



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
**ΣΧΟΛΗ ΝΟΜΙΚΗΣ**  
ΤΟΜΕΑΣ Α' ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΑΣΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

**ΘΕΜΑ: Η ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΕΝΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ  
ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ**

**ΚΑΖΑΚΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

**A.M.:1245**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΤΟΣ: 2013-2014**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:**

**Δήμητρα Παπαδοπούλου**

**Μιχαήλ Αυγουστιανάκης**

**Βασίλειος Βάθης**

*Αθήνα, Ιανουάριος 2017*



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	1
<b>Κεφάλαιο πρώτο: Νομοθετική πρόβλεψη &amp; έννοια προγενεστέρων οδηγιών – διαθηκών ζωής</b>	
<b>I. Ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα</b> .....	5
<b>II. Ορισμός, είδη και περιεχόμενο προγενεστέρων οδηγιών</b> .....	6
1. Έννοια – ορισμός προγενεστέρων οδηγιών .....	6
2. Είδη και περιεχόμενο προγενεστέρων οδηγιών .....	8
A. Ορισμός αντιπροσώπου .....	9
B. Ορισμός συγκεκριμένων ιατρικών πράξεων .....	9
<b>III. Η σημασία της συναίνεσης, νομική φύση και προϋποθέσεις</b> .12	
1. Σημασία συναίνεσης.....	12
2. Νομική φύση συναίνεσης .....	13
3. Προϋποθέσεις έγκυρης συναίνεσης .....	15
A. Προηγούμενη, πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση του ασθενούς .....	16
B. Ικανότητα για συναίνεση .....	17
Γ. Απουσία ελαττωμάτων βούλησης και μη αντίθεση στα χρηστά ήθη .....	20
Δ. Πλήρης κάλυψη ιατρικής πράξης από τη συναίνεση .....	22
<b>IV. Διάκριση από άλλες έννοιες</b> .....	24
1. Διάκριση από αυτοκτονία .....	25
2. Διάκριση από ευθανασία και συμμετοχή σε αυτοκτονία ....	26

**Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Η άποψη υπέρ της δεσμευτικότητας των αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του**

I. Η αρχή του αυτοπροσδιορισμού του ασθενούς .....	31
II. Αναγνώριση ενός δικαιώματος στον θάνατο; .....	35

**Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Η άποψη κατά της δεσμευτικότητας των αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του**

I. Κίνδυνος, συγκρουόμενα συμφέροντα και όρια αυτονομίας ασθενούς .....	45
1. Χρονικό σημείο λήψης και διατυπώσεως των αποφάσεων .	45
2. Συγκρουόμενα συμφέροντα και όρια αυτονομίας ασθενούς .	47
II. Το δικαίωμα και το αγαθό της ζωής .....	52

**Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Ο βαθμός δεσμευτικότητας των αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του στην ημεδαπή έννομη τάξη & η νομολογία του Ε.Δ.Δ.Α.**

I. Ο βαθμός δεσμευτικότητας των προγενεστέρων οδηγιών βάσει του ισχύοντος δικαίου.....	56
A. Ιατρικές αποφάσεις περί του τέλους της ζωής με αίτημα την άρνηση ή διακοπή θεραπείας .....	58
B. Ιατρικές αποφάσεις περί του τέλους της ζωής με περιεχόμενο τον ορισμό τρίτου ως «ιατρικά υπευθύνου».....	60
II. Η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Δ.Δ.Α.) .....	67

**Μία de lege ferenda προσέγγιση του ζητήματος εν είδει επιλόγου .....73**

**Βιβλιογραφία .....81**



«Θανέειν πέπρωται άπασι»,  
*Πυθαγόρας ο Σάμιος*





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ραγδαίως εξελισσόμενες επιστήμες της ιατρικής και της τεχνολογίας, έχουν ανασύρει στην επιφάνεια του νομικού προβληματισμού ουκ ολίγα διλήμματα. Από κοινού με τις μεταμοσχεύσεις, τη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, τον προγεννητικό έλεγχο εμβρύων και πλείστα όσα ζητήματα βιοηθικής, η επιδίωξη ενός καλού θανάτου αποτελεί ένα από τα πολλά εκείνα αμφιλεγόμενα αιτήματα του σύγχρονου ανθρώπου, ο οποίος αγωνιά στην προσπάθεια του να μετριάσει τις επιπτώσεις της ιατρικής επιστήμης που μάχεται να τον κρατήσει στη ζωή. Βέβαια, το ευ θνήσκειν ανέκαθεν αποτελούσε ένα πάγιο αίτημα του ανθρώπου· η ζωή και ο θάνατος, δύο στοιχεία άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους αποτελούν το κεντρικό στοιχείο γύρω από το οποίο περιστρέφονται όλες οι εκφάνσεις της ανθρώπινης ύπαρξης, από την εμφάνιση της επί γης.

Η ευζωία και η «ευθανασία<sup>1</sup>» αποτελούν τις υπέρτατες επιδιώξεις του ανθρώπου διαχρονικά<sup>2</sup>. Είναι προφανές ότι ουδείς επιθυμεί έναν επώδυνο ή μακρό θάνατο. Και ενώ η ιατρική επιστήμη πασχίζει για να εξασφαλίσει και να διατηρήσει μία υγιή ζωή, καταλήγει, πολλές φορές, στο σημείο, άθελα της μάλλον, να την επιτείνει μέχρις εσχάτων. Σε κάθε περίπτωση, τα κίνητρα της ιατρικής είναι αγαθά, και καλοδεχούμενα από την πλειοψηφία των ασθενών. Αυτή η συνεχής παράταση, ωστόσο, της ζωής και η αναβολή επελεύσεως του θανάτου, έχει καταστήσει έντονη την ανάγκη θέσπισης μιας νομοθετικής ρύθμισης η οποία θα ρυθμίζει κατά το δυνατόν ζητήματα επιθανάτιας εμπειρίας.

Όταν μιν ο ασθενής είναι ικανός να παράσχει την συναίνεσή του, εγκύρως μπορεί, ασκώντας το δικαίωμα αυτονομίας του, να απέχει ή μη από την συνέχιση της θεραπείας που τον διατηρεί στη ζωή. Ουδείς τον εμποδίζει λόγου χάριν από το να επιλέξει να εξέλθει από το νοσηλευτικό ίδρυμα που νοσηλεύεται, να διακόψει λόγου χάριν τις διενεργούμενες χημειοθεραπείες και να επιστρέψει στην οικία του, αναμένοντας εκεί καρτερικά να τον βρει ένας

---

<sup>1</sup> Υπό την έννοια ενός καλού και ειρηνικού θανάτου, όχι της θανάτωσης σε περίπτωση ασθενούς που πάσχει από ανίατη ασθένεια και υποφέρει από αφόρητους πόνους.

<sup>2</sup> Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά στη Θεία Λειτουργία, ο Ιωάννης ο Χρυσόστομος: «Χριστιανά τα τέλη της ζωής ημών, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα, ειρηνικά, και καλήν απολογίαν την επί του φοβερού βήματος του Χριστού, αιτησώμεθα»

ήρεμος και ειρηνικός θάνατος, σε ένα περιβάλλον γνώριμο, οικείο και αγαπημένο, και όχι στο κρύο και αποστειρωμένο περιβάλλον ενός νοσοκομείου. Και ενώ μία τέτοια δυνατότητα ουδέποτε έχει αμφισβητηθεί στον ικανό ασθενή, το ζήτημα γεννάται όταν ο ασθενής δεν είναι πλέον ικανός να ασκήσει το δικαίωμα αυτονομίας του, και καθίσταται αντικείμενο της βουλήσεως και των πεποιθήσεων του ιατρού και των οικείων του.

Το παρόν πόνημα δεν αποτελεί μία ακόμη προσπάθεια προσέγγισης του πράγματι δυσχερούς και αμφιλεγόμενου ζητήματος της ευθανασίας. Αντιθέτως, στην παρούσα μελέτη επιχειρείται η ανεύρεση των λύσεων εκείνων που θα καταστήσουν τον ανίκανο προς συναίνεση ασθενή να ασκήσει το αναφαίρετο δικαίωμα του στην αυτονομία και την αξιοπρέπεια, οριοθετώντας το ίδιο τις ιατρικές εκείνες πράξεις που θεωρεί αρμόζουσες και ανεκτές. Είναι βεβαίως ήδη γνωστή η έννοια των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του, με πολλές απόψεις να έχουν διατυπωθεί, ενώ πλέον υπάρχει και ρητή αναγνώριση του θεσμού αυτού και από τον εθνικό νομοθέτη. Δυστυχώς, ωστόσο, τα προβλήματα αναφορικά με ασθενείς που διατηρούνται στη ζωή παρά τη θέλησή τους δεν έχουν εκλείψει.

Σε μία χώρα όπως η Ελλάδα, στην οποία λείπει η απαιτούμενη «προϊστορία» και η νομική εκείνη κουλτούρα ευαισθητοποίησης στα ατομικά δικαιώματα, ιδίως του ασθενούς<sup>3</sup>, ίσως να φαντάζει λίγο «πρόωρη» η συζήτηση περί προγενεστέρων οδηγιών και ιατρικών αποφάσεων περί του τέλους ζωής<sup>4</sup>. Ωστόσο, η έντονη αυτή συζήτηση σήμερα καταδεικνύει την εξελικτική πορεία της ιατρικής και νομικής κουλτούρας, η οποία από την προσκόλληση στην απόλυτη αυθεντία του ιατρού έχει πλέον οδηγηθεί στην αποδοχή της υπεροχής της αυτονομίας του ασθενούς και της αυτοκυριαρχίας επί του σώματός του.

Το δίκαιο, όμως, αλλά και η ερμηνεία αυτού εξελίσσονται και μεταλλάσσονται παράλληλα με την εξέλιξη των κοινωνικών και ηθικών

<sup>3</sup> Βλ. χαρακτηριστικά, *Τ. Βιδάλης – Β. Μολλάκη*, Έκθεση: Ενώσεις Ασθενών - Καταγραφή των ζητημάτων ιατρικής δεοντολογίας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς στη χώρα μας, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 07-07-2014, 4, (διαθέσιμο σε <http://www.bioethics.gr/index.php/en/gnomes/703-patients-associations-a-report-on-the-medical-ethics-issues-that-patients-face-in-our-country>, πρόσβαση 02-09-2016), όπου οι συμμετάσχουσες στην έρευνα ενώσεις ασθενών, εκφράζουν παράπονα ακόμη και για την εκ μέρους των ιατρών παράλειψη ενημέρωσης και συζήτησης με τους ασθενείς περί της καταστάσεως της υγείας τους.

<sup>4</sup> Βλ. *Τ. Βιδάλης – Β. Μολλάκη*, όπ.π., 6, όπου το μόρφωμα των προγενεστέρων οδηγιών είναι ακόμη και σήμερα σχετικά άγνωστο στους εκπροσώπους των ομάδων των ασθενών.

συνθηκών. Όταν, σήμερα στα ελληνικά νοσοκομεία υπάρχει ούτως ή άλλως η πρακτική μιας *de facto* ευθανασίας, με την αποσύνδεση από τα ιατρικά μηχανήματα διατήρησης στης ζωής, ή τη διακοπή της θεραπείας, το δίκαιο οφείλει να αφουγκραστεί και να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις των θνήσκοντων ασθενών<sup>5</sup>. Δεν είναι απλά η έπαρση του σύγχρονου ανθρώπου που επιβάλλει να έχει λόγο και δικαίωμα σε έναν ελεύθερο, συνειδητό, ειρηνικό και καλό θάνατο αλλά η ανάγκη να αυτονομηθεί ιατρικώς, αποφεύγοντας να καταλήξει υποχείριο ιατρικών πρακτικών και μεθόδων, ο λόγος που υποκινεί την παρούσα συζήτηση.

---

<sup>5</sup> Βλ. σχετικά και *N. Κουράκης – Κ.Σπινέλλη*, Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα – Πορίσματα Έρευνας και Πρακτικά Ημερίδας (31-01-2007), Εργαστήριο Ποινικών και Εγκληματολογικών Ερευνών (Τμήμα Νομικής Πανεπιστημίου Αθηνών), Εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 2008, με ώδε παρατιθέμενα πορίσματα έρευνας.



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**  
**ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΒΛΕΨΗ & ΕΝΝΟΙΑ ΠΡΟΓΕΝΕΣΤΕΡΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ –**  
**ΔΙΑΘΗΚΩΝ ΖΩΗΣ**

**I. Ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα**

Το μόρφωμα των προγενεστέρων οδηγιών αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται από τον εσωτερικό νομοθέτη μέσω της ρυθμίσεως του άρθρου 29 § 2 του Κ.Ι.Δ., το οποίο ορίζει ότι: *«Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά τον χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει»*. Με μία ανάλογη διατύπωση το άρθρο 9 της Συμβάσεως του Οβιέδο, κυρωθείσης στην Ελλάδα με τον νόμο 2619/1998, προβλέπει τα εξής: *«Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με την ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή, ο οποίος, κατά τον χρόνο της επέμβασης, δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του»*.

Από τις ανωτέρω διατάξεις διαφαίνεται ότι ο νομοθέτης δεν θέλησε να προσδώσει με σαφήνεια δεσμευτική ισχύ στις προγενέστερες οδηγίες<sup>6</sup>. Αντ' αυτού, ο νομοθέτης επέλεξε να νουθετήσει απλώς τον ιατρό ώστε να λάβει υπόψη του τέτοιες επιθυμίες, χωρίς να τον υποχρεώνει παράλληλα και να τις εφαρμόσει, σε αντίθεση με τις προσταγές του νομοθέτη στο άρθρο 12 του Κ.Ι.Δ., όπου ρητώς προβλέπεται ότι *«ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή»*.

Ποια μπορεί να είναι, ωστόσο, η αληθής έννοια του όρου λαμβάνω υπόψη; Μπορεί να υποστηριχθεί ότι ο γιατρός μπορεί να πράξει και ενάντια στις προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς του, διαβεβαιώνοντας ωστόσο ότι τις έχει λάβει υπόψη; Ακόμη και εάν ο νομοθέτης δεν υπήρξε σαφής, ο ρόλος του δεν είναι η διατύπωση ευχών μέσω των νομοθετικών κειμένων, και ως εκ

---

<sup>6</sup> Έτσι η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Σύσταση: Δεσμευτικότητα «Οδηγιών Μη Ανάνηψης», 09-12-2013, (διαθέσιμη σε <http://www.bioethics.gr/index.php/en/gnomes/531-binding-of-do-not-resuscitate-orders-dnrs>, πρόσβαση 05-06-2014), η οποία χαρακτηρίζει την διατύπωση λαμβάνω υπόψη του άρθρου 9 της Συμβάσεως του Οβιέδο (Ν. 2619/1998), ως μία ατελή αναγνώριση των προγενεστέρων οδηγιών.

τούτου η διάταξη αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί ως μη δεσμευτική για τον ιατρό<sup>7</sup>. Κάτι τέτοιο θα ερχόταν σε αντίθεση με την συστηματική ερμηνεία των διατάξεων που κατοχυρώνουν το δικαίωμα προσωπικότητας του ασθενούς και το δικαίωμα στον αυτοπροσδιορισμό, την υποχρεωτική λήψη συναινέσεως πριν από κάθε ιατρική πράξη αλλά και την υποχρέωση σεβασμού των τελευταίων επιθυμιών του ασθενούς, ήτοι των άρθρων 5 § 1 του Συντάγματος, 12, 29 § 2 του Κ.Ι.Δ., 5, 9 της Συμβάσεως του Οβιέδο, αλλά και του άρθρου 47 του ν. 2071/1992 (αναφορικά με τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή). Ως εκ τούτου, λόγω της φειδωλής αλλά και σιβυλλικής, θα μπορούσε να ισχυρισθεί κανείς, διατυπώσεως του νομοθέτη, εναπόκειται στον ερμηνευτή του δικαίου να ανακαλύψει και να αποδώσει το ακριβές νόημα της εν λόγω διατάξεως.

## **II. Ορισμός, είδη και περιεχόμενο προγενεστέρων οδηγιών**

### **1. Έννοια – ορισμός προγενεστέρων οδηγιών**

Οι προγενέστερες οδηγίες ενός ασθενούς για το τέλος της ζωής του, περί των οποίων ο λόγος αυξάνεται διαρκώς προϊόντος του χρόνου, συνιστούν ένα ιδιαίτερο νομικό μόρφωμα, έναν μηχανισμό με τον οποίον δίνεται σε έναν ενήλικα και ικανό προς συναίνεση ασθενή η δυνατότητα να καθορίσει τον τρόπο της ιατρικής και θεραπευτικής του μεταχείρισης ακόμα και στην μελλοντική και υποθετική περίπτωση που καταστεί το άτομο αυτό *de facto* ανίκανο να εκφράσει την βούλησή του. Κατ' ακριβολογία, οι προγενέστερες οδηγίες ενός ασθενούς αποτελούν επιθυμίες αυτού για την ενδεδειγμένη ιατρική του μεταχείριση, που εκφράζονται σε ανύποπτο χρόνο (κατά κανόνα·

---

<sup>7</sup> Αν και ως μη νομικά δεσμευτικές κρίνουν τις προγενέστερες οδηγίες οι *Κ. Μανωλάκου – Τ. Βιδάλης*, Έκθεση: Τεχνητή Παράταση Ζωής, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 27-01-2006, 4 υποσ. 3, (διαθέσιμο σε <http://www.bioethics.gr/index.php/en/gnomes/293-artificial-prolongation-of-life> πρόσβαση: 25-11-2014), τις οποίες θεωρούν ως δημιουργούσες ηθική μόνο δέσμευση στο ιατρικό προσωπικό και τους συγγενείς του ασθενούς, να τις λάβουν υπόψη και να μην τελέσουν πράξεις σαφώς αντίθετες με αυτές. Εν αντιθέσει, οι προγενέστερες οδηγίες οι οποίες επιβάλλουν συνέχιση θεραπείας ή αποδοχή παρηγορητικής αγωγής, θεωρούνται από τους *Κ. Μανωλάκου – Τ. Βιδάλης* (όπ.π., σελ. 10), ως νομικά δεσμευτικές, δεδομένου ότι αποτελούν έκφανση του δικαιώματος της ζωής και της υγείας του ασθενούς. Έτσι, και *Τ. Vidalis, A. Hayer-Theodoridis, G. Maniatis, Th. Parachristou*, Report on Consent in the Physician – Patient Relationship, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 29-03-2010, (διαθέσιμο σε <http://www.bioethics.gr/index.php/en/gnomes/88-consent-in-the-patient-physician-relationship>, πρόσβαση 25-11-2014), 17.

με εξαίρεση τις γνωστές και χρόνιες ασθένειες, οπότε ο ασθενής εκφράζεται εκ των προτέρων γνωρίζοντας την εκφυλιστική πορεία της ασθένειας τους και γι' αυτήν ακριβώς την περίπτωση επελεύσεώς της) και αφορούν στο μέλλον, και δη στην περίπτωση που δεν υπάρχει πια η δυνατότητα αυτόνομων σχετικών επιλογών.

Ιστορικά, το μόρφωμα αυτό ανεπτύχθη ταυτοχρόνως και παράλληλα με την ανάπτυξη, στο πεδίο του ιατρικού δικαίου, ενός νέου προτύπου στην σχέση μεταξύ ασθενούς και ιατρού, το οποίο προωθούσε ολοένα και περισσότερο την αυτονομία του ασθενούς έναντι της παντοδυναμίας και αυθεντίας του ιατρού. Η ανάπτυξη του νέου αυτού προτύπου ήλθε ως επακόλουθο των θηριωδιών και της πλήρους και κατάφωρης παραβίασης των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας κατά την διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου<sup>8</sup>, και ενισχύθηκε πολύ περισσότερο όταν η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και η τεχνολογική εξέλιξη έδωσαν την δυνατότητα παράτασης και διατήρησης στην ζωή ασθενών σε μη αναστρέψιμη κωματώδη κατάσταση. Έτσι, από την διεθνώς κρατούσα, μέχρι και τις δεκαετίες του '50 και του '60 περίπου, «πατερναλιστική» θεώρηση κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής, το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού του ασθενούς και η ενεργός συμμετοχή του κατά την λήψη των σχετικών αποφάσεων άρχιζε, ήδη από την δεκαετία του '60, να κερδίζει έδαφος. Κατ' αυτόν τον τρόπο, λοιπόν, με πρωτοπόρες τις χώρες του αγγλοσαξωνικού και βορειοευρωπαϊκού χώρου, ο ίδιος ο ασθενής αρχίζει και παίζει πια σημαίνοντα ρόλο στον τρόπο και την ακολουθούμενη μέθοδο μεταχείρισής του.

Με σκοπό, λοιπόν, αυτήν ακριβώς την διεύρυνση της αυτονομίας του ασθενούς και την αποφυγή του φαινομένου υποκαταστάσεως της βουλήσεως του από τρίτα άτομα (κατά κανόνα τους συγγενείς του ή τον θεράποντα ιατρό) επιχειρείται η χρήση αυτού του νομικού εργαλείου των προγενεστέρων οδηγιών που επιτρέπει την έγκυρη, κατά τον παρόντα χρόνο, εκδήλωση και έκφραση της βουλήσεως του ασθενούς, ώστε αυτή να δεσμεύει και για το μέλλον, όταν η δήλωση αυτή θα είναι αδύνατη.

---

<sup>8</sup> Βλ. χαρακτηριστικά τον Κώδικα της Νυρεμβέργης, που περιλαμβάνει τις δέκα αρχές που εξέφρασε το Δικαστήριο της Νυρεμβέργης στην αποκαλούμενη «δίκη των ιατρών» (απόφαση της 19<sup>ης</sup>-20<sup>ης</sup> Αυγούστου 1947) σχετικά με την διενέργεια πειραμάτων, όπου η εκούσια συναίνεση του υποκειμένου καθίσταται αναγκαία και θεμελιώδης προϋπόθεση.

Οι οδηγίες αυτές, που είτε προφορικές είτε γραπτές, αναφέρονται σε μελλοντικές ιατρικές πράξεις που αφορούν στον «προβλέψαντα» ασθενή, αποτελούν τον φορέα έκφρασης των προσωπικών του αρχών, αξιών και επιθυμιών, ούτως ώστε ο ίδιος να μπορέσει να αποκλείσει τις ιατρικές εκείνες πράξεις που δεν επιθυμεί, ή και να επιβάλλει αυτές που επιθυμεί, ή να ορίσει ένα συγκεκριμένο πρόσωπο αρμόδιο για την λήψη στο μέλλον των αποφάσεων αυτών, ένα είδος δηλαδή «ιατρικού αντιπροσώπου». Εφόσον, λοιπόν, μιλάμε για ιατρικές αποφάσεις περί του τέλους της ζωής, δεν εμπíπτουν στο παρόν πλαίσιο έρευνας αποφάσεις του ατόμου αναφορικά με το εν γένει τέλος της ζωής του ανθρώπου, ήτοι την ταφή ή καύση λόγου χάριν του ασθενούς, ή τη δωρεά των οργάνων ή του σώματος του μετά θάνατον.

## **2. Είδη και περιεχόμενο προγενεστέρων οδηγιών**

Οι προγενέστερες αποφάσεις ενός ασθενούς για την ιατρική του μεταχείριση και συναφώς και για το τέλος της ζωής του αφορούν ως επί το πλείστον πράξεις και ιατρικές αγωγές που υποστηρίζουν τις βιοτικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Ειδικότερα, σχετίζονται με την προσπάθεια, καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης του ασθενούς (με γνωστές τις οδηγίες περί μη ανανήψεως, ή άλλως DNRs – Do Not Resuscitate orders), την χορήγηση οξυγόνου, την σίτιση και παροχή υγρών με τεχνητά μέσα ή και την αιμοκάθαρση. Όλες αυτές οι ιατρικές πράξεις αντανακλούν άμεσα τις αντιλήψεις ενός ατόμου για το τι θεωρεί ως αξιοπρεπή και αποδεκτή ποιότητα ζωής.

Με βάση, λοιπόν, τις αντιλήψεις του εκάστοτε ασθενούς, στο πεδίο των προγενεστέρων οδηγιών, δύο είναι οι δυνατότητες εκφράσεως της βουλήσεώς του. Αναλυτικότερα, διακρίνουμε μεταξύ των οδηγιών εκείνων που περιέχουν τον ορισμό ενός ή περισσοτέρων ατόμων – φορέων της βουλήσεως του ασθενούς, και εκείνων των οδηγιών που προσδιορίζουν συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις, την διενέργεια των οποίων ο ασθενής επιβάλλει ή αποκλείει.



