΓΙΟ	22
4.5 ΧΙΛΗ.....	23
4.6 ΚΟΛΟΜΒΙΑ.....	23
4.7 ΔΑΝΙΑ	23
4.8 ΦΙΛΑΝΔΙΑ	23

4.9 ΓΑΛΛΙΑ.....	24
4.10 ΓΕΡΜΑΝΙΑ	24
4.11 ΙΝΔΙΑ.....	25
4.12 ΙΡΛΑΝΔΙΑ.....	25
4.13 ΙΑΠΩΝΙΑ.....	25
4.14 ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ.....	27
4.15 ΜΕΞΙΚΟ	29
4.16 ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ	29
4.17 ΝΟΡΒΗΓΙΑ.....	30
4.18 ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	30
4.19 ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ	30
4.20 ΕΛΒΕΤΙΑ.....	31
4.21 ΣΟΥΗΔΙΑ	32
4.22 ΤΟΥΡΚΙΑ	32
4.23 ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ	32
4.24 ΗΠΑ	33
4.25 ΟΛΛΑΝΔΙΑ.....	34
4.26 ΙΤΑΛΙΑ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	37
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	39
1. Ο ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΠΟΚΡΑΤΤΗ	39
2. ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ	40
3. ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΟΣ.....	41
4. ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	42
5. ΣΥΣΤΑΣΗ 1418(1999) ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΘΝΗΣΚΟΝΤΩΝ	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	55
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	56



Gustav Klimt (Tod und Leben)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 :Η ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το υπό διερεύνηση επί της παρούσας εργασίας θέμα της ευθανασίας είναι ένα πολυδιάστατο και άκρως αμφιλεγόμενο ζήτημα της Βιοηθικής, το οποίο τις τελευταίες δεκαετίες έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις. Οι αντικρουόμενες απόψεις των ειδικών ιατρών, νομικών, ψυχολόγων και θεολόγων καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα του ζητήματος. Εξ' αυτών, άλλοι θεωρούν την ευθανασία ως λύτρωση και απαλλαγή από το μαρτύριο του πόνου και άλλοι την καταγγέλλουν ως φόνο. Άλλοι παραμένουν πιστοί στον όρκο του Ιπποκράτη, ο οποίος αποκηρύσσει οποιαδήποτε βοήθεια σε κάποιον ασθενή που θα οδηγήσει εν τέλει στον θάνατο του («Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε.») και άλλοι είναι υπέρμαχοι του δικαίωματος στον θάνατο και κατ'επέκταση σε έναν αξιοπρεπή θάνατο. Η δεοντολογία της ευθανασίας άπτεται τομέων πολλαπλών κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών και έχει σοβαρές διαστάσεις που αφορούν τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Η Ιπποκρατική ηθική και όλες οι θρησκείες του κόσμου απορρίπτουν κατηγορηματικά την ευθανασία. Αντίθετα, η σύγχρονη προσέγγιση των ατομικών δικαιωμάτων, που διευρύνει το δικαίωμα στη ζωή και σε δικαίωμα στον θάνατο, θέτει το ζήτημα σε άλλη διάσταση και αναγορεύει την ευθανασία σε μία πράξη που εξασφαλίζει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να καθορίζει τη ζωή του και την ύπαρξή του με βάση τις δικές του ανάγκες (Beauchamp, 2007).

1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ

Από ετυμολογικής απόψεως, η ευθανασία προέρχεται από τον συνδυασμό του «ευ» και του «θνησκειν». Το πρόθεμα "ευ" σημαίνει καλός, ωραίος, γενναίος, ευγενής. Το δεύτερο μέρος της λέξεως αποδίδει την έκφραση για τον φυσικό θάνατο "θάνατος". Ο όρος ευθανασία συναντάται στην αρχαία Ελλάδα (ρήμα ευθανατώ) και σημαίνει τον εύκολο, τον ευτυχή, τον ήρεμο, τον ανώδυνο αλλά και ιδιαίτερα τον ηρωικό θάνατο. (Mystakidou et al , 2005). Στην αγγλική γλώσσα ο όρος ευθανασία δημιουργήθηκε από τον Άγγλο φιλόσοφο Φράνσις Μπέικον, ο οποίος έγραψε ότι *«το έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράνση των πόνων, όχι μόνο όταν η καταπράνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία, αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο»*.

Σήμερα, ευθανασία (ευ-θάνατος) είναι η πρόκληση ανώδυνου σωματικά και ψυχικά θανάτου από ευσπλαχνία σε ανθρώπους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο κάποιας ανίατης ασθένειας ή βαρύτατου τραυματισμού με σκοπό τη λύτρωση τους από το μαρτύριο και μόνον ύστερα από

επίμονες προσωπικές επιθυμίες του πάσχοντα. Βασικό κίνητρο στην πράξη αυτή θεωρείται ο οίκτος, η αγάπη και ο σεβασμός στην «αξιοπρέπεια» του ανθρώπου (Ευαγγέλου,1999).

1.3 ΜΟΡΦΕΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Στο σημείο αυτό θα τυποποιήσουμε τις διάφορες μορφές που περιλαμβάνει το φαινόμενο "ευθανασία". Αρχικά ως ευθανασία λογίζεται η επιτάχυνση του θανάτου του ασθενούς, του καταδικασμένου σε θάνατο σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Πρόκειται απλώς για μείωση του χρόνου της αγωνίας ενός ασθενούς και για τον περιορισμό του χρονικού διαστήματος της ταλαιπωρίας του μέχρι να επέλθει το μοιραίο, το οποίο όμως γνωρίζουμε με επιστημονική βεβαιότητα ότι επέρχεται πολύ σύντομα. Επιπλέον ευθανασία θεωρείται και η πράξη με την οποία επιταχύνεται ή ακόμα και προκαλείται ο θάνατος ενός ασθενούς, ο οποίος πάσχει από ανίατη ψυχική νόσο. Στην περίπτωση αυτή δεν είναι υποχρεωτικό η ψυχική νόσος, η οποιαδήποτε νόσος, να καταλήγει σε σύντομο, σε επικείμενο θάνατο, όπως είναι στην πρώτη περίπτωση (θα πρέπει, πάντως, σε κάθε περίπτωση η νόσος αυτή να υπάρχει). Για τον λόγο αυτό και χρησιμοποιούμε τον όρο επιτάχυνση ή πρόκληση θανάτου στον ασθενή ή τον ανάπηρο(Κωστόπουλος,2011).

Συγκεκριμένα, οι μορφές που μπορεί να πάρει η ευθανασία είναι οι εξής:

1.3.1 ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Πρόκειται για το είδος ευθανασίας που επέρχεται με ενέργεια, στοχεύει στην επέλευση θανάτου του ασθενούς, ή πάντως είναι βέβαιο ότι θα οδηγήσει στον θάνατο. Στην πρώτη περίπτωση γίνεται λόγος για «άμεση ενεργητική ευθανασία» καθώς ο θάνατος επέρχεται αμέσως μετά την επέμβαση που γίνεται στον ετοιμοθάνατο για να λυτρωθεί από τους επώδυνους πόνους, όπως για παράδειγμα συμβαίνει με μια θανατηφόρα ένεση. Στη δεύτερη περίπτωση που χαρακτηρίζεται ως «έμμεση ενεργητική ευθανασία», οι ενέργειες που επέρχονται στον ετοιμοθάνατο ασθενή στοχεύουν στη μείωση των πόνων του και μπορούν να έχουν ως ενδεχόμενη ενέργεια ακόμη και την πρόκληση θανάτου. Εδώ εντάσσεται η περίπτωση χορήγησης ισχυρών παυσίπονων ουσιών, των οποίων η επίδραση δεν μπορεί να εκτιμηθεί πλήρως. Συνεπώς, ενώ στην «άμεση» ενεργητική ευθανασία ο θάνατος επιδιώκεται ως μέσο λύτρωσης από τους πόνους, στην «έμμεση» ενεργητική ευθανασία ο θάνατος ούτε επιδιώκεται ούτε θεωρείται βέβαιος αλλά πιθανολογείται ως παρενέργεια της μείωσης των πόνων. (Συμεωνίδου –Καστανίδου ,2001).

Οι παραπάνω πράξεις μπορούν να γίνουν, είτε κατά απαίτηση του ασθενούς, όταν ο τελευταίος έχει πλήρη συνείδηση, είτε κατόπιν αιτήματος των συγγενών και των οικείων του, ως ένδειξη ευσπλαχνίας στον «αναξιοπρεπή» και επώδυνο βίο που διάγει ο ασθενής. (Ευαγγέλου,1999). Στην πρώτη περίπτωση, η ευθανασία χαρακτηρίζεται «εκούσια» και πραγματοποιείται: 1) είτε με την λήψη από τον ίδιο τον ασθενή θανατηφόρας δόσεως κάποιας ουσίας ή, 2) με την χορήγηση της

ουσίας αυτής σε κάποιον που την ζητεί, συνήθως από έναν γιατρό σαν ένα είδος «βοηθείας». Αυτού του είδους η βοήθεια αποτελεί πράξη συμμετοχής σε αυτοκτονία κατά τον ελληνικό Ποινικό Κώδικα και τιμωρείται αυστηρά σύμφωνα με το άρθρο 301 του ΠΚ. Στην δεύτερη περίπτωση, όπου η ευθανασία προσφέρεται από τρίτο πρόσωπο προς τον ασθενή χωρίς προηγουμένως να λαμβάνεται ή να μπορεί να ληφθεί η σύμφωνη γνώμη του τελευταίου χαρακτηρίζεται «ακούσια» και τιμωρείται από τον ελληνικό Ποινικό Κώδικα ως «ανθρωποκτονία εκ προθέσεως» κατά το α. 299 του ΠΚ. (Αβραμίδης, 1995).

1.3.2 ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Εν αντιθέσει προς την «άμεση» και την «έμμεση ενεργητική ευθανασία», όπου βασική προϋπόθεση είναι η πράξη, η «παθητική ευθανασία» συνιστάται σε μία απλή «παράλειψη». Ειδικότερα, η παθητική ευθανασία ταυτίζεται με την ηθελημένη διακοπή της θεραπείας του ασθενούς, είτε με την μορφή της άρνησης έναρξης, είτε με την μορφή συνέχισης της θεραπείας από τον ίδιο. Ο ασθενής παραιτείται από κάθε τεχνητό μέσο και μηχάνημα που παρατείνει την ζωή του, ενώ ο ίδιος είναι καταδικασμένος σε θάνατο. Πρόκειται για την πιο ενδιαφέρουσα μορφή ευθανασίας καθώς η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και της φαρμακολογίας, αν και δύναται να επιμηκύνει την ζωή του καταδικασμένου σε θάνατο ασθενούς και ταυτόχρονα τον επώδυνο θάνατο του, στο σημείο αυτό γεννιέται το ερώτημα, εάν σε μία τέτοια περίπτωση αξίζει να παραταθεί τελικά η ζωή (Συμεωνίδου –Καστανίδου, 2001).

Σήμερα, αυτό το είδος ευθανασίας αποτελεί το επίκεντρο του ενδιαφέροντος και των συζητήσεων διότι το μεγαλύτερο μέρος των γιατρών τάσσεται υπέρ της «παθητικής ευθανασίας» με βασικό επιχείρημα ότι η αναβολή του αναπότρεπτου θανάτου για μικρό χρονικό διάστημα δεν έχει κανένα νόημα, ιδίως όταν ο εγκέφαλος του ασθενούς είναι νεκρός και οι στοιχειώδεις βιολογικές του λειτουργίες συντηρούνται με τεχνητά μέσα.

1.3.3 ΕΥΓΟΝΙΚΗ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Αυτή η μορφή (ευθανασίας) αναφέρεται σε άτομα με σωματικές αναπηρίες και διανοητική καθυστέρηση, προκειμένου να απαλλαγεί η κοινωνία, αλλά και η οικογένεια από τις «δυσκολίες» που τα συγκεκριμένα αυτά άτομα δημιουργούν. Επίσης, υπάγονται και οι αμβλώσεις που κατοχυρώθηκαν νομοθετικά στην Ελλάδα με τον ν. 821/1978 μέχρι την 20^η εβδομάδα της κύησης, σε περίπτωση διάγνωσης σοβαρών ανωμαλιών του εμβρύου κατά την διάρκεια του προγεννητικού ελέγχου. Σήμερα όμως, η κοινωνική ένταξη των ατόμων με «ειδικές ανάγκες» ανατρέπει τα επιχειρήματα των υποστηρικτών της ευθανασίας, η οποία αντιμετωπίζεται πλέον, ως η προσβολή της

ζωής και όχι ως ευθανασία με την ευρεία του όρου έννοια, όταν οι γενετικές αυτές ανωμαλίες δεν είναι επώδυνες και δεν οδηγούν στον θάνατο (Ευαγγέλου,1999). Επιπλέον, εκφράζονται και ανησυχίες μήπως τελικά αυτή η «σωτήρια» τακτική εξυπηρετεί κάποια άλλα συμφέροντα. Ήδη, πολλά έχουν διαδοθεί για «εμπόριο οργάνων προς μεταμόσχευση» καθώς έχει κατά καιρούς αναφερθεί μεταμόσχευση κυττάρων από παιδιά με σωματικές αναπηρίες και διανοητική καθυστέρηση, στον εγκέφαλο πασχόντων από την νόσο του Parkinson. (Αβραμίδης,1995).

1.4 ΚΙΝΗΤΡΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η ιδέα της ευθανασίας γεννήθηκε μαζί με την βιοτεχνολογική πρόοδο μέσω της οποίας μπορεί να παραταθεί η ζωή επωδύνως. Αν θα αναζητούσαμε τα αίτια θα τα αποδίδαμε στους παρακάτω λόγους που αφορούν είτε στους ίδιους τους ενδιαφερόμενους είτε στο κοινωνικό περιβάλλον που ευνοεί τέτοιου είδους πρακτικές (Νικολαΐδης,2019) :

1. Το κίνητρο της αυτοδιάθεσης: πιστεύει ο σύγχρονος άνθρωπος πως ότι έχει και ότι είναι ανήκουν αποκλειστικά στον ίδιο και όχι στον Δημιουργό του, επομένως θεωρεί ότι είναι στο χέρι του το πως θα χειριστεί την ζωή και τον θάνατο του.
2. Το υλιστικό κίνητρο: όλα είναι προσωρινά και εφήμερα δίχως κάποια άλλη προοπτική και το νόημα της ζωής φθάνει μέχρι τον θάνατο.
3. Το κίνητρο της ευδαιμονίας: έχει συνηθίσει περισσότερο την ηδονή παρά την οδύνη. Έτσι είναι φυσικό να αποφεύγει να αντιμετωπίζει τον πόνο με την πρώτη ευκαιρία είτε να δειλιάζει στην παρουσία του.
4. Το κίνητρο του φόβου: ο άνθρωπος αδυνατεί να εκτιμήσει την ευεργετική σημασία και δύναμη του πόνου, δέχοντας τον μόνο ως απειλή κατά της αξιοπρέπειας και της ευημερίας του.
5. Το εγωιστικό κίνητρο: μετά από την ατομική πορεία που αισθάνεται ότι με την προβληματική παρουσία του γίνεται βάρος στους άλλους και σπεύδει να ζητήσει την επίσπευση του θανάτου του.
6. Το κίνητρο της μοναξιάς: αισθάνεται μόνος και γι' αυτό επιλέγει να τελειώσει με την μοναξιά του.
7. Το κίνητρο του ωφελιμισμού: με την κυρίαρχη αντίληψη ότι χρήσιμος είναι όποιος μπορεί να παράγει και να προσφέρει στην κατανάλωση, αισθάνεται ο ασθενής ότι είναι πλέον άχρηστος.

8. Το κίνητρο της αξιοπρέπειας: ο ασθενής νιώθει ότι αποτελεί εργαλείο στα χέρια της επιστημονικής έρευνας και των οικονομικών συμφερόντων και για αυτόν τον λόγο στο όνομα της αξιοπρέπειας θέλει να απαλλαγεί από αυτούς.
9. Το κίνητρο της υστεροφημίας: όταν ο ασθενής επιθυμεί να αφήσει πίσω του μια εικόνα ακμής και όχι φθοράς.

1.5 ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Οι έντονες αντιπαραθέσεις που προκαλεί το ζήτημα της ευθανασίας με τον τόσο αμφιλεγόμενο και πολύπλευρο χαρακτήρα συνίστανται κυρίως στα εξής επιχειρήματα:

1.5.1 ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

1) Κάθε άνθρωπος είναι κύριος του εαυτού του και έχει το δικαίωμα να επιλέγει την στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του. Η απόφαση αυτή είναι απολύτως προσωπική και εφόσον δεν έρχεται σε σύγκρουση με τα συμφέροντα και την ασφάλεια τρίτων προσώπων δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο παρέμβασης γενικά και ειδικότερα της πολιτείας. Το ατομικό δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (α.5 παρ. 5 του Συντάγματος) που αποτελεί ταυτόχρονα και θεσμική εγγύηση εκ μέρους του Κράτους κατοχυρώνει την υποχρέωση αποχής από κάθε είδους παρέμβαση. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση και χαίρει ελευθερίας σχετικά με την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του που συμπεριλαμβάνει και την επιλογή για τον τερματισμό της ίδιας της ζωής του.

2) Κάθε άνθρωπος στα πλαίσια της διαφύλαξης της αξιοπρέπειας του έχει το δικαίωμα να απαλλάσσει τον εαυτό του από ανυπόφορους πόνους. Επομένως εφόσον βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας που του προκαλεί ανυπόφορους πόνους και τον οδηγεί σε σωματική και πνευματική εξαθλίωση, αποστερούμενος κατ' αυτόν τον τρόπο κάθε ανθρώπινης αξιοπρέπειας λόγω – και όχι μόνον - της πλήρους εξάρτησης από την βοήθεια άλλων ανθρώπων, τότε θα πρέπει να του αναγνωρίζεται το δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο.

3) Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας και η διατήρηση του ατόμου εν ζωή επιτυγχάνεται αποκλειστικά μέσω τεχνητής συνδρομής, η παράταση της διάρκειας ζωής του ασθενούς ισοδυναμεί με παράταση της αγωνίας και του πόνου του.

4) Οι γιατροί οφείλουν να δρουν πάντοτε με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή τους ακόμα και εάν αυτό δεν ταυτίζεται με την διατήρηση του στη ζωή. Οφείλουν μεν να καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για να αναστραφεί η πορεία της νόσου αλλά δεν υποχρεούνται να παρατείνουν με κάθε κόστος μια κατάσταση που ουσιαστικά ταλαιπωρεί και εξαθλιώνει τον ασθενή (Ματάμης κι συν., 2003).

1.5.2 ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

1) Η ανθρώπινη ζωή κατοχυρώνεται ρητά από το Σύνταγμα τόσο ως ατομικό δικαίωμα όσο και ως δικαίωμα που οφείλει να προστατεύεται απόλυτα από την Πολιτεία. Η ελευθερία του ατόμου να αναπτύξει ελεύθερα την προσωπικότητα του δεν επεκτείνεται όμως μέχρι το σημείο να παραιτηθεί από την ίδια την ζωή.

2) Η ύπαρξη αρρώστιας και ο επακόλουθος πόνος είναι συνυφασμένες με την ύπαρξη. Χρέος των γιατρών είναι η ανακούφιση του πόνου και η θεραπεία του ασθενή. Το αίτημα για έλεος απέναντι στην οδύνη και την εξαθλίωση είναι σίγουρα σεβαστό αλλά οι γιατροί έχουν πλήρη επίγνωση ότι με την πράξη τους ουσιαστικά προβαίνουν σε ανθρωποκτονία, ακόμα και εάν το τέλος του ασθενούς θεωρείται ή είναι αναπόφευκτο.

3) Το γεγονός ότι ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση πόνου θέτει υπό αίρεση το κατά πόσο το αίτημα του μπορεί να ληφθεί σοβαρά υπόψη. Η απόγνωση στην οποία περιέρχεται ο ασθενής μετά από το μαρτύριο της ασθένειας υπονομεύει και επηρεάζει την κρίση του ανθρώπου, ο οποίος δεν είναι στην κατάλληλη θέση προκειμένου να αποφασίσει αντικειμενικά για την πορεία του.

4) Η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα ισοδυναμούσε με παραδοχή εκ μέρους της Πολιτείας ότι πέρα από κάποιο όριο η ανθρώπινη ζωή στερείται αξίας, γεγονός που έρχεται σε άμεση αντίθεση με την αναγόρευση της ζωής ως δικαιώματος πλήρους και απόλυτης προστασίας από το Κράτος.

5) Ειδικότερα για τους γιατρούς, οι οποίοι πια δεν ορκίζονται με βάση τον όρκο του Ιπποκράτη, ο οποίος όπως προαναφέρθηκε αφορίζει την εν λόγω πρακτική, σε κάθε περίπτωση δίνουν όρκο πως θα χρησιμοποιήσουν την επιστήμη τους προσανατολισμένοι μόνο προς το καλό των ασθενών. Η ευθανασία ακόμα και αν διενεργείται λόγω ανθρωπιστικών λόγων φέρνει αντιμέτωπους τους γιατρούς όχι μόνο με την συνείδηση τους αλλά και με την δραστική υπονόμηση του λειτουργήματός τους (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας, 2007).