## **A. Ορισμός αντιπροσώπου**

Στην πρώτη περίπτωση, ο ασθενής επιλέγει να «εξουσιοδοτήσει» ορισμένο ή ορισμένα πρόσωπα να λάβουν τις σχετικές αποφάσεις, αντ' αυτού και για λογαριασμό του, για την διενέργεια ή όχι των σχετικών ιατρικών πράξεων κατά τον κρίσιμο χρόνο, με σκοπό η βούληση του διορισμένου αντιπροσώπου να υπερισχύσει έναντι όλων, ακόμη και εκείνων που, κατ' άρθρον 12 του Κ.Ι.Δ., βαρύνονται με την παροχή συναινέσεως επί ελλείψεως της ικανότητας συναινέσεως του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής μπορεί είτε να παρέχει στον ορισθέντα αντιπρόσωπό του «λευκή εντολή» για την λήψη των κρίσιμων ιατρικών αποφάσεων, ή να του προσδιορίζει παράλληλα και τα όρια κατά την έκφραση της βουλήσεώς του, απαγορεύοντας ή επιβάλλοντας του συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις.

Η ώδε εξεταζόμενη κατηγορία αποδίδεται συχνά στη θεωρία ως ορισμός «αντιπροσώπου» του ασθενούς. Έτσι, ερευνάται αν ο ασθενής δύναται εγκύρως να ορίσει έναν «αντιπρόσωπο» για την έκφραση της βούλησης του αναφορικά με την ιατρική του μεταχείριση, είτε υπό τη μορφή του αντιπροσώπου, σύμφωνα με τα άρθρα 211 επ. ΑΚ, είτε υπό τη μορφή αγγέλου ενδεχομένως, ή ακόμη και διά του διορισμού δικαστικού συμπαραστάτη κατ' άρθρα 1666 επ. ΑΚ. Το ζήτημα, βεβαίως, αν εγκύρως δύναται ο ασθενής να προβεί στη διατύπωση τέτοιου είδους προγενεστέρων οδηγιών εξετάζεται εν συνεχεία, στο, περί του ισχύοντος δικαίου αναφορικά με τις ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής, κεφάλαιο.

## **B. Ορισμός συγκεκριμένων ιατρικών πράξεων**

Αντίθετα, στην δεύτερη περίπτωση (όπου συχνά γίνεται χρήση του όρου «διαθήκες ζωής»<sup>9</sup>, αντί του όρου προγενέστερες οδηγίες) , ο ασθενής επιλέγει

<sup>9</sup> Για το αδόκιμο, ωστόσο, του όρου αυτού, βλ. ενδεικτικά: *Ε. Ρεθυμιωτάκη*, Ευθανασία και διαθήκες ζωής, Εισήγηση στην Ημερίδα για τα 10 χρόνια λειτουργίας της Ελληνικής Επιτροπής Βιοηθικής με θέμα: Ευθανασία, 02-12-2009, διαθέσιμο σε <http://www.constitutionalism.gr/site/ευθανασία-και-διαθήκες-ζωής/> (πρόσβαση 25-11-2014), 2-3., *Λ. Παπαδοπούλου*, Προγενέστερες οδηγίες για το τέλος της ζωής – Βιοηθική και συνταγματική αξιολόγηση, Διεπιστημονικό Συνέδριο: Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική – Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Προοπτικές του Μέλλοντος, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2013, 18-19.

να εκφράσει εκ των προτέρων τη βούλησή του για τον τρόπο της μελλοντικής ιατρικής μεταχείρισής του, εκφράζοντας έτσι την αυθεντική βούλησή του, η οποία, ωστόσο, μένει «παγωμένη» στον χρόνο. Και όταν μεν ο ασθενής δίνει σαφείς οδηγίες για την στο μέλλον ιατρική μεταχείρισή του, εκφράζοντας την επιθυμία για διενέργεια συγκεκριμένων ιατρικών πράξεων, δεν γεννάται ιδιαίτερο ζήτημα για την δυνατότητα αλλά και την τυχόν δεσμευτικότητα των οδηγιών αυτών, δεδομένου ότι αποτελούν έκφραση του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος αυτονομίας. Σημαντικά ερωτήματα, τουναντίον, εγείρονται όταν ο ασθενής αρνείται την επί του σώματός του διενέργεια ορισμένων ιατρικών πράξεων, που του προκαλούν φόβο ή άγχος, η αποχή από τις οποίες, ωστόσο, συνεπάγεται για τον ίδιον κίνδυνο για την υγεία του ή ακόμη και θάνατο. Ως τέτοιες μπορεί να θεωρηθούν αποφάσεις άρνησης της καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης, χορήγησης φαρμάκων για διατήρηση καρδιακού παλμού, αρτηριακής πίεσης, καταστολή λοιμώξεων, χορήγηση οξυγόνου, ή άρνηση χορήγησης τροφής και ενυδάτωσης<sup>10</sup>.

Η άρνηση θεραπείας εκ μέρους ενός ασθενούς, η οποία αποτυπώνεται την στιγμή που η ανάγκη για την χρήση της θεραπείας αυτής είναι παρούσα και ενεστώσα, αποτελεί μεν μία καθ' όλα έγκυρη και νομικά δεσμευτική δήλωση βουλήσεως του ασθενούς, ο οποίος αποτελεί και το μόνο και πλέον ικανό πρόσωπο να αποφανθεί περί του τρόπου μεταχειρίσεως του σώματος, της σωματικής του ακεραιότητάς αλλά και της αξιοπρέπειάς του. Όταν, όμως, η ίδια άρνηση παρέχεται σε χρόνο προγενέστερο, εγγύτερο ή απώτερο σχετικά με την εμφάνιση της ασθένειας και την ανάγκη λήψης της σχετικής θεραπείας, η εγκυρότητα και κατά συνέπεια η νομική δεσμευτικότητα μίας τέτοιας αρνήσεως αμφισβητείται εντόνως, είτε το άτομο εξέφρασε την βούλησή του γνωρίζοντας την εξελισσόμενη ασθένεια είτε όχι<sup>11</sup>.

Ειδικότερα, ως περιπτώσεις άρνησης θεραπείας μπορούν να χαρακτηρισθούν η άρνηση του ασθενούς μεταφοράς του στο νοσηλευτικό ίδρυμα και συναφώς άρνηση νοσηλείας του, άρνηση υποβολής σε χειρουργική επέμβαση, άρνηση τεχνητής σίτισης και ενυδάτωσης, άρνηση μετάγγισης αίματος, άρνηση υποβολής σε μεταμόσχευση, άρνηση χορήγησης

<sup>10</sup> Κ. Μανωλάκου– Τ. Βιδάλης, *όπ.π.*, 10, *Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής*, Σύσταση σχετικά με τη Δεσμευτικότητα των «Οδηγιών μη Ανάνηψης», *όπ.π.*, 2.

<sup>11</sup> Ι. Κριάρη – Κατράνη, *Ευθανασία και Ατομικά Δικαιώματα – Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου*, *ΕλλΔνη* 43 (2002), 1550.

ανακουφιστικής αγωγής, και πλείστες άλλες περιπτώσεις. Από αυτές άλλες, εφόσον κριθούν έγκυρες και δεσμευτικές απαιτούν τον σεβασμό και την εφαρμογή τους από τους οικείους και συγγενείς του ασθενούς και άλλες από το ιατρικό προσωπικό που επιλαμβάνεται της θεραπείας.

Ωστόσο, μέσω των προγενεστέρων οδηγιών, δυνατή είναι όχι μόνο η άρνηση υποβολής ή συνέχισης της θεραπείας αλλά και η επιβολή διενέργειας ορισμένων ιατρικών πράξεων. Λόγου χάριν, ο ασθενής δύναται να ορίζει ρητά ότι επιθυμεί, αν καταστεί αναγκαίο, να υποβληθεί στη βάσανο της καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης προκειμένου να επανέλθει η καρδιακή και αναπνευστική του λειτουργία, να υποβληθεί σε κάθε είδους επεμβατική μέθοδο με το σκοπό τη θεραπεία της ασθένειάς του, να διατηρηθεί στη ζωή για απερίοριστο χρονικό διάστημα ακόμη και με μηχανικά μέσα υποστήριξης, και γενικά οτιδήποτε είναι ιατρικώς δυνατό, προς το σκοπό είτε της ίασης και επιβίωσης, είτε της διατήρησης στη ζωή και ανακούφισης για το χρόνο που του απομένει.

Στις περιπτώσεις αυτές, επομένως, ουδέν ζήτημα φαίνεται κατ' αρχήν να υφίσταται ως προς την εγκυρότητα και δεσμευτικότητα των προγενεστέρων οδηγιών, λόγω της απόλυτης προστασίας της ζωής του ασθενούς, η οποία ακριβώς πραγματώνεται διά των ως άνω προγενεστέρων οδηγιών. Έτσι, ο ιατρός έχοντας την απαιτούμενη συναίνεση, έστω και μέσω των προγενεστέρων αυτών οδηγιών, εκπεφρασμένη, μπορεί και προχωρά στη διενέργεια της επιβαλλόμενης ιατρικής πράξης. Η θεώρηση αυτή, ωστόσο, δεν έχει την έννοια ότι ο ιατρός υποχρεούται να πράξει ιατρική πράξη μη ενδεδειγμένη σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, απλά και μόνο επειδή την επιθυμεί ο ασθενής<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Έτσι και το Πλημμελειοδικείο Καλαμάτας, στην υπ' αριθμόν 127/2015 απόφασή του (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ), όπου το δικάσαν ποινικό δικαστήριο έκρινε ότι ορθώς οι θεράποντες ιατροί εγκύου, νοσηλευόμενης σε δημόσιο νοσοκομείο, δεν δέχθηκαν την επιθυμία της ασθενούς για διενέργεια καισαρικής τομής, κρίνοντας ότι ο φυσιολογικός τοκετός ήταν η πλέον ενδεδειγμένη ιατρική λύση λόγω του ιατρικού ιστορικού της εγκύου. Έτσι, κρίθηκε ότι η εμμονή των ιατρών στην αρχικώς από κοινού αποφασισθείσα λύση του φυσιολογικού τοκετού έναντι της καισαρικής τομής, παρόλη την εμφάνιση επιπλοκών κατά τη διάρκεια του τοκετού και τον εν τέλει θάνατο του εμβρύου, δεν αντίκειται στους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Αν και η προκειμένη απόφαση του ποινικού δικαστηρίου δεν έκρινε αμιγώς επί της υπάρχουσας τυχόν συναίνεσης για τη συνέχιση του φυσιολογικού τοκετού, αλλά για την εκτέλεση των καθηκόντων των ιατρών *lege artis*, η κρίση περί του ότι ο ιατρός δύναται να απέχει από τις εντολές του ασθενούς και να πράξει αντίθετα με αυτές, διαπνέει ολόκληρο το σκεπτικό του Δικαστηρίου. Ορθότερη θα ήταν σε κάθε περίπτωση η «αποχώρηση» του ιατρού από την παρακολούθηση της ασθενούς και η ανάληψη της από έτερο

### III. Η σημασία της συναίνεσης, νομική φύση και προϋποθέσεις

#### 1. Σημασία συναίνεσης

Σε κάθε περίπτωση, η ύπαρξη ή μη εγκύρου συναιδέσεως, είτε πρόκειται για την διενέργεια μίας ιατρικής πράξεως είτε για την παροχή προγενεστέρων οδηγιών αναφορικά με την ιατρική μεταχείριση ενός προσώπου, αποτελεί το υπέρτατο θεμέλιο για την εξασφάλιση της πραγματώσεως της αρχής της αυτονομίας. Διότι, δεν μπορεί να υπάρξει καμία ιατρική πράξη αλλά και καμία εγκύτως ληφθείσα απόφαση περί του τέλους της ζωής, εάν πρώτα δεν έχουν τηρηθεί όλα εκείνα τα εχέγγυα που διασφαλίζουν αφενός την πρότερη πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση του ασθενούς και αφετέρου την ικανότητα για παροχή έγκυρης συναίνεσής του<sup>13</sup>. Το δικαίωμα αυτό του ασθενούς να αποφασίζει εκείνος ύστερα από επαρκή ενημέρωσή του για οποιαδήποτε επέμβαση επί του σώματός του, αποτελεί εκδήλωση της συνταγματικά κατοχυρωμένης βουλευτικής αυτονομίας και αυτοδιάθεσης, όπως αυτές απορρέουν από το δικαίωμα ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας καθώς και την προστασία της ανθρώπινης αξίας, ήτοι τα άρθρα 5 § 1 και 2§ 1 του Συντάγματος<sup>14</sup>.

Βασικότερη προϋπόθεση, λοιπόν, για την άσκηση του δικαιώματος αυτονομίας του ασθενούς, την δεσμευτικότητα των προγενέστερων οδηγιών και για την άνευ ευθύνης του ιατρικού προσωπικού τέλεση μίας ιατρικής πράξης επί του σώματος του ασθενούς είναι η παροχή σχετικής συναιδέσεως, κατόπιν πλήρους, σαφούς κατανοητής και εξατομικευμένης ενημερώσεως. Έτσι, το άτομο, το οποίο έχει προηγουμένως ενημερωθεί, ασκώντας το

---

ιατρό, εφόσον χρονικά κάτι τέτοιο είναι δυνατό. Διότι και εάν ακόμη η εκτέλεση των ιατρικών πράξεων έγινε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, δεν αίρεται αυτομάτως και η ευθύνη του ιατρού (ενίοτε και ποινική μέσω της παράβασης καθήκοντος) έναντι του ασθενούς, του οποίου την επιθυμία παρέβλεψε.

<sup>13</sup> Κ. Φουντεδάκη, Η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς» σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), σε Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005): Βασικές Ρυθμίσεις (Νομική, Ιατρική και Κοινωνιολογική Προσέγγιση), Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2005, 15, Ε. Ρεθυμιωτάκη, ό.π., 7-9.

<sup>14</sup> Μ. Καϊάφα-Γκμπάντι, Ε. Κουνούγερη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005): Βασικές Ρυθμίσεις (Νομική, Ιατρική & Κοινωνιολογική Προσέγγιση), Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2006, 15

δικαίωμα αυτονομίας του μπορεί εγκύρως να συναινέσει ή να αρνηθεί την διενέργεια μίας ιατρικής πράξεως<sup>15</sup>. Οι αυτές προϋποθέσεις της συναινέσεως ισχύουν προκειμένου και για την έγκυρη λήψη των αποφάσεων ενός ατόμου για το τέλος της ζωής του, δεδομένου ότι οι τελευταίες αποτελούν μία μορφή παροχής ή αρνήσεως παροχής συναινέσεως. Διότι μόνο με αυτόν τον τρόπο, ήτοι με την απαίτηση για την συνδρομή όλων εκείνων των απαραίτητων προϋποθέσεων του νόμου για την έγκυρη παροχή συναινέσεως, μπορεί να εξασφαλισθεί η ελευθερία του ασθενούς στην διαμόρφωση της βουλήσεως του.

Αποτελώντας, ως εκ τούτου, οι προγενέστερες οδηγίες μίας μορφής συναινέσεως, πρώτιστο μέλημα για την κατάφαση της όποιας δεσμευτικότητάς τους αποτελεί η διερεύνηση της συνδρομής των εκ του νόμου προϋποθέσεων της συναίνεσης αλλά και των ορίων που θέτει ο νομοθέτης.

## **2. Νομική φύση συναίνεσης**

Εν γένει, η συναίνεση βάσει του άρθρου 236 ΑΚ αποτελεί μονομερή δικαιοπραξία, συμπληρωματική αυτής για την οποία δίνεται, και παρέχεται με μονομερή, απευθυντέα δήλωση βουλήσεως προς το ένα ή και τα δύο μέρη της διενεργούμενης δικαιοπραξίας<sup>16</sup>. Στον χώρο του ιατρικού δικαίου, ωστόσο, ποιά θα μπορούσε να είναι η νομική φύση της συναινέσεως; Χωρίς να υπάρχει απόλυτη ομοφωνία, όπως προεκτέθηκε περί του ζητήματος τούτου, γίνεται γενικά δεκτό ότι εν προκειμένω η συναίνεση του ασθενούς δεν συμπίπτει με τη συναίνεση του άρθρου 236 ΑΚ, καθότι η διενεργούμενη ιατρική πράξη δεν αποτελεί δικαιοπραξία. Για τον λόγο αυτό έχουν προταθεί τα κάτωθι:

Η συναίνεση του ασθενούς για την διενέργεια ιατρικών πράξεων επ' αυτού έχει χαρακτηριστεί ως οιονεί δικαιοπραξία, μία απλή ανακοίνωση της βούλησης του ασθενούς να συναινέσει στην διενεργούμενη ιατρική πράξη, ήτοι εξωτερίκευση της βουλήσεως του ασθενούς προς επίτευξη ενός

<sup>15</sup> Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα – Τα 10 χρόνια της Σύμβασης του Ονιέδο, Πρακτικά Ημερίδας, Εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 2010, 25 επ.

<sup>16</sup> Γ. Μπαλής, Γενικά Αρχαία Αστικού Δικαίου, 1961, 331-333.

ηθελημένου πραγματικού αποτελέσματος, οπότε και επέρχονται οι εκ του νόμου προβλεπόμενες συνέπειες<sup>17</sup>.

Από την άλλη, η συναίνεση έχει χαρακτηριστεί και ως μία απλή νομιμοποιητική πράξη η οποία αίρει ή αποκλείει τον παράνομο χαρακτήρα της κατ' αρχήν άδικης ιατρικής πράξης, η οποία επεμβαίνει στα έννομα αγαθά της υγείας, της σωματικής ακεραιότητας και της προσωπικότητας του ασθενούς.<sup>18</sup>

Αποτέλεσμα των θεωριών αυτών αποτελεί το γεγονός πως κάθε ιατρική πράξη θεωρείται εκ των προτέρων ως ποινικά κολάσιμη σωματική βλάβη σε βάρος του ασθενούς, η οποία δεν τιμωρείται μόνο στην περίπτωση που υφίσταται έγκυρη συναίνεση εκ μέρους του ασθενούς, η οποία και αποκλείει τον ως άνω παράνομο χαρακτήρα της πράξης. Έτσι, η άρση του παράνομου χαρακτήρα της ιατρικής πράξης επέρχεται εκ του νόμου, εν προκειμένω δηλαδή από τον Κώδικα Ιατρική Δεοντολογίας, και όχι επειδή απέβλεψε σε αυτήν ο ασθενής. Η συναίνεση, λοιπόν, αποκλείει τον παράνομο χαρακτήρα της ιατρικής πράξης επειδή ο νόμος, και όχι ο ασθενής, το θέλησε. Τουναντίον, η έλλειψη εγκύρου συναινέσεως συνεπάγεται, κατά τις ως άνω θεωρίες, το τελικό αξιόποιο της ιατρικής πράξης, η οποία εάν κριθεί θετική για το συμφέρον του ασθενούς, σε επίπεδο αστικού δικαίου μπορεί να κριθεί με βάση τους κανόνες της διοίκησης αλλοτρίων (730 επ. ΑΚ).

Σε αντίθεση με τα ανωτέρω, έρχεται η θεωρία που αντιλαμβάνεται την συναίνεση ως ένα διαπλαστικό δικαίωμα<sup>19</sup> που παρέχει ο νόμος στον ασθενή, με σκοπό να προστατεύσει το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμά του στην προσωπικότητα. Έτσι, η συναίνεση αντιμετωπίζεται ως ένα μη αυτοτελές<sup>20</sup>, ασκούμενο με απευθυντέα δήλωση βουλήσεως, δικαίωμα του ασθενούς, το οποίο, με την άσκησή του, δεν αίρει τον παράνομο χαρακτήρα της ιατρικής πράξης (η οποία λόγω του εξ ορισμού θεραπευτικού σκοπού της δεν δύναται να έχει άδικο χαρακτήρα και είναι καθόλα νόμιμη) αλλά συνεπάγεται την σύμφωνα με την βούληση του ασθενούς διενέργεια της

<sup>17</sup> Λ. Παπαδοπούλου, όπ.π., 13-14, Ε. Ρεθυμιωτάκη, όπ.π., 4, Α. Πελένη – Παπαγεωργίου, Ο κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, 2316.

<sup>18</sup> Μ. Καϊάφα-Γκμπάντι, Ε. Κουνούγερη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου, όπ.π., 17, Φ. Δωρής, Αστικός Κώδικς Κατ' άρθρον ερμηνεία, Τόμος Ι – Γενικά Αρχαί, 1978, Επιμ. Α. Γεωργιάδη – Μ. Σταθόπουλου, Δίκαιο και Οικονομία Π.Ν.Σάκκουλα, 414 άρ. περ. 4.

<sup>19</sup> Α. Παπαζήσης, Ζητήματα Βιοηθικής στη Σύμβαση του Οβιέδο σε σχέση με τον Ν. 3089/2000, ΧρΙΔ 2006, 389.

<sup>20</sup> Διότι έπεται της σύμβασης ιατρικής αρωγής ή της σύμβασης παροχής υπηρεσιών υγείας από δημόσιο φορέα υγείας, οι οποίες κατά περίπτωση θα προϋφίστανται.

ιατρικής πράξης. Ως εκ τούτου, τυχόν έλλειψη της απαιτούμενης συναίνεσης δεν συνεπάγεται ποινική ευθύνη του ιατρού για τέλεση του αδικήματος της σωματικής βλάβης σε βάρος του ασθενούς, εφόσον εννοείται η ιατρική πράξη έχει τελεσθεί *lege artis*, αλλά αστική μόνον ευθύνη για παράβαση του δικαιώματος αυτονομίας του ασθενούς και για τέλεση της ιατρικής πράξης κατά προσβολή της προσωπικότητάς του<sup>21</sup>, αφού ο ιατρός με την μη ενημέρωση του ασθενούς και την μη συναίνεσή του, υπεισέρχεται ο ίδιος στην θέση του ασθενούς, μεταβάλλοντας τον ουσιαστικά σε αντικείμενο<sup>22</sup>. Ποινική δε ευθύνη του ιατρού για τη μη λήψη της απαραίτητης συναίνεσης δεν δύναται να αποκλεισθεί, ιδίως υπό τη νομοτυπική μορφή της παράβασης καθήκοντος<sup>23</sup>.

Ανεξαρτήτως, ωστόσο, της εκάστοτε ακολουθούμενης θεωρίας, θεωρητικό μόνο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανωτέρω διαμάχη, δεδομένου ότι μέσω του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας τίθενται, κατ' ουσία, σε εφαρμογή οι διατάξεις περί δικαιοπραξιών, καθότι ως προς το έγκυρο της συναίνεσης τίθενται σε εφαρμογή οι κανόνες της ικανότητας του ασθενούς, των ελαττωμάτων της βούλησης κ.α.

Έχει καταστεί πλέον ήδη σαφής η αδιάρρηκτη σύνδεση της συναίνεσης και του μορφώματος των αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του, καθώς και το ότι για να εξετασθούν οι εν λόγω αποφάσεις ως προς την εγκυρότητα και την δεσμευτικότητά τους, οφείλουμε το πρώτον να τις εξετάσουμε ως προς τις τασσόμενες εκ του νόμου προϋποθέσεις για την έγκυρη παροχή συναίνεσης.

### 3. Προϋποθέσεις έγκυρης συναίνεσης

Το εύρος της αυτοδιάθεσης του ασθενούς καθώς και η εγκυρότητα και η δεσμευτικότητα του περιεχομένου των αποφάσεων αυτού για το τέλος της ζωής του εξαρτώνται άμεσα από τα προβλεπόμενα αναφορικά με την έγκυρη

<sup>21</sup> Χ. Π. Βούλτσος, Ο ρόλος της αυτοδιάθεσης του αρρώστου στην οριοθέτηση του ιατρικού καθήκοντος για τεχνητή υποστήριξη της ζωής που φθίνει, ΠοινΧρον ΝΖ/2007, 122. Κ. Φουντεδάκη, όπ.π., 15-16.

<sup>22</sup> Μ. Καϊάφα-Γκμπάντι, Ε. Κουνούγερη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου, όπ.π., 15-16.

<sup>23</sup> Βλ. χαρακτ. 92/2011 ΕισαγγΕφΛαρ, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

παροχή συναιδέσεως. Έτσι, εν προκειμένω, οι προγενέστερες οδηγίες δεν μπορούν να κριθούν έγκυρες αν δεν συντρέχουν πρωτίστως οι κάτωθι, θετικές και αρνητικές, προϋποθέσεις περί εγκύρου παροχής συναιδέσεως, όπως αυτές υπαγορεύονται στο ημεδαπό δίκαιο από το άρθρο 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005).

### **A. Προηγούμενη, πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση του ασθενούς**

Πρώτιστη προϋπόθεση που θέτει ο νομοθέτης για την εγκυρότητα της συναιδέσεως, και συνεπώς και για την εγκυρότητα των προγενεστέρων οδηγιών, διαμέσου του άρθρου 12 παρ. 2 του Κ.Ι.Δ., αποτελεί η πρότερη, σαφής, πλήρης και κατανοητή ενημέρωση του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό του. Είναι προφανές ότι για τον νομοθέτη δεν υφίσταται συναίνεση χωρίς προηγούμενη ενημέρωση, κι' αυτό διότι δεν μπορεί να υπάρξει πραγμάτωση της αρχής της αυτονομίας χωρίς προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς<sup>24</sup>.