1.6 ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι η ευθανασία ως φαινόμενο, σχετίζεται με διαρκώς αυξανόμενους ρυθμούς στις λεγόμενες μεταβιομηχανικές κοινωνίες του δυτικού κόσμου ενώ πολύ πιο σπάνια στις χώρες του Τρίτου Κόσμου. Αυτή η διαφορετική αντιμετώπιση του συγκεκριμένου ζητήματος σχετίζεται με την φιλοσοφία που έχει ήδη υιοθετηθεί από κάθε κοινωνία αναφορικά με την ζωή και τον πολιτισμό. Εάν προσεγγίσουμε κάθε κοινωνία χωριστά, θα διαπιστώσουμε ότι στις

μεταβιομηχανικές κοινωνίες του δυτικού κόσμου επικρατεί το πνεύμα του φιλελευθερισμού, του ευδαιμονισμού και της προβολής των ατομικών δικαιωμάτων(Γιούλτσης,2003).

Η παραπάνω φιλοσοφία είχε ως αποτέλεσμα, μια βαθιά κρίση στην θρησκευτικότητα των μεταμοντέρνων κοινωνιών. Εκείνο όμως που χαρακτηρίζει έντονα τις μεταβιομηχανικές κοινωνίες είναι η σοβαρή κρίση της θρησκευτικότητάς τους, η οποία εκφράζεται με την μορφή αμφιβολιών ως προς την ύπαρξη αλλά και το ρόλο του Δημιουργού στο μυστήριο της ζωής. Η ζωή εκλογικεύτηκε με αποτέλεσμα ο άνθρωπος να νιώθει ότι κατέχει ιδιοκτησιακά δικαιώματα επί της βιολογικής του οντότητας. Εκτιμάται ότι αυτή η έλλειψη πίστης οδήγησε τον άνθρωπο στην απελπισία κατά την διάρκεια καταστάσεων έντονου πόνου και κατ'επέκταση, στην επιλογή της ευθανασίας ως «λυτρωτικού μέσου».

Εντός αυτού του πνεύματος που χαρακτηρίζεται από μία έντονη προβολή της ατομικότητας έναντι της συλλογικότητας, η προβολή της κοινωνικής ηθικής θεωρείται αναχρονιστική παρέμβαση στις διεκδικήσεις της ατομικής βούλησης. Εντός αυτού του πλαισίου, το αγαθό της ανθρώπινης ζωής μεταφέρθηκε από τη σφαίρα της συλλογικής μέριμνας, στη σφαίρα της ατομικότητας. Ωστόσο, στις κοινωνίες αυτές ο υπέρμετρος φιλελευθερισμός δεν αρκέστηκε απλά και μόνο στην κατοχύρωση των ατομικών δικαιωμάτων αλλά συντέλεσε στην υπέρμετρη προβολή του ατόμου, με αποτέλεσμα την αποδοχή της ευθανασίας. Η αφαίρεση της ζωής εντός αυτής της κοινωνίας δεν έχει καμία θρησκευτική ηθική αλλά και κοινωνική σημασία καθώς η αξία της ανθρώπινης ζωής έχει ήδη «σχετικοποιηθεί». Γι' αυτό και η νομιμοποίηση της ευθανασίας κερδίζει ολοένα και μεγαλύτερο έδαφος εφαρμογής (Ευαγγέλου,1999).

Σε αντίθεση με την παραπάνω εμφανώς εγωκεντρική άποψη στην οποία στηρίζεται όλη η φιλοσοφία των δυτικών κοινωνιών, οι κοινωνίες του Τρίτου Κόσμου και της Άπω Ανατολής βασίζονται στην έντονη θρησκευτικότητα, στην οντολογική και μεταφυσική διάσταση του ατόμου και στην κοινωνική ηθική. Στις τελευταίες κοινωνίες που είναι πιο παραδοσιακές και η έντονη θρησκευτικότητα τους αποτελεί σημαντικό μέρος της πολιτισμικής τους ταυτότητας, θεωρείται αδιανόητη η υπαγωγή του αγαθού της ζωής στη σφαίρα των ατομικών δικαιωμάτων, κι αυτό επειδή ένα τέτοιο καίριο ζήτημα δεν μπορεί παρά να αφορά στην συλλογική συνείδηση. Το αγαθό της ζωής αποτελεί για αυτούς τους λαούς θείο δώρο που ο Δημιουργός τους επιτρέπει να απολαμβάνουν. Γι' αυτό και οποιαδήποτε ατομική παρέμβαση στο θέμα της ζωής του ανθρώπου κρίνεται απαράδεκτη, ανήθικη και χαρακτηρίζεται «ύβρις» προς τον Δημιουργό.

Τέλος, εκτιμάται ότι σύμφωνα με την γνωστή διαθρησκευτική – κοινωνιολογική προσέγγιση, παρά την αναγνώριση των ατομικών δικαιωμάτων και της αυτονομίας, παρατηρείται έντονα το

φαινόμενο η ατομική ηθική να υποσκελίζει πλήρως την κοινωνική ηθική που διαμορφώθηκε από τις θρησκευτικές δοξασίες. (Γιούλτσης,2003).

1.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία είναι ένα πολύπλευρο θέμα και δεν αρκεί η γνώση ενός τομέα ή μιας πτυχής του θέματος για να το κατανοήσουμε. Πέραν του προβληματισμού για τις νομικές ή ηθικές παραμέτρους του ζητήματος θα πρέπει να έχει εξαντληθεί το θέμα στην ουσία του, εκεί όπου αναδύεται αρχικά, δηλαδή στο κλινικό επίπεδο, στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής σχέσης. Θα πρέπει να έχουν κατανοηθεί σε βάθος οι ψυχολογικές καθώς και οι κοινωνικές διαστάσεις του θέματος.

Έτσι λοιπόν θα πρέπει να τεθούν αρχικά κάποια ερωτήματα στις περιπτώσεις όπου το αίτημα για ευθανασία διατυπώνεται από ασθενείς που έχουν επίγνωση της κατάστασης τους (Κωστόπουλος,2011) :

1) Γιατί ένας ασθενής διατυπώνει ένα αίτημα για ευθανασία σε κάποιον άλλο; Γιατί, λοιπόν, τα άτομα που εκφράζουν το αίτημα της ευθανασίας δεν το κάνουν μόνοι τους; Τι είναι αυτό που τους κάνει να απευθυνθούν σε κάποιον τρίτο ζητώντας να τους βοηθήσει; Στη σύγχρονη εποχή, οι γνώσεις της ιατρικής και οι δυνατότητες που έχουμε να απαλύνουμε τον πόνο και την οδύνη κάποιου που βρίσκεται στα τελευταία στάδια της ζωής του είναι πολύ μεγαλύτερες από παλαιότερα - ιδιαίτερα στις χώρες του δυτικού κόσμου.

2) Γιατί, παρά τη μεγάλη πρόοδο της ιατρικής στην ανακούφιση του πόνου, τα αιτήματα για ευθανασία εμφανίζονται όλο και πιο συχνά;

3) Γιατί σε χώρες τόσο αναπτυγμένες, όπως η Ολλανδία για παράδειγμα, υπάρχει μεγάλη αύξηση των αιτημάτων για ευθανασία τα τελευταία χρόνια ενώ στις περιπτώσεις που ότι σε ασθενείς που προέρχονται από χώρες του τρίτου κόσμου -όπου οι δυνατότητες για βοήθεια στον άρρωστο είναι σημαντικά υποδεέστερες απ' αυτές των σύγχρονων ευρωπαϊκών κρατών ή της Αμερικής- το ζήτημα της ευθανασίας δεν εμφανίζεται τόσο συχνά;

Τα ερωτήματα μπορούν να απαντηθούν χωρίς όμως απολυτότητα μόνο εάν δοθεί μια απάντηση περί του τι σημαίνει και τι αποτελεί για τις δυτικές κοινωνίες ο θάνατος. Γνωρίζουμε ότι μία από τις μεγαλύτερες πηγές άγχους για τον ψυχισμό είναι η διεκπεραίωση αυτού του άγχους θανάτου, δηλαδή το πώς θα μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε το γεγονός ότι είμαστε θνητοί. Ότι δεν θα ζήσουμε αιώνια. Ο Freud έλεγε ότι το ασυνείδητο δεν αναγνωρίζει το χρόνο και κατά συνέπεια δεν αναγνωρίζει το θάνατο. Ο Edgar Morin, ένας σημαντικός Ευρωπαίος διανοητής, έλεγε ότι «περισσότερο και από τη γλώσσα, αυτό που μας διαφοροποιεί από τους άλλους ζωντανούς οργανισμούς είναι ότι ως άνθρωποι έχουμε συγκεκριμένους τρόπους να διεκπεραιώνουμε αυτό που

λέγεται θάνατος». Ο θάνατος, λοιπόν, πάντα αποτελούσε για κάθε πολιτισμό και κάθε κοινωνία ένα κεντρικό σημείο της λειτουργίας της. Ο τρόπος τον οποίο ο κάθε πολιτισμός έβρισκε για να διεκπεραιώνει τα θέματα που αφορούσαν το θάνατο ήταν ένα βασικό στοιχείο της πολιτιστικής του ταυτότητας, της πολιτιστικής του λειτουργίας. Στη σύγχρονη εποχή κοινωνιολογικές μελέτες σε παιδιά μάς δείχνουν ότι τα παιδιά σήμερα δεν έχουν σαφή απεικόνιση και αναπαράσταση του θανάτου. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η σύγχρονη κοινωνία απωθεί το θάνατο. Τον περιθωριοποιεί σε συγκεκριμένους χώρους, στην προκειμένη περίπτωση στα νοσοκομεία, και καλεί ειδικούς να διαχειριστούν όλες τις πτυχές αυτού του γεγονότος, παραμένοντας η ίδια αμέτοχη. Όταν, όμως, κανείς δεν έχει τα αντίστοιχα βιώματα ώστε να διαμορφώσει μια στάση γύρω από ένα τόσο σημαντικό γεγονός, όπως είναι ο θάνατος, σημαίνει ότι δεν μπορεί να ολοκληρώσει επαρκώς μια πολύ σημαντική ψυχική λειτουργία όπως το πένθος. Το πένθος δεν συνδέεται μόνο με το θάνατο, αλλά αφορά τον τρόπο με τον οποίο ο ψυχισμός μας διαπραγματεύεται μια απώλεια (Κουντουράς, 2003).

Τα επιδημιολογικά δεδομένα μάς δείχνουν ότι η σύγχρονη εποχή –στον δυτικό κόσμο– χαρακτηρίζεται από αλματώδη αύξηση της καταθλιπτικής ψυχοπαθολογίας. Γνωρίζουμε ότι η κατάθλιψη συνδέεται με τη δυσκολία του ατόμου να διαπραγματευθεί μια απώλεια. Η κατάθλιψη, λοιπόν, τουλάχιστον ως ψυχοπαθολογική κατάσταση, είναι η αποτυχία να διαπραγματευθούμε και να αποδεχθούμε μετά από κάποιο χρόνο τη θλίψη της απώλειας. Φαίνεται, όμως, ότι το πένθος αρχίζει κι αυτό να βγαίνει έξω από τη σφαίρα της πραγματικότητας της σύγχρονης ζωής. Η σύγχρονη κοινωνία δεν αφήνει χρόνο στον άνθρωπο να βιώσει τέτοιου είδους στιγμές. Τα παραπάνω ήταν μια μικρή περιήγηση σε ορισμένα βασικά στοιχεία, όπως αυτά της στάσης και των απόψεων που οι σύγχρονες κοινωνίες διαμορφώνουν γύρω από το θέμα του θανάτου, όπως επίσης και γύρω από μια βασική ψυχολογική λειτουργία, αυτή του πένθους. Το ότι κινδυνεύει η ζωή κάποιου μπορεί να τον βάλει σε μια καταθλιπτική διάθεση (Δαμίγος, 2000). Και θα πρέπει να πενήσει για την απώλεια της υγείας του. Ιδιαίτερα μάλιστα όταν πρόκειται για μια κατάσταση μη αναστρέψιμη. Οι περισσότεροι ασθενείς, από τις πρώτες εβδομάδες κιόλας, μετά τη διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας, γνωρίζουν τι συμβαίνει ακόμη και όταν η αλήθεια έχει αποκρυφτεί. Το ερώτημα λοιπόν είναι: Μήπως ο ασθενής που φτάνει να διατυπώσει αίτημα για ευθανασία, αυτό που δεν αντέχει δεν είναι τόσο η οδύνη του τέλους της ζωής, αλλά αυτό που βλέπει απέναντί του, ότι εμείς, δηλαδή, δεν αντέχουμε να τον βλέπουμε να τελειώνει η ζωή του; Αν ήταν μόνο η οδύνη και αν το πρόβλημα ετίθετο μόνο στο επίπεδο του πόνου, θα μπορούσε μόνος του να τελειώσει τη ζωή του. Δεν θα υπήρχε λόγος να το ζητήσει από κάποιον άλλο η αποκλειστική σχεδόν ενασχόληση με τις υπόλοιπες πτυχές του θέματος (νομικές, θρησκευτικές, ηθικές κ.λπ.) και ο ιδεολογικός χαρακτήρας των αντιπαραθέσεων

χρησιμεύει στη συσκότιση του ερωτήματος σχετικά με το νόημα που μπορεί να έχει το αίτημα για ευθανασία (Ματάμης,2003).

Παρατηρούμε ότι στις σύγχρονες κοινωνίες υπάρχει μια αύξηση των αιτημάτων για ευθανασία, πράγμα που δεν συμβαίνει με την ίδια συχνότητα στις πιο παραδοσιακές -που συχνά έχουν μειωμένες ικανότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης του πόνου και ανακούφισης των ασθενών και της οδύνης των ασθενών στα τελικά στάδια. Ίσως γιατί σε αυτές ακόμη τις κοινωνίες ο θάνατος είναι κομμάτι της ζωής τους. Δεν τον έχουν περιθωριοποιήσει. Όταν όμως τον περιθωριοποιείς, όταν προσποιείσαι ότι ο θάνατος είναι έξω από τη σφαίρα του βιωματικού, όταν το μοντέλο ζωής που προάγει μια κοινωνία είναι αυτό μιας ζωής χωρίς πόνο και οδύνη, τότε πολλές παρενέργειες μπορεί να δημιουργηθούν. Γινόμαστε παθητικοί θεατές μιας πραγματικότητας που δεν μας αφορά. Η ζωή όμως δεν βρίσκει το νόημα της παρά μόνο στο μέτρο που κατορθώνουμε να έχουμε μια βιωματική συμμετοχή σε κάθε της έκφραση. Και ο θάνατος αποτελεί τη μία από τις δύο χρονικές στιγμές που την ορίζουν. Χρειάζεται δύναμη για να τη ζήσεις παρά την οδύνη που συχνά τη συνοδεύει, όπως άλλωστε συμβαίνει και με τη γέννηση (Πρωτοπαπαδάκης,2003).

1.8 ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Σε αντίθεση με την φιλοσοφία περί ατομικών δικαιωμάτων που στηρίζεται στη θεωρία και στη νομική αντίληψη, ότι ο άνθρωπος είναι άτομο και όντας αυτονομημένος και ελεύθερος μπορεί να αποφασίζει για κάθε τι που τον αφορά έχοντας δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο, η Εκκλησία διακηρύττει ότι ο άνθρωπος είναι εικόνα του Θεού, που ζει όχι ως αυτόνομη μονάδα, αλλά σε σχέση με τον συνάνθρωπό του και την κτίση. Η Εκκλησία στην περίπτωση της ευθανασίας υποδεικνύει την παράταση της ζωής και την αναβολή του θανάτου, απορρίπτει κάθε τι που προκαλεί τον θάνατο και δεν μπορεί ποτέ να δεχθεί ως επιτρεπτό και καλό έναν απρόκλητο θάνατο, ούτε να δικαιολογήσει την επιτάχυνσή του. Δέχεται την ευθανασία από μονάχα από τον Θεό και όχι από τον άνθρωπο καθώς ο άνθρωπος δεν εξουσιάζει τη ζωή, γιατί δεν την δημιούργησε αφ' εαυτού. Δωρητής της ζωής είναι ο Δημιουργός Θεός (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας,2007). Εξ' αυτού του γεγονότος απορρέει η ιερότητα του σώματος και της ψυχής. Το σώμα είναι "ναός του αγίου Πνεύματος" που κατοικεί μέσα μας και η ψυχή είναι η πνοή του Θεού. Ο σεβασμός προς το πρόσωπο καθορίζει και τη στάση μας απέναντι στους συνανθρώπους μας. Ο θάνατος δεν είναι τότε υπόθεση ενός, αλλά όλων όσοι συνδέονται με το συγκεκριμένο πρόσωπο. Δεν μπορεί κανείς να αποφασίζει για τον εαυτό του, γιατί υπάρχει ακόμα ένας περίγυρος συγγενικών προσώπων, που έχουν άμεση σχέση με τη ζωή του αλλού. Δεν έχει λοιπόν αρμοδιότητα η επιστήμη στον καθορισμό της ώρας του θανάτου. Η ψυχή από το σώμα "θείω βουλήματι αποτέμενεται"((Ματάμης,2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΝΟΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Άρθρο 300 ΠΚ

Το άρθρο 300 του ελληνικού Ποινικού Κώδικα είναι η μοναδική διάταξη στην ελληνική νομοθεσία που σχετίζεται με την ευθανασία και ορίζει ότι: "Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση." Για να στοιχειοθετηθεί λοιπόν το έγκλημα της ευθανασίας θα πρέπει να συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις: α) θα πρέπει ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια (και όχι απαραίτητα να υποφέρει από αφόρητο πόνο και να βρίσκεται στην τελική και επώδυνη φάση της ασθένειάς του όπως προβλέπεται στη νομοθεσία άλλων κρατών), β) να έχει εκφράσει ρητά, επανειλημμένως και κυρίως με πλήρη συνείδηση των λεγομένων, την επιθυμία να τερματιστεί το μαρτύριο του και γ) να συντρέχει και η υποκειμενική υπόσταση, ο «οίκτος», δηλαδή ο δράστης θα πρέπει να αποδείξει στο Δικαστήριο ότι το κίνητρο για την ενέργεια του ήταν «ευγενές». Από την ανωτέρω διάταξη προκύπτουν τα εξής στοιχεία: 1) αποκλείεται η λεγόμενη "κοινωνική" ή η "ευγονική" ευθανασία, η οποία από νομική άποψη είναι ταυτόσημη της ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως, 2) η ευθανασία είναι μια αξιόποινη πράξη που προβλέπεται από τον Ποινικό Κώδικα και τιμωρείται με φυλάκιση, 3) αντιμετωπίζεται ως ειδική περίπτωση ανθρωποκτονίας, για την οποία προβλέπονται ορισμένες ελαφρυντικές περιστάσεις, οι οποίες μετατρέπουν την εγκληματική πράξη από κακούργημα (όπως είναι η ανθρωποκτονία από πρόθεση) σε πλημμέλημα, κι έτσι η προβλεπόμενη ποινή είναι η φυλάκιση και όχι η κάθειρξη και 4) δεν αποποινικοποιείται η πράξη αλλά διαφοροποιείται η ποινική μεταχείριση του δράστη.

2.2 Άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος

Πέραν όμως του ποινικού δικαίου το ζήτημα της ευθανασίας άπτεται και του Συνταγματικού Δικαίου, όπου εκεί η προσέγγιση είναι ακόμα πιο σύνθετη, καθώς το ποινικό δίκαιο ρυθμίζει μόνο τα σχετικά με την αντικειμενική και υποκειμενική υπόσταση του εγκλήματος και το ζήτημα της τιμώρησης του ενώ το Συνταγματικό Δίκαιο καλείται να απαντήσει στο αρχικό ερώτημα εάν ο ασθενής έχει δικαίωμα στο θάνατο και εάν είναι επιτρεπτή μία τέτοια πρακτική. Συγκεκριμένα, η συνταγματική διάταξη η οποία κατ' αρχήν δείχνει να προσφέρεται για την αντιμετώπιση του ζητήματος είναι η παρ. 2 του άρθρου 5Σ: "Όλοι όσοι ευρίσκονται στην Ελληνική επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής". Η συγκεκριμένη διάταξη εγκαθιδρύει ένα ατομικό δικαίωμα για τον καθένα μας να ζητήσει από το Κράτος την απόλυτη προστασία για τη ζωή του και αντιστοίχως αποτελεί θεσμική εγγύηση που ιδρύει την υποχρέωση του Κράτους να προστατεύει την υγεία των ανθρώπων από ασθένειες, επιδημίες αλλά και πράξεις άλλων. Έτσι, λοιπόν, το Κράτος

οφείλει να προστατεύει τη ζωή των ανθρώπων όλων εν γένει, αφηρημένα και όχι τη ζωή του καθενός.

«Από την διατύπωση του 5 § 2 διαφαίνεται, ότι υπάρχει δικαίωμα στην προστασία της ζωής, και στην σωματική ακεραιότητα, αλλά όχι και καθήκον ή υποχρέωση ζωής. Δεν νοούνται ατομικά δικαιώματα ασκούμενα εις βάρος του φορέα τους, ερήμην αυτού, ως υποχρέωση απέναντι στο κοινωνικό σύνολο. Όμως το 5§2 δεν θεσπίζει μόνο ένα ατομικό δικαίωμα έναντι του κράτους. Το υποχρεώνει επιπλέον να προστατεύει με θετικά μέτρα την ζωή των προσώπων. Είναι και μια εγγύηση και μια θεμελιώδης αντικειμενική συνταγματική αξία (*objektive Wertordnung*), μια συνταγματική θεμελιώδης επιλογή (*verfassungsrechtliche Grundentscheidung*) ή μια θεσμική εγγύηση (*institutionelle Garantie*), που υπερβαίνει την πλευρά του ατομικού δικαιώματος. Εάν ένα συγκεκριμένο άτομο δεν θέλει το ίδιο να προστατεύσει τη ζωή του, αυτό δεν αποκλείεται από την παρ. 2 του άρθρου 5 που αναφέραμε και μπορεί η ζωή ενός ατόμου να ενδιαφέρει και το κοινωνικό σύνολο, εφόσον οι άνθρωποι είναι «κοινωνικά ζώα» και μέρη μιας ολότητας, εντός της οποίας και μόνο ολοκληρώνονται, πλην το δικαίωμα στην ζωή είναι κατά βάση ατομικό δικαίωμα και, επομένως, δε νοείται επιβολή εκ μέρους του κοινωνικού συνόλου της υποχρέωσης επιβίωσης σε ένα άτομο που δεν την επιθυμεί, εν ονόματι των ηθικών αρχών τις οποίες πρεσβεύει το σύνολο αυτό. Δεν μπορεί, λοιπόν, η ζωή να μετατραπεί σε δημόσιο αγαθό. Η επιβίωση χάριν της κοινωνίας και των αντιλήψεών της θα ήταν ευθέως αντίθετη στο άρθρο 5 παρ. 1 και στο όλο φιλελεύθερο πνεύμα του Συντάγματος, θα μετέτρεπε δε το δικαίωμα στην ζωή σε υποχρέωση της ζωής. Η άποψη αυτή θα οδηγούσε, εξ άλλου, αναπόδραστα στην ανάγκη ποινικοποίησης της απόπειρας αυτοκτονίας.»

2.3 Άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος

Μια άλλη διάταξη, της οποίας γίνεται συχνά επίκληση στο θέμα της ευθανασίας, είναι η παράγραφος 1 του ίδιου άρθρου 5 του Συντάγματος, κατά την οποία "Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του [...] εφ' όσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη". Οι πολέμιοι της νομικής κατοχύρωσης της ευθανασίας στηρίζονται πολύ στην έννοια "χρηστά ήθη", και επικαλούμενοι το γεγονός ότι ο πληθυσμός της χώρας αποτελείται, σε συντριπτικό ποσοστό, από χριστιανούς ορθοδόξους, ταυτίζουν τα χρηστά ήθη με τη χριστιανική – εκκλησιαστική άποψη. Ωστόσο, τα χρηστά ήθη δεν ταυτίζονται με την έννοια της ηθικής που εκφράζει η Εκκλησία. Τα χρηστά ήθη είναι συνώνυμα της κοινωνικής ηθικής. Η άποψη της Εκκλησίας είναι μεν μια πολύ σημαντική παράμετρος αλλά δεν ταυτίζονται με τα χρηστά ήθη. Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι το Σύνταγμα μας δεν απαγορεύει να αναγνωριστεί η ευθανασία στην ελληνική έννομη τάξη.

2.4 Το άρθρο 2 του Συντάγματος

“Το άρθρο 2 του Συντάγματος ως θεμελιώδης συνταγματικός κανόνας που κατοχυρώνει την αξία του ανθρώπου δεν μπορεί, να έχει, κατ’ αρχήν, θέση στην προβληματική της ευθανασίας. Και τούτο διότι η αξία της ζωής υπό τις δύο έννοιες της (ως υποκειμενικό δικαίωμα και ως αντικειμενική αξία) εδράζεται επαρκώς στο άρθρο 5 παρ. 2 Συντ. Η διάταξη αυτή είναι ειδική σε σχέση με την διάταξη του άρθρου 2 Σ. και, ως τέτοια, είναι αυτή που έλκεται σε εφαρμογή. Του άρθρου 2 Σ., (του οποίου γίνεται κατάχρηση και στην θεωρία, αλλά και στις δικαστικές αποφάσεις) πρέπει να γίνεται επίκληση, μόνο όταν δεν υπάρχει άλλο άρθρο στο Σύνταγμα στο οποίο να μπορεί να θεμελιωθεί κάτι, π.χ. ένα ατομικό δικαίωμα. Οι υιοθετούντες την αντίληψη ότι το άρθρο 2 του Συντ. θεμελιώνει το δικαίωμα στην ευθανασία ισχυρίζονται, ότι το κράτος οφείλει να επικουρεί τον πάσχοντα στον τερματισμό της ζωής του, διότι η διατήρηση στην ζωή υποχρεωτικά εκείνου, ο οποίος πάσχει από ανίατη και βασανιστική ασθένεια και δεν επιθυμεί να συνεχίζει να ζει έτσι, είναι αυτή που παραβιάζει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Μια τέτοια κρατική αδιαφορία ισοδυναμεί, κατά την άποψη αυτή, με «εργαλειοποίηση» ή «πραγματοποίηση» του ασθενούς. Η προσέγγιση αυτή είναι κατά την γνώμη μου εσφαλμένη. Το άρθρο 2 επιτάσσει την προστασία της αξίας από το κράτος και όχι από την ασθένεια. Η ασθένεια είναι μια φυσική κατάσταση και δεν μπορεί να προστατεύσει κάποιος την αξιοπρέπειά του εναντίον της με νομικά μέσα. Εξ άλλου η συνταγματικά κατοχυρωμένη αξιοπρέπεια αλλιώς η «αξία» του ασθενούς είναι ίση με την «αξία» του υγιούς. Η έννομη τάξη οφείλει δε να την αποδίδει και στον πάσχοντα και στον υγιή. Ο ασθενής, που επιλέγει να θέσει τέρμα στην ζωή του, το κάνει όχι διότι πιστεύει ότι έχει χάσει την αξία του ως προσωπικότητα, ή ότι δεν δικαιούται να του συμπεριφέρονται με την αξιοπρέπεια που του αρμόζει ως άνθρωπου, αλλά διότι επιλέγει να μην ζει πια έτσι.”

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ ΔΙΕΘΝΩΝ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΩΝ

Στο Διεθνές δίκαιο η ευθανασία δεν έχει νομιμοποιηθεί καθώς ορίζει ότι ο εθνικός νόμος θα πρέπει να τείνει να εξασφαλίσει την ζωή και όχι την διευκόλυνση του θανάτου ενός ατόμου (Κρεμαλής,2011). Παρακάτω παρατίθενται μερικές επιλεγμένες αποφάσεις των Διεθνών Δικαστηρίων που αντικατοπτρίζουν την στάση τους σχετικά με το εν λόγω ζήτημα:

1) ΕΔΔΑ: Απόφαση Pretty κατά Ηνωμένου Βασιλείου της 29.4.2002. Η Diane Pretty ζήτησε από τις βρετανικές Αρχές, να δοθεί η άδεια στον σύζυγό της, να την βοηθήσει να τερματίσει την ζωή της, επειδή έπασχε από ανίατη και βαρύτατη ασθένεια, η οποία είχε οδηγήσει σε μια προοδευτική παραλυσία του νευρικού της συστήματος, που επιδεινώνονταν συνεχώς και έθιγε το ένα μετά το άλλο, όλα τα κρίσιμα όργανα με διαγραφόμενη κατάληξη την παύση λειτουργίας πνευμόνων και καρδιάς. Μόνη της δεν μπορούσε να αυτοκτονήσει λόγω της παραλυσίας αυτής. Ζήτησε επίσης, να μην θεωρηθεί δολοφόνος ο σύζυγός της και να μην διωχθεί ποινικά μεταγενέστερα... Η Diane Pretty προσέφυγε ακολούθως στο ΕΔΔΑ, ισχυρισθείσα ότι... παραβιάστηκαν τα ακόλουθα άρθρα της Ευρωπαϊκής Συμβάσεως των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (εφεξής ΕΣΔΑ): α.2 -δικαίωμα στην ζωή-, α.3- απαγόρευση βασανιστηρίων και απάνθρωπης και εξευτελιστικής μεταχείρισης-, α.8 - προστασία ιδιωτικού βίου-, α.9- θρησκευτική ελευθερία-, και α.14- απαγόρευση διακριτικής μεταχείρισης. Ομόφωνα απορρίφθηκε η προσφυγή ως προς όλα τα κεφάλαια. Η κρίση του Δικαστηρίου σε περίληψη είναι η ακόλουθη: Το άρθρο 2 (προστασία της ζωής) συνιστά υποκειμενικό δικαίωμα στην ζωή, αλλά σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να ερμηνευτεί, αν δεν θέλει κάποιος να διαστρέψει και ευτελίσει το προφανές νόημά του, ότι έχει μια αντίστοιχη αρνητική διάσταση και μπορεί να θεμελιώσει δικαίωμα στην «μη ζωή» (δηλαδή στον θάνατο). Τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης υποχρεούνται όχι μόνο να μην αφαιρούν τα ίδια την ζωή των πολιτών τους, αλλά και να λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα θετικά μέτρα για την προστασία της ζωής αυτής. Περαιτέρω, θετική υποχρέωση του κράτους με βάση το άρθρο 3, που απαγορεύει την απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση, είναι να προλαμβάνει ώστε και τρίτοι να μην επιβάλλουν μια τέτοια μεταχείριση στους πολίτες του. Δεν μπορεί δε η υποχρέωση αυτή να επεκταθεί (ενόψει και της κεφαλαιώδους σημασίας της αξίας της ζωής) και σε υποχρέωση να επικυρώσει πράξεις που, εν ονόματι της αποφυγής της απάνθρωπης και εξευτελιστικής μεταχείρισης, οδηγούν σε αφαίρεση ζωής. Με άλλα λόγια, η απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση του άρθρου 3 λογικά και συστηματικά δεν μπορεί παρά να αφορά τέτοια μεταχείριση από ανθρώπους. Η φύση δεν μπορεί ποτέ να λογισθεί ως προκαλούσα απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση. Και την αρρώστια την προκαλεί η φύση. Σε ότι αφορά το άρθρο 8, η κρίση του ΕΔΔΑ ήταν ότι ο αγγλικός νόμος, που

απαγορεύει την βοήθεια σε αυτοκτονία, συνιστά μεν επέμβαση στην αυτονομία ενός ατόμου που έχει αποφασίσει να αυτοκτονήσει, διότι το εμποδίζει να πάρει την σημαντικότερη ίσως απόφαση της ζωής του, την απόφαση πως θα την τερματίσει, η επέμβαση, όμως, αυτή είναι θεμιτή και απαραίτητη σε μια δημοκρατική κοινωνία, διότι αποσκοπεί στην προστασία της ζωής ατόμων αδυνάμων, ευπαθών, τρωτών και ασθενών.

2) Lambert κατά Γαλλίας της 5.6.2015. Ο Vincent Lambert υπέστη βαρύτατο κρανιοεγκεφαλικό τραυματισμό το 2008 σε ηλικία 32 ετών σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα, με συνέπεια να μείνει τετραπληγικός με πλήρη αδυναμία επικοινωνίας και κατάκοιτος. Σιτίζονταν και υδρεύονταν μέσω σωλήνα (δεν μπορούσε ούτε καν να μασήσει ούτε να καταπιεί). Το μόνο που κατάφερνε να κάνει χωρίς μηχανική βοήθεια ήταν να αναπνέει. Μετά την πάροδο 5 1/2 ετών στην κατάσταση αυτή, η σύζυγός του, ισχυρισθείσα ότι στο παρελθόν, πριν συμβεί το δυστύχημα, της είχε δηλώσει ότι, αν του συνέβαινε κάποια παρόμοια περίπτωση, θα επιθυμούσε να του γίνει ευθανασία, ζήτησε από το Νοσοκομείο να διακοπεί η σύνδεσή του με το υποστηρικτικό μηχάνημα και να διακοπεί η ύδρευση και σίτισή του. Συνήλθε ιατρικό συμβούλιο και οι γιατροί γνωμάτευσαν ότι η κατάσταση της υγείας του ήταν μη αναστρέψιμη. Οι γονείς, όμως, και η αδελφή του Vincent Lambert είχαν διαφορετική άποψη και προσέφυγαν κατά της αποφάσεως των γιατρών, που είχε επικυρωθεί από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου στο αρμόδιο Διοικητικό Δικαστήριο, ισχυρισθέντες ότι δεν υπάρχει απόλυτη επιστημονική βεβαιότητα, ότι η κατάσταση της υγείας του γιού και αδελφού τους είναι ανεπίδεκτη της οποιασδήποτε βελτιώσεως καθώς ότι τα βεβαιούμενα από την σύζυγό του, ότι δηλ. αυτός είχε δηλώσει ότι επιθυμούσε, σε μια παρόμοια περίπτωση, να τερματιστεί η ζωή του με ευθανασία, ήταν εντελώς αναπόδεικτα. Μαζί με την άσκηση του πιο πάνω ενδίκου μέσου άσκησαν και αίτηση αναστολής εκτελέσεως κατά της αποφάσεως της Διοικήσεως του Νοσοκομείου. Η αίτηση αναστολής έγινε μεν δεκτή και απαγορεύτηκε η αποσύνδεση του Vincent Lambert από την ιατρική συσκευή, το κύριο όμως ένδικο μέσο απορρίφθηκε. Οι γονείς και η αδελφή του Vincent Lambert άσκησαν αμέσως έφεση στο Γαλλικό Συμβούλιο Επικρατείας. Το Conseil d'État έκρινε με μια εξαιρετικά αιτιολογημένη απόφασή του και με βάση το νόμο Leonetti (στον οποίο έχω ήδη αναφερθεί) ότι η απόφαση του Νοσοκομείου να σταματήσει την σίτιση και ύδρευση ήταν επαρκώς και νομίμως αιτιολογημένη και απέρριψε την έφεση. Η κρίση του Δικαστηρίου στηρίχθηκε σε ιατρικές πραγματογνωμοσύνες που το ίδιο διέταξε, στην πλήρη έλλειψη αντιδράσεων από τον τετραπληγικό, στο γεγονός ότι είχαν περάσει 5 1/2 χρόνια από το δυστύχημα, στο ότι δεν υπήρχε καμία δυνατή επιστημονική πρόβλεψη για κάποια, έστω και ελάχιστη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του, στο ότι η απόφαση είχε ληφθεί με βάση τις αρχές της επιστήμης από τους γιατρούς, οι οποίοι είχαν προηγουμένως λάβει γνώση από την σύζυγο του Vincent Lambert της επιθυμίας, που είχε εκφράσει στο παρελθόν σ' αυτήν. Μετά από αυτό οι γονείς και η αδελφή του

Vincent Lambert προσέφυγαν στο ΕΔΔΑ επικαλούμενοι το άρθρο 2 της ΕΣΔΑ (δικαίωμα στην ζωή) επ' ονόματι του γιού τους. Επί του ζητήματος, αν οι γονείς του τετραπληγικού Vincent Lambert μπορούσαν να καταθέσουν προσφυγή επ' ονόματι του για παραβίαση του άρθρου 2, το ΕΔΔΑ έκρινε ότι νομιμοποίηση για κάτι τέτοιο υπάρχει μόνο στην περίπτωση, που ο φορέας του δικαιώματος του άρθρου αυτού έχει εν τω μεταξύ αποβιώσει ή αν δεν γίνεται να προστατευθεί αλλιώς αυτός του οποίου κινδυνεύει η ζωή. Παρά το γεγονός ότι το Δικαστήριο κατέληξε, ότι οι προαναφερθέντες προσφυγόντες (γονείς και αδελφοί) δεν νομιμοποιούνταν να καταθέσουν προσφυγή επ' ονόματι του (ως μη όντες οι ίδιοι θύματα κατά το άρθρο 34 της ΕΣΔΑ), εξέτασε την υπόθεση στην ουσία της, λόγω ειδικών συνθηκών και της ύψιστης σημασίας της. Το Δικαστήριο κατέληξε στην κρίση, ότι δεν υπάρχει παραβίαση του άρθρου 2. Έκρινε κατά πλειοψηφία ειδικότερα - όπως το κάνει συχνά- ότι δεν υπάρχει σε ένα τόσο σύνθετο και ευαίσθητο ηθικό θέμα, σαν το προκείμενο (διακοπή της σίτισης και ύδρευσης ενός βαρύτατα ασθενούς), ομοφωνία στα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης και επομένως ανήκει στα επιμέρους κράτη να κρίνουν, μέσω των αρμοδίων οργάνων τους, αν μια τέτοια ενέργεια συνιστά παραβίαση της εγχώριας νομοθεσίας και της ΕΣΔΑ. Εν προκειμένω, συνέχισε το ΕΔΔΑ στην κρίση του, τα διοικητικά όργανα του νοσοκομείου, στην αρχή, και το Conseil d'État, στο τέλος, έκριναν με εμπεριστατωμένη αιτιολογία το ζήτημα της εφαρμογής του νόμου Leonetti στην περίπτωση του Vincent Lambert, αφού άκουσαν όλες τις πλευρές, αφού διέταξαν σειρά πραγματογνωμοσυνών και έλαβαν υπόψη τους όλες τις παραμέτρους του προβλήματος. Υπήρξε και ισχυρή μειοψηφία στην απόφαση αυτή, πολύ σκληρή με την πλειοψηφία. Διατύπωσε την άποψη, ότι είναι τρομακτική η διαπίστωση, ότι μπροστά σε ένα τόσο τραγικό γεγονός, συνιστάμενο στο ότι συζητείται το αν θα διακοπεί η ύδρευση και η σίτιση ενός πλήρως αδρανικοποιημένου ανθρώπου, η πλειοψηφία περιορίστηκε στο περιθώριο εκτιμήσεως του κράτους και άφησε βουβή την ίδια την ΕΣΔΑ στο θέμα αυτό. Το γεγονός, έκρινε στην συνέχεια η μειοψηφία, ότι ο Vincent Lambert επιζεί τόσο καιρό δείχνει, ότι υπάρχει μέσα του μια βαθύτερη βούληση ζωής, την οποία απλώς δεν μπορεί να εκφράσει. Πως μπορεί, λοιπόν, αναρωτήθηκε η μειοψηφία, ένας νόμος σαν αυτόν που εφαρμόστηκε στην Γαλλία, και με τα δεδομένα που υπάρχουν στην υπόθεση, με τις αμφιβολίες που δημιουργούνται, ένας νόμος που χορηγεί σε ένα γιατρό τέτοιες εξουσίες, να θεωρηθεί ότι είναι συμβατός με το ιερότερο από τα κατοχυρωμένα από την ΕΣΔΑ δικαιώματα, το δικαίωμα στην ζωή. Αυτά που ανέφερε η σύζυγός του, ότι της είχε δηλώσει κάποτε ότι, αν του συμβεί κάποιο σοβαρό ατύχημα και υποστεί σοβαρή βλάβη η ακεραιότητά του, δεν θα ήθελε να ζήσει, πολύ απέχουν της απόλυτης βεβαιότητας, που απαιτείται σε αυτές τις περιπτώσεις. Εξ άλλου, και αν ακόμη είχε κάποτε εκφράσει μια τέτοια επιθυμία, η ικανοποίησή της καλύπτει μόνο τις απαιτήσεις του άρθρου 8 (προστασία του ιδιωτικού βίου της προσωπικής αυτονομίας και της ελευθερίας των επιλογών). Σε σχέση, όμως, με το άρθρο 2 τα πράγματα δεν είναι έτσι, διότι το αγαθό

της ζωής είναι απαραβίαστο σε κάθε περίπτωση. Κατά την μειοψηφία, με την απόφαση της αυτή, η πλειοψηφία εγκατέλειψε μια ύψιστη ηθική αρχή (το απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής) με νομικισμούς. Και κατέληξε με την φράση, ότι η πλειοψηφία πρόδωσε την προσωινία που είχε δοθεί στο ΕΔΔΑ για τα 50 χρόνια του, ότι είναι η συνείδηση της Ευρώπης (La conscience de l'Europe). Κατηγόρησε, δηλαδή εν συνόψει, την πλειοψηφία, ότι έκανε μια μορφή αφ' υψηλού επικουρικού ελέγχου- κάτι σαν αναιρετικό έλεγχο- προσπαθώντας να αποφύγει το “πικρό ποτήρι” να βάλει το ίδιο (δηλ το ΕΔΔΑ) τους κανόνες σε ένα τέτοιο θέμα.