Ο θεράπων ιατρός έχει νομική υποχρέωση να παραθέσει με απόλυτη ακρίβεια και κατανοητό προς τον ασθενή τρόπο όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, οι οποίες είναι κρίσιμες για την λήψη της απόφασής η οποία θα καθορίσει την ιατρική μεταχείριση του ασθενούς<sup>25</sup>. Οφείλει, ως εκ τούτου, να τον ενημερώσει για την κατάσταση της υγείας του, την κρισιμότητα αυτής, όλες τις δυνατότητες ιατρικής αντιμετώπισης της κατάστασης και ίασης της ασθένειας ή πάθησης, τυχόν επιπλοκές και κινδύνους που συνεπάγεται κάθε επιμέρους εναλλακτική λύση, το οικονομικό κόστος που έκαστη συνεπάγεται και φυσικά τα ποσοστά θεραπείας κάθε εναλλακτικής. Παράλειψη του ιατρού να εκτελέσει προσηκόντως την ως άνω υποχρέωσή του συνιστά σε κάθε περίπτωση παραβίαση της υποχρέωσής του για ενημέρωση, καθώς και παραβίαση του δικαιώματος αυτονομίας του ασθενούς, καθιστώντας τυχόν παρασχεθείσα συναίνεση άκυρη και ως εκ τούτου μηδέποτε γενόμενη, καθότι

<sup>24</sup> Χ. Ακριβοπούλου, Ελευθερία, αυτονομία και συναίνεση ως προϋποθέσεις της απόλαυσης των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ασθενούς – Σχόλιο με αφορμή την απόφαση ΕΔΔΑ V.C. κατά Σλοβακίας, ΔτΑ Νο 56/2012, 1196.

<sup>25</sup> Για το κρίσιμο της ενημέρωσης αλλά και την έκταση των πληροφοριών που ο ιατρός αποκαλύπτει στον ασθενή, βλ. ενδεικτ. T. Vidalis, A. Hayer-Theodoridis, G. Maniatis. Th. Papachristou, όπ.π.



δεν θα αποτελεί ουσιαστικά παράγωγο της αληθούς και ελεύθερης βουλήσεως του ασθενούς.

## **B. Ικανότητα για συναίνεση**

Εφόσον, λοιπόν, ο ιατρός έχει ήδη εκπληρώσει την υποχρέωσή του προς ενημέρωση, ως προς το είδος της ασθένειας του ασθενούς, τη σχεδιαζόμενη θεραπεία, την προσδοκώμενη, κατά την συνήθη πορεία των πραγμάτων, πορεία της υγείας του, τα αναμενόμενα αποτελέσματά της θεραπείας, τους πιθανολογούμενους κινδύνους, καθώς και τις πιθανές εναλλακτικές μορφές θεραπείας, δεύτερη κατά την σειρά του νόμου προϋπόθεση αποτελεί η ικανότητα προς συναίνεση.

Ως ικανότητα για συναίνεση νοείται, εν προκειμένω, η ύπαρξη της απαιτούμενης πνευματικής και ψυχολογικής ωριμότητας του ασθενούς, ώστε ο τελευταίος να είναι σε θέση να κατανοήσει τα δεδομένα της συγκεκριμένης κατάστασης της υγείας του, της τυχόν θεραπείας που απαιτείται και να αξιολογήσει τις συνέπειες της παροχής ή μη της συναίνεσής του.

Όπως συνάγεται δε από το γράμμα του άρθρου 12 παράγραφος 2 του Κ.Ι.Δ., ο νομοθέτης αντιλαμβάνεται την ικανότητα του ασθενούς να συναινέσει στην επί του σώματός του διενεργούμενη ιατρική πράξη ως αντίστοιχη με την δικαιοπρακτική ικανότητα αυτού περισσότερο, και λιγότερο με την εν γένει αντιληπτική ικανότητα του ατόμου αυτού<sup>26</sup>. Η παραδοχή αυτή ενισχύεται ιδίως από τις υποπεριπτώσεις αα και ββ της παραγράφου 2 β' του άρθρου 12, όπου γίνεται πρόβλεψη των περιπτώσεων που ο ασθενής είναι ανίκανος προς παροχή συναίνεσης είτε λόγω ανηλικότητας είτε λόγω μειωμένης δυνατότητας αντίληψης λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής. Σε κάθε περίπτωση, ο νομοθέτης εκτιμά και λαμβάνει σε μεγάλο βαθμό υπόψη την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα του ασθενούς να κατανοήσει όλες τις εκφάνσεις της κατάστασης της υγείας του.

Έτσι, στην περίπτωση που απαιτείται η παροχή συναίνεσης από ανήλικο ασθενή, το άρθρο 12 παρ. 2 περ. αα του Κ.Ι.Δ. ορίζει ότι η συναίνεση στην τέλεση της ιατρικής πράξης δίδεται από τα πρόσωπα που ασκούν την γονική

---

<sup>26</sup> Έτσι και Μ. Καϊάφα-Γκμπάντι, Ε. Κουνούγερη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου, όπ.π., 18.

μέριμνα ή έχουν την επιμέλεια του ανηλίκου ασθενούς. Εν προκειμένω, ο ίδιος ο ανήλικος περιορίζεται από τον νομοθέτη στη δυνατότητα να εκφράσει τη γνώμη του υπό τον όρο της, κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού, ύπαρξης στο πρόσωπό του της απαιτούμενης ηλικιακής, πνευματικής και συναισθηματικής ωριμότητας που του επιτρέπει να κατανοεί την κατάσταση της υγείας του και το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τις συνέπειες αυτής, τα αποτελέσματα της και τους κινδύνους της.

Παρ' όλες τις θεωρίες που έχουν διατυπωθεί εν προκειμένω αναφορικά με τη δυνατότητα του ανηλίκου ασθενούς να συναινέσει μόνος εκείνος για την τέλεση ή μη μίας ιατρικής πράξης, εφόσον έχει πλήρη και διαυγή συνείδηση των πράξεων του, είναι προφανές ότι, στο πεδίο των προγενεστέρων οδηγιών, τέτοιες απόψεις δεν θα μπορούσαν να υποστηριχθούν, δεδομένης της φύσεως του μορφώματος τούτου. Διότι, ένας ανήλικος, όσο ώριμος και εάν θεωρηθεί ηλικιακά, πνευματικά και συναισθηματικά, δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί ως ευρισκόμενος σε θέση να διαπλάθει και να διατυπώνει μόνος του αποφάσεις κρίσιμες για το τέλος της ζωής του. Έτσι, σε κάθε περίπτωση, όσο ώριμος και ήθελε κριθεί ένας ανήλικος ασθενής, τυχόν διατυπωμένες εκ μέρους του αποφάσεις για το τέλος της ζωής του ουδέμία νομική δέσμευση γεννούν, καθότι κατά ρητή επιταγή του νόμου, η βούληση του υποκαθίσταται από αυτή των εχόντων την γονική μέριμνα ή επιμέλειά του.

Εξάλλου, ως ανίκανος ο ανήλικος ασθενής δεν μπορεί εγκύρως να ορίσει κάποιον αντιπρόσωπό του ή ακόμη και να επιλέξει τον έναν από τους δύο γονείς του για να τον υποκαταστήσει στη βούλησή του αναφορικά με τις κρίσιμες ιατρικές αποφάσεις, ενώ και οι δυο γονείς διαθέτουν την επιμέλεια του. Φυσικά τέτοιου είδους δικαιοπραξίες απαγορεύονται όχι μόνο στον πλήρως ανίκανο ανήλικο, κατ' άρθρον 128 ΑΚ, ήτοι στον ανήλικο κάτω των 10 ετών αλλά και στον περιορισμένα ικανό, ήτοι τον ανήλικο άνω των 10 ετών (άρθρο 134 ΑΚ), καθότι ο νόμος απαιτεί τον προσπορισμό αποκλειστικά και μόνο έννομου οφέλους· και τα αγαθά που διακυβεύονται μέσω των προγενεστέρων οδηγιών δεν μπορούν φυσικά να υπαχθούν στην ανωτέρω έννοια και τον σκοπό του νόμου. Ομοίως φυσικά ισχύει και για τους ανηλίκους, οι οποίοι έχουν συμπληρώσει το 14<sup>ο</sup> ή 15<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας, κατ' άρθρα 135 και 136 ΑΚ, καθότι ούτε ελεύθερη διάθεση περιουσιακού

αντικειμένου έχουμε εν προκειμένω, ούτε σχέση εργασίας συνάπτεται<sup>27</sup>. Επομένως εφόσον οι ανήλικοι κάτω των 18 ετών και άνω των 10, είναι περιορισμένα ικανοί προς δικαιοπραξία και ο νόμος ρητά δεν τους επιτρέπει τη σύνταξη προγενεστέρων οδηγιών αλλά και την παροχή συναινέσεως σε ιατρικές πράξεις, δεν δύνανται, κατ' εφαρμογή του άρθρου 133 ΑΚ, να προβούν στην έγκυρη διατύπωση ιατρικών αποφάσεων για το τέλος της ζωής τους.

Ενδιαφέρον, ωστόσο, παρουσιάζει το ερώτημα εάν εγκύρως θα μπορούσαν οι γονείς του ανηλίκου να διατυπώσουν προγενέστερες οδηγίες αναφορικά όχι μόνο με τη δική τους ιατρική μεταχείριση αλλά και του ανηλίκου τέκνου τους, προκειμένου αυτές να εφαρμοσθούν στην περίπτωση που οι ίδιοι καταστούν *de facto* ανίκανοι να συναινέσουν και την επιτροπεία του ανηλίκου δεν έχει αναλάβει ακόμη τρίτο πρόσωπο, αρμόδιο προς συναίνεση κατ' άρθρον 12 § 2 περ. αα' ΚΙΔ. Η εφαρμογή της διατάξεως του άρθρου 12 § 3 εδ. α' ΚΙΔ, εν προκειμένω θα οδηγούσε στην άμεση παρέμβαση του ιατρού προκειμένου να αποτραπεί κίνδυνος στη ζωή και την υγεία του ανηλίκου, εφόσον οι γονείς του ασθενούς δεν μπορούν να συναινέσουν, για οποιονδήποτε λόγο. Η ύπαρξη, ωστόσο, τυχόν προγενεστέρων οδηγιών δεν εμπίπτει στην έννοια της αδυναμίας συναίνεσης, καθότι οι γονείς έχουν ήδη προβλέψει και διατυπώσει, θετικά ή αρνητικά, τη συναίνεσή τους.

Και ενώ η άρνηση συναίνεσης, επιτρέπει σε κάθε περίπτωση στον ιατρό, κατ' άρθρον 12 § 3 εδ. γ' ΚΙΔ, να τελέσει την απαραίτητη ιατρική πράξη επί του ανηλίκου, δεν θα μπορούσε να υποστηριχθεί το ίδιο και σε περίπτωση που οι γονείς δεν αρνούνταν τη διενέργεια ιατρικής πράξης μέσω των προγενεστέρων οδηγιών αλλά όριζαν ένα τρίτο πρόσωπο ως αρμόδιο να συναινέσει στη θέση του ανηλίκου. Αποτελεί, λοιπόν, έγκυρο και ως εκ τούτου δεσμευτικό ένα τέτοιο περιεχόμενο προγενεστέρων οδηγιών, με το οποίο οι γονείς ορίζουν τρίτο πρόσωπο ως αρμόδιο να συναινέσει σε περίπτωση ασθένειας του ανηλίκου τέκνου και *de facto* ανικανότητας των ίδιων, δυνατό να παρακάμψει τους αρμόδιους κατ' άρθρον 12 § 2 ββ' ΚΙΔ οικείου του ασθενούς; Δεδομένου του γεγονότος ότι ελλείπει οποιαδήποτε νομοθετική διάταξη που να επιτρέπει την παροχή «πληρεξουσιότητας» σε τρίτα

<sup>27</sup> Ε. Πραγιάννη, Συναίνεση δικαιοπρακτικά ανίκανου ασθενούς σε ιατρική πράξη, Νομικά Μελετήματα, Γεν. Εποπτεία Ι. Σ. Σπυριδάκης, Εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα, 2014, 44-46.

πρόσωπα, ως κατωτέρω αναλυτικά εκτίθεται, αναφορικά με τη διενέργεια ιατρικών πράξεων, δέον να θεωρηθεί ότι ορισμός από τους γονείς του ανηλίκου ενός τρίτου προσώπου ως υπευθύνου για την παροχή ή μη συναιδέσεως δεν είναι ισχυρός.

Από την άλλη πλευρά, στο άρθρο 12 παρ. 2 περ. ββ' του Κ.Ι.Δ γίνεται πρόβλεψη για τους ενηλίκους οι οποίοι δεν έχουν την ικανότητα για συναίνεση λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, είτε έχουν τεθεί σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης είτε όχι. Στην μεν πρώτη περίπτωση, την απαραίτητη συναίνεση παρέχει ο διορισμένος από το δικαστήριο ως δικαστικός συμπαράστασης, στην δε δεύτερη την ευθύνη αυτή φέρουν οι οικείοι του ασθενούς, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται και ο δικαστικός συμπαράστατης στον οποίον όμως δεν έχει ανατεθεί η επιμέλεια του προσώπου του συμπαραστατούμενου. Και εν προκειμένω, εφόσον δεν υπάρχει ικανότητα προς συναίνεση, ανεξαρτήτως της υπάρξεως δικαστικής απόφασης περί θέσεως σε δικαστική συμπαράσταση, η διατύπωση προγενεστέρων οδηγιών είναι μη έγκυρη και μη δεσμευτική, και σε κάθε περίπτωση την όποια συναίνεση οφείλουν να παράσχουν ή όχι οι οικείοι του ανίκανου ασθενούς.

### **Γ. Απουσία ελαττωμάτων βούλησης και μη αντίθεση στα χρηστά ήθη**

Τρίτη κατά σειρά προϋπόθεση που θέτει ο νόμος για την έγκυρη παροχή συναιδέσεως είναι να μην αποτελεί αυτή αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην αντιτίθεται στα χρηστά ήθη. Έτσι, η ελαττωματικότητα της βούλησης του ασθενούς για συναίνεση, λόγω πλάνης, απάτης ή απειλής ή η αντίθεση της στα χρηστά ήθη συνεπάγεται την απόλυτη και αυτοδίκαιη ακυρότητα της δηλωθείσας συναίνεσης, χωρίς να απαιτείται προφανώς οποιαδήποτε δικαστική προσβολή της ή άλλη ενέργεια αμφισβήτησης της από πλευράς του ασθενούς<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Όπως ακριβώς δεν απαιτούνται ιδιαίτερες διατυπώσεις σε περίπτωση ανάκλησης της συναιδέσεως. Διότι μπορεί μεν κάτι τέτοιο να μην προβλέπεται στον εν ισχύ ΚΙΔ, ωστόσο, συνάγεται τόσο από την ίδια την έννοια της συναιδέσεως, ως εκδήλωση του δικαιώματος αυτοδιάθεσής του ασθενούς, αλλά και από τη Σύμβαση του Οβιέδο και δη τα άρθρα 5 § 3 και 6 § 5 αυτής, τα οποία ως διατάξεις υπέρτερης νομοθετικής ισχύος, υπερισχύουν.

Συμφώνως με τις γενικές αρχές του αστικού δικαίου και ιδίως την ερμηνεία των άρθρων 140 επ. ΑΚ (τα οποία εφαρμόζονται αναλογικά δεδομένου ότι η συναίνεση δεν αποτελεί δικαιοπραξία), θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η εγκυρότητα της συναίνεσης διασαλεύεται μόνο όταν η πλάνη αφορά στα στοιχεία της υπό κρίση ιατρικής πράξης, και όχι όταν αυτή αφορά στα παραγωγικά αίτια της βούλησης του ασθενούς. Πλάνη ως προς τα παραγωγικά αίτια της βούλησης θεωρείται η άγνοια ή η εσφαλμένη γνώση της πραγματικότητας, με αποτέλεσμα τον σχηματισμό βούλησης του ενδιαφερομένου που δεν θα σχηματιζόταν αν γνώριζε την πραγματική κατάσταση<sup>29</sup>. Εν προκειμένω, στην πλάνη περί τα παραγωγικά αίτια δεν υφίσταται πλάνη δηλώσεως και βουλήσεως, διότι το πρόσωπο δήλωσε αυτό που πραγματικά ήθελε, αλλά η βούλησή του σχηματίσθηκε στα πλαίσια ενός πεπλανημένου περιβάλλοντος. Σκοπός του νομοθέτη με την πρόβλεψη αυτή, ήτοι την μη ακύρωση της δηλώσεως λόγω πλάνης ως προς τα παραγωγικά αίτια της βούλησης, είναι η προστασία της σταθερότητας και της ασφάλειας των συναλλαγών<sup>30</sup>.

Έτσι, ως πλάνη περί τη δήλωση του ασθενούς μπορεί να χαρακτηριστεί η περίπτωση που ο ασθενής ενώ επιθυμεί τη διενέργεια επέμβασης με laser για την αποκατάσταση του καταρράκτη, δηλώνει ότι επιθυμεί τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης, με αποτέλεσμα το ιατρικό προσωπικό να τον προετοιμάσει για χειρουργική επέμβαση και όχι επέμβαση λέιζερ. Προφανές είναι ότι η εν λόγω συναίνεση, λόγω πλάνης του ασθενούς κατά τη δήλωση της βουλήσεως του, είναι άκυρη και ο ιατρός οφείλει να απέχει από τη διενέργεια της ιατρικής πράξης, αμέσως μόλις αντιληφθεί τη δημιουργηθείσα στον ασθενή πλάνη. Τουναντίον, ως πλάνη περί τα παραγωγικά αίτια του ασθενούς μπορεί να θεωρηθεί όταν λόγου χάριν, ο ασθενής θεωρώντας ότι με τη χειρουργική επιδιόρθωση της μυωπίας του, θα μπορεί πλέον να καταταχθεί στη Σχολή Ικάρων και να αποφοιτήσει ως πιλότος της Πολεμικής Αεροπορίας, ενώ τέτοια δυνατότητα στην πραγματικότητα ενδεχομένως να μην την έχει, παρόλη την επιδιόρθωση της παθήσεως. Η παρόλα ταύτα διενέργεια της

<sup>29</sup> Π. Αγαλλοπούλου, Βασικές Έννοιες Αστικού Δικαίου, Τόμος Ι - Γενικά Αρχαί, 4<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα, 1997, 91, Απ. Σ. Γεωργιάδης, Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου, 2<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα, 1997, 423-425.

<sup>30</sup> Γ. Μπαλής, όπ.π., 139-140, Κ. Σημαντήρας, Γενικά Αρχαί του Αστικού Δικαίου, 7<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδ. Αφοί Π. Σάκκουλα, Αθήνα 1980, 496.

επεμβάσεως και επιδιόρθωση της μυωπίας του ασθενούς δεν καθίσταται εκ των υστέρων παράνομη πράξη, στερούμενη συναινέσεως, και εάν ακόμη ο «ασθενής» αντιληφθεί κατόπιν ότι οι επιδιώξεις του δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν, καθότι τέτοια πλάνη δεν καθιστά τη συναίνεσή του άκυρη.

Περαιτέρω, για να θεωρηθεί ότι ορισμένη συναίνεση έχει παρασχεθεί υπό απειλή, πρέπει να υφίσταται παράνομη ή αντίθετη προς τα χρηστά ήθη εξαγγελία σπουδαίου και άμεσου κακού για την προσωπικότητα και την περιουσία του ασθενούς ή στενά συνδεόμενων με αυτόν προσώπων<sup>31</sup>. Σε καμία περίπτωση, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως απειλή η παραστατική σκιαγράφηση από τον ιατρό προς τον ασθενή των δυσμενών επιπτώσεων που μπορεί να έχει στην υγεία του η άρνηση εκ μέρους του της προτεινόμενης θεραπείας, εφόσον η περιγραφή αυτή ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

Αναφορικά δε με τη μη αντίθεση της συναίνεσης στα χρηστά ήθη, ως χρηστά ήθη νοούνται οι ιδέες και αντιλήψεις περί της ηθικής, και δη της κοινωνικής ηθικής, του μέσου συνετού και δίκαιου κοινωνικού ανθρώπου<sup>32</sup>. Έτσι, η αντίθεση της συναίνεσης ασθενούς στα χρηστά ήθη θα πρέπει να αναζητηθεί στον σκοπό και τα κίνητρα για τη διενέργεια της ιατρικής πράξης. Παραδείγματος χάριν, θα είναι ανίσχυρη η συναίνεση ασθενούς σε έναν ακρωτηριασμό, προκειμένου να αποφύγει τη στράτευση ή να εισπράξει ένα επίδομα ή μια ασφαλιστική αποζημίωση, ή ακόμη και η συναίνεση μίας παρένθετης μητέρας ή ενός δότη μοσχεύματος, εφόσον η συναίνεση αυτή δίδεται έναντι χρηματικού ή άλλου ανταλλάγματος.

#### **Δ) Πλήρης κάλυψη της ιατρικής πράξης από τη συναίνεση**

Μία ακόμη προϋπόθεση που θέτει ο νόμος για την εγκυρότητα της συναίνεσης είναι η πλήρης κάλυψη με αυτήν της υπό διενέργεια ιατρικής πράξης τόσο ως προς το ακριβές και πλήρες περιεχόμενο της, όσο και ως προς τον χρόνο κατά τον οποίο θα εκτελεσθεί. Έτσι, η παρασχεθείσα συναίνεση πρέπει να είναι κατά τέτοιο τρόπο διατυπωμένη ώστε να μην

<sup>31</sup> Απ. Σ. Γεωργιάδης, *όπ.π.*, 438-443.

<sup>32</sup> Ως τα παραγγέλματα της ηθικής που εξυγιαίνουν τον άνθρωπο και τον κοινωνικό του βίο, και τις κρατούσες και ζώσες ηθικοκοινωνικές αντιλήψεις, χαρακτηρίζει τα χρηστά ήθη ο *Ι.Παρασκευάς*, Τα χρηστά ήθη και η νομική αυτών θεμελίωσις, Αθήνα 1983, 41.

καταλείπει ουδεμία αμφιβολία για το είδος και την έκταση της ιατρικής πράξης που πρόκειται να διενεργηθεί, ενώ επιπλέον η εν λόγω συναίνεση πρέπει να έχει ληφθεί και εντός ενός ευλόγου χρονικού διαστήματος πριν τη διενέργεια της ιατρικής πράξης, διότι ένα μεγάλο μεσοδιάστημα θα ελλόχευε τον κίνδυνο η συναίνεση να μην ανταποκρίνεται πια στην βούληση του ασθενούς ή ακόμη και τον κίνδυνο να έχουν μεταβληθεί οι συνθήκες της υγείας του ασθενούς, ή ακόμη και τα ιατρικά δεδομένα. Από την άλλη μία συναίνεση η οποία έχει ληφθεί σε χρονικό διάστημα πολύ άμεσο πριν τη διενέργεια της ιατρικής πράξης, βάλλεται από την έντονη αμφιβολία ότι ο ασθενής ενδεχομένως δεν συνήνεσε όντας νηφάλιος και ώριμος ψυχικά, πνευματικά και συναισθηματικά.

Με την συνδρομή, επομένως, των ανωτέρω θετικών προϋποθέσεων και την μη πλήρωση των αρνητικών, δύναται κανείς να αποφανθεί υπέρ της εγκυρότητας της παρεχόμενης συναίνεσης. Με αυτόν τον τρόπο, και εφόσον καλύπτονται όλα τα ανωτέρω, ανοίγει πλέον και το ζήτημα της δεσμευτικότητας των αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του. Εφόσον, λοιπόν, οι διατυπωμένες επιθυμίες του ασθενούς έπονται μίας πλήρους, σαφούς και κατανοητής ενημέρωσης ενός ικανού προς δικαιοπραξία ασθενούς, είναι απαλλαγμένες από τα ελαττώματα της πλάνης, απάτης και απειλής, δεν αντίκεινται στα χρηστά ήθη και καλύπτουν πλήρως την ιατρική πράξη τόσο ως προς τον περιεχόμενο όσο και ως προς τον χρόνο εκτέλεσής της, έχει ήδη ολοκληρωθεί επιτυχώς το πρώτο βήμα προς την κατάφαση της εγκυρότητας και δεσμευτικότητας των επιθυμιών αυτών του ασθενούς. Έχοντας ασκήσει εγκύρως, ως εκ τούτου, ο ασθενής το αναφαίρετο δικαίωμά του για αυτονομία ως προς την ιατρική του μεταχείριση, απομένει ο έλεγχος ως προς το περιεχόμενο των εν λόγω αποφάσεων ώστε να οδηγηθεί κανείς στην, κατ' άρθρον 29 του Κ.Ι.Δ., υποχρέωση του ιατρού να τις λάβει υπόψη.

Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, ακόμη και εάν έχουν εγκύρως διατυπωθεί από τον ασθενή ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής του, εφόσον υφίσταται, κατ' άρθρον 12 παρ. 3 περ. α', επείγουσα περίπτωση κατά την οποία δεν είναι δυνατή η αναζήτηση και διαπίστωση ύπαρξης τέτοιων αποφάσεων, και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, οι εν λόγω αποφάσεις δεν δύναται εκ των πραγμάτων να δεσμεύσουν τον θεράποντα ιατρό.

Ζήτημα γεννάται αναφορικά με την περίπτωση β' της παρ. 3 του ως άνω άρθρου, όπου προβλέπεται η παράβλεψη της απαιτούμενης συναίνεσης σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας. Ευλόγως μπορεί βεβαίως να υποστηριχθεί ότι εφόσον σε μία τέτοια περίπτωση ο ιατρός μπορεί να παρακάμψει τον σκόπελο της συναίνεσης και να διενεργήσει την ιατρική πράξη χωρίς αυτήν, το αυτό μπορεί να κάνει και στην περίπτωση των προγενεστέρων οδηγιών, υπό την έννοια ότι αυτές δεν τον δεσμεύουν σε περίπτωση που έχει προηγηθεί απόπειρα αυτοκτονίας. Ωστόσο, οι αυξημένες τυπικής ισχύος διατάξεις των άρθρων 5 επ. της Σύμβασης του Οβιέδο (κυρωθείσα με τον νόμο 2619/1998), οι οποίες σε κανένα σημείο τους δεν προβλέπουν την άρση της υποχρέωσης λήψεως συναινέσεως εκ του ασθενούς λόγω προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας, έρχονται σε αντίθεση με μία τέτοια παραδοχή, και καθιστούν την εν λόγω διάταξη του άρθρου 12 § 3 εδ. β' ΚΙΔ στο σύνολό της προβληματική, ως αντίθετη σε διεθνή σύμβαση (άρθρο 28§ 1 Σ).

#### **IV. Διάκριση από άλλες έννοιες**

Οι ιατρικές αποφάσεις ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του όταν περιέχουν κάποιου είδους άρνηση θεραπείας αποτελούν μία μορφή αυτοπροσβολής. Εντάσσονται, δηλαδή σε μία κατηγορία «πράξεων»<sup>33</sup> οι οποίες βάλλουν κατά των εννόμων αγαθών του ίδιου του παθόντος, με τον ίδιο να έχει την κυριαρχία πάνω στην «πράξη» αυτοπροσβολής, ελέγχοντας ο ίδιος τους όρους επέλευσης του αποτελέσματος<sup>34</sup>, στις οποίες «πράξεις» αυτοπροσβολής περιλαμβάνονται ενδεικτικά ενέργειες όπως η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η μη χρήση προστατευτικού κράνους κατά την οδήγηση, αλλά και η αυτοκτονία. Εν αντιθέσει με τις πράξεις αυτοπροσβολής, στις πράξεις ετεροπροσβολής υπάρχει πάντοτε η εμπλοκή ενός τρίτου προσώπου, ανεξαρτήτως του αν υφίσταται ή όχι συναίνεση εκ μέρους του

<sup>33</sup> Η χρήση των εισαγωγικών δικαιολογείται από το γεγονός ότι εξ απόψεως δικαίου δεν πρόκειται για πράξη στην ουσία, διότι δεν στρέφεται κατά ετέρου προσώπου και ως εκ τούτου δεν επιφέρει κάποια μεταβολή στην κοινωνική τάξη και τον εξωτερικό κόσμο, βλ. Γ. Κατρούγκαλο, το δικαίωμα στην ζωή και στο θάνατο, Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1993, σελ. 85 με εκεί παραπομπές.

<sup>34</sup> Χ. Σατλάνης, Μεθοδολογικά Προλεγόμενα για τον Αποκλεισμό και τον Περιορισμό του Αξιοποίνου, Εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1999, σελ.459.



παθόντος για την διενέργεια της βλαπτικής πράξης. Ως ετεροπροσβολή νοούνται φυσικά τόσο η ευθανασία όσο και η συμμετοχή σε αυτοκτονία. Τόσο η αυτοκτονία όσο και συμμετοχή σε αυτήν αλλά και η ευθανασία αποτελούν έννοιες διαφορετικές από την έννοια των αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του, οι οποίες περιέχουν άρνηση θεραπείας, και ειδικότερα:

### **1. Διάκριση από αυτοκτονία**

Παρόλο που και οι δύο υπό έρευνα έννοιες, ήτοι αυτή των προγενέστερων οδηγιών και αυτή της αυτοκτονίας, υπάγονται στην ευρύτερη κατηγορία των αυτοπροσβολών, εντούτοις δεν ταυτίζονται. Στην μεν αυτοκτονία, ο αυτόχειρας διενεργεί μία ενέργεια θανάτωσης του ίδιου του εαυτού. Στην πράξη αυτή, ο αυτόχειρας είναι απολύτως μόνος του, χωρίς να εμπλέκεται ουδέν άλλο, τρίτο πρόσωπο, παρά μόνο ο ιατρός ο οποίος επιλαμβάνεται, ωστόσο, εκ των υστέρων, μετά την τέλεση απόπειρα αυτοκτονίας, οπότε και έχει την υποχρέωση να πράξει καθετί προς διάσωση της ζωής του ασθενούς ακόμη και χωρίς την συναίνεσή του (άρθρο 12 παρ. 3 περ. β' Κ.Ι.Δ.).

Τουναντίον, στο πεδίο των προγενεστέρων οδηγιών, βρίσκεται από τη μία ο ασθενής ο οποίος μόνος του λαμβάνει τις σχετικές ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής του, ενώ εμπλέκεται και το πρόσωπο του ιατρού, ο οποίος έχει εκ του νόμου την υποχρέωση να λάβει τις αποφάσεις αυτές υπόψιν του<sup>35</sup>, ή και των συγγενών – οικείων του, οι οποίοι θα κληθούν ενδεχομένως να τις σεβασθούν και να τις εφαρμόσουν. Εξάλλου, στην μεν αυτοκτονία ο αυτόχειρας είναι *de facto* ικανός να προβεί σε μία τέτοια θανατηφόρα ενέργεια, ωστόσο, στις προγενέστερες οδηγίες, αυτές λαμβάνονται μεν και διατυπώνονται από άτομο ικανό προς δικαιοπραξία, ενεργοποιούνται, ωστόσο, όταν το εν λόγω άτομο είναι πια εκ των πραγμάτων ανίκανο να συναινέσει στην διενέργεια της όποιας ιατρικής πράξης. Πέραν τούτων, αν εξαιρέσουμε την διάταξη του άρθρου 301 ΠΚ, η οποία προβλέπει και τιμωρεί την πράξη της συμμετοχής σε αυτοκτονία, ουδεμία διάταξη στην ελληνική έννομη τάξη υφίσταται που να ρυθμίζει την αυτοκτονία και την ποινική της

---

<sup>35</sup> Αν και ο Βούλτσος, θεωρεί την απόφαση του ασθενούς να αρνηθεί την εφαρμογή ή συνέχιση εφαρμογής της αγωγής ως απόφαση «αυτοκτονίας, αυτοθανάτωσης, αυτοκαταστροφής», σε: Ο ρόλος της αυτοδιάθεσης, όπ.π., 125.

τιμώρηση. Αυτό βέβαια είναι λογικό, αφ' ης στιγμής η αυτοκτονία αποτελεί μία αυστηρά προσωπική πράξη, με άμεσες συνέπειες μόνο στο πρόσωπο του αυτόχειρα, χωρίς να επηρεάζονται τρίτα πρόσωπα. Το δίκαιο, ωστόσο, ως προορισμό έχει τη ρύθμιση των κοινωνικών σχέσεων των κοινωνιών του δικαίου. Εξάλλου, η όποια ρύθμιση ή ακόμη και η ποινικοποίηση της απονενομημένης πράξης του αυτόχειρα θα ήταν άνευ σημασίας, είτε το εγχείρημα έβαινε «επιτυχώς» είτε όχι.

## **2. Διάκριση από ευθανασία και συμμετοχή σε αυτοκτονία**

Οι ιατρικές αποφάσεις του ατόμου για το τέλος της ζωής του διαφέρουν από κάθε μορφή ευθανασίας αλλά και από την συμμετοχή σε αυτοκτονία (κατ' άρθρον 301 ΠΚ), πέραν του προφανούς λόγου ότι οι μεν υπάγονται, όπως προελέχθη, στην κατηγορία των αυτοπροσβολών, ενώ οι δε στην κατηγορία των ετεροπροσβολών.

Ειδικότερα, ως ευθανασία ορίζεται η συμπεριφορά, θετική ή αποθετική, ενός τρίτου προσώπου, κατά κανόνα του ιατρού, η οποία επιφέρει έναν πιο ανώδυνο και αξιοπρεπή θάνατο. Η δε πράξη αυτή στρέφεται κατά θνήσκοντος ασθενούς ή κατά ασθενούς ο οποίος βρίσκεται οριστικά και αμετάκλητα σε κώμα, και παράλληλα βιώνει μια κατάσταση ιδιαίτερας επώδυνης και αναξιοπρεπή<sup>36</sup>.

Στην άμεση, ενεργητική ευθανασία, λοιπόν, ο ιατρός με πράξη του επισπεύδει την επέλευση του θανάτου ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο, ώστε να τον απαλλάξει από τα βάσανα μία ανίατης και επώδυνης ασθένειας. Αν και η εν λόγω μορφή ευθανασίας αποτελεί την πλέον ακραία και κατακριτέα μορφή, και παρόλο που νομοθετικά μία τέτοια πράξη αποτελεί ποινικό αδίκημα, έχουν κατά καιρούς προταθεί προϋποθέσεις και όροι για την αποδοχή και αποποινικοποίηση μιας τέτοιας πράξης, οι οποίοι συνοψίζονται στα κάτωθι: α) ύπαρξη ανίατης και παρατεταμένης ασθένειας, β) επίμονη και σοβαρή απαίτηση του ασθενή για θανάτωση λόγω των πόνων που υποφέρει, γ) άδεια για την διενέργεια της ευθανασίας από συμβούλιο, το οποίο θα

---

<sup>36</sup> Δ. Φαρούλης – Π. Βούλτσος, *Ιατρικό Δίκαιο – Στοιχεία Βιοηθικής*, University Studio Press – Εκδ. Επιστημ. Βιβλίων και Περιοδ., 2010, 360-361.

αποτελείται από εκπροσώπους της ιατρικής και νομικής επιστήμης αλλά και από συγγενικό πρόσωπο του ασθενούς<sup>37</sup>.

Παρόλα ταύτα, η κείμενη εσωτερική νομοθεσία απαγορεύει και τιμωρεί αυστηρά οποιαδήποτε πράξη ενεργητικής ευθανασίας. Έτσι, μία τέτοια πράξη θα τιμωρηθεί είτε με το άρθρο 299 ΠΚ περί ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως με ισόβια κάθειρξη, είτε με το επόμενο άρθρο, 300 ΠΚ περί ανθρωποκτονίας με συναίνεση, με ποινή φυλακίσεως<sup>38</sup>.

Τουναντίον, η άρνηση θεραπείας διαμέσου των προγενεστέρων οδηγιών δεν αποτελεί αφ' εαυτής ποινικά κολάσιμη πράξη και ο ιατρός σεβόμενος αυτές, κατ' άρθρον 29 ΚΙΔ, δεν είναι αυτομάτως ποινικά υπόλογος εφόσον τις ακολούθησε και εν τέλει ο ασθενής κατέληξε. Με τις προγενέστερες οδηγίες ο ασθενής δεν αποσκοπεί στην επίσπευση του θανάτου του. Αντικείμενο των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του αποτελεί όχι ο θάνατος αλλά η άσκηση του δικαιώματος αυτονομίας, ο προσδιορισμός του τρόπου της ιατρικής μεταχείρισης του ατόμου. Το άτομο με την διατύπωση των προγενεστέρων οδηγιών, δεν επιθυμεί έναν ταχύτερο και πιο αξιοπρεπή θάνατο, αλλά επιθυμεί, όσο είναι δικαιοπρακτικά ικανό, να καθορίσει τις ιατρικές πράξεις που επιθυμεί ή θέλει να αποκλείσει κατά τη στιγμή που καταστεί ανίκανος να παράσχει ή να αρνηθεί τη συναίνεσή του. Οι προγενέστερες οδηγίες αποτελούν, λοιπόν, όπως προαναφέρθηκε, ένα νομικό μόρφωμα «μεταφοράς» της βούλησης του ασθενούς σε χρόνο μεταγενέστερο, οπότε εκείνος δεν θα είναι σε θέση να την εκφράσει. Αντιθέτως, ο αιτών την ευθανασία, έχοντας ικανότητα προς συναίνεση, αιτείται έναν «καλύτερο» και πιο ανώδυνο θάνατο, τον οποίο ο ίδιος δεν είναι *de facto* ικανός να επιφέρει από μόνος του. Βέβαια, η ευθανασία μπορεί να αποτελέσει περιεχόμενο των προγενεστέρων οδηγιών ενός ασθενούς και τότε οι προγενέστερες οδηγίες θα κριθούν ως προς την εγκυρότητα και ο γιατρός ως προς τον άδικο χαρακτήρα της ιατρικής πράξης που διενήργησε, ή και παρέλειψε, εφαρμόζοντας τις οδηγίες αυτές, κατ' εφαρμογή των διατάξεων των άρθρων 300 ή και 299 ΠΚ.

<sup>37</sup> Δ. Ψαρούλης – Π. Βούλτσος, *όπ.π.*, 368-9.

<sup>38</sup> Σ. Προβατάς., *Ιατρική ευθύνη : Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας και όλων όσων δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας*, 2012, 190 επ.

Στον αντίποδα της ενεργητικής ευθανασίας βρίσκεται η παθητική ευθανασία, κατά την οποία η επέλευση του θανάτου δεν επέρχεται με κάποια θετική πράξη του ιατρού, αλλά με απλή παράλειψη του<sup>39</sup>. Ειδικότερα, ως παθητική ευθανασία νοείται η κατάσταση του ασθενούς, κατά την οποία απλά αφήνεται να πεθάνει, ακολουθώντας την φυσική πορεία της ασθένειας του, χωρίς να του παρασχεθεί κάποια ιατρική αγωγή ή και με την διακοπή μίας εφαρμοζόμενης ήδη αγωγής, λόγου χάριν με την διακοπή της σίτισης ή την αποσύνδεση από την καρδιακή υποστήριξη<sup>40</sup>. Και ενώ η ενεργητική ευθανασία αντίκειται στην θεμελιώδη δικαιοτική αρχή της απαγόρευσης θανάτωσης άλλου προσώπου, η παθητική ευθανασία έρχεται σε αντίθεση με το πρώτιστο καθήκον του ιατρού για διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφιση από τον πόνο (βλ. άρθρα 2 παρ. 1 και 9 παρ.1 του Κ.Ι.Δ.).

Σε μία τέτοια περίπτωση, επομένως, όπου ο ασθενής κατ' επιλογήν του αφήνεται να πεθάνει (διότι διαφορετικά θα πρόκειται προφανώς για ανθρωποκτονία διά παραλείψεως τελούμενη από τον έχοντα ιδιαίτερη νομική υποχρέωση ιατρό, κατ' άρθρα 15 και 299 ΠΚ) πρόκειται στην ουσία για άρνηση θεραπείας, αφού ο ίδιος ασθενής επιλέγει να στερήσει από τον γιατρό τη συναίνεση του για την έναρξη ή συνέχιση της θεραπείας, και να αποχωρήσει λόγου χάριν από το νοσηλευτικό ίδρυμα, αποχωρώντας συνάμα και από το πεδίο ευθύνης του ιατρού, ο οποίος πλέον παύει να φέρει την ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να τον κρατήσει στη ζωή. Και αυτό διότι παύει έτσι η μεταξύ ασθενούς και θεράποντος ιατρού νομική σχέση, μετά την οικειοθελή αποχώρηση του ασθενούς. Όταν, όμως, η παθητική ευθανασία αποτελεί αίτημα του ασθενούς διατυπωμένο υπό τη μορφή των προγενεστέρων οδηγιών, το ιατρικό προσωπικό και οι οικείοι του ασθενούς καλούνται μεν να σεβασθούν τις επιθυμίες αυτές, όμως η μη ευθύνη τους από τον επελθόντα θάνατο δεν είναι εξίσου «εγγυημένη», υπό το ισχύον νομοθετικό καθεστώς.

Αν και οι διάφορες μορφές ευθανασίας δεν ταυτίζονται εννοιολογικά με το μόρφωμα των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής

<sup>39</sup> Δ. Ψαρούλης – Π. Βούλτσος, ό.π., 377-378.

<sup>40</sup> Για τη σχετική δογματική διχογνωμία περί της φύσεως της πράξης διακοπής της τεχνικής υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών ενός ασθενούς, και το εάν αποτελεί θετική πράξη, παράλειψη ή και ενδιάμεσο, βλ. ενδεικτικά Χ. Π. Βούλτσος, ό.π., 121, με εκεί παραπομπές.

του, ουδέν κωλύει έναν ασθενή να συμπεριλάβει, όπως κατέστη εναργές, κατά την σύνταξη των προγενεστέρων αυτών οδηγιών, και αίτημα για ενεργητική ή παθητική ευθανασία, κατά την χρονική συγκυρία που εκείνος θα ορίσει. Το εάν βέβαια, μία τέτοια απόφαση θα ήταν έγκυρη και δεσμευτική για τον ιατρό είναι διαφορετικό ζήτημα, και φυσικά προκαταβολικά υπογραμμίζεται ότι δεδομένης της κείμενης νομοθεσίας και της απαγόρευσης της ενεργητικής ευθανασίας στην Ελλάδα, προγενέστερες οδηγίες με τέτοιο περιεχόμενο στην ημεδαπή δεν μπορούν να θεωρηθούν έγκυρες.

Ακολούθως, για συμμετοχή σε αυτοκτονία, άλλως ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, μιλάμε όταν ναι μεν ο ίδιος ο ασθενής είναι εκείνος ο οποίος «δίνει την χαριστική βολή», εκείνος ο οποίος εκτελεί δηλαδή την καθοριστική ενέργεια η οποία έχει ως άμεσο και αναπόφευκτο επακόλουθο τον θάνατο, ωστόσο, στην πράξη του αυτή έχει μεσολαβήσει η βοήθεια ενός ιατρού, π.χ. με την παροχή σε αυτόν του θανατηφόρου φαρμάκου. Η πράξη αυτή, η οποία στο ημεδαπό δίκαιο τιμωρείται διά φυλακίσεως δυνάμει του άρθρου 301 ΠΚ., διακρίνεται σαφώς από την έννοια και τη λειτουργία των προγενεστέρων οδηγιών, καθότι η μεν αυτοκτονία προϋποθέτει στην πράξη ικανό πρόσωπο, οι δε ιατρικές αποφάσεις περί του τέλους της ζωής για να λειτουργήσουν προϋποθέτουν την ανικανότητα του ασθενούς. Ωστόσο, τυχόν αίτημα για συμμετοχή ιατρού ή τινός άλλου προσώπου στην αυτοκτονία του ίδιου του ασθενούς, δεν δύναται να αποτελέσει περιεχόμενο των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του, καθότι προϋπόθεση της ενεργοποίησης αυτών, όπως προελέχθη, είναι η θέση του ασθενούς σε κατάσταση ανικανότητας. Σε περίπτωση, επομένως, που ο ασθενής είναι σε θέση να προβεί ο ίδιος σε αυτοκτονία δεν υπάρχει χώρος για την εφαρμογή των προγενεστέρων οδηγιών.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### Η ΑΠΟΨΗ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΕΝΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ

Έχοντας φθάσει η ιατρική επιστήμη σε τέτοια σημεία επιστημονικής προόδου ώστε να δύναται να παρατείνει την ανθρώπινη ζωή σε χρόνο πέραν του φυσιολογικά αναμενόμενου, έδωσε παράλληλα με την ελπίδα για μακροζωία, και μια παράταση στην αγωνία και την οδύνη των ασθενών οι οποίοι βρισκόμενοι στο «κατώφλι» του θανάτου βλέπουν τα μαρτύρια τους να διαιωνίζονται. Για τον λόγο τούτο, ανέκυψε η ανάγκη της «επιπόησης» του μορφώματος των αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του, όπως εξετάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα. Δεδομένων, ωστόσο, αφενός του περιεχομένου που δύναται να έχουν οι εν λόγω αποφάσεις (λόγου χάριν άρνηση κρίσιμης, για την ζωή του ασθενούς, θεραπείας) αλλά και του χρονικού σημείου εφαρμογής των (δεδομένου ότι αυτές θα εφαρμοσθούν σε ανύποπτο χρόνο, και σε κάθε περίπτωση όταν ο ασθενής δεν θα είναι σε θέση να επιβεβαιώσει την βούλησή του), σοβαρές αντιρρήσεις εγείρονται για την δεσμευτικότητά τους.

Έχοντας αντιληφθεί κανείς την έννοια των προγενεστέρων οδηγιών, το περιεχόμενό τους, τα αντικρουόμενα αλλά και τα διακυβευόμενα συμφέροντα, δέον να ακολουθήσει, στο παρόν κεφάλαιο, μία ανάλυση των δύο αντιμαχόμενων θεωριών, εκ των οποίων η μεν βαίνει υπέρ και η δε κατά της ισχύος και δεσμευτικότητας των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του, με το «προβάδισμα» να δίνεται κάτωθι στην ανάπτυξη των θεωριών που υπερμάχονται της δεσμευτικότητας των προγενεστέρων οδηγιών.

#### **I. Η αρχή του αυτοπροσδιορισμού του ασθενούς**

Άρθρο 5 παρ. 1 Συντάγματος: «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».

Άρθρο 57 Αστικού Κώδικα: «Δικαίωμα στην προσωπικότητα

Όποιος προσβάλλεται παράνομα στην προσωπικότητά του έχει δικαίωμα να απαιτήσει να αρθεί η προσβολή και να μην επαναληφθεί στο μέλλον [...]».

Βάσει των ανωτέρω θεμελιωδών διατάξεων στην ημεδαπή έννομη τάξη αναγνωρίζεται και κατοχυρώνεται το δικαίωμα εκάστου προσώπου στην προσωπικότητα. Απόρροια του δικαιώματος αυτού αποτελεί φυσικά και το δικαίωμα στον αυτοπροσδιορισμό, ήτοι το δικαίωμα μιας ελεύθερης προσωπικότητας να καθορίζει μόνη της την ύπαρξη της. Και ενώ το εν λόγω δικαίωμα εκτείνεται σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής ενός ανθρώπου, όπως λόγου χάριν στην προσωπική, σεξουαλική αλλά και επαγγελματική ζωή, εν προκειμένω το εν λόγω ατομικό δικαίωμα εξετάζεται ως προς την παρεχόμενη εξουσία στον δικαιούχο, να καθορίζει ο ίδιος τον τρόπο της ιατρικής του μεταχείρισης. Στις αποχρώσεις δε του εν λόγω δικαιώματος απαντούμε φυσικά και την θεμελιώδη και ρητά κατοχυρωμένη πλέον αρχή της συναίνεσης του ασθενούς.

Ολόκληρο το οικοδόμημα της ιατρικής επιστήμης και του ιατρικού δικαίου στηρίζεται αφενός στο δικαίωμα του ασθενούς στην υγεία και αφετέρου στο δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού, άλλως αυτονομίας, του ατόμου, ένα ατομικό δικαίωμα, το οποίο αποσκοπεί πρωτίστως στην προστασία του ατόμου και της ελευθερίας του<sup>41</sup>. Το αναφαίρετο αυτό δικαίωμα του ασθενούς στον αυτοπροσδιορισμό, είναι που χρησιμοποιείται ως όχημα όχι μόνο για την υποχρεωτική πρότερη συναίνεση, αλλά και για την αναγνώριση της ισχύος και της δεσμευτικότητας των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του.

Όπως κάθε δικαίωμα, έτσι και εν προκειμένω πέραν της αποθετικής εξουσίας που απορρέει από αυτό, η οποία απαιτεί την αποχή κάθε τρίτου από πράξεις οι οποίες θίγουν το εν λόγω δικαίωμα χωρίς συναίνεση του δικαιούχου, απαντάται και η θετική εξουσία, η οποία στρέφεται κατά τρίτων - στους οποίους συμπεριλαμβάνεται και το κράτος- και απαιτεί την διαφύλαξη και τον σεβασμό των εκάστοτε επιλογών που κάνει το άτομο ασκώντας το

<sup>41</sup> Βλ. και Συμβούλιο της Ευρώπης, Οδηγός για τη Διαδικασία Λήψης Αποφάσεων Σχετικά με την Ιατρική Θεραπεία σε Καταστάσεις Τέλους της Ζωής, διαθέσιμο σε [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09\\_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FdV.gr.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FdV.gr.pdf), 2014, (πρόσβαση, 17-06-2015), 10 επ.



δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού του· πολύ περισσότερο και την λήψη των απαραίτητων εκείνων μέτρων που θα εξασφαλίσουν αυτήν ακριβώς τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής.