3) Το Supreme Court του Ηνωμένου Βασιλείου έκρινε σε μια πρόσφατη (2014) απόφασή του κατά πλειοψηφία ότι ναι μεν η απόλυτη απαγόρευση του επικουρούμενου θανάτου έθιγε τα δικαιώματα των ενώπιόν του προσφυγόντων στην επίμαχη υπόθεση, αλλά έκρινε ότι, επειδή δεν υπήρχαν επαρκείς εγγυήσεις αποτροπής καταχρήσεων, θα πρέπει πρώτα να παρέμβει το Κοινοβούλιο και να ψηφίσει σχετικό (βλ. την απόφαση R. (application of Nicklinson) κατά Ministry of Justice, [2014] UKSC 38, [2014] 3 All E.R. 843).

4) Γερμανικό Ομοσπονδιακό Διοικητικό Δικαστήριο (Bundesverwaltungsgericht)- πρόσφατη απόφαση της 2.3.2017. Η απόφαση αυτή του Γερμανικού Ομοσπονδιακού Διοικητικού Δικαστηρίου- δεν είναι «ιατροκεντρική» αλλά «πασχοντοκεντρική» και (όντας επιπλέον κοντά στο δικό μας συνταγματικό καθεστώς) παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η σύζυγος του προσφυγόντος έπασχε από μια βαρύτατη εκφυλιστική παράλυση που της προκλήθηκε από αυτοκινητιστικό δυστύχημα (εντελώς παράλυτη από τον λαιμό και κάτω). Είχε επιστημονικά βεβαιωθεί η ανυπαρξία κάθε δυνατότητας θεραπείας ή βελτίωσης. Κατόπιν αυτού ζήτησε από το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Φαρμάκων και Ιατρικών παρασκευασμάτων (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) να της χορηγηθεί την ουσία Natrium- Pentobarital σε 15 gr, που, σύμφωνα με την ιατρική γνωμάτευση που είχε λάβει, αρκούσε για να της επιφέρει ένα ακαριαίο και ανώδυνο θάνατο. Το Ινστιτούτο, επικαλούμενο σχετική διάταξη του Ομοσπονδιακού Νόμου της 15.12.2000, που ρυθμίζει τα των ναρκωτικών και λοιπών κατασταλτικών φαρμακευτικών ουσιών (Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte), σύμφωνα με την οποία οι ουσίες αυτές χορηγούνται μόνο σε γιατρούς και νοσοκομεία και όχι σε ιδιώτες με σκοπό την «αυτοθανάτωσή» τους, όταν η ζητηθείσα δόση είναι θανατηφόρα, αρνήθηκε εγγράφως την ικανοποίηση του αιτήματος. Η υπόθεση έφτασε ύστερα από μεγάλη δικαστική διαδρομή, η οποία δεν μπορεί να παρατεθεί εδώ εν εκτάσει, στο Γερμανικό Ομοσπονδιακό Διοικητικό Δικαστήριο. Το Δικαστήριο έκρινε, ότι αυτή η γενική απαγόρευση προσκρούει στο άρθρο 2 παρ. 1 του Θεμελιώδους Νόμου της Γερμανίας (Grundgesetz) -εφεξής ΘΔ- (προστασία της προσωπικής αυτονομίας- ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας) σε συνδυασμό με το άρθρο 1 §1 του ΘΔ (προστασία της ανθρώπινης αξίας άλλως αξιοπρέπειας). Σύμφωνα με την δικαστική αυτή κρίση η επίμαχη διάταξη του νόμου, ερμηνευόμενη σύμφωνα με το

Σύνταγμα, πρέπει να θεωρηθεί, ότι έχει την έννοια, ότι επιτρέπεται, κατ' εξαίρεση, η χορήγηση τέτοιων ουσιών και σε θανατηφόρες δόσεις, όταν ο επιθυμών να τερματίσει την ζωή του βρίσκεται σε ακραία κατάσταση ανάγκης (extreme Notlage). Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι ακόλουθες σκέψεις του Δικαστηρίου: Η ελεύθερη διαμόρφωση της προσωπικότητας συνεπάγεται την ελευθερία επιλογών στις κρίσιμες αποφάσεις της ζωής. Θεμελιώδες στοιχείο της αυτονομίας είναι η αντιμετώπιση των ασθενειών. Στα πλαίσια αυτά εντάσσεται και η ελευθερία επιλογής του βαριά πάσχοντος πως και σε ποιο χρονικό σημείο θα επιλέξει να τερματίσει την ζωή του, υπό την προϋπόθεση, βέβαια, ότι βρίσκεται σε διανοητική και ψυχική κατάσταση που του επιτρέπει να αποφασίζει νηφάλια και ανεπηρέαστος για τέτοια θέματα. Μια τέτοια δε επιλογή δεν πρέπει μάλιστα, κατά τα προαναφερθέντα άρθρα του ΘΔ, να περιορίζεται μόνο στην τελική φάση (δηλ. λίγο πριν από τον θάνατο), αλλά και σε όλες τις περιπτώσεις βαριάς ασθένειας, που καθιστά τη ζωή αδύνατη να βιωθεί, λόγω πόνων, βαρειών αναπηριών, που οφείλονται σε ανίατες και διαρκώς επιδεινούμενες ασθένειες, ακόμη και στην περίπτωση που η πρόγνωση ζωής είναι σχετικά μακροχρόνια. Η αμυντική διάσταση των θεμελιωδών δικαιωμάτων δεν είναι απαραίτητο να τίγεται μόνο θετικά, για να διαπιστωθεί παράβαση της διάταξης που τα θεμελιώνει, αλλά αρκεί να τίγεται και έμμεσα, όταν δηλαδή ένα κρατικό μέτρο, ως εκ του αποτελέσματός του, παρεμποδίζει την απόλαυση ενός θεμελιώδους δικαιώματος (τέτοια είναι η απόλυτη απαγόρευση χορήγησης Natrium-Pentobarital που παρεμποδίζει την ικανοποίηση της επιθυμίας του ασθενούς). Υπάρχει, λοιπόν, υποχρέωση προστασίας του δικαιώματος στον τερματισμό της ζωής με θετικό τρόπο (υπό την ανωτέρω έννοια της χορήγησης φαρμάκων) από το κράτος. Όχι οπωσδήποτε υπό την έννοια της υποχρέωσης του κράτους να εγκαθιδρύσει δομές, που θα διευκολύνουν την «αυτοθανάτωση» του ασθενούς, αλλά υπό την έννοια ότι, όταν πάντως ένας σοβαρά και ανίατα ασθενής βρίσκεται σε ακραία κατάσταση χωρίς διέξοδο, δεν είναι επιτρεπτό να αφήνεται αβοήθητος, αδύναμος και υποφέρων. Να μην είναι ικανός να εκπληρώσει τις επιλογές που απορρέουν από την αυτονομία του. Επειδή, όμως, ταυτόχρονα ο ΘΔ καθιερώνει το δικαίωμα στην ζωή και στην ακεραιότητα όχι μόνο ως αμυντικό δικαίωμα, αλλά και ως αντικειμενική θεσμική αξία που διέπει την έννομη τάξη, ο νομοθέτης διαθέτει ευρεία διακριτική ευχέρεια και δεν προσκρούει στο Σύνταγμα η κατ' αρχήν ποινικοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας ή η κατ' αρχήν απαγόρευση της διαθέσεως φαρμακευτικών ουσιών, όπως το Natrium-Pentobarital. Η απαγόρευση, όμως, αυτή καθίσταται αντισυνταγματική στις περιπτώσεις της ακραίας κατάστασης ανάγκης, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω. Σε μια τέτοια περίπτωση που η ατομική επιλογή είναι υπέρ του τερματισμού της ζωής, η θετική εγγυητική λειτουργία του κράτους υπέρ του απαραβίαστου της ανθρώπινης ζωής υποχωρεί μπροστά στο δικαίωμα αυτοκαθορισμού του ασθενούς. Επίσης η απόφαση θεωρεί ηπιότερο για την έννομη τάξη το μέτρο της χορήγησης από μια κρατική υπηρεσία φαρμάκων από την υποχρέωση του

ασθενούς να καταφύγει σε ιατρικώς επιβοηθούμενη αυτοκτονία στο εξωτερικό, με όσες δυσκολίες και έξοδα μια τέτοια μετάβαση συνεπάγεται, προκειμένου να υλοποιήσει την απόφασή του. Με την απόφαση αυτή έγινε ένα πρώτο μεγάλο βήμα.

5) Ακόμη μεγαλύτερο βήμα έκανε το Καναδικό Supreme Court στην υπόθεση Carter κατά Καναδά (Attorney General – Υπουργού Δικαιοσύνης) με απόφασή του της 6.2.2015. Οι προσφεύγουσες ήταν πάσχουσες από βαρύτατες εκφυλιστικές παραλυτικές ασθένειες του νευρικού συστήματος και της σπονδυλικής στήλης... Η απόφαση αυτή του Καναδικού Ανώτατου Δικαστηρίου στηρίζει την κρίση της για την ευθανασία, όχι τόσο στην διαπίστωση ότι απορρέει ευθέως από το Σύνταγμα μια τέτοια καθολική απαίτηση ή ένα τέτοιο καθολικό δικαίωμα, όσο στο ότι ο νόμος που το απαγορεύει γενικώς και απολύτως προσβάλλει το δικαίωμα της προσωπικής αυτονομίας (του αυτοκαθορισμού του ατόμου). Μπορεί βέβαια να παρατηρηθεί ότι πρόκειται κατ' ουσία για το ίδιο. Κύρια βάση της δικαστικής αυτής κρίσης είναι το άρθρο 1 του Συντάγματος (Constitution Act) του Καναδά του 1982, που ορίζει ότι τα συνταγματικά δικαιώματα υπόκεινται μόνο σε περιορισμούς που είναι «reasonable... as can be demonstrably justified in a free and democratic society». Κατά την κρίση του Δικαστηρίου είναι η γενική και χωρίς διακρίσεις - blanket prohibition- απαγόρευση της ευθανασίας που καθιστά αντισυνταγματικό το νόμο, διότι παραβιάζει την αρχή της αναλογικότητας. Επίσης η ίδια απόφαση στηρίζει την κρίση της και στο δικαίωμα στην ζωή (life, liberty and security - άρθρο 7 Constitution Act του 1982). Η σχετική επιχειρηματολογία δεν είναι πολύ διαυγής. Από μια δεύτερη ανάγνωση των σχετικών σκέψεων καταλαβαίνει ο αναγνώστης ότι το Δικαστήριο αναφέρεται στο δικαίωμα της επιλογής της στιγμής του τερματισμού της ζωής. Ουσιαστικά πρόκειται για παραβίαση του δικαιώματος της προσωπικής αυτονομίας ή του δικαιώματος να έχει κάποιος μέχρι το τέλος μια καλή υποφερτή και σύμφωνη με τις επιθυμίες του ζωή. Το Καναδικό Ανώτατο Δικαστήριο προχώρησε, με τον τρόπο αυτό, ένα βήμα παραπέρα από το Γερμανικό Ομοσπονδιακό Διοικητικό Δικαστήριο. Μίλησε ανοικτά για υποχρέωση του νομοθέτη να καθιερώσει μια μορφή ιατρικώς επιβοηθούμενης αυτοκτονίας. Επίσης το ενδιαφέρον στην απόφαση αυτή είναι ότι περιέχει εκτενή παράθεση στατιστικών στοιχείων και δεδομένων από τον Καναδά, αλλά και από άλλες χώρες, που δείχνουν ότι εκεί που επιτρέπεται η ευθανασία δεν έχουν αυξηθεί οι περιπτώσεις αυτών που την επιλέγουν. Τέλος ασχολείται με αντίκρουση των πραγματιστικών (μη κανονιστικών) επιχειρημάτων της θεωρίας του slippery slope (ολισθηρή πλαγιά). Πρόκειται για την θεωρία που επικαλείται ως επιχείρημα κατά της καθιέρωσης της δυνατότητας ευθανασίας τον κίνδυνο των καταχρήσεων της διαδικασίας. Μια, τέλος, ακόμη ενδιαφέρουσα πτυχή της σχολιαζόμενης απόφασης, που βαίνει πέραν της ευθανασίας και δείχνει την αντίληψη που έχουν οι Καναδοί για την συνταγματική δικαιοσύνη, είναι ότι το εν λόγω Δικαστήριο, αφού έκρινε ότι η εν λόγω απόλυτη απαγόρευση της ενεργητικής ευθανασίας από τον ομοσπονδιακό ποινικό νόμο του Καναδά είναι

αντισυνταγματική και επέτρεψε με βάση τις προϋποθέσεις που έθεσε (συναίνεση ασθενούς, ανίατη ασθένεια επιβεβαιωμένη ή/και οδύνες μη αντιμετωπίσιμες) να προχωρήσουν οι διαδικασίες για τις προσφεύγουσες, οι οποίες είχαν ξεκινήσει αρχικά τις κύριες δίκες στα κατώτερα δικαστήρια, έδωσε προθεσμία ενός έτους στον ομοσπονδιακό νομοθέτη για να θεσπίσει ένα νόμο που θα νομιμοποιεί με βάση το πνεύμα της απόφασης την ενεργητική ευθανασία. Λόγω διαφωνιών που εμφανίστηκαν στην Βουλή των Κοινοτήτων και στην Γερουσία του Καναδά γύρω από τον τρόπο υλοποίησης της απόφασης αυτής η ετήσια αυτή προθεσμία παρήλθε άπρακτη. Ταυτόχρονα άλλαξε μετά από εκλογές και η κυβερνητική πλειοψηφία. Στην εξουσία ανήλθε η φιλελεύθερη κυβέρνηση του J.Trudeau και το Δικαστήριο έδωσε νέα παράταση στην νομοθετική εξουσία, ώσπου στο τέλος θεσμοθετήθηκε η δυνατότητα ευθανασίας στον Καναδά.

6) Αμερικανικό Ανώτατο Δικαστήριο (Supreme Court) 1) Washington κατά Glucksberg απόφαση της 26.6.1997 , 521 U.S. 702 (1997) και 2E2) Vacco κατά Quill απόφαση με ίδια ημερομηνία, , 521 U.S. 793 (1997) Με τις δύο αυτές αποφάσεις κρίθηκε ότι η ενεργητική ευθανασία δεν έχει συνταγματικό έρεισμα. Δεν αποτελεί θεμελιώδη ελευθερία και δεν ανήκει στον κορμό των κεντρικών ηθικοπολιτικών συναινέσεων στις οποίες στηρίχθηκε η Αμερικανική συμπολιτεία. Την άποψη της πλειοψηφίας την συνέταξε ο πρόεδρος του Δικαστηρίου William Rehnquist και υπήρξαν και άλλες απόψεις, που όμως δεν αποτελούσαν μειοψηφίες, αλλά ήταν συγκλίνουσες απόψεις. Η δεύτερη γνώμη δεν αναγνώρισε το δικαίωμα στην επιβοηθούμενη αυτοκτονία όχι τόσο επί τη βάσει μιας θεωρητικής άρνησης να την στεγάσει στην 14η Τροποποίηση του Αμερικανικού Συντάγματος (14th Amendment), όσο στις πρακτικές δυσκολίες να οργανωθεί ένα σύστημα, που δεν θα οδηγούσε σε καταχρήσεις (καταχρήσεις από κληρονόμους, νοσοκομεία ή γιατρούς που δεν μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις μακροχρονίων ασθενειών, ή που θέλουν να αδειάσουν οι κλίνες τους για άλλους ασθενείς, βιαστική απόφαση του ασθενούς -λόγω ελλείψεως καλής ενημερώσεως ή πανικού ή ασθενούς βουλήσεως – ή αδυναμία του εκ των λόγων αυτών να αντιταχθεί σε επιλογές που του υποβάλλονται για ιδιοτελείς σκοπούς, άρνηση ασφαλιστικών εταιρειών που δεν θέλουν να επιβαρυνθούν με τα τεράστια έξοδα που απαιτούνται για μακρόχρονες και σύνθετες νοσηλείες κλπ). Είναι σαφές ότι στις αποφάσεις αυτές του Supreme Court βάρυναν τα επιχειρήματα τύπου slippery slope. Και τούτο παρά το ότι το Supreme Court είχε, κατ' αρχήν, αναγνωρίσει στο παρελθόν ως συνταγματικό δικαίωμα το δικαίωμα ασθενούς να επιλέξει την διακοπή εγκατεστημένης ιατρικής υποστήριξης, ακόμη και αν ήταν βέβαιο ότι έτσι θα προκληθεί ο θάνατος του (πρόκειται για την απόφαση της 25.6.1990 Cruzan v. Director of Missouri Department of Health 497 U.S. 261) 11.

7) Η επισκόπηση της νομολογίας θα τερματισθεί με μια αναφορά στην απόφαση της 2.6.2017 του Γαλλικού Συνταγματικού Συμβουλίου (Conseil Constitutionnel). Με την απόφασή του αυτή το εν λόγω Δικαστήριο ασχολήθηκε με την συνταγματικότητα της συγκεκριμένης διάταξης του

νόμου Leonetti. Ασχολήθηκε κυρίως με το ζήτημα, αν η διάταξη προσκρούει στην συνταγματική προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Κρίθηκε ότι, εν όψει των εγγυήσεων, με τις οποίες έχει περιβάλλει ο νομοθέτης την απόφαση διακοπής της σίτισης και ύδρευσης του ασθενούς (συναίνεσή του, ή εν αδυναμία του συλλογική απόφαση περισσοτέρων του ενός γιατρού και συγγενών) δεν παραβιάζεται η πιο πάνω συνταγματική αρχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Όπως ήδη έχει προαναφερθεί δεν υπάρχει – και δε θα ήταν δυνατόν να υπάρχει - κοινή γραμμή μεταξύ των νομοθεσιών ανά τον κόσμο που να αντιμετωπίζει το πολύπλοκο ζήτημα της ευθανασίας. Η επιλογή των νομοθετών βασίζεται σε διαφορετικά και αντικρουόμενα επιχειρήματα και επηρεάζεται από την φιλοσοφία που έχει ήδη υιοθετηθεί από κάθε κοινωνία αναφορικά με την ζωή και τον πολιτισμό. Στην συνέχεια παρατίθενται οι νομοθεσίες που εφαρμόζονται στις χώρες ανά τον κόσμο και αποδεικνύεται πόσο διαφορετική είναι η αντίληψη των νομοθετών για το αμφιλεγόμενο ζήτημα της ευθανασίας (Μητροσύλη ,2009):

4.2 ΑΡΓΕΝΤΙΝΗ

Στις 9 Μαΐου 2012, η Αργεντινική Γερουσία ψήφισε νόμο, ο οποίος επιτρέπει στους ανιάτως πάσχοντες ασθενείς και αυτούς που παρουσιάζουν μη αναστρέψιμα συμπτώματα θανάτου να απορρίψουν φαρμακευτικές αγωγές που επιμηκύνουν την διάρκεια της ζωής τους. Η συναίνεση μπορεί να δοθεί είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από τους νόμιμους συγγενείς ή νομικούς συμπαραστάτες στην περίπτωση που οι ίδιοι δεν είναι σε θέση (Churchilla, 1997).

4.3 ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ

Η ευθανασία είναι παράνομη στην Αυστραλία, ωστόσο ένας νόμος που θα επιτρέπει την εκούσια υποβοηθούμενο θάνατο στην πολιτεία της Βικτώριας αναμένεται να εφαρμοστεί στα μέσα του 2019. Παλαιότερα η ευθανασία ήταν νόμιμη στην Βόρεια Αυστραλία με τον νόμο για τα Δικαιώματα των ανιάτως πασχόντων που επέτρεπε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία για τους ανιάτως πάσχοντες των οποίων η ταλαιπωρία είχε φτάσει δυσθεώρητα και αφόρητα όρια αλλά το 1997 η Ομοσπονδιακή κυβέρνηση κατήργησε την υπάρχουσα νομοθεσία (Elliott,1996).

4.4 ΒΕΛΓΙΟ

Η βέλγικη κυβέρνηση νομιμοποίησε την ευθανασία στις 28 Μαΐου 2002. Μία έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2010 ανέφερε ότι αυτοί που πέθαιναν από ευθανασία σε σύγκριση με άλλους θανάτους ήταν συχνότερα πιο νέοι, άρρενες, πάσχοντες από καρκίνο και κατέληγαν συχνότερα στα σπίτια τους. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις είχε ήδη αναφερθεί αφόρητη σωματική ταλαιπωρία. Η ευθανασία για μη ανιάτως πάσχοντες ήταν σπάνια. Το 2014 το Βέλγιο νομιμοποίησε και την ευθανασία για παιδιά με θανατηφόρο ένεση χωρίς κανέναν ηλικιακό περιορισμό. Οι γονείς πρέπει να συναινέσουν στην απόφαση, ωστόσο υπάρχουν πολλά ερωτήματα σχετικά με τη ψυχολογική πίεση που θα ασκηθεί τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς. Οι απαιτούμενες προϋποθέσεις είναι ότι οι ασθενείς πρέπει να αντιλαμβάνονται την έννοια της ευθανασίας και τις συνέπειες της απόφασης τους και ότι το αίτημα θα πρέπει να έχει γίνει δεκτό από τους γονείς και την ιατρική ομάδα. Περαιτέρω, η

ασθένεια θα πρέπει να είναι ανίατη και οι ασθενείς να αισθάνονται αφόρητο πόνο που δε θα μπορούσε να αμβλυνθεί από καμία αγωγή. Επίσης ένας ψυχολόγος θα πρέπει να αξιολογήσει την ωριμότητα του ασθενή για να λάβει αυτήν την απόφαση (Βούλτσος,2006).

4.5 ΧΙΛΗ

Η ενεργητική ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι νόμιμες στην Χιλή. Αντιθέτως είναι νόμιμη η παθητική ευθανασία. Από το 2012, η νομοθεσία για τα δικαιώματα των ασθενών που δίνει το δικαίωμα σε συναίνεση μετά από πληροφόρηση, η οποία επιτρέπει την αποδοχή ή την άρνηση για κάθε φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς μπορούν να αρνηθούν την λήψη αγωγής εφόσον είναι ανιάτως πάσχοντες. Προσφάτως, το 2018 συζητήθηκε νομοσχέδιο που θα επιτρέπει και την παθητική ευθανασία(Wikipedia,2019).

4.6 ΚΟΛΟΜΒΙΑ

Με την 6-3 απόφαση, το Συνταγματικό Δικαστήριο της Κολομβίας αποφάσισε το 1997 ότι κανένας άνθρωπος δεν μπορεί να θεωρηθεί ποινικά υπόλογος για την αφαίρεση ζωής ενός ανιάτου πάσχοντα που έχει δώσει σαφή σχετική εξουσιοδότηση. Το δικαστήριο προσδιόρισε ως ανιάτο πάσχοντα τον ασθενή με ασθένειες όπως ο καρκίνος, το AIDS, η ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια εφόσον είναι ανιάτες και η αιτία για αφόρητη ταλαιπωρία. Το Δικαστήριο ρητά αρνήθηκε την νομιμοποίηση της ευθανασίας για άτομα με εκφυλιστικές ασθένειες όπως το Αλτσχάϊμερ, Πάρκινσον. Το 2014 το Συνταγματικό Δικαστήριο έδωσε διορία 30 ημερών στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής προστασίας να εκδώσει οδηγίες για τον υγειονομικό τομέα, προκειμένου να εξασφαλίσει στους ανιάτως πάσχοντες, με την επιθυμία να υποβληθούν σε ευθανασία, το δικαίωμα τους σε έναν αξιοπρεπή θάνατο (Ogilvie,1997).

4.7 ΔΑΝΙΑ

Το κοινοβούλιο έχει αναθέσει σε επιτροπές δεοντολογίας το ζήτημα περί ευθανασίας, οι οποίες έχουν ταχθεί κατά της νομιμοποίησης της. Ωστόσο η ευθανασία δεν είναι ρητώς παράνομη και μία έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2003 ανέδειξε ότι το 41% των θανάτων κάτω από ιατρική επίβλεψη σχετίζονταν με γιατρούς που αποφάσιζαν για τον τερματισμό της ζωής, προκειμένου να απαλύνουν τους πόνους των ασθενών τους πριν τον θάνατο τους σε ποσοστό 1% ο θάνατος επερχόταν με φαρμακευτική αγωγή (Humphry,2005) .

4.8 ΦΙΛΑΝΔΙΑ

Στη Φιλανδία η ενεργητική ευθανασία είναι παράνομη σε αντίθεση με την παθητική, η οποία είναι νόμιμη.

4.9 ΓΑΛΛΙΑ

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 το ζήτημα της ευθανασίας χαρακτηριζόταν από ασυμμετρία μεταξύ των δικαιωμάτων των ιατρών και των ασθενών. Μία πρώτη προσπάθεια για να ενδυναμωθούν τα δικαιώματα των ασθενών έλαβε χώρα το 2002 όταν ψηφίστηκε ένας νόμος ο οποίος προέβλεπε μεταξύ άλλων το δικαίωμα των ασθενών να αρνηθούν την ιατρική περίθαλψη. Ωστόσο μετά από μία πολύκροτη υπόθεση ενός παραπληγικού που διεκδίκησε το δικαίωμα του στον θάνατο, το 2005 ψηφίστηκε ο «νόμος για τα δικαιώματα των ασθενών και τον τερματισμό της ζωής», ο οποίος παρά την ονομασία του εξασφάλιζε το δικαίωμα των γιατρών να παραβλέψουν την άρνηση των ασθενών για την λήψη ιατρικής περίθαλψης και του εξασφάλιζε το δικαίωμα να προβούν σε υποχρεωτική ιατρικά υποβοηθούμενη λήξη νερού και τροφής.

Τον Ιούλιο του 2013 ο γάλλος Πρόεδρος Φρανσουά Ολάντ εξέφρασε την προσωπική του υποστήριξη για την αποποινικοποίηση της εκούσιας ευθανασίας και είχε υπάρξει μία από τις υποσχέσεις στην προεδρική του εκστρατεία παρά τις αντιρρήσεις της Εθνικής Γαλλικής Επιτροπής Δεοντολογίας, η οποία ισχυριζόταν ότι υπήρξε «κατάχρηση» σε αντίστοιχες δικαιοδοσίες που έχουν αποποινικοποιήσει και νομιμοποιήσει είτε την εκούσια ευθανασία είτε την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Τον Ιανουάριο του 2016 και τα δύο μέρη της εθνικής γαλλικής Βουλής αποδέχτηκαν ένα μέτρο, το οποίο επιτρέπει στους γιατρούς να κρατούν τους ανιάτως πάσχοντες ασθενείς σε διαρκές κόμμα μέχρι τον θάνατο τους.

Στις περιπτώσεις που ο θάνατος των ασθενών θα επέλθει σε σύντομο χρονικό διάστημα (μέχρι 2 εβδομάδων) και ο πόνος δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με κανένα μέσο. Επιπλέον στις περιπτώσεις που ο πάσχων έχει χάσει την δυνατότητα να εκφράσει την επιθυμία του ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να παράσχει την νάρκωση μέχρι τον θάνατο όταν θα σταματήσει να παρέχει υποχρεωτική υποβοηθούμενη ενυδάτωση και τροφή (Ruth Horn, 2017).

4.10 ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Η παθητική ευθανασία είναι νόμιμη στην Γερμανία εφόσον ο ασθενής το έχει ζητήσει. Σε κάθε περίπτωση αξιολογείται αν πληρούνται οι προϋποθέσεις του αδικήματος του «θανάτου από τρίτο πρόσωπο», όπως αυτό καθορίζεται από τα αα. 211 – 213 και 216 του γερμανικού ΠΚ που αφορούν στον φόνο, την ανθρωποκτονία και τον κατ' επίκληση τερματισμό της ζωής αντίστοιχα. Σύμφωνα με το Γερμανικό Δίκαιο η αυτοκτονία δεν στοιχειοθετεί ποινική πράξη με αποτέλεσμα η υποβοηθούμενη αυτοκτονία να μην είναι ποινικά κολάσιμη. Αυτό που κρίνεται κάθε φορά είναι το ερώτημα εάν άλλα γεγονότα και στοιχεία στοιχειοθετούν το έγκλημα της ανθρωποκτονίας με

πρόθεση ή της παράλειψης οφειλόμενης ενέργειας. Εάν η βοήθεια προέρχεται από ιατρό ή στενό συγγενή αυτοί θα πρέπει να έχουν ενεργήσει με αλτρουιστικά κίνητρα (Tuffs, 2003).

4.11 ΙΝΔΙΑ

Η παθητική ευθανασία μέσω του τερματισμού μηχανικής υποστήριξης της ζωής σε ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση φυτού είναι νόμιμη. Μορφές ενεργητικής ευθανασίας συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης θανατηφόρου σκευάσματος είναι παράνομες (Wikipedia,2019).

4.12 ΙΡΛΑΝΔΙΑ

Στην Ιρλανδία είναι παράνομο για έναν γιατρό να συνεισφέρει ενεργά στον θάνατο κάποιου ατόμου. Δεν είναι όμως παράνομο να αφαιρέσει την μηχανική υποστήριξη και άλλη αγωγή (το δικαίωμα στον θάνατο) εφόσον ένα άτομο (ή συγγενής α' βαθμού) το ζητήσει. Μία έρευνα το 2010 ανέδειξε ότι η πλειοψηφία, το 57% των ενηλίκων πιστεύουν ότι η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα έπρεπε να είναι νόμιμη για τους ανιάτως πάσχοντες ασθενείς εφόσον το ζητήσουν. Οι γιατροί μπορούν να σταματήσουν την χορήγηση αγωγής που διατηρεί εν ζωή τους ασθενείς όπως μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, σωλήνα διατροφής κτλ έπειτα από νάρκωση επιτρέποντας στους ασθενείς να πεθάνουν ήσυχα στον ύπνο τους. Αυτό μπορεί να συμβεί μόνο σε πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις (Gallagher et al., 2000).

Συγκεκριμένα, ο ΠΚ του 1993 αποποινικοποιεί την αυτοκτονία αλλά προβλέπει την ποινικοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Όταν ο θάνατος θα επέλθει άμεσα δεν υφίσταται νομική υποχρέωση να χορηγηθεί απρόσφορη αγωγή όπως στην περίπτωση της άσκοπης ανάνηψης σε έναν ασθενή που υπέστη καρδιακή προσβολή όταν ο γιατρός θεωρήσει μετά από λογική κλινική κρίση ότι η αγωγή θα είναι σε σύγκρουση με το όφελος του ασθενούς. Ωστόσο σε νομολογία έχει γίνει διαχωρισμός μεταξύ της απόσυρσης και της άρνησης παροχής αγωγής. Σε άλλη κρίση το Ανώτερο Δικαστήριο περιόρισε το δικαίωμα στο θάνατο στους ασθενείς που δεν έχουν πράγματι επαφή με το περιβάλλον, για τους οποίους δεν υπάρχουν προοπτικές ανάρρωσης, που διατηρούνται εν ζωή με τεχνική υποστήριξη και που είναι προς όφελος τους να τους επιτραπεί να πεθάνουν (Βούλτσος,2006).

4.13 ΙΑΠΩΝΙΑ

Στην Ιαπωνία δεν υπάρχει επίσημος ορισμός της έννοιας της ευθανασίας καθώς δεν υπάρχει επίσημος νόμος που να ορίζει το ζήτημα και το Ανώτερο Δικαστήριο δεν έχει επίσημη νομολογία. Η ιαπωνική προσέγγιση στο ζήτημα της ευθανασίας καθορίζεται από δύο αποφάσεις τοπικών δικαστηρίων, η μία από το δικαστήριο της Νάγκογια το 1962 και η άλλη μετά από ένα περιστατικό

στο Πανεπιστήμιο του Τοκάι το 1995. Και στις δύο περιπτώσεις οι γιατροί κρίθηκαν ένοχοι. Συγκεκριμένα στην περίπτωση της παθητικής ευθανασίας πρέπει να συντρέχουν τρεις προϋποθέσεις:

- 1) ο ασθενής πρέπει να πάσχει από ανίατη ασθένεια και να βρίσκεται στα τελευταία στάδια της αρρώστιας από την οποία δεν θεωρείται πιθανό να αναρρώσει,
- 2) ο ασθενής πρέπει να δώσει την συναίνεση του να σταματήσει την αγωγή και αυτή του η συναίνεση θα πρέπει να είναι προγενέστερη του θανάτου του. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δώσει ρητή συγκατάθεση, η συναίνεση του θα πρέπει να είναι αποτυπωμένη σε ένα ήδη υπάρχον έγγραφο όπως μία διαθήκη ή κατάθεση ενώπιον των συγγενών του
- 3) ο ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε ευθανασία μέσω μη χορήγησης αγωγής, χημειοθεραπείας, μη παροχής μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής κτλ.

Αναφορικά με την ενεργητική ευθανασία θα πρέπει να συντρέχουν τέσσερις προϋποθέσεις:

- α) ο ασθενής θα πρέπει να υποφέρει από αφόρητο σωματικό πόνο,
- β) ο θάνατος να είναι αναπόφευκτος και να αναμένεται άμεσα
- γ) ο ασθενής θα πρέπει να δώσει την συναίνεση του (δεν είναι αρκετή η διαθήκη ή η δήλωση του σε συγγενείς όπως στην παθητική ευθανασία) και
- δ) ο θεράπων ιατρός να έχει εξαντλήσει ανεπιτυχώς όλα τα μέσα για να απαλύνει τον πόνο.

Σε νεότερη νομολογία κρίθηκε ότι:

- 1) η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής σε τελικό στάδιο είναι μόνο επιτρεπτή λόγω του σεβασμού του δικαιώματος του ασθενή στην αυτοδιάθεση και στο καθήκον σε ιατρική περίθαλψη βασισμένη σε ιατρική κρίση
- 2) ο σεβασμός για την αυτοδιάθεση του ασθενούς δεν είναι συνώνυμος με την αποδοχή της αυτοκτονίας και το δικαίωμα στο θάνατο. Επιτρέπει στον ασθενή να αποφασίσει για τον εαυτό του πώς να ζήσει ως ανθρώπινη ύπαρξη και κατ' ακολουθία να αποφασίσει πως να ζήσει ή να πεθάνει στο τελικό στάδιο της ζωής του
- 3) θα πρέπει να είναι ανύπαρκτη η προοπτική ανάρρωσης του ασθενούς και ο θάνατος να επέλθει άμεσα. Ο ασθενής θα πρέπει να το αντιλαμβάνεται αυτό και να έχει ακόμα σώας τας φρένας

- 4) ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος και να αποφασίσει εκούσια. Η απόφαση του θα πρέπει να είναι ρητά εκφρασμένη
- 5) ο γιατρός πρέπει να ακολουθήσει την αληθινή πρόθεση του ασθενή αν δεν μπορεί να αναγνωρίσει άμεσα την εκούσια αυτοδιάθεση του ασθενούς και την βούληση του
- 6) στην αναζήτηση της αληθινής πρόθεσης του ασθενούς μπορούμε να έχουμε μια πειστική απάντηση από τα έγγραφα όπου είχαν καταχωρηθεί οι προθέσεις του και από δηλώσεις των μελών της οικογένειας ή άλλων ανθρώπων που γνώριζαν τις ιδέες του ασθενούς. Εάν παρόλες τις προσπάθειες δεν μπορεί να ανευρεθεί η αληθινή πρόθεση του ασθενούς, γιατρός θα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στην προστασία της ζωής του ασθενούς, βασιζόμενος στην αρχή «σε περίπτωση αμφιβολίας υπερισχύει η ζωή» και θα πρέπει να συνεχίσει να εφαρμόζει τις περισσότερες αρμόζουσες ιατρικές πρακτικές.
- 7) όταν οι γιατροί έχουν εξαντλήσει τη διαθέσιμη φαρμακευτική αγωγή δεν υπάρχει νομική υποχρέωση να συνεχίσει ή να εφαρμόσει τέτοια αγωγή που ιατρικά θεωρείται ως βλαβερή ή ανούσια ακόμα και αν το επιθυμεί ο ασθενής.
- 8) η κρίση του γιατρού θα πρέπει να είναι περιορισμένη στην ισχύ της φαρμακευτικής αγωγής. Ο γιατρός μπορεί να συμβουλεύσει τον ασθενή πως να πεθάνει αλλά θα πρέπει να περιοριστεί σε μία συμβουλευτική άποψη και γι' αυτόν τον λόγο δεν είναι πρόπον για τον γιατρό να προβεί σε εκτίμηση εκ μέρους του ασθενούς.

Ωστόσο έχουν ασκηθεί ένδικα μέσα σε αυτήν την απόφαση και αναμένεται η κρίση του Ανώτατου Δικαστηρίου.

4.14 ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

Ο νόμος του Λουξεμβούργου για την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία προσφέρει στους ασθενείς την επιλογή να πεθάνουν όταν η ταλαιπωρία τους θεωρείται αφόρητη. Γι' αυτόν τον λόγο οι ασθενείς έχουν την ελευθερία να επιλέξουν πως θα λήξει η ζωή τους και οι γιατροί που συμφωνούν με το αίτημα τους για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία προστατεύονται από τη δίωξη. Όντως υπάρχουν αυστηρές νομικές προϋποθέσεις που εξασφαλίζουν την διαφάνεια και τον έλεγχο ιατρικών διαδικασιών για να τερματιστεί η ζωή εκούσια.

Ως ευθανασία ορίζεται η ιατρική πράξη κατά την οποία κάποιος γιατρός τερματίζει εκ προθέσεως την ζωή ενός άλλου ανθρώπου μετά από το εξεφρασμένο και συνειδητό αίτημα του. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία συνίσταται στην βοήθεια που παρέχει κάποιος σε έναν τρίτο να

τερματίσουν οι ίδιοι την ζωή τους παρέχοντας τους τα μέσα για αυτόν τον σκοπό (Naftemporiki.gr,2009).

Σε κάθε περίπτωση ο γιατρός θα πρέπει εκ των προτέρων να έχει πληρώσει συγκεκριμένες τυπικές και διαδικαστικές προϋποθέσεις. Σε περίπτωση που υπάρχει αντίρρηση για λόγους συνειδήσεως, ο γιατρός μπορεί να αρνηθεί να προχωρήσει στην ευθανασία ή στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Σε αυτήν την περίπτωση υποχρεούται να ενημερώσει τον ασθενή και τον υποδειχθέντα άτομο εμπιστοσύνης μέσα σε 24 ώρες, υποδεικνύοντας τον λόγο για τον οποίο αρνείται.

Το αίτημα για την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία μπορεί να κατατεθεί από οποιονδήποτε:

- Που βρίσκεται σε ανίατη ιατρική κατάσταση που είναι αποτέλεσμα κάποιου ατυχήματος ή ασθένειας. Η αιτία που προκάλεσε την ανίατη ιατρική κατάσταση είναι αδιάφορη
- Που επιθυμεί να προχωρήσει σε δήλωση τελευταίας βούλησης για να αποφύγει να αντιμετωπίσει μια αντίστοιχη κατάσταση στο μέλλον.

Οι ασθενείς που διαμένουν στο εξωτερικό και έχουν έναν γενικό γιατρό στο Λουξεμβούργο και προβαίνουν σε δήλωση τελευταίας βούλησης και το έχουν καταγράψει στον ιατρικό τους φάκελο. Δεν υπάρχει περιορισμός στην εθνικότητα ή στην υπηκοότητα των ασθενών ωστόσο ο εν λόγω γιατρός θα πρέπει να είναι γιατρός τους για ένα επαρκώς μεγάλο και συνεχές χρονικό διάστημα.

Οι προϋποθέσεις που θα πρέπει να πληρούνται είναι οι εξής:

Ο ασθενής θα πρέπει: α) να έχει τις αισθήσεις του κατά τον χρόνο υποβολής του αιτήματος, β) να είναι ενήλικος και να έχει πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα, γ) να έχει λάβει την απόφαση χωρίς εξωτερική πίεση από τρίτους, δ) να πάσχει από ανίατη ασθένεια για την οποία να μην υπάρχει προοπτική ανάρρωσης και ε) να πάσχει από αφόρητα φυσικό ή και νοητικό πόνο ως αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης χωρίς ελπίδα βελτίωσης. Οι ανήλικοι στερούνται του δικαιώματος να αιτηθούν για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Το αίτημα του ασθενούς θα πρέπει να κατατεθεί γραπτώς με τα πλήρη προσωπικά του στοιχεία και να φέρει ημερομηνία και υπογραφή. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να γράψει και να υπογράψει την αίτηση μπορεί να ορίσει πληρεξούσιο κατ' επιλογή του με την παρουσία του γιατρού του και του οποίου το όνομα θα αναφέρεται στην αίτηση. Η αντίστοιχη διαδικασία ακολουθείται και από αυτούς που προβαίνουν σε δήλωση τελευταίας βούλησεως (Βούλτσος , 2006).