Ήταν μόλις μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου όταν ο νομικός και ιατρικός κόσμος ένιωσε έντονη την ανάγκη να διεκδικήσει και να κατοχυρώσει το δικαίωμα αυτονομίας υπέρ του ασθενούς, ώστε να τον προστατεύσει από τον ιατρικό πατερναλισμό αλλά και τις θηριωδίες των απεχθών πειραμάτων και βασανιστηρίων που βίωνε μέχρι τότε ολόκληρος ο κόσμος. Χρειάστηκε το ίδιο το Δικαστήριο της Νυρεμβέργης, στην αποκαλούμενη δίκη των ιατρών, να θεσπίσει με την απόφασή του έναν δεκάλογο κανόνων για τη διενέργεια των ιατρικών πειραμάτων, όπου πρωτεύουσα σημασία είχε το δικαίωμα αυτονομίας του ασθενούς και συνακόλουθα η συναίνεσή του για την συμμετοχή του σε ιατρικά πειράματα.

Στο δικαίωμα αυτό της αυτονομίας, οι προγενέστερες οδηγίες και η συναίνεση αποτελούν τις δύο όψεις του αυτού νομίσματος. Έτσι, ενώ η συναίνεση του ασθενούς είναι απαραίτητη προκειμένου να πραγματοποιηθούν σε αυτόν οι ιατρικές πράξεις που κρίνονται αναγκαίες από το γιατρό, οι προγενέστερες οδηγίες διατελούν τον ίδιο ακριβώς σκοπό· μόνη διαφορά ότι στην μεν περίπτωση η συναίνεση παρέχεται ενόσω ο ασθενής είναι ικανός, στην δε περίπτωση των αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του η συναίνεση έχει παρασχεθεί ή αρνηθεί ενόσω ο ασθενής ήταν ικανός, και ενεργοποιούνται όταν πια έχει χάσει *de facto* την ικανότητά του αυτή<sup>42</sup>. Σε κάθε περίπτωση, η ύπαρξη της συναίνεσης του ασθενούς είναι απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε ιατρική πράξη.

Εφόσον, λοιπόν, ο ασθενής έχει κάθε δικαίωμα ενόσω είναι ικανός να παράσχει ή μη τη συναίνεσή του και να διαθέσει το σώμα του και την ίδια του την υγεία, αρνούμενος ένα συγκεκριμένο είδος θεραπείας, ποιος θα ήταν ο

---

<sup>42</sup> Για τον λόγο αυτό, άλλωστε, άποψη της γράφουσας είναι ότι η αναγνώριση του θεσμού της συναίνεσης δεν μπορεί παρά να συνοδεύεται και από την αναγνώριση του θεσμού των προγενεστέρων οδηγιών, με περιεχόμενο ακριβώς την παροχή ή μη συναίνεσης. Οι προγενέστερες οδηγίες, τουναντίον, οι οποίες έχουν ως περιεχόμενο τον ορισμό τρίτου ως «υπευθύνου» για την παροχή ή μη συναίνεσης, εν είδει «ιατρικού αντιπροσώπου» δεν δύναται να ταυτισθούν με τον αναγνωρισμένο θεσμό της συναίνεσης, και να αναγνωρισθούν μέσω αυτού, ως δυνατότητα του ασθενούς. Ιατρικές αποφάσεις περί του τέλους της ζωής με τέτοιο περιεχόμενο απαιτούν ρητή νομοθετική διάταξη που να τις επιτρέπει. Και αυτό είναι προφανές, καθότι η ζωή και η υγεία του προσώπου, δεν αποτελούν έννομα αγαθά, οι απορρέουσες εξουσίες εκ των οποίων να μπορούν να μεταβιβασθούν άνευ ετέρου σε τρίτο πρόσωπο, με σκοπό να τις ασκεί κατά το δοκούν.

δικαιολογητικός εκείνος λόγος ο οποίος θα μπορούσε να του αφαιρέσει το δικαίωμα τούτο στην περίπτωση των προγενεστέρων οδηγιών με το αυτό περιεχόμενο; Διότι, και στην περίπτωση των προγενεστέρων οδηγιών προαπαιτούνται όλα εκείνα τα εχέγγυα που είναι απαραίτητα και για την παροχή συναινέσεως, ήτοι η πρότερη πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση, η απουσία πλάνης, απάτης, απειλής και αντίθεσης στα χρηστά ήθη και η ικανότητα προς συναίνεση κατά τη διατύπωσή τους.

Όταν ο εσωτερικός και ευρωπαϊκός νομοθέτης, λοιπόν, αποφάσισαν την απόλυτη δέσμευσή τους στις αρχές της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας και της ελευθερίας, έκαναν ένα βήμα εμπρός για την περιφρούρηση της αυτονομίας του ασθενούς και την προστασία της προσωπικότητάς του. Όμως, η παρόλα ταύτα άρνηση στην αποδοχή της δεσμευτικότητας των προγενεστέρων οδηγιών θα αποτελούσε ένα αναιτιολόγητο «πισωγύρισμα».

Εξάλλου, από την συνδυασμένη εφαρμογή των άρθρων 1, 5, 9 και 26 παρ. 1 της Σύμβασης του Οβιέδο, προκύπτει ότι ο ασθενής δύναται να αρνηθεί κάθε είδους θεραπεία, ακόμη και εάν αυτή είναι η μόνη του λύση προς επιβίωση<sup>43</sup>. Το δικαίωμα αυτό του ασθενούς, όπως προβλέπεται, δεν δύναται να περιορισθεί παρά μόνο εφόσον νόμος προβλέπει αυτό και οι περιορισμοί αυτοί είναι αναγκαίοι σε μία δημοκρατική κοινωνία, για το συμφέρον και μόνο της δημόσιας ασφάλειας, της πρόληψης του εγκλήματος, της προστασίας της δημόσιας υγείας ή και την προστασία των δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων.

Δεδομένων, λοιπόν, όλων των ανωτέρω, καθίσταται σαφές πως οι αποφάσεις ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του, ως απορρέουσες από το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού του ασθενούς, και εφόσον πληρούνται όλες οι εκ του νόμου προβλεπόμενες προϋποθέσεις για την εγκυρότητα της συναίνεσης, δεν μπορούν παρά να δεσμεύουν το ιατρικό προσωπικό αλλά και κάθε τρίτο πρόσωπο, οι οποίοι οφείλουν να σεβαστούν την με οποιοδήποτε τρόπο άσκηση του δικαιώματος αυτονομίας του ασθενούς, το οποίο μάλιστα, ως προαναφέρθηκε, κατοχυρώνεται και συνταγματικά.

Έτσι, όταν ο ασθενής επιθυμεί την αποσύνδεσή του από τη μηχανική υποστήριξη ή τη μη υποβολή του σε μία επικίνδυνη και επώδυνη χειρουργική

<sup>43</sup> *Ι. Κριάρη – Κατράνη, όπ.π., 1551.*

επέμβαση, το ιατρικό προσωπικό οφείλει να τον αποσυνδέσει ή να μην επέμβει χειρουργικά στον ασθενή αντίστοιχα, ακόμη και αν αυτό συνεπάγεται τον άμεσο θάνατό του. Ομοίως, σε περίπτωση ασθενούς ο οποίος είναι καθηλωμένος στο κρεβάτι λόγω ανίατης ασθένειας, και έχει αιτηθεί τη μη μεταφορά του στο νοσοκομείο σε περίπτωση που παραστεί ανάγκη νοσηλείας, και αντ' αυτού τη νοσηλεία του στο σπίτι, στο μέτρο που αυτό είναι δυνατό, οι οικείοι του οφείλουν να συμμορφωθούν, και να μην μεταφέρουν αυτόν στο νοσοκομείο, ακόμη και εάν αυτό συνεπάγεται την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του<sup>44</sup>. Αντιθέτως, όταν ασθενής έχει δηλώσει ότι επιθυμεί την αντιμετώπιση της παθήσεως του από ένα και μόνο συγκεκριμένο ιατρό, αρνούμενος απόλυτα την επέμβαση οποιουδήποτε άλλου ιατρού, δέον να υποστηριχθεί ότι τόσο οι οικείοι όσο και το ιατρικό προσωπικό οφείλουν να αναμείνουν την άφιξη του ιατρού αυτού, και μόνο αν αυτό είναι απολύτως αδύνατο δύναται να παρέμβει τρίτος γιατρός, ανάλογων προσόντων και ικανοτήτων. Η λύση αυτή προτείνεται με γνώμονα ότι στην περίπτωση αυτή ο ασθενής δεν αρνείται κατ' ουσίαν την θεραπεία, τουναντίον την απαιτεί, απλά υπό ενός συγκεκριμένου προσώπου.

## **II. Αναγνώριση ενός δικαιώματος στον θάνατο;**

Ενώ, λοιπόν, σύμφωνα με τα προεκτεθέντα, η δεσμευτικότητα των αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του υπαγορεύεται από το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού του ατόμου, το οποίο απαιτεί τον σεβασμό τέτοιων αποφάσεων εκ μέρους τρίτων και την αποχή από κάθε πράξη που θα συνιστούσε παραβίαση στην άσκηση του εν λόγω δικαιώματος, μπορεί άραγε να θεωρηθεί ότι η αναγνώριση και απόδοση στις εν λόγω αποφάσεις νομικά δεσμευτικής ισχύος ισοδυναμεί με έμμεση αναγνώριση ενός δικαιώματος στον θάνατο; Διότι εάν η αναγνώριση της δεσμευτικότητας των αποφάσεων αυτών προϋποθέτει ή συνεπάγεται ένα δικαίωμα στον θάνατο, η συζήτηση περί προγενεστέρων οδηγιών και ισχύος

<sup>44</sup> Σε τι πράγματι διαφέρει το παρόν παράδειγμα από την περίπτωση καρκινοπαθούς, ο οποίος σταματά τη διενέργεια χημειοθεραπειών, και προτιμά τη μετάβαση του στην οικία του, ώστε να τον βρει εκεί ο θάνατος; Ίσως είναι ο φόβος ανάληψης της ευθύνης για την απώλεια μίας «ξένης» ζωής, η δυσπιστία ως προς την αναγνώριση δεσμευτικότητας των προγενεστέρων οδηγιών, παρά η καθαυτή νομική τους θεμελίωση.

αυτών θα σταματούσε ήδη πριν καλά - καλά ξεκινήσει στην συντριπτική πλειοψηφία των χωρών ανά τον κόσμο, οι οποίες δεν αναγνωρίζουν την ευθανασία.

Νομικοί, τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, επισημαίνουν ότι η προστασία του δικαιώματος της ζωής δεν συνεπάγεται και αναγνώριση ενός «αντίθετου» δικαιώματος στον θάνατο. Έτσι, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Δ.Δ.Α.) έχει επανειλημμένως τονίσει ότι η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Σ.Δ.Α.), η οποία κατοχυρώνει και προστατεύει το δικαίωμα στη ζωή δεν κατοχυρώνει παράλληλα και ένα δικαίωμα στο θάνατο, υπό την έννοια της προστασίας μίας αρνητικής έκφανσης στο δικαίωμα της ζωής<sup>45</sup>. Όπως άλλωστε, επανειλημμένως έχει τονισθεί, τα κράτη – μέλη δεν έχουν καμία υποχρέωση προς λήψη μέτρων τα οποία εξασφαλίζουν στον άνθρωπο έναν αξιοπρεπή θάνατο αλλά ούτε και προς άρση οποιωνδήποτε τυχόν εμποδίων (π.χ. αποποινικοποίηση υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ή και ευθανασίας).

Έτσι, το Ε.Δ.Δ.Α. στην πρώτη του υπόθεση με την οποία ήρθε αντιμέτωπο με το ζήτημα της ευθανασίας, την υπόθεση Mrs. Pretty κατά Ηνωμένου Βασιλείου, το 2002, έκρινε πως η απαγόρευση να επιτραπεί στο σύζυγο της προσφεύγουσας και ανιάτως πάσχουσας από νευρολογική ασθένεια να δώσει τέλος στη ζωή της, δεν παραβιάζει το δικαίωμα στη ζωή, το οποίο προστατεύεται από το άρθρο 2 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Ομοίως έκρινε πως η απαγόρευση στον σύζυγο της δυνατότητας παροχής συνδρομής κατά την ευθανασία δεν αντίκειται στην, κατοχυρωμένη στο άρθρο 3, απαγόρευση απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης.

Ειδικότερα, η προσφεύγουσα, εν προκειμένω, έπασχε από μία ανίατη νευρολογική ασθένεια, η οποία επηρέαζε τους μύες του σώματος της, καθιστώντας τα τελευταία στάδια της νόσου ιδιαίτερα επώδυνα και «αναξιοπρεπή». Για τον λόγο αυτό και σε μία προσπάθεια να καθορίσει η ίδια η προσφεύγουσα τον τρόπο και τον χρόνο του θανάτου της, προσέφυγε στο Ε.Δ.Δ.Α. ζητώντας την «ασυλία» του συζύγου της, ο οποίος θα την επιβοηθούσε στην αυτοκτονία, κάτι που οι αγγλικές αρχές της είχαν ήδη

---

<sup>45</sup> Χ. Χρυσανθάκης, Μεταξύ Ζωής και Θανάτου – Το δικαίωμα στη ζωή υπό το φως της νομολογίας του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, Εκδόσεις Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 2007, 28 επ.

αρνηθεί δεδομένης της προβλεπόμενης ποινικής τιμώρησης στο αγγλικό δίκαιο κάθε πράξεως συνιστώσας συμμετοχή σε αυτοκτονία.

Επί των ανωτέρω, το Δικαστήριο αναγνώρισε μεν ότι η προσφεύγουσα θα υποστεί οδυνηρούς πόνους, αλλά από την άλλη πλευρά η ως άνω άρνηση εκ μέρους των αγγλικών αρχών δεν συνιστούσε παραβίαση του δικαιώματος στην ζωή, διότι δεν θα ήταν δυνατό να ερμηνευθεί το άρθρο 2 της Ε.Σ.Δ.Α. ως εμπεριέχον και το εκ διαμέτρου αντίθετο δικαίωμα στον θάνατο, χωρίς διαστρέβλωση του γράμματος του νόμου. Εξάλλου, δεν υπήρξε παραβίαση ούτε του άρθρου 3 της Συμβάσεως, διότι παρά την αναγνώριση της οδυνηρότητας του επερχόμενου θανάτου, η αναγνώριση μίας θετικής υποχρέωσης εκ μέρους των κρατών-μελών έναντι του ζητήματος της ευθανασίας, θα απαιτούσε την εκ μέρους του κράτους υιοθέτηση πράξεων που θα οδηγούσαν στον τερματισμό της ζωής, υποχρέωση που δεν αποτελεί απόρροια της απαγόρευσης απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης, βάσει του άρθρου 3.

Χρειάζεται, ως εκ τούτου, η εκ μέρους του κράτους κύρωση νόμου που επιτρέπει την ευθανασία, και μόνη η Ε.Σ.Δ.Α. δεν υποχρεώνει τα κράτη μέλη να προβούν σε μία τέτοια νομοθέτηση, όρισε το Ε.Δ.Δ.Α.. Δικαιολογώντας μία τέτοια απόφαση, το Δικαστήριο συνεχίζει υποστηρίζοντας ότι με τον τρόπο αυτό δεν παραβιάζονται τα άρθρα 8, 9 και 14, τα οποία προστατεύουν το δικαίωμα σεβασμού στην ιδιωτική ζωή, την ελευθερία της συνείδησης και την απαγόρευση των διακρίσεων, αντίστοιχα. Συμπερασματικά, το Ε.Δ.Δ.Α., εν προκειμένω, αντιμέτωπο με μία σύγκρουση του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ασθενούς αφενός και του καθήκοντος προστασίας του υψίστου ιεραρχικά εννόμου αγαθού της ζωής αφετέρου, προέβη σε μία στενή ερμηνεία του δικαιώματος στην ζωή, μη αναγνωρίζοντας μία αρνητική του θεώρηση και απαγορεύοντας την «διά χειρός τρίτου» αυτοκτονία.

Ομοίως, και στην ημεδαπή έννομη τάξη, θεσμοθέτηση ενός δικαιώματος στον θάνατο δεν έχει υπάρξει, ενώ και η νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων ουδέποτε υπήρξε «οπαδός» της αναγνώρισης ενός δικαιώματος στον θάνατο. Εξάλλου, και μόνο το άρθρο 300 του Π.Κ., η μοναδική διάταξη στην ελληνική έννομη τάξη στην οποία εμμέσως ρυθμίζεται το ζήτημα της ευθανασίας, αποδεικνύει την πρόθεση του έλληνα νομοθέτη προς

απαγόρευση της αναγνώρισης και προστασίας ενός δικαιώματος στον θάνατο<sup>46</sup>.

Και ίσως βέβαια σε μία παραδοσιακή και «συντηρητική» κοινωνία, όπως η ελληνική κάτι τέτοιο να είναι αναμενόμενο. Δεδομένης της παραδοσιακά ιστορικής και σημαίνουσας θέσης του Χριστιανισμού στην ελληνική ιστορία και κοινωνία, και της βάσει αυτού διαμόρφωσης των κρατουσών αντιλήψεων περί ηθικής, το δίκαιο δεν μπορεί παρά να συμβαδίζει με τις αντιλήψεις αυτές. Διότι, ναι μεν δίκαιο και ηθική αποτελούν δύο διακριτές έννοιες - με το μεν δίκαιο να ρυθμίζει την προς τα έξω, την κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου, ενώ οι κανόνες της ηθικής την εσωτερική θέση αυτού – όχι όμως και έννοιες παράλληλες, εννοούμενου ότι δίκαιο και ηθική συχνά συντέμνονται. Το δίκαιο, στην εκάστοτε κοινωνία και τον εκάστοτε χρόνο, δεν μπορεί να παραβλέπει και να στέκεται αδιάφορο απέναντι στην κοινωνική ηθική<sup>47</sup>. Τουναντίον, διαμορφώνεται από αυτήν και συμβαδίζει με την εξέλιξη και την μετάλλαξή της<sup>48</sup>.

Σε μία κοινωνία, όπως η ελληνική, λοιπόν, στη συνείδηση της οποίας, όπως προαναφέρθηκε, δεν υπάρχει εδραιωμένη ούτε η απαίτηση της συναιδέσεως πριν από κάθε ιατρική πράξη, είναι δύσκολο να μιλά κανείς για αναγνώριση ενός δικαιώματος στον θάνατο. Στα πλαίσια αυτά, περικό να αναφερθεί ότι σύσσωμη η Ορθόδοξη Εκκλησία και οι εκπρόσωποι αυτής τάσσονται κατάφωρα κατά της αναγνώρισης ενός δικαιώματος στον θάνατο. Έχοντας ως βάση την πεποίθηση ότι η ζωή χαρίζεται από τον Ύψιστο Θεό, και αποτελεί δώρο Αυτού προς τον άνθρωπο, η ευθανασία θεωρείται ως μέγιστη βλασφημία στο όνομά Του, ιδίως εάν λάβει κανείς υπόψιν του ότι η Εκκλησία αρνείται την τέλεση της νεκρώσιμης ακολουθίας στην περίπτωση αυτόχειρα που είχε σώας τας φρένας<sup>49</sup>.

Σε αντίθεση, ωστόσο, με τις όποιες αντιρρήσεις προερχόμενες από την νομολογία, την κοινωνική πλειοψηφία αλλά και τους κόλπους της εκκλησίας,

---

<sup>46</sup> Λ. Παπαδοπούλου, Υπάρχει Δικαίωμα στο θάνατο; Μία συζήτηση με τον Καθηγητή Ιωάννη Μανωλεδάκη, ΔτΑ, Τ. 16, Νο 59/2014, 51επ.

<sup>47</sup> Ι. Πέτρου, Η ελευθερία του ανθρώπου και τα ηθικά προβλήματα στην Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2007, 72.

<sup>48</sup> Βλ. χαρακτηριστικά την διάταξη του πρώην άρθρου 357 του Π.Κ. περί μοιχείας, με την οποία τιμωρούταν ως ποινικό αδίκημα η σεξουαλική συνεύρεση με πρόσωπο εκτός γάμου, το οποίο καταργήθηκε εν τέλει με το άρθρο 6 του Ν. 1272/1982.

<sup>49</sup> Βλ. σχετικά: Β' Κανόνα της ΣΤ' Οικουμενικής Συνόδου.

μεγάλη μερίδα της νομικής επιστήμης παρουσιάζεται υπέρμαχος μίας αναγνώρισης του δικαιώματος στον θάνατο.

Ειδικότερα, οι υποστηρικτές της ευθανασίας σε μία *de lege lata* προσπάθεια θεμελίωσης του δικαιώματος στον θάνατο εκκινούν από την αναγνώριση ενός διευρυμένου δικαιώματος αυτοπροσδιορισμού. Έτσι, με την βοήθεια των άρθρων 5 παρ. 1 και 2 παρ. 2 του Συντάγματος, επιδιώκεται η αναγνώριση ενός τέτοιου δικαιώματος κυρίως σε περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από ανίατη ασθένεια και υποφέρουν. Έτσι, ο Κατρούγκαλος υποστηρίζει μία αμυντική μόνο εξουσία του δικαιώματος στον θάνατο, θεμελιούμενη στο δικαίωμα προστασίας της προσωπικότητας (άρθρο 5 παρ. 1 Σ.), και σε εξαιρετικές κλινικές περιπτώσεις μέσω του άρθρου 2 παρ. 1 του Σ. (προστασία της ανθρώπινης αξίας), αναγνωρίζοντας με τον τρόπο αυτό ένα *ultimum refugium* στον ανιάτως πάσχοντα ασθενή<sup>50</sup>.

Στην αντίπερα όχθη, θεωρητικοί νομικοί αρνούνται όχι μόνο την αναγνώριση ενός δικαιώματος στον θάνατο *de lege lata*, αλλά και *de lege ferenda*, θεωρώντας εμμέσως πως κάθε άνθρωπος έχει υποχρέωση να ζει<sup>51</sup>. Η αναγνώριση ενός τέτοιου δικαιώματος θα ερχόταν σε αντίθεση με την ίδια την έννομη τάξη και το υπέρτατο θεμέλιο αυτής, την ίδια την ανθρώπινη ζωή. Έτσι, το δικαίωμα στη ζωή θεωρείται ως ένα δικαίωμα του οποίου η αμυντική λειτουργία και ειδικότερα η απορρέουσα απαγόρευση του τερματισμού της ζωής απευθύνεται και έναντι του ίδιου του φορέα του δικαιώματος<sup>52</sup>.

Επί της συζητήσεως περί του δικαιώματος στο θάνατο και την αναγνώριση της ευθανασίας, διερωτάται κανείς, βέβαια, αν πράγματι ο νομοθέτης είναι αντίθετος σε τέτοιου είδους φαινόμενα. Διότι, μπορεί το άρθρο 300 ΠΚ, να

<sup>50</sup> Έτσι και Βούλτσος, *ΠοινΧρ* 2007, ό.π., 125, όπου εκφράζει την άποψη ότι το δικαίωμα αυτοκαταστροφής απορρέει από τα άρθρα 2§ 1 και 5 § 1 του Συντάγματος, υπό την έννοια ότι στα πλαίσια της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας, διασφαλίζεται συνάμα το δικαίωμα του ατόμου για άρνηση της ύπαρξης του, αναγνωρίζοντας έτσι ένα χώρο όπου η Πολιτεία δεν μπορεί να επέμβει, και *ιδίου*, *Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολόγιας*, Επιμ. Εμμ.Ι.Λασκαρίδη, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη 2012, 362, και Γ. Κατρούγκαλος, ό.π., 80 επ.

<sup>51</sup> Έτσι, *Ανδρουλάκης*, ο οποίος θεωρεί ότι ο ασθενής ως υποχρεωμένος να μένει στη ζωή, οφείλει να ανεχθεί κάθε πράξη διατήρησης στη ζωή που τελεί ο ιατρός ακόμη και αν αυτή διενεργείται παρά τη θέλησή του. *Ανδρουλάκης*, *Ποινικόν Δίκαιον - Ειδικόν Μέρος*, 1974, 118, ενώ και ο *Μανωλεδάκης* επιβάλλει αυτή την υποχρέωση στον συν-κοινωνό του δικαίου θεωρώντας ότι το δικαίωμα αυτοδιάθεσης περιορίζεται από το κοινωνικό περιβάλλον. *Μανωλεδάκης*, *Αρμ.* 1978, 468 επ., *Λ. Παπαδοπούλου*, *ΔτΑ*, Τ. 16, ό.π., 50 επ., *Χ. Τσαϊτουρίδης*, Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς, *ΤοΣ*, 3/2002, 382. Βλ. και Δ. Ψαρούλης – Π. Βούλτσος, ό.π. 363-365.

<sup>52</sup> Α. Δημητρόπουλος, *Συνταγματικά Δικαιώματα Γενικό – Ειδικό Μέρος*, Τόμος Γ' – Τεύχος Ι – ΙΙΙ, Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2008, σελ. 390.