4.15 ΜΕΞΙΚΟ

Η ευθανασία στο Μεξικό διακρίνει μεταξύ της παθητικής και της ενεργητικής ευθανασίας. Από τον Ιανουάριο του 2008 ο νόμος επιτρέπει στους ανιάτως πάσχοντες ή στους συγγενείς α' βαθμού (εφόσον οι ασθενείς δεν έχουν τις αισθήσεις τους) να αρνηθούν την λήψη αγωγής ή περαιτέρω φαρμακευτική περίθαλψη που μπορεί να επεκτείνει το διάστημα της ζωής (γνωστή ως παθητική ευθανασία) στην πόλη του Μεξικού, στην πολιτεία του Αγουασκαλιέντες (από το 2006) και στην πολιτεία του Μιτσοακάν (από το 2009). Όσον αφορά την ενεργητική ευθανασία, έχει γίνει προσπάθεια να αποποινικοποιηθεί αλλά απέτυχε και η ευθανασία ακόμα ορίζεται ως ανθρωποκτονία από οίκτο. Επιπλέον από το 2018, 18 από 31 πολιτείες έχουν αναθεωρήσει το Σύνταγμα τους μετά από πίεση της καθολικής Εκκλησίας να προστατεύσουν το δικαίωμα στη ζωή από την στιγμή της σύλληψης μέχρι τον φυσικό θάνατο (Wikipedia , 2019).

4.16 ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ

Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία και η εκούσια ευθανασία είναι παράνομες στην Νέα Ζηλανδία σύμφωνα με το Κεφάλαιο 179 του ΠΚ νόμου, ο οποίος καθιστά ποινικό αδίκημα «την βοήθεια και την υπόθαλψη αυτοκτονίας». Δύο προσπάθειες αποποινικοποίησης – ο νόμος για Αξιοπρεπή θάνατο του 1995 και του 2003 – απέτυχαν.

Συγκεκριμένα δεν υφίσταται άμεση αναφορά στην ευθανασία ή στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία στους νόμους. Ωστόσο υπάρχουν ορισμένες αρχές του νόμου βάσει των οποίων η ευθανασία καθίσταται παράνομη με σαφή τρόπο:

Τα Ποινικά Αδικήματα στο Κεφάλαιο 196

Η νομοθεσία καλύπτει την αφαίρεση μιας ανθρώπινης ζωής και την πρόκληση θανάτου. Αυτές μπορούν να στοιχειοθετούνται με πολλούς τρόπους όπως η άρνηση για την διάθεση των απαραίτητων αγαθών για την διατήρηση της ζωής, την χορήγηση ουσιών για τη επίσπευση του θανάτου και την βοήθεια σε αυτοκτονία.

Άρθρο 151 : Υποχρέωση για την διάθεση των απαραίτητων αγαθών για την διατήρηση της ζωής. Εάν κάποιος δεν δύναται να φροντίζει τον εαυτό του ή δεν δύναται να θέσει τον εαυτό του σε κηδεμονία τρίτου λόγω της ψυχικής ή της σωματικής κατάστασης του, τότε ο κηδεμόνας είναι υποχρεωμένος να του διαθέτει τα απαραίτητα αγαθά. Η μη τήρηση αυτής της υποχρέωσης είναι ποινικό αδίκημα. Οι παθητικές μορφές της ευθανασίας βάσει των οποίων δεν παρέχονται τα απαραίτητα προκαλούν ασιτία και αφυδάτωση που οδηγούν σε θάνατο μετά από αρκετές εβδομάδες, κατά τις οποίες το θύμα υποβάλλεται σε μεγάλη ταλαιπωρία.

Άρθρο 157: Η υποχρέωση να αποφεύγονται επικίνδυνες για την ζωή παραλείψεις. Οποιοσδήποτε που αναλαμβάνει μία πράξη, της οποίας η παράλειψη μπορεί να είναι επικίνδυνη για την ζωή, οφείλει να προβεί σε αυτήν την πράξη και είναι ποινικά υπόλογος για τις συνέπειες παράλειψης της χωρίς να υπάρχει νόμιμη αιτιολογία για να αθωωθεί. Οποιοσδήποτε φροντίζει κάποιον τρίτο και δεν τον τρέφει έχει διαπράξει έγκλημα.

Άρθρο 158: η ανθρωποκτονία ορίζεται ως η αφαίρεση ζωής ενός ατόμου από κάποιον τρίτο άμεσα ή έμμεσα με κάθε τρόπο. Ο ορισμός αυτός είναι πολύ ευρύς που θα μπορούσε να συμπεριλάβει όλες τις πράξεις που θα στοιχειοθετούσαν ευθανασία. Ωστόσο δεν μπορούν όλες οι πράξεις να θεωρηθούν ως δολοφονία με πρόθεση.

Άρθρο 164: Επίσπευση του θανάτου. Εάν μία πράξη ή η παράλειψη της επισπεύδουν την έλευση του θανάτου κάποιου τρίτου, το άτομο που έδρασε ή απέτυχε να δράσει μπορεί να κατηγορηθεί.

Η Πράξη περί Πόνων του 2002.

Η Πράξη επιτρέπει μη συνηθισμένες και μειωμένες ποινές για ανθρωποκτονία και οι δικαστές μπορούν να επιβάλλουν μειωμένες ποινές όταν η φυλάκιση σε ισόβια θα ήταν ανάρμοστη. Η Πράξη ορίζει ότι το Δικαστήριο θα πρέπει να λάβει υπόψη του κάθε ειδική περίπτωση του κατηγορουμένου που επιβάλλουν την τήρηση της αρχής της αναλογικότητας στην επιβολή της ποινής (Mitchell & Glynn Owens, 2003).

4.17 ΝΟΡΒΗΓΙΑ

Η ευθανασία παραμένει παράνομη στην Νορβηγία ωστόσο ο κηδεμόνας μπορεί να υποβληθεί σε μειωμένη ποινή εφόσον έχει αφαιρέσει την ζωή του προστατευόμενου μετά από συναίνεση του τελευταίου.

4.18 ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ

Τον Μάιο του 2018 καταψηφίστηκε το νομοσχέδιο για την αποποινικοποίηση της ευθανασίας με οριακή πλειοψηφία 115 κατά έναντι 110 υπέρ ψήφων. Η υποκίνηση ή η βοήθεια σε ευθανασία τιμωρείται με φυλάκιση έως και τρία έτη (Hotton, 2018).

4.19 ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ

Τον Φεβρουάριο του 2018 νομιμοποιήθηκε τόσο η ενεργητική όσο και η παθητική ευθανασία στην Νότια Κορέα μετά από πολυετή συζήτηση επί του θέματος αρχόμενης το 1997, όταν ένας γιατρός καταδικάστηκε σε πολυετή κάθειρξη αφού διέκοψε την μηχανική υποστήριξη σε έναν εγκεφαλικά νεκρό ασθενή που προήλθε από τραυματισμό μετά από επίκληση της συζύγου του. Οι ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις είναι αυτοί που είναι στο τελικό στάδιο ασθένειας με

ανύπαρκτη προοπτική ανάρρωσης. Οι ασθενείς που έχουν επωφελή αντίδραση σε οποιαδήποτε αγωγή ή δεν βρίσκονται σε μία ταχέως επιδείνωση της υγείας τους που να οδηγεί σε άμεσο θάνατο ενδεχομένως να μην πληρούν τις προϋποθέσεις. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν επιβεβαίωση από έναν καταγεγραμμένο θεράποντα ιατρό και οι κωματώδεις ασθενείς να έχουν την συναίνεση των κηδεμόνων τους (Wikipedia,2019) .

4.20 ΕΛΒΕΤΙΑ

Υπολογίζεται ότι ένα άτομο ανα δεκαπενθήμερο μεταβαίνει στην Ελβετία από την Αγγλία για υποβοηθούμενη ευθανασία. Η Ελβετία είναι η μοναδική χώρα που δέχεται αλλοεθνείς για την διενέργεια νόμιμης ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Η υποβοήθηση αυτοκτονίας δεν συνιστά ποινικό αδίκημα. Προκειμένου ένας Ελβετός ιατρός να πάρει μέρος στη διαδικασία μέσω συνταγογράφησης για μία θανατηφόρο αγωγή, το άτομο θα πρέπει να πάσχει αφόρητα από σοβαρή ασθένεια και να υπάρχει ιατρική διάγνωση που να είναι καταγεγραμμένη από γιατρούς ή και κλινικές βεβαιώσεις. Ωστόσο, δεν προϋποτίθεται η ασθένεια να είναι σε τελικό στάδιο ούτε υπάρχει κάποιος χρονικός περιορισμός για την αναμενόμενη επέλευση του θανάτου μέσα σε 6 μήνες. Διεξάγονται προσεκτικοί έλεγχοι για να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής είναι πνευματικά ικανός για την απόφαση, ότι δεν πάσχει από κατάθλιψη και ότι δρα κατόπιν δικής του βούλησης και όχι μετά από πειθώ(Συμεωνίδου-Καστανίδου,2001).

Συγκεκριμένα ο Ελβετικός ΠΚ του 1937 απαγορεύει την “πρόκληση και την υποβοήθηση σε ευθανασία με ιδίον όφελος”. Απαγορεύει επίσης κάθε ενεργό ρόλο στην εκούσια ευθανασία (ανθρωποκτονία κατ’ επίκληση) ακόμα κι αν έχει διαπραχθεί από αξιοσέβαστα κίνητρα όπως η θανάτωση από οίκτο. Ωστόσο η υποβοηθούμενη αυτοκτονία από μη εγωιστικά κίνητρα παραμένει νόμιμη. Για παράδειγμα, η συνταγογράφηση θανατηφόρων φαρμάκων, εφόσον ο δέκτης παίζει ενεργό ρόλο στην χορήγηση του φαρμάκου, είναι νόμιμη σε αντίθεση με την ενεργητική ευθανασία (π.χ. η εφαρμογή της ένεσης ενός θανατηφόρου φαρμάκου) η οποία δεν είναι νόμιμη. Όλες οι μορφές ενεργητικής ευθανασίας απαγορεύονται. Ο ελβετικός νόμος επιτρέπει μόνο την παροχή μέσων για αυτοκτονία και οι λόγοι για την απόφαση αυτοί δεν θα πρέπει να στηρίζονται σε προσωπικό συμφέρον (όπως κάποια οικονομική πρόσοδο).

Ενδεικτικά το α.115 του ελβετικού ΠΚ ορίζει:

Πρόκληση και βοήθεια σε αυτοκτονία: κάθε άτομο που λόγω προσωπικού κινήτρου προκαλεί ή βοηθά κάποιον τρίτο να προβεί ή να αποπειραθεί να αυτοκτονήσει θα πρέπει, αν αυτός ο τρίτος άνθρωπος τελικά αυτοκτονήσει ή αποπειραθεί να αυτοκτονήσει, να είναι υπόλογος σε ποινή φυλάκισης που δε θα υπερβαίνει τα 5 έτη ή σε χρηματική ποινή.

Ο κανονισμός αυτός για την υποβοηθούμενη ευθανασία επιτρέπει επίσης την βοήθεια σε αλλοδαπούς, γεγονός που έχει οδηγήσει στο φαινόμενο του «ανθρωποκτονικού τουρισμού».

4.21 ΣΟΥΗΔΙΑ

Μετά από μία απόφαση ορόσημο το 2010 η παθητική ευθανασία νομιμοποιήθηκε στην Σουηδία, ήτοι ένας επαγγελματίας υγείας μπορεί να σταματήσει την παροχή τεχνικής υποστήριξης μετά από αίτημα του ασθενούς αφού πρώτα έχει εκφράσει τις συνέπειες της πράξης αυτής και εφόσον ο ασθενής αντιλαμβάνεται τις συνέπειες του αιτήματος του. Ωστόσο η ίδια η χορήγηση μιας θανατηφόρας ουσίας είναι παράνομη (Wikipedia,2019).

4.22 ΤΟΥΡΚΙΑ

Η ευθανασία είναι αυστηρά απαγορευμένη στην Τουρκία. Ο τρίτος που βοήθησε ένα άτομο να αυτοκτονήσει ή να σκοτώσει τον εαυτό του τιμωρείται για παρακίνηση και υποβοήθηση αυτοκτονίας σύμφωνα με το α.84 του Τουρκικού ΠΚ. Στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας το α.81 του ίδιου νόμου ορίζει ότι ο τρίτος που διενεργεί αυτήν την πράξη δικάζεται και τιμωρείται σε ισόβια κάθειρξη όπως ένας κοινός δολοφόνος.

4.23 ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Ο βρετανικός νόμος διακρίνει μεταξύ τεσσάρων μορφών ευθανασίας: της ενεργητικής και της παθητικής ευθανασίας, της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της στέρησης τροφής και ενυδάτωσης. Όσον αφορά την ενεργητική ευθανασία αυτή ισοδυναμεί με ανθρωποκτονία εφόσον υπάρχει mens rea, το πνευματικό δηλαδή στοιχείο που απαιτείται για την καταδίκη ενός αδικήματος. Η ευθανασία δεν διαφοροποιείται από την ανθρωποκτονία από την άποψη ότι ο ασθενής είχε δώσει την συναίνεση του για την ενέργεια του γιατρού. Η συναίνεση δεν αποτελεί στοιχείο υπεράσπισης στην κατηγορία της ανθρωποκτονίας ή στην πρόκληση σωματικής βλάβης σε έναν τρίτο. Ούτε και τα κίνητρα του γιατρού δεν διαφοροποιούν την ευθανασία από την ανθρωποκτονία.

Σχετικά με την παθητική ευθανασία η χορήγηση μιας θανάσιμης αγωγής ενδέχεται να μην επιφέρει τον τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς. Η απόφαση να μην ξεκινήσει μία αγωγή ο ασθενής ή να τερματιστεί μία αγωγή που ήδη έχει αρχίσει να χορηγείται και μπορεί να προκαλέσει τον θάνατο δεν είναι παράνομες. Ο ποινικός νόμος δεν απαιτεί από τους γιατρούς να επιμείνουν στην αγωγή ενός ασθενούς όταν δεν εξυπηρετείται κανένας ιατρικός σκοπός. Αυτό που απαιτείται από την πλευρά του νόμου είναι να δοθεί στο ασθενή τέτοια αγωγή που να θεωρείται κατάλληλη για τις περιστάσεις. Η απόφαση περί του ποια αγωγή κρίνεται κατάλληλη είναι εξαιρετικά σημαντική και κρίσιμη (Αναπλιώτης, 2003).

Αναφορικά με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ο νόμος δεν είναι σαφής και κάθε υπόθεση κρίνεται κατά περίπτωση ανάλογα με την φύση της χορηγηθείσας βοήθειας. Στην Μεγάλη Βρετανία η αυτοκτονία μέχρι το 1961 θεωρούταν ποινικό αδίκημα. Το 1961 αποποινικοποιήθηκε αλλά διατηρήθηκε η απαγόρευση για την υποβοήθηση σε αυτοκτονία. Ως συνέπεια ένας γιατρός, ο οποίος ανταποκρίνεται στο αίτημα ενός ασθενούς να συνταγογραφήσει φάρμακα τα οποία γνωρίζει ότι θα χρησιμοποιηθούν από τον ασθενή για να τερματίσει την ζωή του, διαπράττει αδίκημα. Η νομική αντιμετώπιση ωστόσο κάποιου που προσφέρει συμβουλές σε κάποιον τρίτο για τον τρόπο διάπραξης αυτοκτονίας είναι λιγότερο σαφής. Λόγω αυτής της ασάφειας του νόμου έχει απαγορευθεί η ελεύθερη διάθεση φυλλαδίων με συμβουλές για τρόπους αυτοκτονίας ωστόσο υπάρχουν οργανώσεις οι οποίες αποστέλλουν στα μέλη τους προσωπικά αντίστοιχα φυλλάδια μετά από αίτηση.

Τέλος, σε ότι αφορά την στέρηση τροφής και νερού μέσω μηχανικής υποστήριξης η νομολογία έκρινε ότι η ανθρώπινη ζωή δεν χρειάζεται να διατηρηθεί με κάθε κόστος όταν δεν έχει σαν αποτέλεσμα πιθανή συνειδητή αξία εκ μέρους του ασθενούς, χωρίς όμως να εγκρίνεται και ρητά η ευθανασία (Βούλτσος ,2006).

4.24 ΗΠΑ

Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη σε επτά πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών και στην περιφέρεια της Κολούμπια. Η επιλογή αυτή δίνεται στους ασθενείς από τον νόμο στην περιφέρεια της Κολούμπια, της Χαβάη, του Όρεγκον, του Βέρμοντ και της Ουάσινγκτον. Μέσω δικαστικής απόφασης δίδεται σε ασθενείς στην περιφέρεια της Μοντάνα. Οι ασθενείς θα πρέπει να πάσχουν από ανίατη ασθένεια και να τους δίνεται χρονικό όριο ζωής έξι μηνών ή και λιγότερο. Οι γιατροί δεν μπορούν να κληθούν ενώπιον της δικαιοσύνης για την συνταγογράφηση αγωγής που επισπεύδει τον θάνατο. Η κάθε συγκεκριμένη μέθοδος διαφέρει από πολιτεία σε πολιτεία αλλά κυρίως συνίσταται σε συνταγογράφηση αγωγής από αναγνωρισμένο γιατρό, η οποία είναι εγκεκριμένη από την πολιτεία στην οποία διαμένει ο ασθενής (Καίσαρης,1999).

Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία διαχωρίζεται από την ευθανασία και ορίζεται ως η πράξη με την οποία παρέχεται βοήθεια στους ασθενείς σχετικά με τον θάνατο τους προκειμένου να βάλουν ένα τέλος στο μαρτύριο τους, χωρίς όμως την υποστήριξη μιας νόμιμης ελεγκτικής αρχής.

Στο Όρεγκον «ο συνταγογράφων πρέπει να είναι ιατρός ή ιατρός οστεοπαθητικής κάτοχος άδειας ασκήσεως επαγγέλματος από την Ιατρική Εξεταστική Επιτροπή της Πολιτείας του Όρεγκον. Ο γιατρός θα πρέπει επίσης να είναι πρόθυμος να πάρει μέρος στην ενέργεια αυτή».

Στο Βέρμοντ «μόνο ένας γιατρός ή γιατρός οστεοπαθητικής που είναι εξουσιοδοτημένος ασκεί τα καθήκοντα του στην Ουάσινγκτον μπορεί να συνταγογραφήσει την συγκεκριμένη αγωγή... ένας γιατρός, νοσοκόμος, φαρμακοποιός ή οποιοσδήποτε τρίτος δεν μπορεί υπό καμία συνθήκη, μέσω νόμου ή συμβολαιογραφικής πράξης, να συμμετέχει στην παροχή μιας θανάσιμης δόσης φαρμακευτικής αγωγής σε κάποιον ασθενή».

Στην Ουάσινγκτον «μόνο ένας γιατρός ή γιατρός οστεοπαθητικής που είναι εξουσιοδοτημένος ασκεί τα καθήκοντα του στην Ουάσινγκτον μπορεί να συνταγογραφήσει την συγκεκριμένη αγωγή... η συμμετοχή στην διαδικασία είναι απολύτως οικειοθελής. Οι πάροχοι φροντίδας δεν απαιτείται να παρέχουν συνταγές ή φάρμακα σε ασθενείς που έχουν το δικαίωμα προς τούτα» (Hurst & Mauron, 2003).

Στο Κολοράντο ο νόμος «επιτρέπει σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο και πληρούν τις προϋποθέσεις με πρόγνωση να ζήσουν μέχρι και έξι μήνες να ζητήσουν και να εφαρμόσουν μόνοι τους ιατρική φαρμακευτική αγωγή βοηθητική στην επέλευση του θανάτου για να τερματίσουν εκούσια την ζωή τους. Επιτρέπεται σε γιατρό να συνταγογραφήσει τέτοια αγωγή σε έναν ασθενή που βρίσκεται σε τελικό στάδιο υπό ορισμένες προϋποθέσεις και επιβάλλει ποινικές κυρώσεις για την αλλοίωση του αιτήματος ενός ατόμου για ιατρική φαρμακευτική αγωγή βοηθητική στην επέλευση του θανάτου ή συνειδητά να ωθήσει ένα άτομο σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας να αιτηθεί μία τέτοια αγωγή».

Στην Περιφέρεια της Κολούμπια για να αποκτήσει ένας ασθενής την αγωγή «θα πρέπει να υποβάλλει δύο προφορικά αιτήματα στον θεράποντα ιατρό, το δεύτερο μετά από πάροδο 15 ημερών από το πρώτο. Να υποβάλλει ένα γραπτό αίτημα, υπογεγραμμένο και χρονολογημένο από τον ασθενή, στον θεράποντα ιατρό πριν την υποβολή του δεύτερου προφορικού αιτήματος και τουλάχιστον 48 ώρες πριν μπορεί να συνταγογραφηθεί ή χορηγηθεί το φάρμακο».

Στη Χαβάη ο ασθενής πρέπει να καταθέσει δύο προφορικά αιτήματα, το δεύτερο να ακολουθεί το πρώτο μετά την πάροδο 20 ημερών και πρέπει να αξιολογηθούν από δύο παρόχους υγείας και έναν σύμβουλο και πρέπει να αναμένει μεταξύ της υποβολής των αιτημάτων και την παραλαβή της συνταγογράφησης (Βούλτσος, 2006).

4.25 ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Η ευθανασία στην Ολλανδία ρυθμίζεται από τον νόμο για τον «κατ' επίκληση τερματισμό της ζωής και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία», ο οποίος ψηφίστηκε το 2001 και τέθηκε σε εφαρμογή το 2002. Δηλώνει ότι η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι τιμωρητέες

εφόσον ο επιβλέπων ιατρός δρα υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις και την αναλογη φροντίδα. Αυτές οι προϋποθέσεις αφορούν το αίτημα του ασθενούς, την ταλαιπωρία του ασθενούς (αφόρητη και απελπιστική), η πληροφορία που παρέχεται στον ασθενή, η απουσία λογικών εναλλακτικών λύσεων, συμβουλή άλλου θεράποντα ιατρού και την εφαρμοζόμενη μέθοδο αφαίρεσης της ζωής. Ο νόμος απαιτεί από τους ιατρούς να δηλώνουν την ευθανασία σε μία επιτροπή.

Ο νόμος επιτρέπει την ευθανασία σε πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις υπό πολύ συγκεκριμένες συνθήκες και επιτρέπει την αναστολή της δίωξης των γιατρών που διενέργησαν την ευθανασία όταν (Banovic & Turanjanin, 2014) :

- Η ταλαιπωρία του ασθενούς είναι αφόρητη χωρίς προοπτική βελτίωσης
- Το αίτημα του ασθενούς για ευθανασία θα πρέπει να είναι εκούσιο και να επιμένει για πολύ καιρό (δεν μπορεί να εφαρμοσθεί η ευθανασία κάτω από την επιρροή τρίτων, ψυχικής ασθένειας ή ναρκωτικών φαρμάκων)
- Ο ασθενής πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για την κατάσταση του, τις επιλογές και τις προοπτικές
- Θα πρέπει να έχει συμβουλευτεί με τουλάχιστον ακόμα έναν ανεξάρτητο ιατρό που θα επιβεβαιώνει τις άνω αναφερθείσες καταστάσεις
- Ο θάνατος θα πρέπει να επέλθει με έναν ιατρικά αρμόζοντα τρόπο από τον ιατρό ή τον ασθενή αλλά ο γιατρός οφείλει να είναι παρών
- Ο ασθενής να είναι τουλάχιστον 12 ετών (οι ασθενείς από 12 ετών έως 16 ετών θα πρέπει να έχουν την συναίνεση των γονέων τους)

Ο ιατρός θα πρέπει να αναφέρει την αιτία θανάτου στον δημοτικό ιατροδικαστή σύμφωνα με τις αντίστοιχες διατάξεις του νόμου για την ταφή και την αποτέφρωση. Μία τοπική επιτροπή αξιολογεί εάν η υπόθεση πληροί τα κριτήρια και ανάλογα με τα ευρήματα είτε θα κλείσει η υπόθεση είτε θα παραπεμφθεί στον Δημόσιο κατήγορο.

Η ευθανασία παραμένει ποινικό αδίκημα στις περιπτώσεις που δεν πληρούνται οι ανωτέρω προϋποθέσεις με την εξαίρεση καταστάσεων που δεν υποβάλλονται στους περιορισμούς του νόμου, καθώς δεν θεωρούνται ευθανασία αλλά φυσιολογική ιατρική πρακτική όπως:

- Η τερμάτιση ή η μη έναρξη αναποτελεσματικής ιατρικής αγωγής
- Η τερμάτιση ή η μη έναρξη ιατρικής αγωγής κατ' επίκληση του ασθενούς
- Η επίσπευση του θανάτου ως παρενέργεια ιατρικής αγωγής που είναι απαραίτητη για την καταπράυνση σοβαρής ταλαιπωρίας.

Η ευθανασία σε παιδιά κάτω των 12 ετών παραμένει τεχνικά παράνομη, ωστόσο έχουν καταγραφεί πολλές περιπτώσεις και έχει συνταχθεί ένα πρωτόκολλο το οποίο θα πρέπει να ακολουθείται σε αυτές τις περιπτώσεις. Οι κατήγοροι δεν απαγγέλουν κατηγορία εφόσον ακολουθείται το πρωτόκολλο Groningen, το οποίο προϋποθέτει: 1) αφόρητη ταλαιπωρία, 2) την συναίνεση των γονέων για τον τερματισμό της ζωής, 3) να έχει προηγηθεί ιατρική συμβουλή και 4) προσεκτική διεξαγωγή της διαδικασίας (Κουτσομπίνας, 2000).

4.26 ΙΤΑΛΙΑ

Η ιταλική Γερουσία ψήφισε νομοσχέδιο το έτος 2017 που επιτρέπει στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς να δηλώνουν εάν θέλουν να δεχθούν μία αγωγή η οποία θα τους κρατήσει ζωντανούς συμπεριλαμβανόμενης της θέλησης τους εάν θέλουν να δέχονται τροφή ή νερό. Ο νόμος, που ψηφίστηκε με 180 ψήφους, 71 κατά και 6 απόντες, θα επιτρέπει στους Ιταλούς να προετοιμάζουν ένα έγγραφο προκειμένου να εκφράσουν την τελευταία επιθυμία τους για ιατρική περίθαλψη σε περίπτωση που χάσουν την ικανότητα να επικοινωνήσουν την επιλογή τους στο μέλλον. Στο έγγραφο αυτό θα μπορούν να συμπεριλάβουν την προτίμηση τους για το εάν θέλουν να γίνουν δέκτες τεχνητής τροφής και ενυδάτωσης. Οι γιατροί έχουν το δικαίωμα να εναντιωθούν στην επιλογή του ασθενούς λόγω συνείδησης ή θρησκευτικών πεποιθήσεων (Βούλτσος, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ο όρος ευθανασία εμφανίστηκε από τον Άγγλο φιλόσοφο Φράνσις Μπέικον σύμφωνα με τον οποίο «το έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι μόνο όταν η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία, αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο». Το ζήτημα της ευθανασίας έχει απασχολήσει τους φιλοσόφους ανά τους αιώνες, με το ηθικό ζήτημα του καλού θανάτου να εμφανίζεται στα έργα του Σωκράτη, του Αριστοτέλη και του Πλάτωνα. Στις σύγχρονες κοινωνίες η στάση των ανθρώπων απέναντι στο θάνατο και στην πορεία προς αυτόν έχει αλλάξει. Με την πρόοδο της τεχνολογίας, η οποία έχει συμβάλει τα μέγιστα στα μέσα της θεραπείας, ο θάνατος λόγω ασθένειας σημειώνεται πλέον περισσότερο ως ήττα, παρά ως φυσικό και αναπόφευκτο τέλος.

Μέσα στη νέα αντίληψη, οι έννοιες ασθένεια-θάνατος διαφοροποιούνται σε σχέση με το παρελθόν, ειδικά όσον αφορά την κοινωνικο-οικονομική παράμετρο. Η διεθνής τάση είναι η εξασφάλιση της περίθαλψης με το μικρότερο δυνατό κόστος. Η υπάρχουσα νοσοκομειακή υποδομή δεν διαθέτει τον απαραίτητο αριθμό κλινών εντατικής νοσηλείας. Επικρατεί σήμερα μια λογική κόστους σε συνάρτηση με την ηλικία των νοσηλευομένων και τη σκοπιμότητα παρατάσεως της ζωής τους. Περισσότερα δικαιώματα έχουν οι νεότεροι, λιγότερα, ελάχιστα ή καθόλου οι υπέργηροι. Είναι γνωστά εξάλλου τα τεράστια οικονομικά οφέλη των ασφαλιστικών εταιρειών για το κρεβάτι της εντατικής. Ακόμη, εκφράζονται φόβοι για τυχόν εμπόριο οργάνων, αλλά και για μια ναζιστική αντιμετώπιση της ζωής, αφού άρρωστοι και ανάπηροι θα ρίχνονται στον Καιάδα του σύγχρονου θανάτου. Όλα αυτά εντάσσονται στην πραγματιστική, ωφελμιστική αντίληψη ότι ο άρρωστος δεν ωφελεί πλέον σε τίποτα την κοινωνία. Αυτή η άποψη ήταν ήδη γνωστή και από τον Όμηρο και τον Ευριπίδη, ο οποίος λέει ότι οι γέροντες δεν ωφελούν πλέον τον κόσμο. Η χρησιμοθηρική αντίληψη φαίνεται ότι πρυτανεύει στο σύγχρονο *concessus*. Η μοντέρνα τεχνολογία δεν κρατά ζωντανούς τους ανθρώπους, που κάτω από άλλες συνθήκες θα είχαν πεθάνει πολύ καιρό πριν.»

Η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι σύνθετα ζητήματα που εγείρουν πολλά ηθικά ερωτήματα, τα οποία είναι αδύνατο να απαντηθούν με απόλυτο τρόπο, καθώς αποτελούν έναν από τους σοβαρότερους ηθικούς και δεοντολογικούς προβληματισμούς τόσο στην ιατρική επιστήμη που αποτελεί την ύψιστη ανθρωπιστική επιστήμη όσο και στην κοινωνιολογική. Το δίλημμα που τίθεται μπορεί να διατυπωθεί και με τον εξής τρόπο: αποτελεί τελικά η ευθανασία μία εγκληματική ενέργεια που προσιδιάζει σε ανθρωποκτονία ή αποτελεί μία πράξη αγάπης και σεβασμού στον ασθενή που υποφέρει και θα ήθελε να απαλλαγεί από το επώδυνο μαρτύριο του; Και ακόμα περαιτέρω ποια μορφή ευθανασίας είναι κοινωνικά και ηθικά αποδεκτή – η ενεργητική, η οποία είναι ποινικά κολάσιμη, ή η παθητική για την οποία ο νόμος αδιαφορεί;

Ποιος μπορεί να αρνηθεί σε έναν άνθρωπο στο τέλος της ζωής του να τον απαλλάξει από το μαρτύριο του και με ποια κριτήρια; Και ποιος είναι αυτός που θα επέμβει στην απόφαση ενός ανθρώπου που έχει σαν κίνητρο την αποφυγή του φυσικού πόνου που βιώνει ή πρόκειται να βιώσει αλλά και την ψυχική και πνευματική εξασθένηση λόγω της αδυναμίας της αυτοσυντήρησης του; Αλλά και από την άλλη πλευρά ποιος επαγγελματίας υγείας μπορεί να επισπεύσει τον θάνατο ενός ασθενούς όταν δεν γνωρίζει αν θα ικανοποιήσει ουσιαστικά την επιθυμία του ίδιου του ασθενούς ή την επιθυμία των συγγενών του που μπορεί να λαμβάνουν αποφάσεις κάτω από έντονη συναισθηματική φόρτιση ή με γνώμονα το συμφέρον τους; Όπως έχει καταδειχθεί η διαχείριση του παρόντα προβληματισμού ποικίλλει από κοινωνία σε κοινωνία ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο, τις θρησκευτικές αντιλήψεις, το οικογενειακό υπόβαθρο, την ηλικία και τυχόν προηγούμενη εμπειρία (Appelbaum,2007).

Το πρόβλημα της ευθανασίας έχει πολλές πλευρές, θετικές και αρνητικές, και όλες έχουν τον αντίλογο τους. Το πρόβλημα υπάρχει. Ο γιατρός σήμερα το αντιμετωπίζει μάλλον μόνος του. Όμως, το ανθρώπινο μεγαλείο προσδιορίζεται από το διαχρονικό μεγαλείο της ιπποκρατικής σκέψης: Η επιστήμη μας είναι ατελείωτη, η ζωή μικρή, η εμπειρία απατηλή, ο χρόνος λίγος και η σωστή κρίση δύσκολη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Ο ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΟΚΡΑΤΗ

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἱητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἵστορας ποιεύμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωυτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοις τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἱητρικῷ, ἄλλω δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἶρξιν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε.

Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἀγνῶς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὁκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἦ ἴδω, ἦ ἀκούσω, ἦ καὶ ἄνευ θεραπήϊς κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἕξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποίοντι, καὶ μὴ ξυγγέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκοῦντι, τάναντία τουτέων

Απόδοση στα νέα ελληνικά

Ορκίζομαι στο θεό Απόλλωνα τον ιατρό και στο θεό Ασκληπιό και στην Υγεία και στην Πανάκεια και επικαλούμενος τη μαρτυρία όλων των θεών ότι θα εκτελέσω κατά τη δύναμη και την κρίση μου τον όρκο αυτόν και τη συμφωνία αυτή.

Να θεωρώ τον διδάσκαλό μου της ιατρικής τέχνης ίσο με τους γονείς μου και την κοινωνία του βίου μου. Και όταν χρειάζεται χρήματα να μοιράζομαι μαζί του τα δικά μου. Να θεωρώ την οικογένειά του αδελφία μου και να τους διδάσκω αυτήν την τέχνη αν θέλουν να την μάθουν χωρίς δίδακτρα ή άλλη συμφωνία.

Να μεταδίδω τους κανόνες ηθικής, την προφορική διδασκαλία και όλες τις άλλες ιατρικές γνώσεις στους γιους μου, στους γιους του δασκάλου μου και στους εγγεγραμμένους μαθητές που πήραν τον ιατρικό όρκο, αλλά σε κανέναν άλλο.

Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω. Ούτε θα δίνω θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα μου το ζητήσει, ούτε θα του κάνω μια τέτοια υπόδειξη.

Παρομοίως, δεν θα εμπιστευτώ σε έγκυο μέσο που προκαλεί έκτρωση. Θα διατηρώ αγνή και άσπιλη και τη ζωή και την τέχνη μου. Δεν θα χρησιμοποιώ νυστέρι ούτε σε αυτούς που πάσχουν από λιθίαση, αλλά θα παραχωρώ την εργασία αυτή στους ειδικούς της τέχνης.

Σε όσα σπίτια πηγαίνω, θα μπαίνω για να βοηθήσω τους ασθενείς και θα απέχω από οποιαδήποτε εσκεμμένη βλάβη και φθορά, και ιδίως από γενετήσιες πράξεις με άνδρες και γυναίκες, ελεύθερους και δούλους. Και όσα τυχόν βλέπω ή ακούω κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή και πέρα από τις επαγγελματικές μου ασχολίες στην καθημερινή μου ζωή, αυτά που δεν πρέπει να μαθευτούν παραέξω δεν θα τα κοινοποιώ, θεωρώντας τα θέματα αυτά μυστικά.

Αν τηρώ τον όρκο αυτό και δεν τον παραβώ, ας χαίρω πάντοτε υπολήψεως ανάμεσα στους ανθρώπους για τη ζωή και για την τέχνη μου. Αν όμως τον παραβώ και επιορκήσω, ας πάθω τα αντίθετα.

2. ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ

Άρθρο 299 ΠΚ

1. Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον, τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή με ισόβια κάθειρξη.

2. Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλλεται η ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης.

Άρθρο 300

Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση.

3. ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΟΣ

Άρθρο 2: (Πρωταρχικές υποχρεώσεις της πολιτείας)

1. Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας.
2. Η Ελλάδα, ακολουθώντας τους γενικά αναγνωρισμένους κανόνες του διεθνούς δικαίου, επιδιώκει την εμπέδωση της ειρήνης, της δικαιοσύνης, καθώς και την ανάπτυξη των φιλικών σχέσεων μεταξύ των λαών και των κρατών.

Άρθρο 5: (Ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, προσωπική ελευθερία)

1. Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη.
2. Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο.

Απαγορεύεται η έκδοση αλλοδαπού που διώκεται για τη δράση του υπέρ της ελευθερίας.

3. Η προσωπική ελευθερία είναι απαραβίαστη. Κανένας δεν καταδιώκεται ούτε συλλαμβάνεται ούτε φυλακίζεται ούτε με οποιονδήποτε άλλο τρόπο περιορίζεται, παρά μόνο όταν και όπως ορίζει ο νόμος.

****4.** Απαγορεύονται ατομικά διοικητικά μέτρα που περιορίζουν σε οποιονδήποτε Έλληνα την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση στη Χώρα, καθώς και την ελεύθερη έξοδο και είσοδο σ' αυτήν. Τέτοιου περιεχομένου περιοριστικά μέτρα είναι δυνατόν να επιβληθούν μόνο ως παρεπόμενη ποινή με απόφαση ποινικού δικαστηρίου, σε εξαιρετικές περιπτώσεις ανάγκης και μόνο για την πρόληψη αξιόποινων πράξεων, όπως νόμος ορίζει.

****5.** Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων.

4. ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 287

28 Νοεμβρίου 2005

ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘ. 3418

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Άρθρο 1

Έννοιες, ορισμοί και πεδίο εφαρμογής του παρόντος

1. Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου.
2. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης.
3. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή.
4. Κατά τον παρόντα Κώδικα: α) στην έννοια «ασθενής» περιλαμβάνεται κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας, β) στην έννοια «οικείος» περιλαμβάνονται οι συγγενείς εξ αίματος και εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή οι επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση.
5. Οι διατάξεις του παρόντος εφαρμόζονται κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και ανεξάρτητα από τον τρόπο ή τη μορφή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ατομικά, ομαδικά ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας, ως ελεύθερο επάγγελμα ή όχι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Άρθρο 2

Η άσκηση της ιατρικής ως λειτουργήμα

1. Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.
2. Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφανσης της προσωπικότητάς του.
3. Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας.
4. Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχο ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.
5. Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.
6. Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μία ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου.

Άρθρο 3

Ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού

1. Κάθε ιατρός απολαύει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησής του, παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
2. Ο ιατρός ενεργεί με βάση: α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.

3. Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας. Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση.
4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο σύμφωνα με το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο που διέπει τη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.

Άρθρο 4

Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας

1. Ο ιατρός πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων. Οφείλει, επίσης, να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις.
2. Ο ιατρός πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του και το λοιπό προσωπικό και να προβαίνει σε κάθε ενέργεια, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλισθεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη των πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας.
3. Ο ιατρός οφείλει, χωρίς να περιορίζεται η ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του, και χωρίς να παραβλέπει το όφελος του συγκεκριμένου ασθενή, να συνταγογραφεί και να προχωρεί μόνο στις ιατρικές πράξεις οι οποίες είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή της θεραπείας που παρέχεται.
4. Ο ιατρός πρέπει, τόσο ατομικά όσο και μέσω των ιατρικών εταιρειών και συλλόγων, να συμβάλλει στη δημιουργία και εφαρμογή μηχανισμών που στοχεύουν στην ενθάρρυνση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Άρθρο 5

Ιατρικά πιστοποιητικά και ιατρικές γνωματεύσεις

1. Τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές γνωματεύσεις, καθώς και οι ιατρικές συνταγές που εκδίδονται κατά τους νόμιμους τύπους, έχουν το ίδιο κύρος και την ίδια νομική ισχύ ως προς τις νόμιμες χρήσεις και ενώπιον όλων των αρχών και υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το αν εκδίδονται από ιατρούς που υπηρετούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. ή ιδιώτες ιατρούς. Σε κάθε περίπτωση, τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά και οι εκδιδόμενες γνωματεύσεις αφορούν αποκλειστικά στο γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας κάθε ιατρού. Τυχόν ειδικότερες ρυθμίσεις εξακολουθούν να ισχύουν.

2. Ο ιατρός οφείλει, όταν συντάσσει πάσης φύσεως ιατρικά πιστοποιητικά ή γνωματεύσεις, να αναφέρει το σκοπό για τον οποίο προορίζονται, καθώς και το όνομα του λήπτη του πιστοποιητικού.
3. Τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές γνωματεύσεις εκδίδονται μετά από προηγούμενη γραπτή ή προφορική αίτηση του προσώπου στο οποίο αφορούν ή, κατ' εξαίρεση, τρίτου προσώπου που έχει έννομο συμφέρον και το αποδεικνύει, καθώς και όταν αυτό ρητά προβλέπεται στο νόμο. Ειδικά τα ιατρικά πιστοποιητικά που αφορούν στην παρούσα κατάσταση του ασθενούς προϋποθέτουν την προηγούμενη εξέταση του ασθενούς. Η έκδοση αναληθών ιατρικών πιστοποιητικών συνιστά πειθαρχικό και ποινικό αδίκημα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Ιδιώτες ιατροί που εκδίδουν ιατρικά πιστοποιητικά ή μετέχουν σε επιτροπές που τα εκδίδουν, θεωρούνται υπάλληλοι κατά την έννοια που έχει ο όρος στον Ποινικό Κώδικα.
4. Τα πάσης φύσεως ιατρικά πιστοποιητικά ή ιατρικές γνωματεύσεις παραδίδονται σε αυτόν που παραδεκτά το ζήτησε ή σε τρίτο πρόσωπο, που έχει εξουσιοδοτηθεί ειδικά από τον αιτούντα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ

Άρθρο 8

Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού

1. Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που προσήκει και αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργήματός του.
2. Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη-ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους.
3. Ο ιατρός δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, παρά μόνο στο μέτρο, στο βαθμό και στην έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί.
4. Ο ιατρός, κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Οι απόψεις του ιατρού σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται.
5. Ο ιατρός δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη του ασθενή, να χρησιμοποιεί τη θέση του για τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους, να ασκεί οικονομικές ή άλλες πιέσεις, να αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες και να συστήνει θεραπείες ή να παραπέμπει τους ασθενείς σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το συμφέρον τους.
6. Όταν ο ιατρός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενή του σε άλλο συνάδελφό του, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά και μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες.
7. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του.