απαγορεύει ρητώς και να τιμωρεί ποινικά την ανθρωποκτονία μετά από επίμονη συναίνεση, ωστόσο, με το άρθρο 304 § 4, ο ίδιος ο νομοθέτης αναγνωρίζει και αποποινικοποιεί πράξεις «πρώιμης» ευθανασίας<sup>53</sup>. Όταν, λοιπόν, ο ίδιος ο νομοθέτης προβαίνει στη στάθμιση της ζωής και δικαιολογεί την διακοπή αυτής λόγω σοβαρών προβλημάτων υγείας, ήδη από το στάδιο της κηύσεως, γιατί αρνείται να πράξει το ίδιο και στην περίπτωση ανιάτως πάσχοντων ασθενών;

Ανεξαρτήτως, ωστόσο, όλων των ανωτέρω και του εάν μπορεί να αναγνωρισθεί ένα δικαίωμα στον θάνατο με την ισχύουσα έννομη τάξη, ή ακόμη και εάν ένα τέτοιο δικαίωμα δύναται με βάση την κοινωνική ηθική και το θετέο δίκαιο να υπάρξει, υπάρχει πράγματι σύνδεση μεταξύ του δικαιώματος στον θάνατο και των αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του; Άλλωστε, έχει φωτισθεί ήδη η διάκριση μεταξύ των εννοιών της ευθανασίας και των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του.

Υποστηρίζεται ότι μέσω των προγενεστέρων οδηγιών και την μέσω αυτών άρνηση θεραπείας ο ασθενής διαθέτει το ίδιο του το δικαίωμα στη ζωή, χωρίς να έχει την εξουσία προς τούτο. Παραβλέπει κανείς, ωστόσο, ότι με το μόρφωμα των προγενεστέρων οδηγιών ο ασθενής δεν κάνει τίποτε παραπάνω από ότι θα έκανε ων ικανός και αρνούμενος τη συναίνεσή του για τη διενέργεια μίας ιατρικής πράξης. Όσα διαθέτει ο ασθενής με την άρνηση της συναίνεσης του, κατ' εφαρμογή του δικαιώματός του προς αυτεξουσιότητα, άλλα τόσα διαθέτει και με τις διατυπωθείσες αποφάσεις του για το τέλος της ζωής του. Ο ασθενής, ενόσω είναι ικανός, δύναται με τις εξουσίες που του παρέχει ο νόμος και το δικαίωμα στην αυτονομία να «διαθέτει» ελεύθερα το σώμα του, αρνούμενος ακόμη και την μοναδική θεραπεία σωτηρίας του. Το αυτό συμβαίνει και όταν ο ασθενής, ασκώντας το δικαίωμα του στην αυτονομία, διατυπώνει εκ των προτέρων τις οδηγίες για τη μελλοντική ιατρική του μεταχείριση. Η μόνη διαφορά εδώ έγκειται στον χρόνο εφαρμογής τους, δεδομένου ότι οι προγενέστερες οδηγίες ενεργοποιούνται μόνο όταν ο ασθενής απολέσει την ικανότητα του προς συναίνεση. Εφόσον, λοιπόν, ουδέν ζήτημα γεννάται περί εμμέσου αναγνώρισης ενός δικαιώματος στον θάνατο στην περίπτωση άρνησης θεραπείας από ικανό ασθενή, ποιος

<sup>53</sup> Βλ. και Β. Μάλλιο, Το Στρασβούργο αντιμέτωπο με τα διλήμματα βιοηθικής, ΔτΑ Ν° 44/2009, 1163 επ.



λόγος επιβάλλει έναν τέτοιο προβληματισμό στην περίπτωση των προγενεστέρων οδηγιών;

Έχει καταστεί σαφές ότι η αναγνώριση της ισχύος και της δεσμευτικότητας στο μόρφωμα των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του, δεν συνεπάγεται αυτομάτως και μία αναγνώριση δικαιώματος στον θάνατο. Η άρνηση θεραπείας δεν ισοδυναμεί με ευθανασία ή αυτοκτονία. Επομένως, για την εγκυρότητα και δεσμευτικότητα των προγενεστέρων οδηγιών δεν χρειάζεται η εκ μέρους του κράτους θεσμοθέτηση ενός δικαιώματος στον θάνατο ή η νομιμοποίηση της ευθανασίας. Οτιδήποτε μπορεί εγκύρως να αποτελέσει περιεχόμενο της συναιδέσεως του ικανούς ασθενούς, μπορεί ομοίως να αποτελέσει και αντικείμενο των προγενεστέρων οδηγιών. Εφόσον, λοιπόν, ένας ικανός ασθενής μπορεί εγκύρως να αρνηθεί λόγω χάρη τη σίτισή του με τεχνητά μέσα ή την αιμοκάθαρση, το ίδιο μπορεί να πράξει και ο «ανίκανος» ασθενής μέσω του οχήματος των προγενεστέρων οδηγιών, χωρίς να εγείρονται οποιεσδήποτε αμφιβολίες περί ευθανασίας και δικαιώματος στον θάνατο. Σε αντίθεση περίπτωση, θα οδηγούμαστε σε μία αδικαιολόγητη περιστολή του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος του ασθενούς στην αυτονομία.

Σε κάθε περίπτωση, το δικαίωμα στη ζωή δεν μπορεί να ερμηνευθεί ως υποχρέωση του δικαιούχου να ζει. Για τον λόγο αυτό όταν το δικαίωμα στην ζωή, ως καθαρά βιολογικό φαινόμενο, και το δικαίωμα στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, όπως αυτή καθορίζεται από τον ίδιο τον ασθενή<sup>54</sup>, συγκρούονται, το δίκαιο δεν μπορεί παρά να παράσχει στον ασθενή την έσχατη δυνατότητα να αρνηθεί μια ανώφελη και επώδυνη θεραπεία· *in dubio pro dignitate*, λοιπόν.

Με την βοήθεια των ανωτέρω λεχθέντων περί αυτοπροσδιορισμού και συναιδέσεως, αντιλαμβάνεται κανείς τον λόγο για τον οποίο οι δύο έννοιες, δικαίωμα στην διατύπωση προγενεστέρων οδηγιών αφενός (και άρα αναγνώριση της δεσμευτικότητάς τους) και δικαίωμα στο θάνατο αφετέρου, μπορούν πράγματι να υπάρξουν η μία χωρίς την άλλη. Δεδομένου ότι το μόρφωμα των προγενεστέρων οδηγιών αποτελεί μία μορφή, μία υποκατηγορία της συναιδέσεως, όταν ο θεσμός αυτός της συναιδέσεως

---

<sup>54</sup> Χ. Βούλτσος, όπ.π. 122.

ουδέποτε έχει αμφισβητηθεί, ομοίως δέον να ισχύει και για το υπό εξέταση ζήτημα.

Διότι τόσο με την υποχρεωτική συναίνεση όσο και με τις προγενέστερες οδηγίες, ο ασθενής διαμορφώνει ο ίδιος αυτοβούλως και κατά τρόπο δεσμευτικό τον τρόπο της ιατρικής του μεταχείρισης. Πρόκειται για μία αξίωση που του παρέχεται από το νόμο, μέσω του δικαιώματος στην αυτονομία και την αξιοπρέπεια, με σκοπό να αποκρούσει ανεπιθύμητες στον ίδιο επενέργειες τρίτων επί του σώματος του, προφυλασσόμενος κατά το δοκούν. Όταν, λοιπόν, ο ασθενής ο οποίος είναι πλήρως ικανός μπορεί εγκύρως να αρνηθεί μία θεραπεία, ακόμη και εάν αυτό συνεπάγεται την άμεση επέλευση του θανάτου του, ποιο στοιχείο αρνείται την δυνατότητα αυτή σε ένα ασθενή ο οποίος εγκύρως και με πλήρη ικανότητα έχει λάβει τέτοιου είδους αποφάσεις, αλλά στάθηκε «άτυχος» και κατέστη ανίκανος όταν έφθασε η στιγμή αυτές να εφαρμοσθούν;

Διαφορετικά, με τυχόν άρνηση της αναγνώρισης δεσμευτικότητας στις ιατρικές αποφάσεις ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του, θα οδηγούμασταν στο ακριβώς αντίθετο αποτέλεσμα, ήτοι στην ουσιαστική καταπάτηση του δικαιώματος στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η παράταση και διατήρηση στη ζωή ενός ασθενούς με την διενέργεια ιατρικών πράξεων που το ίδιο έχει ρητώς και εγκύρως αποκλείσει, αποστερεί από τον ασθενή αυτόν την εξουσία αυτοπροσδιορισμού, καθιστώντας τον ένα άβουλο αντικείμενο στα χέρια του ιατρικού κόσμου.

Δεν πρόκειται, επομένως, για ζήτημα αναγνώρισης ενός δικαιώματος στην ζωή ή στον θάνατο, ούτε για την αναγνώριση της αρνητικής έκφανσης του δικαιώματος στην ζωή, αλλά στην ουσία για την πλήρη περιφρούρηση του δικαιώματος αυτοπροσδιορισμού του ασθενούς. Αναγνώριση της υποχρέωσης προς λήψη συναίνεσης και παράλληλα άρνηση στην αναγνώριση της δεσμευτικότητας των προγενεστέρων οδηγιών, συνιστά μία αδικαιολόγητη και άνιση διάκριση μεταξύ δύο εκφάνσεων του ίδιου δικαιώματος, ήτοι αυτού της αυτονομίας<sup>55</sup>.

Ως εκ τούτου, ουδέν λόγος συντρέχει για την αναγνώριση ενός δικαιώματος στον θάνατο. Το δίκαιο εξ ορισμού, άλλωστε, προορίζεται να

---

<sup>55</sup> Χ. Τσαϊτουρίδης, οπ.π., 393, 397.

ρυθμίζει τις σχέσεις μεταξύ των πολιτών. Ζητήματα όπως ο θάνατος τινός προσώπου ανήκουν αποκλειστικά στην προσωπική του σφαίρα επιρροής και ο νομοθέτης ουδέν λόγο έχει να επέμβει σε αυτά<sup>56</sup>. Έκαστος κοινωνός του δικαίου έχει την «εξουσία» οποτεδήποτε και εφόσον το επιθυμεί να αφαιρέσει την ζωή του. Όχι όμως γιατί ο νόμος του παρέχει τέτοιο δικαίωμα, αλλά γιατί η ίδια η φύση του έχει παράσχει αυτή την δυνατότητα<sup>57</sup>. Ακόμη και ο πολυπράγμων νομοθέτης αφήνει ένα μικρό περιθώριο ελεύθερο δράσης για κάθε κοινωνό του δικαίου, οφείλοντας να απέχει από την ρύθμιση μίας φυσικής διαδικασίας που δεν επιδέχεται ρύθμιση<sup>58</sup>. Το άτομο δεν είναι υποχρεωμένο να είναι ούτε υγιές ούτε ζωντανό· μόνοι περιορισμοί που μπορούν να τεθούν εδώ είναι όσοι υπαγορεύονται από το δημόσιο συμφέρον<sup>59</sup>.

Εξάλλου, εάν θεωρήσουμε πως ο νομοθέτης είναι σε θέση να αναγνωρίσει ένα δικαίωμα στον θάνατο ή γενικότερα στην αυτοπροσβολή, θα οδηγούμασταν στο παράδοξο ο σώζων για παράδειγμα έναν αυτόχειρα να ευθύνεται για την προσβολή του δικαιώματός του στην αυτοκαταστροφή. Ορώντας, ωστόσο, κανείς την «εξουσία» εκάστου για αυτοπροσβολή ως μία απλή δυνατότητα προς τούτο, η οποία δεν επιδοκιμάζεται ή προστατεύεται καθ' οποιονδήποτε τρόπο από τον νομοθέτη, μπορεί εύκολα να «απαλλάξει»

<sup>56</sup> Λ. Παπαδοπούλου, *όπ.π.*, 20-21.

<sup>57</sup> Λ. Παπαδοπούλου, *Διεπιστημονικό Συνέδριο: Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική – Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Προοπτικές του Μέλλοντος*, Ιόνιο, *όπ.π.*, 20.

<sup>58</sup> Χ. Παπαχαράλαμπος, *Η συμμετοχή σε αυτοκτονία, Δίκαιο και Οικονομία – Π.Ν.Σάκκουλας 1997*, 11, 14-15, *Καραβοκύρης Γ.*, *Περί του «δικαιώματος» στο θάνατο*, διαθέσιμο σε <http://www.constitutionalism.gr/wp-content/uploads/2012/11/karabokhrhs.pdf>, (πρόσβαση, 11-10-2014), 3 επ.

<sup>59</sup> Και πράγματι αυτό πράττει ο νομοθέτης. Ποινική τιμώρηση της πράξεως της αυτοκτονίας στον ελληνικό ποινικό κώδικα δεν υπάρχει. Αυτό όχι μόνο διότι όπως έχει υποστηριχθεί η ποινικοποίηση της πράξεως αυτής δεν θα είχε νόημα μιας και ο αυτόχειρας «εάν τουλάχιστον το εγχείρημα του επιτύχει διαφεύγει οριστικά κάθε γήινης δικαιοδοσίας» (*Κατρούγκαλος*, *όπ.π.*, σελ. 87, *Τσαϊτουρίδης*, *όπ.π.*, 384), αλλά διότι το δίκαιο και η πολιτεία στερούνται της όποιας εξουσίας τους να τιμωρήσουν όποια αυτοκαταστροφική πράξη, η οποία μάλιστα κατά τους ορισμούς του δικαίου δεν αποτελεί στην ουσία πράξη (προς έτερον) καθότι δεν επιφέρει καμία αλλαγή στον εξωτερικό κόσμο.

τον «σωτήρα» από την όποια ευθύνη του για την παρά τη θέληση του αυτόχειρα διάσωσή του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### **Η ΑΠΟΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΕΝΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ**

Σε αντίθεση με όσα προεκτέθηκαν, οι ανησυχίες και οι αντιρρήσεις που εγείρονται σχετικά με την εγκυρότητα και τη δεσμευτικότητα των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του, από μερίδα νομικών, επιστημόνων της υγείας, αλλά και της κοινωνίας είναι ουκ ολίγες. Με τα επιχειρήματα που εκτίθενται αμέσως κατωτέρω επιχειρείται η αποτροπή μιας ενδεχόμενης «κερκόπορτας», η οποία ανοίγεται με την αναγνώριση της δεσμευτικότητας των προγενέστερων οδηγιών και την ως εκ τούτου δυνατότητα του ασθενούς προς «εθελούσια έξοδο» από τη ζωή. Έτσι κατωτέρω αναλύονται όλα τα επιχειρήματα που βάλουν κατά της αναγνώρισης της δεσμευτικότητας των αποφάσεων αυτών.

#### **I. Κίνδυνοι, συγκρουόμενα συμφέροντα και όρια αυτονομίας ασθενούς**

##### **1. Χρονικό σημείο λήψεως και διατυπώσεως των αποφάσεων**

Το πρώτο και ίσως πιο πειστικό από τα αντεπιχειρήματα που διατυπώνονται για την δεσμευτικότητα των προγενεστέρων οδηγιών έγκειται στον χρόνο συντάξεώς τους. Έτσι, είτε η εν λόγω απόφαση ληφθεί μετά τυχόν ενημέρωση για την εκδήλωση μίας ασθένειας είτε σε ανύποπτο χρόνο, κανένας χρόνος δεν θεωρείται κατάλληλος για την έγκυρη διατύπωση τέτοιων αποφάσεων. Αναλυτικότερα, κατά τους υποστηρικτές της απόψεως αυτής, όταν το άτομο λαμβάνει ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής του κατόπιν της διάγνωσής του με κάποια ασθένεια δεν έχει την ψυχική ηρεμία και τη διαύγεια πνεύματος για να λάβει εγκύρως τέτοιες αποφάσεις, βρισκόμενος σε απόγνωση, κατάσταση πανικού και φόβου ή και κατάθλιψη λόγω της διάγνωσής του. Σε μία τέτοια περίπτωση, δεν πρέπει να παραβλέψει κανείς και το ενδεχόμενο ο ασθενής, υπό τον φόβο να επιβαρύνει τους οικείους του

με την πρόοδο της ασθένειας, να επιλέξει μία «πρόωρη» διακοπή της ασθενείας του<sup>60</sup>.

Στην αντίθετη περίπτωση δε που ο ασθενής διατυπώνει προγενέστερες οδηγίες χωρίς να έχει προηγηθεί η διάγνωση κάποιας ασθένειας, υποστηρίζεται ότι οι εν λόγω αποφάσεις δεν εκφράζουν την αληθή βούληση του ατόμου, καθότι η εκφρασθείσα αυτή βούλησή του είναι πολύ πιθανό να μεταβληθεί κατόπιν της διάγνωσης μίας ασθένειας, μετά από στάθμιση όλων των πτυχών της ασθένειας, των κινδύνων και των δυνατοτήτων θεραπείας. Χωρίς αυτά τα δεδομένα, οι όποιες εκφρασθείσες απόψεις δεν είναι επικαιροποιημένες και δεν ανταποκρίνονται στην αληθή βούληση του ασθενούς την κρίσιμη στιγμή. Υπάρχει δηλαδή ο φόβος να δεσμευθεί υπέρμετρα ο ασθενής με αποφάσεις που είχε λάβει έχοντας ελλιπή ενημέρωση επί των θεμάτων υγείας του, και μη μπορώντας πλέον, όντας ανίκανος, να τις αναθεωρήσει.

Αντιλαμβάνεται κανείς ότι με την προαναφερθείσα άποψη επιχειρείται η αιτιολόγηση της μη αναγνώρισης δεσμευτικής ισχύος στις προγενέστερες οδηγίες, με μόνο τον ισχυρισμό της πιθανολογούμενης αναντιστοιχίας της ρητής και εκπεφρασμένης βούλησης του ασθενούς με την δήθεν ύστερη βούλησή του την κρίσιμη στιγμή<sup>61</sup>.

Διότι, ακόμη και στην περίπτωση που ο ασθενής έχει διατυπώσει τις απόψεις του επί του τρόπου της μελλοντικής ιατρικής του μεταχείρισης κατά τον χρόνο που είχε λάβει γνώση της ασθένειας του, η εν λόγω άποψη προκρίνει την παράβλεψη της εκπεφρασμένης βουλήσεως του ασθενούς έναντι της βουλήσεως των οικείων των, στους οποίους αναγκαίως θα απευθυνθεί ο θεράπων ιατρός για την λήψη της απαραίτητης συναινέσεως (κατ' εφαρμογή του άρθρου 12 § 2 περ. ββ' ΚΙΔ), απλά και μόνο λόγω του ενδεχομένου της λήψεως αυτών των αποφάσεων υπό ψυχική πίεση. Πέραν

<sup>60</sup> Κ. Μανωλάκου– Τ. Βιδάλης, ό.π., 11, Α. Παπαδοπούλου, ό.π., 22-23

<sup>61</sup> Έτσι και Κ. Μανωλάκου – Τ. Βιδάλης, ό.π., 9-10. Επικριτική εν προκειμένω, διαφαίνεται η στάση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής στην Σύσταση: Η δεσμευτικότητα των "Οδηγιών Μη Ανάνηψης", ό.π., 5, όπου χαρακτηριστικά: «Το ενδεχόμενο μεταβολής της στάσης του ενδιαφερόμενου κατά τον κρίσιμο χρόνο είναι μεν υπαρκτό, ωστόσο δεν αρκεί για να αναιρέσει κάποιο βαθμό δεσμευτικότητας των οδηγιών». Αν και πιο κάτω (βλ. σελ. 6) η θέση αυτή φαίνεται να αυτοαναιρείται όταν υποστηρίζεται ότι στην περίπτωση των οδηγιών μη ανάνηψης ενέχεται μεγάλος κίνδυνος για την υγεία του ασθενούς και εκ του λόγου αυτού το ενδεχόμενο μεταβολής της στάσης αυτού είναι εδώ εντονότερο, λόγω της βεβαίας επέλευσης του θανάτου. Για τον λόγο αυτό προτείνεται η παραγνώριση εκ μέρους του ιατρού τω οδηγιών μη ανάνηψης.

του αλόγου ενός τέτοιου ισχυρισμού, ο οποίος καταλήγει στην πλήρη καταπάτηση του δικαιώματος αυτονομίας του ασθενούς, η ίδια η «ακύρωση» της δηλώσεως του ασθενούς λόγω των παραγωγικών αιτιών της βουλήσεως του δεν βρίσκει νομικό έρεισμα.

Ειδικότερα, το άρθρο 143 του Α.Κ. ορίζει ότι «πλάνη που αναφέρεται αποκλειστικά στα παραγωγικά αίτια της βούλησης δεν είναι ουσιώδης». Δυνάμει του άρθρου 141 «αν κάποιος καταρτίζει δικαιοπραξία και η δήλωσή του δεν συμφωνεί, από ουσιώδη πλάνη, με την βούλησή του, έχει δικαίωμα να ζητήσει την ακύρωση της δικαιοπραξίας». Από τη συνδυασμένη εφαρμογή των ανωτέρω αντιλαμβάνεται κανείς ότι ο νομοθέτης δεν ενδιαφέρεται εξίσου για τα αίτια εκείνα και τις συνθήκες που οδήγησαν τον δηλούντα στην δήλωσή του, παρά μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που ρητώς προβλέπεται αυτό. Όταν, λοιπόν, ο ασθενής επιλέγει, έχοντας πλήρη ικανότητα προς τούτο, τον τρόπο της ιατρικής του μεταχείρισης, ο φόβος, ο πανικός, η αγωνία ή οποιοδήποτε άλλο συναίσθημά του, δεν τον κάνουν λιγότερο ικανό για την έγκυρη διατύπωση των προγενεστέρων οδηγιών. Όταν, εξάλλου, δεν τίθεται ζήτημα ακύρου της συναιδέσεως σε κάθε περίπτωση που ο ασθενής αρνείται τη συναίνεσή του κατόπιν της ενημερώσεώς του περί της καταστάσεώς της υγείας του, ποιος ο λόγος για την παρούσα διαφοροποίηση; Μόνο η άγνοια, εν προκειμένω, ήτοι η λήψη των προγενεστέρων οδηγιών χωρίς προηγούμενη πλήρη και επαρκή γνώση του ασθενούς ως προς την ιατρική πράξη, θα δικαιολογούσε τη μη λήψη αυτών υπόψη, δεδομένης της άρρηκτης σύνδεσης της συναιδέσεως με την πρότερη ενημέρωση.

## **2. Συγκρουόμενα συμφέροντα και όρια αυτονομίας ασθενούς**

**A.** Επιπροσθέτως των ανωτέρω, οι επικριτές του μορφώματος των προγενεστέρων οδηγιών, στην προσπάθεια παρακάμψεως της εκπεφρασμένης βουλήσεως του ασθενούς, επικαλούνται ως υπέρτερα του δικαιώματος αυτοπροσδιορισμού του ασθενούς, τα συμφέροντα του θεράποντος ιατρού και των συγγενών του ασθενούς.

Αναλυτικότερα, υποστηρίζεται ότι το περιεχόμενο των ιατρικών αποφάσεων ενός ανθρώπου για το τέλος της ζωής του ενδέχεται να έρχεται σε αντίθεση με την κλινική εικόνα και τις δυνατότητες θεραπείας που μπορεί

να έχει σχηματίσει ο θεράπων ιατρός για τον εν λόγω ασθενή. Υπέρμαχος της απόψεως αυτής διαφαίνεται να είναι και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής<sup>62</sup>, η οποία θεωρεί ότι ο ιατρός οφείλει να ακολουθήσει τις προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς περί μη ανάνηψης, μόνο εάν θεωρεί ότι η ανάνηψη αποτελεί *in concreto* ανώφελη θεραπεία. Αντιθέτως, αν κρίνει ότι η ανάνηψη έχει μόνιμο θεραπευτικό όφελος, τότε μπορεί, επικαλούμενος την κατάσταση επείγοντος και το άρθρο 12 § 3 περ. α' του ΚΙΔ, να προβεί στην καρδιοαναπνευστική ανάνηψη, παρά την άρνηση του ασθενούς. Περαιτέρω, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής παρατηρεί πως αν η πράξη αυτή ήθελε κριθεί ως περιορίζουσα το δικαίωμα αυτονομίας του ασθενούς, τότε είναι απαραίτητη η ρητή νομοθετική αναγνώριση και κατοχύρωση των προγενέστερων οδηγιών. Παραβλέπεται, ωστόσο, με την υποστηριζόμενη άποψη αυτή, αφενός ότι το άρθρο 12 § 3 περ. α' ΚΙΔ δεν δύναται εν προκειμένω να εφαρμοσθεί καθότι η συναίνεση έχει ήδη αποκλεισθεί από τον ασθενή (δεν πρόκειται δηλαδή για περίπτωση αδυναμίας λήψης συναινέσεως), εφόσον εννοείται ο ιατρός έχει προλάβει να λάβει γνώση για την ύπαρξη τους, και αφετέρου ότι ο νομοθέτης έχει ήδη αναγνωρίσει τον θεσμό των ιατρικών αποφάσεων περί του τέλους της ζωής του ασθενούς, μέσου του άρθρου 29 § 2 του ΚΙΔ. Διαφορετικά ερωτάται ποιο το νόημα υπάρξεως της διατάξεως αυτής;

Πολύ περισσότερο, υφίσταται το ενδεχόμενο αυτό όταν από την στιγμή της συντάξεως των προγενεστέρων οδηγιών μέχρι την επέλευση του χρόνου ενεργοποίησής τους έχουν μεσολαβήσει τέτοιες εξελίξεις που αλλάζουν το τοπίο υπό το οποίο ο ασθενής συνέταξε τις εν λόγω οδηγίες, καθιστώντας την άρνηση συναίνεσης του μη επίκαιρη αλλά και ελλιπή ως προς την προϋπόθεση της πρότερης και πλήρους συναινέσεως.

Σε κάθε περίπτωση, οι διατυπωθείσες αποφάσεις του ασθενούς ενδέχεται να αντιτίθενται στις προσωπικές, ηθικές, θρησκευτικές και επιστημονικές πεποιθήσεις του ιατρού. Κατά τους υποστηρικτές της εν λόγω απόψεως, ο ασθενής ενδέχεται να προσβάλλει το δικαίωμα του θεράποντος ιατρού του όχι μόνο στην άσκηση του λειτουργήματος του κατά συνείδηση αλλά ακόμη και τις πεποιθήσεις του, ηθικές και θρησκευτικές, περί ζωής και θανάτου<sup>63</sup>.

<sup>62</sup> Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, ό.π., 5.

<sup>63</sup> Λ. Παπαδοπούλου, ό.π., σελ. 24-25



Με την παραπάνω άποψη, ωστόσο, παραβλάπτονται θεμελιώδεις αρχές και παραδοχές του δικαιοϊκού μας συστήματος. Έτσι, όταν από την σύνταξη των προγενεστέρων οδηγιών μέχρι την ενεργοποίησή τους έχουν μεσολαβήσει τέτοιες ιατρικές ανακαλύψεις που θα απαιτούσαν την εκ νέου ενημέρωση του ασθενούς για την εγκυρότητα της παρεχόμενης συναίνεσης, τότε μόνο θα ετίθετο ζήτημα εγκυρότητας και ως εκ τούτου δεσμευτικότητας των προγενεστέρων οδηγιών. Θεωρουμένης της σχετικής ενημερώσεως του ασθενούς επί της κατάστασης της υγείας, των κινδύνων και ιδίως των δυνατοτήτων θεραπείας, ως του «δικαιοπρακτικού θεμελίου» επί του οποίου ο ασθενής βάσισε τις τελικές του αποφάσεις, πρέπει να διαπιστώνεται κάθε φορά πράγματι ουσιώδης μεταβολή των συνθηκών για να καμφθεί το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού του ασθενούς<sup>64</sup>. Έτσι, λόγω χάριν ουσιώδη μεταβολή των συνθηκών, κατ' ανάλογη εφαρμογή του άρθρου 388 ΑΚ (διότι ευθεία εφαρμογή προφανώς δεν είναι δυνατή αφού η παροχή συναίνεσεως απέχει μακράν από το να χαρακτηριστεί ως αμφοτεροβαρής σύμβαση), θα υπήρχε στην περίπτωση ασθενούς ο οποίος, είχε αποκλείσει την σε αυτόν μεταμόσχευση, υπό τον φόβο απορρίψεως του μεταμοσχευμένου «ξένου» οργάνου, όταν πλέον μεταμοσχεύσεις θα ήταν δυνατόν να διενεργηθούν και με τη χρήση ανθρώπινων ανταλλακτικών οργάνων, τα οποία έχουν δημιουργηθεί από τα ίδια τα κύτταρα του ασθενούς. Σε μία τέτοια περίπτωση, λοιπόν, βασίμως θα μπορούσε να υποστηριχθεί η μεταβολή της πεπιοθήσεως και των απόψεων του ασθενούς, και ως εκ τούτου, θα αποτελούσε νόμιμη πράξη η παράβλεψη της εκπεφρασμένης βουλήσεως του ασθενούς. Σε κάθε άλλη περίπτωση, η κατά φαινόμενο διάσταση μεταξύ των προγενεστέρων οδηγιών και των νέων ιατρικών δεδομένων, δεν μπορεί να δικαιολογήσει την μη εφαρμογή των πρώτων, απαλλάσσοντας τον ιατρό από την υποχρέωση του να τις λάβει υπόψιν.

Δευτερευόντως, μία ενδεχόμενη σύγκρουση μεταξύ αφενός του δικαιώματος αυτονομίας του ασθενούς, όπως αυτό εκφράζεται διά των

---

<sup>64</sup> *Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής*, Σύσταση σχετικά με τη Δεσμευτικότητα των «Οδηγιών μη Ανάνηψης», ό.π., 5, όπου γίνεται μεν δεκτή η δεσμευτικότητα των προγενεστέρων οδηγιών, ως μορφή εκδήλωσης της αυτονομίας του ασθενούς, ειδικά, ωστόσο, για το ζήτημα των Οδηγιών Μη Ανάνηψης, αποφαίνεται υπέρ της αγνόησής τους από τον ιατρό, αφενός λόγω του επείγοντος χαρακτήρα της ιατρικής αυτής επέμβασης και αφετέρου λόγω του ότι αποτελεί ακραία μορφή άρνησης θεραπείας η οποία οδηγεί κατευθείαν στον θάνατο.

εκπεφρασμένων προγενεστέρων οδηγιών, και αφετέρου του δικαιώματος του ιατρού στην συνείδηση κατά την άσκηση του λειτουργήματός του ή/και της θρησκευτικής του ελευθερίας, δεν θα μπορούσε παρά να καταλήξει με τον περιορισμό των δικαιωμάτων του τελευταίου. Και αυτό βέβαια, είναι προφανές καθότι το συμφέρον του ασθενούς και τα διακυβευόμενα συμφέροντα αυτού είναι υπέρτερα από τα δικαιώματα του ιατρού<sup>65</sup>. Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, ως απεριόριστο συνταγματικό έννομο αγαθό, και το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού του ασθενούς δεν μπορούν να υποχωρήσουν έναντι των πεποιθήσεων του ιατρού, ο οποίος ακριβώς λόγω της συμβάσεως ιατρικής αγωγής που τον καλύπτει με τον ασθενή, οφείλει να εκτελέσει αυτήν σύμφωνα με τα συμφωνηθέντα. Σε κάθε περίπτωση δε που ο ιατρός αισθάνεται τέτοια προσβολή στην άσκηση των δικαιωμάτων του κατά την άσκηση της ιατρικής του επιστήμης, μπορεί να παραιτηθεί των καθηκόντων του έναντι του εν λόγω ασθενούς, εφόσον βέβαια υπάρχει περιθώριο ανεύρεσης άλλου συναδέλφου για την ανάληψη της θεραπείας του ασθενούς.<sup>66</sup>

Πέραν των ανωτέρω, κατά των προγενεστέρων οδηγιών γίνεται η κριτική ότι με την εφαρμογή τους παραγνωρίζονται πέραν από τα δικαιώματα του θεράποντος ιατρού και τα συμφέροντα των συγγενών του ασθενούς<sup>67</sup>. Ειδικότερα, υποστηρίζεται ότι το περιεχόμενο των προγενεστέρων οδηγιών ενδέχεται να έρχεται σε αντίθεση με τις επιθυμίες, τις απόψεις και τις πεποιθήσεις των οικείων του ασθενούς, οι οποίοι επιθυμούν την διατήρηση του ασθενούς στη ζωή σε κάθε περίπτωση και με κάθε κόστος. Έτσι, στην περίπτωση που οι συγγενείς αδυνατούν να διαχειριστούν την κατάσταση και να εκτελέσουν με συνέπεια τις επώδυνες συναισθηματικά για εκείνους προγενέστερες οδηγίες, υποστηρίζεται ότι προσβάλλεται μέσω αυτών η αρχή της προστασίας της οικογένειας<sup>68</sup>.

Ωστόσο, η επίκληση του άρθρου 21 § 1 του Συντάγματος δεν αρκεί για να παρακάμψει κανείς τη δεσμευτικότητα των προγενεστέρων οδηγιών. Η προστασία της οικογένειας εκ μέρους του Κράτους, ως θεμέλιου της συντήρησης και προαγωγής του Έθνους δεν μπορεί να έλθει σε σύγκρουση

<sup>65</sup> Βλ. και Χ. Ακριβοπούλου, *όπ.π.*, 1197.

<sup>66</sup> Ε. Ρεθυμιωτάκη, *όπ.π.*, 11, και Ι. Πέτρου, *όπ.π.*, 71.

<sup>67</sup> Λ. Παπαδοπούλου, *όπ.π.*, 25-26

<sup>68</sup> Άρθρο 21 § 1 Συντάγματος: «Η οικογένεια, ως θεμέλιο της συντήρησης κι προαγωγής του Έθνους, καθώς και ο γάμος, η μητρότητα και η παιδική ηλικία τελούν υπό την προστασία του Κράτους».

με το εξίσου συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα αυτονομίας του ασθενούς. Διότι, διαφορετικά θα οδηγούμασταν στο παράλογο να θεωρούμε υπέρτερες τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις απόψεις των συγγενών από τις ρητώς εκφρασθείσες αποφάσεις του ασθενούς, αφήνοντας στους πρώτους τα ηνία της ζωής του δεύτερου<sup>69</sup>. Εφόσον, λοιπόν, ο ικανός ασθενής έχει εγκύρως εκφράσει τις απόψεις του, δεν δύναται οι απόψεις των συγγενών του να υπερκεράσουν αυτές, καθότι η προστασία της οικογένειας δεν περιλαμβάνει εννοιολογικά τέτοιου είδους εξουσίες.

**B.** Πέραν τούτων, υποστηρίζεται πως το δικαίωμα αυτονομίας του ασθενούς δεν μπορεί να είναι απεριόριστο και κατά τούτο οι προγενέστερες οδηγίες περιορίζονται εφόσον το περιεχόμενο τους αντιτίθεται στον νόμο. Έτσι, ιατρικές αποφάσεις ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του που υπαγορεύουν την διακοπή θεραπείας αντιμετωπίζονται ως μία μορφή ενεργητικής ευθανασίας, καθότι επισπεύδουν τον θάνατο και ως εκ τούτου θεωρούνται άκυρες και μη δεσμευτικές.

Ο περιορισμός αυτός στο δικαίωμα αυτονομίας του ασθενούς, ο οποίος σημειωτέον δεν υφίσταται στην περίπτωση ενός υγιούς ασθενούς, ο οποίος αρνείται την έναρξη ή την συνέχιση μίας θεραπείας, επιβάλλεται σύμφωνα με την θεωρία αυτή εκ του λόγου ότι ο Έλληνας νομοθέτης δεν έχει νομιμοποιήσει την ευθανασία στην χώρα μας και η άρνηση θεραπείας ταυτίζεται με αυτήν. Τέτοιες απόψεις αντιμετωπίζουν την μη παροχή συναιδέσεως εκ μέρους του ασθενούς, μέσω των προγενεστέρων οδηγιών, ως μία έκφανση ενός δήθεν δικαιώματος στον θάνατο (το οποίο φυσικά δεν μπορεί να υπάρξει), περιορίζοντας έτσι αδικαιολόγητα το δικαίωμα αυτονομίας του ασθενούς.

Όλες οι ανωτέρω αναλυθείσες θεωρίες αποπειρώνται να θέσουν περιορισμούς στο δικαίωμα αυτονομίας του ασθενούς με αντάλλαγμα την προστασία δικαιωμάτων τρίτων προσώπων. Ακόμη και ο ισχυρισμός ότι με την αναγνώριση δεσμευτικής ισχύος στις προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς, θα δοθεί άλλοθι και ένα εύκολο βήμα για την «απαλλαγή» από «κοστοβόρους» ασθενείς, δεν αρκεί για την ευθεία καταπάτηση συνταγματικών κατοχυρωμένων δικαιωμάτων του. Ο φόβος και μόνο για τον

---

<sup>69</sup> Έτσι και *Ι. Πέτρου*, ό.π.π., 70.

τρόπο αξιοποίησης των προγενεστέρων οδηγιών αλλά και για την κατά κατάχρηση εφαρμογή τους με σκοπό την μείωση των κοινωνικών παροχών υπηρεσιών υγείας, υπό την κάλυψη της προστασίας των προσωπικών επιλογών του ασθενούς, δεν δύναται να αποτελέσει επαρκή αιτία για την απόρριψη του θεσμού των προγενεστέρων οδηγιών<sup>70</sup>.

Σε μία κοινωνία, εξάλλου, που ο ιατρικός πατερναλισμός υποχωρεί ολοένα και περισσότερο από τις σχέσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών, δεν βρίσκουν θέση τέτοιου είδους απόψεις, οι οποίες επιφυλάσσουν στον ασθενή δευτερεύουσα θέση έναντι του θεράποντος ιατρού ή των συγγενών του.

## II. Το δικαίωμα και το αγαθό της ζωής

Αποτελεί αδιαμφισβήτητη παραδοχή το γεγονός ότι η ζωή συνιστά το πρωτεύον προστατευόμενο συνταγματικό αγαθό, το οποίο απολαμβάνει απόλυτη προστασία, αφού χωρίς την εξασφάλιση της ζωής ουδέν άλλο δικαίωμα μπορεί να υπάρξει. Χωρίς την προστασία της ανθρώπινης ζωής περιττεύει η προστασία οποιουδήποτε άλλου εννόμου αγαθού, γι' αυτό και το δικαίωμα στην ζωή χαρακτηρίζεται ως μητρικό, υπό την έννοια ότι αποτελεί την προϋπόθεση προστασίας όλων των λοιπών ανθρωπίνων δικαιωμάτων<sup>71</sup>. Με το δικαίωμα στην ζωή σήμερα να κατοχυρώνεται στα Συντάγματα της πλειονότητας των χωρών καθώς και σε διεθνείς συμβάσεις, η προστασία της ζωής δεν αποτελεί ατομικό μόνο δικαίωμα αλλά και θεμελιώδη αρχή του δικαίου. Έτσι, ο συνταγματικός νομοθέτης πέραν του υποκειμενικού δικαιώματος εκάστου στην προστασία της ζωής του, θεμελιώνει και έναν αντικειμενικό κανόνα δικαίου<sup>72</sup>.

Η προστασία του αγαθού της ζωής συνεπάγεται όχι μόνο την έναντι του κράτους επίκλησή του αλλά φυσικά και την έναντι ιδιωτών τριτενέργεια του δικαιώματος τούτου, δυνάμει και του άρθρου 25 § 1 του Συντάγματος. Φυσικά δικαίωμα αφαίρεσης της ζωής, και κατά συνέπεια δικαίωμα στον θάνατο, δεν

<sup>70</sup> Εξάλλου, ο αποτελεσματικότερος τρόπος για την καταπολέμηση του ενδεχομένου αυτού αποτελεί η θέσπιση σαφών νομοθετικών ρυθμίσεων, οι οποίες θα καθιστούν απόλυτα διαφανείς τις διαδικασίες λήψεως τέτοιων αποφάσεων και θα εξασφαλίζουν την τήρηση όλων των σχετικών δικλείδων ασφαλείας. Βλ. σχετ. και Χ. Τσαϊτουρίδη, *όπ.π.*, 400.

<sup>71</sup> Χ. Παπαχαραλάμπους, *όπ.π.*, 3, Λ. Σοφουλάκης, Η προστασία της ανθρώπινης ζωής κατά το Σύνταγμα και τους νόμους, Εκδ. Οίκος Αφοί Π. Σάκκουλα, 1994, 39-41.

<sup>72</sup> Γ. Κατρούγκαλος, *όπ.π.*, 74.

αναγνωρίζεται βάσει του άρθρου 5 § 2 του Συντάγματος. Όμως, πολύ περισσότερο από αυτό, πολλάκις έχει υποστηριχθεί ότι η προστασία της ζωής συνεπάγεται και μία υποχρέωση του ανθρώπου να ζει, μία υποχρέωση που έρχεται ως αναπόδραστη συνέπεια της απόλυτης αξίας και προστασίας της ανθρώπινης ζωής<sup>73</sup>. Από αυτήν, λοιπόν, τη νομική υποχρέωση προς ζην δικαιολογείται και η κατ' άρθρον 301 ΠΚ τιμώρηση της συμμετοχής σε αυτοκτονία. Ο νομοθέτης, λοιπόν, έχοντας ως δεδομένο το άδικο της κύριας πράξης της αυτοκτονίας τιμωρεί πλέον με ποινικές κυρώσεις, τη συμμετοχή σε αυτή. Ο λόγος δε της μη τιμώρησης της κύριας πράξης της αυτοκτονίας δικαιολογείται εκ του λόγου ότι η ποινή, εν προκειμένω, παρέλκει<sup>74</sup>. Πολλάκις γίνεται αναφορά στον έντονο αξιολογικό χαρακτήρα του δικαιώματος της ζωής, καθώς και στην ιδιαίτερη σπουδαιότητα του αγαθού αυτού, για να δικαιολογηθεί η προστασία του ακόμη και έναντι του ίδιου του δικαιούχου του. Πως μπορεί, ωστόσο, το ίδιο το αγαθό να αυτονομηθεί και να αποκτήσει μία αυτόνομη προστασία, ανεξάρτητη και πολύ περισσότερο αντίθετη από τη βούληση του φορέα του<sup>75</sup>;

Η άποψη αυτή αντιλαμβάνεται τη ζωή ως το υπέρτατο θείο δώρο στον άνθρωπο, την ολοκλήρωση και την κορύφωση της Δημιουργίας. Από την αντίληψη αυτή, την πράγματι χριστιανικά εφορμούμενη, αρύονται οι κατακριτές των προγενεστέρων οδηγιών την άποψη ότι η απολυτότητα της προστασίας του υπέρτατου αγαθού της ζωής και η πλήρης απαγόρευση προσβολών της στρέφεται και κατά του ίδιου του φορέα του αγαθού, θεωρώντας και τον ίδιο ως πηγή κινδύνου. Έτσι, αποκλείεται οποιαδήποτε μορφή αυτοπροσβολής της ζωής, επομένως και οι ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής ενός προσώπου, υπό την αντίληψη ότι ουδεμία ζωή μπορεί να θεωρηθεί ανάξια να τη ζήσει κανείς<sup>76</sup>.

Κατάληξη της απόψεως αυτής αποτελεί η θεώρηση ότι ο ασθενής δεν μπορεί με κανέναν τρόπο να επισπεύσει τον θάνατό του, ή να αναθέσει σε τρίτον την τύχη της ιατρική του μεταχείρισης, και ως εκ τούτου την ίδια του τη ζωή, αλλά οφείλει να συμβαδίσει με την φυσική πορεία των πραγμάτων. Αυτό

<sup>73</sup> Ν. Ανδρουλάκης, Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος, σελ.28.

<sup>74</sup> Για τον λόγο αυτό και ο Μανωλεδάκης (όπ.π., 468 επ.) θεωρεί ότι ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να υπομείνει την ιατρική επέμβαση, διότι είναι προς όφελός του.

<sup>75</sup> Χ. Παπαχαλαράμπος, όπ.π., 5, Γ. Κατρούγκαλος, όπ.π., 75.

<sup>76</sup> Α. Δημητρόπουλος, όπ.π., σελ. 398.

φυσικά δεν σημαίνει ότι ο ασθενής θα αφηθεί να υποφέρει, αφού πάντοτε έχει το δικαίωμα στην χορήγηση ανακουφιστικής αγωγής· οφείλει, ωστόσο, να διατηρείται στη ζωή.

Καταληκτικά, η ζωή αντιμετωπίζεται ως αγαθό που έχει χαρισθεί από τον Θεό και ως εκ τούτου μόνο Εκείνος έχει την «εξουσία» να το αφαιρέσει. Για τον λόγο αυτό, ο ασθενής δεν δικαιούται στην διατύπωση προγενεστέρων οδηγιών οι οποίες θα περιέχουν άρνηση θεραπείας, συνεπαγόμενες ως εκ τούτου την επίσπευση του θανάτου του ασθενούς ή τον ορισμό τρίτου προσώπου, που θα δύναται να καθορίσει τον τρόπο της ιατρικής μεταχείρισης, καθότι το αγαθό της ζωής ούτε είναι δεκτικό παραίτησης ούτε μεταβιβάζεται. Σε κάθε περίπτωση, όμως, μόνος γνώμονας και κριτήριο για την απάντηση σε τέτοιου είδους διλήμματα, περί ζωής και θανάτου, είναι ο συγκεκριμένος άνθρωπος/ασθενής, και όχι άλλοι σκοποί ή αξίες<sup>77</sup>. Μόνο ο άνθρωπος μπορεί να αποτελέσει αυτοσκοπό της ιατρικής φροντίδας και της προστασίας της ζωής, χωρίς να καθίσταται μέσο για την επίτευξη αυτών των σκοπών<sup>78</sup>. Έτσι στο δίλημμα «*Voluntas Aegroti Suprema Lex*» ή «*Salus Aegroti Suprema Lex*», η πλάστιγγα πρέπει να γείρει μάλλον προς το μέρος του απόλυτου σεβασμού της βουλήσεως του ασθενούς και όχι της σωτηρίας αυτού παρά τη θέλησή του.

Παρόλη, επομένως, την θεώρηση του δικαιώματος της ζωής ως ενός απόλυτου δικαιώματος το οποίο δεν επιδέχεται περιορισμούς, σε μία ενδεχόμενη σύγκρουση του δικαιώματος της ζωής και του εξίσου απολύτου δικαιώματος στην αξιοπρέπεια, δεν μπορεί εκ των προτέρων να αποκλεισθεί ο περιορισμός του δικαιώματος στη ζωή<sup>79</sup>. Εξάλλου, ακόμη επί της αναγνώρισεως μίας υποχρέωσης για ζωή, αυτή δεν μπορεί να νοηθεί ως νομική υποχρέωση επιβαλλόμενη στον εκάστοτε δικαιούχο, αλλά μάλλον ως ηθική υποχρέωση που μόνο εσωτερικά και αυτοαναφορικά μπορεί να λειτουργήσει.

Σε κάθε περίπτωση, παρά την κριτική που ασκείται σε βάρος των ανωτέρω απόψεων οι οποίες βάλλουν κατά της ισχύος και της δεσμευτικότητας των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της

<sup>77</sup> Έτσι και Χ. Βούλτσος, όπ.π., 125.

<sup>78</sup> Ι. Πέτρου, όπ.π., 70, 73, Γ. Κατρούγκαλος, όπ.π., 76-77.

<sup>79</sup> Έτσι, Χ. Παπαχαράλαμπος, όπ.π., και Χ. Βούλτσος σε Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 363-364.

ζωής του, από όλες τις προαναφερθείσες στο παρόν κεφάλαιο θεωρήσεις, μπορούν να συναχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την καθοδήγηση και εξασφάλιση μίας όσο το δυνατόν μεγαλύτερης ασφάλειας κατά τη διατύπωση και εφαρμογή των «πρώιμων» αυτών αποφάσεων.

Έτσι, με την βοήθεια της ασκούμενης, κατά των προγενεστέρων οδηγιών, κριτικής μπορεί να εντοπισθεί ο κατάλληλος εκείνος χρόνος για την λήψη αυτών, ο απαιτούμενος τύπος ο οποίος θα εξασφαλίζει την σοβαρότητα της βουλήσεως του ασθενούς, αλλά και η ακολουθούμενη διαδικασία εφαρμογής τους, ώστε να αποφευχθούν ενδεχόμενα αντιρρήσεων από το ιατρικό προσωπικό ή και του συγγενείς.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### **Ο ΒΑΘΜΟΣ ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΕΝΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΗΜΕΔΑΠΗ ΕΝΝΟΜΗ ΤΑΞΗ & Η ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ Ε.Δ.Δ.Α.**

Στο παρόν κεφάλαιο, κατόπιν της παραθέσεως αφενός των ισχυουσών νομοθετικών ρυθμίσεων σχετικά με το εξεταζόμενο ζήτημα αλλά και των αντικρουόμενων θεωριών περί της δεσμευτικότητας ή μη των οδηγιών αυτών, επιχειρείται μία προσέγγιση του ζητήματος της δεσμευτικότητας των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του από την σκοπιά του ισχύοντος σήμερα νομοθετικού πλαισίου στην Ελλάδα, βάσει των εθνικών ρυθμίσεων, διεθνών συμβάσεων αλλά και της νομολογίας του Ε.Δ.Δ.Α., σε μία προσπάθεια εξεύρεσης των πραγματικών δυνατοτήτων που παρέχει ο νομοθέτης για την αναγνώριση της ισχύος των ιατρικών αποφάσεων ενός προσώπου για το τέλος της ζωής του.