Άρθρο 9

Υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή

1. Ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή.
2. Ο ιατρός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν συντρέχει ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του.
3. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.
4. Ο ιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου. Στην περίπτωση αυτή, οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συναδέλφο του για την αναπλήρωσή του.
5. Ο ιατρός οφείλει, σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξής του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του, έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση.

Άρθρο 10

Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διεπιστημονικότητα και επαγγελματική συνεργασία

1. Η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του.
2. Η υποχρέωση αυτή περιλαμβάνει όχι μόνον τις ιατρικές γνώσεις, αλλά και τις κλινικές δεξιότητες, καθώς και τις ικανότητες συνεργασίας σε ομάδα, οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Η συνεργασία στο πλαίσιο κάθε διεπιστημονικής ή μη ομάδας πρέπει να γίνεται εποικοδομητικά. Αν ο ιατρός ηγείται της ομάδας, προσπαθεί να εξασφαλίσει από όλα τα μέλη την ανάγκη παροχής αξιοπρεπούς και αποτελεσματικής φροντίδας, καθώς και εκδήλωσης σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή.
3. Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευεται τους συναδέλφους του.

Άρθρο 11

Υποχρέωση ενημέρωσης

1. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.
2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.
3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.
4. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.

Άρθρο 12

Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή

1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.
2. Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες: α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο. β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση. Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου. Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του,

το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής. γ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. δ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση: α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.

Άρθρο 13 Ιατρικό απόρρητο

1. Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του.

2. Για την αυστηρή και αποτελεσματική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ο ιατρός οφείλει: α) να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, στους συνεργάτες ή στα άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιονδήποτε τρόπο κατά την άσκηση του λειτουργήματός του και β) να λαμβάνει κάθε μέτρο διαφύλαξης του απορρήτου και για το χρόνο μετά τη— με οποιονδήποτε τρόπο— παύση ή λήξη άσκησης του λειτουργήματός του.

3. Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν: α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του. β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά. γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.

4. Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

5. Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της.

6. Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενή.

Άρθρο 14

Τήρηση ιατρικού αρχείου

1. Ο ιατρός υποχρεούται να τηρεί ιατρικό αρχείο, σε ηλεκτρονική ή μη μορφή, το οποίο περιέχει δεδομένα που συνδέονται αρρήκτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του. Για την τήρηση του αρχείου αυτού και την επεξεργασία των δεδομένων του εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50 Α').
2. Τα ιατρικά αρχεία πρέπει να περιέχουν το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τη διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, όπως, ενδεικτικά και ανάλογα με την ειδικότητα, τα ενοχλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, την πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.
3. Οι κλινικές και τα νοσοκομεία τηρούν στα ιατρικά τους αρχεία και τα αποτελέσματα όλων των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων.
4. Η υποχρέωση διατήρησης των ιατρικών αρχείων ισχύει: α) στα ιδιωτικά ιατρεία και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ιδιωτικού τομέα, για μία δεκαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή και β) σε κάθε άλλη περίπτωση, για μία εικοσαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή.
5. Ο ιατρός λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, έτσι ώστε στην περίπτωση επιστημονικών δημοσιεύσεων να μην γνωστοποιείται με οποιονδήποτε τρόπο η ταυτότητα του ασθενή στον οποίο αφορούν τα δεδομένα. Εάν, λόγω της φύσης της δημοσίευσης, είναι αναγκαία η αποκάλυψη της ταυτότητας του ασθενή ή στοιχείων που υποδεικνύουν ή μπορούν να οδηγήσουν στην εξακρίβωση της ταυτότητάς του, απαιτείται η ειδική έγγραφη συναίνεσή του.
6. Ο ιατρός τηρεί τα επαγγελματικά του βιβλία με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων.
7. Στα ιατρικά αρχεία δεν πρέπει να αναγράφονται κρίσεις ή σχολιασμοί για τους ασθενείς, παρά μόνον εάν αφορούν στην ασθένειά τους.
8. Ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, καθώς και λήψης αντιγράφων του φακέλου του. Το δικαίωμα αυτό, μετά το θάνατό του, ασκούν οι κληρονόμοι του, εφόσον είναι συγγενείς μέχρι τετάρτου βαθμού.
9. Δεν επιτρέπεται σε τρίτο η πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία ασθενή. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η πρόσβαση: α) στις δικαστικές και εισαγγελικές αρχές κατά την άσκηση των καθηκόντων τους αυτεπάγγελα ή μετά από αίτηση τρίτου που επικαλείται έννομο συμφέρον και σύμφωνα με τις νόμιμες διαδικασίες, β) σε άλλα όργανα της Ελληνικής Πολιτείας, που με βάση τις καταστατικές τους διατάξεις έχουν τέτοιο δικαίωμα και αρμοδιότητα.
10. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις, στα εθνικά ή διεθνή αρχεία στα οποία έχουν εισέλθει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που τον αφορούν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Άρθρο 19

Αμοιβή ιατρού

1. Ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του με αμοιβή και χειρίζεται το θέμα αυτό με λεπτότητα, διακριτικότητα και χωρίς πρόθεση εκμετάλλευσης του ασθενή. Η διεκδίκηση της νόμιμης αμοιβής ή κάθε άλλο θέμα σχετικό με αυτήν πρέπει να διενεργείται με τρόπο ο οποίος να μην απάδει προς την αξιοπρέπεια και τον κατεξοχήν ανθρωπιστικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος.
2. Ο ιατρός μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του χωρίς αμοιβή ή με μειωμένη αμοιβή σε ειδικές κατηγορίες ασθενών, με βάση κριτήρια, που είναι κοινωνικώς πρόσφορα, παραδεκτά και σύμφωνα με το βαθύτερο ανθρωπιστικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος.
3. Ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του χωρίς αμοιβή στους συναδέλφους του και στους συγγενείς προς τους οποίους αυτοί έχουν νόμιμη υποχρέωση, καθώς και στους φοιτητές της ιατρικής.
4. Ο ιατρός έχει δικαίωμα να απαιτήσει την αμοιβή του είτε από τον εργοδότη, ως εργαζόμενος, είτε από τον ασθενή, ως ελεύθερος επαγγελματίας, με την απαιτούμενη όμως ευπρέπεια. Παρέχει τα νόμιμα παραστατικά τα οποία αφορούν στην κατάσταση υγείας του ασθενή και στις οικονομικές συναλλαγές σχετικά με τις παρασχεθείσες ιατρικές υπηρεσίες, ανεξάρτητα από το αν αυτό του ζητηθεί ή όχι από τον ασθενή. Κάθε ιατρός ως εξωνοσοκομειακός ελεύθερος επαγγελματίας έχει δικαίωμα να καθορίσει, εκτός εάν υπόκειται σε ειδικό καθεστώς, το επίπεδο αμοιβής του, ανάλογα με τις ικανότητές του. Σε επείγουσες περιπτώσεις, η αμοιβή από τους ασθενείς αναζητείται αφού παρασχεθεί η ενδεικνυόμενη ιατρική συνδρομή.
5. Ο ιατρός που προσφέρει τις υπηρεσίες του στο δημόσιο τομέα ή σε οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης απαγορεύεται να αξιώνει, να συμφωνεί ή να εισπράττει από τον ασθενή οποιοδήποτε οικονομικό αντάλλαγμα ή άλλο ωφέλημα οποιασδήποτε φύσης ή να δέχεται υπόσχεση τούτου πέρα από τη μηνιαία ή άλλη αποζημίωση ή αμοιβή του, όπως ορίζονται στο νόμο ή στη σύμβασή του.
6. Οποιαδήποτε συναλλαγή που αφορά στη λήψη αμοιβής από ασθενή μεταξύ ιατρών και οποιουδήποτε άλλου λειτουργού υγείας απαγορεύεται.
7. Απαγορεύεται στον ιατρό να χρησιμοποιεί εικονικούς μεσάζοντες πελάτες ή άλλους με σκοπό την προμήθεια πελατών με ποσοστά, καθώς και να λαμβάνει ποσοστά επί της ιατρικής αμοιβής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ΄ ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Άρθρο 29

Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής

1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον

ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.

2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.

3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

5. ΣΥΣΤΑΣΗ 1418(1999) ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΘΝΗΣΚΟΝΤΩΝ

1. The vocation of the Council of Europe is to protect the dignity of all human beings and the rights which stem therefrom.

2. Medical progress, which now makes it possible to cure many previously incurable or fatal diseases, the improvement of medical techniques and the development of resuscitation techniques, which make it possible to prolong a person's survival, to defer the moment of death. As a result the quality of life of the dying is often neglected, and their loneliness and suffering ignored, as is that of their families and care-givers.

3. In 1976, in its [Resolution 613](#), the Assembly declared that it was "convinced that what dying patients most want is to die in peace and dignity, if possible with the comfort and support of their family and friends", and added in its [Recommendation 779 \(1976\)](#) that "the prolongation of life should not in itself constitute the exclusive aim of medical practice, which must be concerned equally with the relief of suffering".

4. Since then, the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine has formed important principles and paved the way without explicitly referring to the specific requirements of the terminally ill or dying.

5. The obligation to respect and to protect the dignity of a terminally ill or dying person derives from the inviolability of human dignity in all stages of life. This respect and protection find their expression in the provision of an appropriate environment, enabling a human being to die in dignity.

6. This task has to be carried out especially for the benefit of the most vulnerable members of society, a fact demonstrated by the many experiences of suffering in the past and the present. Just as a human being begins his or her life in weakness and dependency, he or she needs protection and support when dying.

7. Fundamental rights deriving from the dignity of the terminally ill or dying person are threatened today by a variety of factors:

7.1. insufficient access to palliative care and good pain management;

- 7.2. often lacking treatment of physical suffering and a failure to take into account psychological, social and spiritual needs;
 - 7.3. artificial prolongation of the dying process by either using disproportionate medical measures or by continuing treatment without a patient's consent;
 - 7.4. the lack of continuing education and psychological support for health-care professionals working in palliative medicine;
 - 7.5. insufficient care and support for relatives and friends of terminally ill or dying patients, which otherwise could alleviate human suffering in its various dimensions;
 - 7.6. patients' fear of losing their autonomy and becoming a burden to, and totally dependent upon, their relatives or institutions;
 - 7.7. the lack or inadequacy of a social as well as institutional environment in which someone may take leave of his or her relatives and friends peacefully;
 - 7.8. insufficient allocation of funds and resources for the care and support of the terminally ill or dying;
 - 7.9. the social discrimination inherent in weakness, dying and death.
8. The Assembly calls upon member states to provide in domestic law the necessary legal and social protection against these specific dangers and fears which a terminally ill or dying person may be faced with in domestic law, and in particular against:
- 8.1. dying exposed to unbearable symptoms (for example, pain, suffocation, etc.);
 - 8.2. prolongation of the dying process of a terminally ill or dying person against his or her will;
 - 8.3. dying alone and neglected;
 - 8.4. dying under the fear of being a social burden;
 - 8.5. limitation of life-sustaining treatment due to economic reasons;
 - 8.6. insufficient provision of funds and resources for adequate supportive care of the terminally ill or dying.
9. The Assembly therefore recommends that the Committee of Ministers encourage the member states of the Council of Europe to respect and protect the dignity of terminally ill or dying persons in all respects:
- a. by recognising and protecting a terminally ill or dying person's right to comprehensive palliative care, while taking the necessary measures:
 - 9.1.1. to ensure that palliative care is recognised as a legal entitlement of the individual in all member states;

9.1.2. to provide equitable access to appropriate palliative care for all terminally ill or dying persons;

9.1.3. to ensure that relatives and friends are encouraged to accompany the terminally ill or dying and are professionally supported in their endeavours. If family and/or private networks prove to be either insufficient or overstretched, alternative or supplementary forms of professional medical care are to be provided;

9.1.4. to provide for ambulant hospice teams and networks, to ensure that palliative care is available at home, wherever ambulant care for the terminally ill or dying may be feasible;

9.1.5. to ensure co-operation between all those involved in the care of a terminally ill or dying person;

9.1.6. to ensure the development and implementation of quality standards for the care of the terminally ill or dying;

9.1.7. to ensure that, unless the patient chooses otherwise, a terminally ill or dying person will receive adequate pain relief and palliative care, even if this treatment as a side-effect may contribute to the shortening of the individual's life;

9.1.8. to ensure that health professionals are trained and guided to provide medical, nursing and psychological care for any terminally ill or dying person in co-ordinated teamwork, according to the highest standards possible;

9.1.9. to set up and further develop centres of research, teaching and training in the fields of palliative medicine and care as well as in interdisciplinary thanatology;

9.1.10. to ensure that specialised palliative care units as well as hospices are established at least in larger hospitals, from which palliative medicine and care can evolve as an integral part of any medical treatment;

9.1.11. to ensure that palliative medicine and care are firmly established in public awareness as an important goal of medicine;

b. by protecting the terminally ill or dying person's right to self-determination, while taking the necessary measures:

9.2.1. to give effect to a terminally ill or dying person's right to truthful and comprehensive, yet compassionately delivered information on his or her health condition while respecting an individual's wish not to be informed;

9.2.2. to enable any terminally ill or dying person to consult doctors other than his or her usual doctor;

9.2.3. to ensure that no terminally ill or dying person is treated against his or her will while ensuring that he or she is neither influenced nor pressured by another person. Furthermore, safeguards are to be envisaged to ensure that their wishes are not formed under economic pressure;

9.2.4. to ensure that a currently incapacitated terminally ill or dying person's advance directive or living will refusing specific medical treatments is observed. Furthermore, to ensure that criteria of validity as to the scope of instructions given in advance, as well as the nomination of proxies and the extent of their authority are defined; and to ensure that surrogate decisions by proxies based on advance personal statements of will or assumptions of will are only to be taken if the will of the person concerned has not been expressed directly in the situation or if there is no recognisable will. In this context, there must always be a clear connection to statements that were made by the person in question close in time to the decision-making situation, more precisely at the time when he or she is dying, and in an appropriate situation without exertion of pressure or mental disability. To ensure that surrogate decisions that rely on general value judgements present in society should not be admissible and that, in case of doubt, the decision must always be for life and the prolongation of life;

9.2.5. to ensure that – notwithstanding the physician's ultimate therapeutic responsibility – the expressed wishes of a terminally ill or dying person with regard to particular forms of treatment are taken into account, provided they do not violate human dignity;

9.2.6. to ensure that in situations where an advance directive or living will does not exist, the patient's right to life is not infringed upon. A catalogue of treatments which under no condition may be withheld or withdrawn is to be defined;

c. by upholding the prohibition against intentionally taking the life of terminally ill or dying persons, while:

9.3.1. recognising that the right to life, especially with regard to a terminally ill or dying person, is guaranteed by the member states, in accordance with Article 2 of the European Convention on Human Rights which states that "no one shall be deprived of his life intentionally";

9.3.2. recognising that a terminally ill or dying person's wish to die never constitutes any legal claim to die at the hand of another person;

9.3.3. recognising that a terminally ill or dying person's wish to die cannot of itself constitute a legal justification to carry out actions intended to bring about death.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης , Α., 1995. *Ευθανασία*. σ.λ.:Εκδόσεις Ακρίτα.
- Αναπλιώτης, Α., 2003. *Το πρόβλημα της Ευθανασίας*. σ.λ.:Εκδόσεις Αποστολική Διακονία της Εκκλησίας της Ελλάδος.
- Βούλτσος , Π., 2006. *Η ποινική προβληματική της Ευθανασίας*. σ.λ.:εκδόσεις Σάκκουλα .
- Βούλτσος , Π., 2006. *Η ποινική Προβληματική της ευθανασίας*. Εκδόσεις Σάκκουλα : σ.π.
- Βούλτσος, Π., 2006. *Η ποινική προβληματική της Ευθανασίας*. σ.λ.:Εκδόσεις Σάκκουλα .
- Βούλτσος, Π. & Τσούγκας, Μ., 2008. Ευθανασία : Ένα ωομοθετικό ακάλυπτο πολύπτυχο και οριακό ζήτημα. *Ιατρικό Βήμα*, 2(4).
- Γιούλτσης , Β., 2003. Κοινωνιολογική θεώρηση της Ευθανασίας . Στο: *Το πρόβλημα της Ευθανασίας* . Αθήνα: εκδόσεις Αποστολική Διακονία της Εκκλησίας της Ελλάδος.
- Δαμίγος , Δ., 2000. Ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της Ευθανασίας. Στο: *Ευθανασία Η σημαντική του "καλού" Θανάτου*. σ.λ.:Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- Ευαγγέλου , Ι., 1999. *Το πρόβλημα της Ευθανασίας*. Αθήνα : Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας -Επιτροπή Βιοηθικής , 2007. *Επίσημα κείμενα βιοηθικής-Μεταμοσχεύσεις, ευθανασία, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*. σ.λ.:Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας .
- Καίσαρης , Π., 1999. *Περί της Ευθανασίας*. Πάτρα : Αχαικές Εκδόσεις .
- Κουντουράς, Ι., Χαζόπουλος, Δ. & Ζαβός, Χ., 2003. Ευθανασία. *Βήμα Κλινικής Ογκολογίας*, 43(10).
- Κουτσομπίνας, Σ., 2000. *Ευθανασία: Η σημαντική του "καλού" θανάτου*. Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- Κρεμάλης , Κ., 2011. *Δίκαιο της Υγείας - Τόμος Ι:Γενικές Αρχές Κοινωνικών Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη .

Κωστόπουλος , Κ., 2011. Ευθανασία : Η σφραγίδα της Αποτυχίας του Σύγχρονου Πολιτισμού. *Αχαϊκή Ιατρική*, 30(1).

Ματάμης , Δ., Λαζαρίδης, Δ. & Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος , 2003. *Το πρόβλημα της ευθανασίας : Πρακτικά επιστημονικού συμποσίου για την ευθανασία που διοργανώθηκε από την ειδική συνοδική επιτροπή βιοηθικής της ιεράς συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος στις 17 και 18 Μαΐου 2002 στη Νεάπολη Θεσσαλονίκης*. Αθήνα: Αποστολική Διακονία της Εκκλησίας της Ελλάδος.

Μητροσύλη , Μ., 2009. *Δίκαιο της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Μπομπότα, Ε., 2016/2017. Ευθανασία : Αξιοπρεπής Θάνατος ή έγκλημα ;. *Expressis Verbis*, 1(1).

Νικολαΐδης, Α., 2019. *Η αυτοκτονία και η ευθανασία στο επίκεντρο σε ναό της Αθήνας*. Αθήνα, Ιερός Ναός Αγίας Παρασκευής Αττικής.

Πρωροπαπαδάκης , Ε., 2003. *Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική*. σ.λ.:Εκδόσεις Σάκκουλα

Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε., 2001. *Εγκλήματα κατά της ζωής*. σ.λ.:Εκδόσεις Σάκκουλα .

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Appelbaum, P., 2007. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. *The new England Journal of medicine* , Τόμος 357.

Beauchamp, T., 2007. Ευθανασία Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις. σ.λ.:εκδόσεις Αρχιπέλαγος.

Banovic, B. & Turanjanin, V., 2014. Euthanasia : Murder or Not A Comparative Approach. *Iranian Journal of Public Health*, 43(10).

Churchilla, L., 1997. Physician assisted suicide, euthanasia, or withdrawal of treatment. *BMJ*, 315(137).

Elliott , C., 1996. Philosopher assisted suicide and euthanasia.. *the BMJ*, 213(7064).

Gallagher, A., Bunting, B., Slaney, L. & McGlade, K., 2000. Voluntary euthanasia in Northern Ireland: general practitioners' beliefs, experiences, and actions.. *British Journal of General Practice*, 50(459).

Horn, R., 2017. The 'French exception': the right to continuous deep sedation at the end of life. *BMJ*, 8(2).

Humphry, D., 2005. The Good Euthanasia Guide: Where, what, and who in choices in dying. s.l.:Norris Lane Press.

Hurst, S. & Mauron, A., 2003. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. British Medical Journal, Τόμος 326.

Mitchell, K. & Glynn Owens, R., 2003. National survey of medical decisions at end of life made by New Zealand general practitioners. the BMJ.com, Τόμος 327.

Mystakidou, K., Parpa, E., Katsoula, E. & Vlahos, L., 2005. The evolution of euthanasia and its perceptions in greek ulture and civilization. Persectives in Biology and Medicine, 48(1).

Naftemporiki.gr, 2009. Λουξεμβούργο: Νόμιμη η ευθανασία, Αθήνα: s.n.

Ogilvie, A., 1997. Colombia is confused over legalisation of euthanasia. BMJ, Τόμος 314.

Tuffs, A., 2003. German doctor is investigated for killing 76 patients with morphine. the BJM.com, Τόμος 327.