#### **I. Ο βαθμός δεσμευτικότητας των προγενεστέρων οδηγιών βάσει του ισχύοντος δικαίου**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο εσωτερικός νομοθέτης δεν θέλησε να εκφρασθεί με σαφήνεια ως προς τον βαθμό δεσμευτικότητας των ιατρικών αποφάσεων στο τέλος της ζωής. Έτσι, ενώ με την παράγραφο 2 του άρθρου 29 του Κ.Ι.Δ.<sup>80</sup>, ο νομοθέτης επιβάλλει στον ιατρό την υποχρέωση να λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, εκείνος δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει, ήδη στην επόμενη παράγραφο, σπεύσει να αποσαφηνίσει ότι η επιθυμία ενός ασθενούς να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου. Μία *prima facie* ερμηνευτική προσέγγιση των ανωτέρω ρυθμίσεων θα οδηγούσε στην εν μέρει αυτοαναίρεση του ίδιου του

<sup>80</sup> Ως μία διάταξη που προκαλεί σύγχυση και σε κάθε περίπτωση δίνει την ευχέρεια στον ιατρό να αποδεσμευθεί από τις προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς, χαρακτηρίζει την εν λόγω διάταξη η Ε. Πραγιάννη, ό.π., 109, 114, 121.



νομοθέτη όταν επιβάλλει στον ιατρό αφενός την υποχρέωση να λάβει υπόψη τις εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς και αφετέρου τον «προειδοποιεί» ότι η επίσπευση του θανάτου δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να δικαιολογηθεί νομικά ακόμη και μέσω των προγενεστέρων οδηγιών του ασθενούς.

Όπως προελέχθη, ωστόσο, προορισμός του νομοθέτη δεν είναι η διατύπωση προτροπών προς τους κοινωνούς του δικαίου<sup>81</sup>. Τουναντίον, αποστολή του νομοθέτη αποτελεί η με τρόπο αναγκαστικό ρύθμιση των κοινωνικών σχέσεων των ανθρώπων. Εξάλλου, έχει ήδη επισημανθεί ότι οι προγενέστερες οδηγίες με αίτημα την επίσπευση του θανάτου δεν αποτελούν έγκυρες και δεσμευτικές οδηγίες με βάση το ισχύον στην ημεδαπή δίκαιο. Επομένως, η υπενθύμιση του νομοθέτη ότι η επίσπευση του θανάτου σε έναν ασθενή απαγορεύεται σε κάθε περίπτωση δεν μπορεί να ερμηνευθεί ως αναιρούσα την ίδια την δεσμευτικότητα των ιατρικών αποφάσεων περί του τέλους της ζωής.

Κατ' ακολουθία των ανωτέρω, ο ιατρός έχει σαφή υποχρέωση να ακολουθήσει τις εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς, διαφορετικά θα καθίστατο κενό νοήματος το γράμμα του νόμου. Σε περίπτωση δε που δεν το πράξει και αγνοήσει τις εγκύρως διατυπωθείσες επιθυμίες του ασθενούς, μπορεί να μην υπέχει ποινική ευθύνη για την θεραπεία στην οποία υπέβαλε τον ασθενή παρά την θέλησή του, αλλά θα ευθύνεται σε κάθε περίπτωση αδικοπρακτικώς και ενδοσυμβατικώς, λόγω αφενός της προσβολής του απολύτου δικαιώματος της προσωπικότητας, του οποίου έκφανση αποτελεί το δικαίωμα αυτονομίας του ασθενούς το οποίο εκδηλώνεται και μέσω των προγενεστέρων οδηγιών, και αφετέρου λόγω της παραβίασεως της συμβατικής του υποχρέωσης να συμπορεύεται με τις επιθυμίες του ασθενούς του<sup>82</sup>.

<sup>81</sup> Δυστυχώς και η αιτιολογική έκθεση του ΚΙΔ, (διαθέσιμη σε <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/k-medcode1-eis.pdf>, πρόσβαση 10-09-2014), ουδεμία βοήθεια παρέχει στον ερμηνευτή του δικαίου ως προς τη μία ή την άλλη άποψη, καθότι αναφορικά με το άρθρο 29 § 2 ορίζει, μάλλον σιβυλλικά ότι με το εν λόγω άρθρο θεσπίζεται «το γενικό πλαίσιο αρχών, κύριοι άξονες του οποίου είναι [...] η συνεκτίμηση των επιθυμιών που έχει εκφράσει ο ασθενής κατά το παρελθόν»

<sup>82</sup> Διαφορετική είναι η θεώρηση του *Εργαστηρίου Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής*, σε διατυπωθείσα σχετικά γνώμη του (διαθέσιμη σε <http://medlawlab.web.auth.gr/gr/actions/opinions>, πρόσβαση 05-09-2016), όπου υποστηρίζεται ότι το άρθρο 29 § 2 του ΚΙΔ έχει δεοντολογικό και κατευθυντήριο χαρακτήρα, διευκολύνοντας τον ιατρό να επιλέξει μεταξύ ισοδύναμων ιατρικών

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, ο ιατρός δεσμεύεται για την εφαρμογή των προγενεστέρων οδηγιών εφόσον αυτές έχουν αυτονοήτως διατυπωθεί εγκύρως. Η εγκυρότητα και η δεσμευτικότητα, λοιπόν, των προγενεστέρων οδηγιών, εφόσον έχουν τηρηθεί όλα τα εχέγγυα για την παροχή συναιδέσεως, κρίνεται αναλόγως του περιεχομένου τους και κατά πόσον αυτό είναι επιτρεπτό κατά νόμο. Έτσι, όταν το περιεχόμενό αυτών αντιτίθεται στον νόμο, όπως στην παράγραφο 3 του άρθρου 29 Κ.Ι.Δ., οι προγενέστερες οδηγίες είναι άκυρες, θεωρούνται ως ουδέποτε γενόμενες, και ως εκ τούτου ο ιατρός όχι μόνο δεν δεσμεύεται ως προς την τήρησή τους αλλά οφείλει και να απέχει από αυτές, διαφορετικά κινδυνεύει ακόμη και με ποινική δίωξη.

#### **A. Ιατρικές αποφάσεις περί του τέλους της ζωής με αίτημα την άρνηση ή διακοπή θεραπείας**

Έχει ήδη καταστεί αντιληπτή η έντονη συζήτηση και διχογνωμία περί του αποδεκτού των ιατρικών αποφάσεων περί του τέλους της ζωής, οι οποίες περιέχουν άρνηση θεραπείας ή αίτημα για διακοπή αυτής. Προς το σκοπό, λοιπόν, τερματίσεως της συνεχώς αυξανόμενης κριτικής και των αντιμαχόμενων απόψεων περί του εγκύρου ή μη τέτοιων αποφάσεων, δέον να υπάρξει ρητή νομοθετική πρόβλεψη περί του επιτρεπτού περιεχομένου των προγενεστέρων οδηγιών.

Έτσι, οι προγενέστερες οδηγίες δεν μπορούν να έχουν ως αίτημα την ενεργητική ευθανασία, δεδομένου ότι κάτι τέτοιο αντίκειται στο δικαίικό μας σύστημα. Έτσι, ιατρός που ακολουθώντας τις προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς προχώρησε σε ευθανασία, θα τιμωρηθεί ως ανθρωποκτόνος, δυνάμει του άρθρου 299 του Π.Κ., και όχι με την ευμενέστερη διάταξη του επόμενου άρθρου 300 Π.Κ., περί ανθρωποκτονίας με συναίνεση, καθότι δύσκολα θα μπορεί να θεωρηθεί η προδιατυπωθείσα επιθυμία του ασθενούς ως σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος.

---

λύσεων και δεν συνεπάγεται νομική υποχρέωση του ιατρού, ο οποίος μπορεί ελεύθερα να απέχει από την εφαρμογή των προγενεστέρων οδηγιών, προς τον σκοπό της διάσωσης του ασθενούς. Εύλογα ερωτάται, ωστόσο, κανείς πως δύναται σε ένα δεσμευτικό κείμενό, όπως ο εν ισχύ ΚΙΔ, να επιβάλλει ο νομοθέτης στον ιατρό μία ηθική μόνο υποχρέωση και όχι νομική. Εξάλλου, και η συστηματική ερμηνεία των διατάξεων των άρθρων 12 και 29 § 2 ΚΙΔ, αλλά και του άρθρου 5 Σ, δεν μπορούν παρά να οδηγήσουν στο αντίθετο συμπέρασμα, διότι διαφορετική θεώρηση θα συνιστούσε παράβαση του άρθρου 5 Σ. Υπέρ ενδεχόμενης δεσμευτικότητας των προγενεστέρων οδηγιών φαίνεται και ο Βούλτσος (Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, όπ.π., 367), αν και παρουσιάζεται επιφυλακτικός λόγω της έντονα ασκούμενης κριτικής.

Πέραν τούτου άκυρη και ως εκ τούτου μη δεσμευτική αποτελεί και τυχόν επιθυμία του ασθενούς η οποία αντίκειται στα χρηστά ήθη, ή είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής, κατ' εφαρμογή του άρθρου 12 § 2 γ' του Κ.Ι.Δ..

Στην περίπτωση, ωστόσο, της αρνήσεως θεραπείας, η οποία διαφέρει από το αίτημα για ευθανασία, υπό τη μορφή λόγου χάριν της αρνήσεως υποβολής σε χειρουργική επέμβαση, της αρνήσεως διακομιδής σε νοσηλευτικό ίδρυμα, της αρνήσεως υποβολής σε καρδιοαναπνευστική ανάνηψη, της αρνήσεως μεταγγίσεως αίματος ή μεταμοσχεύσεως οργάνων, τόσο το ιατρικό προσωπικό όσο και οι οικείοι του ασθενούς οφείλουν να τις σεβασθούν και να εφαρμόσουν, στο μέτρο που τους αφορούν. Δεδομένου δε ότι ο εκ του ασθενούς εξαναγκασμός για την τήρηση των οδηγιών του είναι πρακτικά αδύνατος, θα πρέπει να ληφθεί νομοθετική πρωτοβουλία ώστε να καλυφθεί το κενό αυτό και να ορισθούν οι διαδικασίες εκείνες και οι αρμόδιες αρχές που θα επιφορτισθούν με την υποχρέωση ταύτη, ή ακόμη και οι κυρώσεις που θα επιβάλλονται σε περίπτωση μη συμμορφώσεως με τις προδιατυπωμένες αποφάσεις του ασθενούς.

Στο σημείο τούτο δέον να αναφερθεί η άποψη η οποία υποστηρίζει πως ως άρνηση θεραπείας δεν δύναται να θεωρηθεί η άρνηση εφαρμογής ιατρικών μεθόδων τεχνητής παράτασης της ζωής. Ειδικότερα, υποστήριξη και διατήρηση των βιοτικών λειτουργιών αποτελούν δύο διακριτές έννοιες. Στην μεν περίπτωση της υποστήριξης των βιοτικών λειτουργιών, μία βιοτική λειτουργία του ασθενούς επιβοηθάται για μικρό χρονικό διάστημα και ο ασθενής επανέρχεται κατόπιν στην προτέρα κατάσταση. Στη δε περίπτωση της διατήρησης των βιοτικών λειτουργιών, ένας ασθενής σε τελικό μη αναστρέψιμο στάδιο διατηρείται στη ζωή, διαφορετικά θα ήταν νεκρός. Η διακοπή της «θεραπείας» αυτής, εφόσον αυτή δεν οδηγεί σε ίαση αλλά σε παράταση της ζωής του ασθενούς, δεν συνιστά κατ ουσίαν διακοπή θεραπείας και έτσι δεν εγείρονται, ως προς αυτή, οι γνωστές αντιρρήσεις και επιφυλάξεις όταν η διακοπή αποτελεί αίτημα του ασθενούς διά προδιατυπωμένων οδηγιών<sup>83</sup>.

---

<sup>83</sup> Κ. Μανωλακου-Τ.Βιδάλης, όπ.π., 3-7.

## **Β. Ιατρικές αποφάσεις περί του τέλους της ζωής με περιεχόμενο τον ορισμό τρίτου ως «ιατρικά υπεύθυνου»**

Ως έχει προεκτεθεί, μέσω των προγενεστέρων οδηγιών ο ασθενής έχει τη δυνατότητα πέραν της παροχής ή αρνήσεως παροχής της συναίνεσης τους, να προβεί στον διορισμό ενός τρίτου προσώπου, ο οποίος θα τον υποκαθιστά στη βούληση του περί του τρόπου της ιατρικής του μεταχείρισης. Δεδομένου τούτου, στο σημείο αυτό, εξετάζονται ανά περίπτωση οι δυνατότητες αυτές του ασθενούς.

Έτσι, υποστηρίζεται ότι ο ασθενής μέσω των ιατρικών αποφάσεων περί του τέλους της ζωής, μπορεί να ορίσει ένα τρίτο πρόσωπο ως αντιπρόσωπό του. Σύμφωνα με τα γενικώς προβλεπόμενα στο έβδομο κεφάλαιο των γενικών αρχών του Αστικού Κώδικα, περί αντιπροσώπευσης και πληρεξουσιότητας (άρθρα 211 επ.), το κύριο αντικείμενο της αντιπροσωπείας και συναφώς και της πληρεξουσιότητας είναι οι δικαιοπραξίες<sup>84</sup>. Ειδικότερα, βάσει του άρθρου 217 ΑΚ, «*Η πληρεξουσιότητα δίδεται διά δηλώσεως προς τον εξουσιοδοτούμενον ή τον τρίτο, μεθ' ου επιχειρείται η δικαιοπραξία [...]*». Αποτέλεσμα αυτού αποτελεί η παραδοχή ότι εκούσια αντιπροσώπευση και πληρεξουσιότητα δεν είναι δυνατή επί καθαρά υλικών πράξεων και αδικοπραξιών. Αναφορικά με την ενδιάμεση, ωστόσο, κατηγορία των οιονεί δικαιοπραξιών γίνεται γενικά δεκτό ότι η αντιπροσώπευση τυγχάνει αναλογικής εφαρμογής. Και πάλι, ωστόσο, από τα ανωτέρω δεν συνάγεται ότι κάθε δικαιοπραξία ή οιονεί δικαιοπραξία είναι δεκτική αντιπροσώπευσης ούτε ότι κάθε υλική πράξη πρέπει να γίνει από το ενδιαφερόμενο πρόσωπο αυτοπροσώπως. Και στις δύο περιπτώσεις, ο νομοθέτης μπορεί να ορίσει διαφορετικά<sup>85</sup>.

Βέβαια, όπως έχει ήδη αναλυθεί, περί της φύσεως της συναίνεσης δεν υφίσταται ομοφωνία. Έτσι, υποστηρίζεται από τη μία ότι η συναίνεση αποτελεί οιονεί δικαιοπραξία και δη ανακοίνωση βούλησης, ενώ από την άλλη υποστηρίζεται ότι η συναίνεση αποτελεί διαπλαστικό δικαίωμα το οποίο παρέχει στον ασθενή την εξουσία για την διενέργεια υλικών πράξεων, ενώ

<sup>84</sup> Απ. Γεωργιάδης – Μιχ. Σταθόπουλος, Αστικός Κώδικς (Κατ' άρθρον ερμηνεία), Τόμος Ι – Γενικά Αρχαί, Εκδ. Αφοί Π. Σάκκουλα, Αθήνα 1978, 348, Β. Αντ. Βαθρακοκόιλης, Ερμηνεία – Νομολογία Αστικού Κώδικα (Κατ' άρθρον), Τόμος Α' Γενικές Αρχές, Αθήνα 2001, 879-880.

<sup>85</sup> Απ. Γεωργιάδης – Μιχ. Σταθόπουλος, *όπ.π.*, 349

λοιπές απόψεις έχουν χαρακτηρίσει την συναίνεση ως νομιμοποιητικό της ιατρικής πράξης λόγω ή όρο ενεργού της δικαιοπραξίας<sup>86</sup>.

Η επιλογή εκ μέρους του ερμηνευτή του δικαίου της αντίστοιχης ερμηνευτικής εκδοχής συνεπάγεται, επομένως, και διαφορετικές συνέπειες αναφορικά με τη δυνατότητα του ασθενούς για ορισμό ή όχι αντιπροσώπου διά προγενεστέρων οδηγιών. Έτσι, εφόσον χαρακτηρίσουμε την συναίνεση ως ανακοίνωση βούλησης, ήτοι οιονεί δικαιοπραξία και δεδομένου ότι επί των οιονεί δικαιοπραξιών γίνεται δεκτή η εφαρμογή των διατάξεων των άρθρων 211 επ. ΑΚ περί αντιπροσώπευσης, η δυνατότητα αυτή δεν μπορεί να αποκλεισθεί άνευ ετέρου στον ασθενή. Απεναντίας, θεωρούμενης της συναιδέσεως ως καθαρά υλικής πράξης, τέτοια δυνατότητα αποκλείεται κατ' αρχήν στον ασθενή, δυνάμει των ανωτέρω.

Ως εκ τούτου, για να θεωρηθεί κατά νόμο και συνεπώς έγκυρη τυχόν πληρεξουσιότητα για την διενέργεια υλικών πράξεων, πρέπει να προβλέπεται ειδικώς κάτι τέτοιο στον νόμο. Ειδικότερα, ανάλογες ειδικές προβλέψεις στον νόμο υπάρχουν λόγω χάριν στην περίπτωση της κτήσεως νομής δι' αντιπροσώπου κατ' άρθρον 979 ΑΚ, δεδομένου ότι η κτήση της νομής δεν είναι η δικαιοπραξία αλλά υλική πράξη, ή καταβολή ως υλική πράξη από ή προς αντιπρόσωπο, κατ' άρθρα 317 και 417 ΑΚ αντίστοιχα, ή και η διενέργεια των διαδικαστικών πράξεων από τον πληρεξούσιο δικηγόρο κατ' άρθρον 94 ΚΠολΔ<sup>87</sup>.

Εν αντιθέσει με τα ανωτέρω και τον γενικό κανόνα ότι αντικείμενο της αντιπροσώπευσης αποτελούν οι δικαιοπραξίες, αυτό δεν σημαίνει ότι όλες οι δικαιοπραξίες μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο πληρεξουσιότητας. Έτσι, η τέλεση γάμου, η εκούσια αναγνώριση τέκνου, η σύνταξη διαθήκης αποτελούν δικαιοπραξίες που απαγορεύεται ρητώς να συναφθούν δι' αντιπροσώπου, σύμφωνα με τα ρητώς οριζόμενα στα άρθρα 1350, 1476 και 1716 ΑΚ, αντίστοιχα.

Κατόπιν όλων των προαναφερθέντων, καθίσταται σαφές ότι πέραν των δικαιοπραξιών, εξαιρουμένων όσων ρητώς ο νόμος αποκλείει, αλλά και των οιονεί δικαιοπραξιών, για την έγκυρη σύναψη συμβάσεως πληρεξουσιότητας

<sup>86</sup> Α. Πελλένη – Παπαγεωργίου, «Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά», ΝοΒ 2007, 2317, Θ. Παπαζήση, όπ.π., 389.

<sup>87</sup> Απ. Γεωργιάδης – Μ. Σταθόπουλος, όπ.π., 348-349, 376.

επί υλικών πράξεων, απαιτείται να υπάρχει ρητή νομοθετική πρόβλεψη προς τούτο, διαφορετικά η σχετική πληρεξουσιότητα πάσχει ακυρότητας. Ως εκ τούτου, βάσει της κείμενης νομοθεσίας και εφόσον η συναίνεση θεωρηθεί ως υλική πράξη, ο ασθενής δεν έχει την δυνατότητα να ορίσει ένα αντιπρόσωπό του με σκοπό την αντ' αυτού και για λογαριασμό του παροχή ή μη της απαιτούμενης συναίνεσως<sup>88</sup>.

Η αυτή παραδοχή υπαγορεύεται και από το διεθνές δίκαιο. Έτσι, στο άρθρο 6 της Συμβάσεως του Οβιέδο ορίζεται ότι: «[...] 2. Στις περιπτώσεις που, σύμφωνα με το νόμο, ο ανήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει σε επέμβαση, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή των αρχών ή του προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από το νόμο [...]. 3. Στις περιπτώσεις όπου, σύμφωνα με το νόμο, ο ενήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης σε επέμβαση εξαιτίας διανοητικής αναπηρίας, νόσου ή για παρεμφερείς αιτίες, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή των αρχών ή προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από νομοθεσία [...]. 4. Στον αντιπρόσωπο, την αρχή, το πρόσωπο ή το σώμα που αναφέρονται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω, θα παρέχεται, υπό τις αυτές προϋποθέσεις, η ενημέρωση που αναφέρεται στο άρθρο 5. 6. Η εξουσιοδότηση που αναφέρεται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω δύναται να ανακληθεί οποτεδήποτε προς το συμφέρον του ενδιαφερόμενου προσώπου».

Μπορεί εκ πρώτης όψεως, το γράμμα της ανωτέρω διατυπώσεως να παραπέμπει στη δυνατότητα παροχής πληρεξουσιότητας, η αληθής, ωστόσο, έννοια των ανωτέρω διατάξεων δεν είναι η δυνατότητα ορισμού, εκ μέρους του ανίκανου προς συναίνεση, ενός αντιπροσώπου για την έκφρασή της βούλησής του όταν εκείνος δεν είναι ικανός. Διότι, σε κάθε περίπτωση, ο ανήλικος, ως ανίκανος λόγω μη συμπλήρωσης του απαιτούμενου ορίου ηλικίας (των 18 ετών βάσει του άρθρου 127 ΑΚ), δεν βρίσκεται φυσικά σε θέση να εξουσιοδοτήσει εγκύρως ένα τρίτο πρόσωπο να αποφασίζει για εκείνον· όπως συμβαίνει και με τον ανίκανο λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής (κατ' άρθρον 131 ΑΚ). Τουναντίον, οι ως άνω διατάξεις της διεθνούς συμβάσεως του Οβιέδο, ως διατάξεις μέλλουσες να εφαρμοσθούν

<sup>88</sup> Ελένη Ρεθυμιωτάκη, ό.π., 10.

σε απροσδιόριστο αριθμό κρατών, επιδιώκουν να καλύψουν ένα ευρύ φάσμα εθνικών νομοθετικών πρακτικών και δεν επιβάλλουν σαφώς στα κράτη – μέλη την υποχρέωση να νομοθετήσουν υπέρ της δυνατότητας ορισμού αντιπροσώπου από ανίκανους ασθενείς για τη στιγμή που αυτοί καταστούν ανίκανοι.

Ως εκ τούτου, καθίσταται σαφές ότι μέχρι την εκ μέρους του νομοθέτη ρητή πρόβλεψη της δυνατότητας ορισμού αντιπροσώπου εκ μέρους του ασθενούς, ο οποίος θα μπορεί να λαμβάνει ιατρικές αποφάσεις αντ' αυτού και για λογαριασμό του, και να παρέχει ή μη την σχετική συναίνεση κατόπιν πλήρους, σαφούς και κατανοητής ενημέρωσης, τέτοια δυνατότητα σήμερα ο ασθενής δεν έχει, θεωρούμενης της συναίνεσεως ως απλής υλικής πράξης. Ακόμη, ωστόσο, και επί οιονεί δικαιοπραξιών οι διατάξεις περί αντιπροσώπησης και πληρεξουσιότητας εφαρμόζονται αναλογικά και τηρουμένων πάντοτε των αναλογιών. Δεδομένου αυτού, δέον να γίνει δεκτό ότι, επί συναίνεσεως στη διενέργεια ιατρικών πράξεων και ιδίως λαμβανομένου υπόψη του ιδιαίτερου ευαίσθητου και προσωποπαγούς χαρακτήρα<sup>89</sup> των θεμελιωδών δικαιωμάτων της υγείας και της ζωής, πληρεξουσιότητα σε τρίτο πρόσωπο χωρίς ρητή νομοθετική πρόβλεψη δεν δύναται να υπάρχει. Σε αντίθετη περίπτωση, τόσο η πολυγωνμία περί της νομικής φύσεως της συναίνεσεως όσο και η εν γένει διχογνωμία επί του μορφώματος των προγενεστέρων οδηγιών θα οδηγούσε σε αδικαιολόγητη αβεβαιότητα σχετικά με την εγκυρότητα ή μη ιατρικών αποφάσεων περί του τέλους της ζωής με περιεχόμενο τον ορισμό αντιπροσώπου. Συνεπώς, υπό το ισχύον νομοθετικό καθεστώς στην ημεδαπή ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα μέσω προγενεστέρων οδηγιών να ορίσει αντιπρόσωπό του με σκοπό μέσω αυτού να εκφράσει την βούλησή του, ασκώντας το δικαίωμα αυτονομίας του.

Στο γενικότερο πλαίσιο της ώδε εξεταζόμενης κατηγορίας του 'διορισμού «αντιπροσώπου» του ασθενούς, εμπίπτει και η έννοια του αγγέλου. Ως άγγελος, λοιπόν, χαρακτηρίζεται στη νομική θεωρία το πρόσωπο εκείνο που διαβιβάζει απλά τη δικαιοπρακτική βούληση άλλου προσώπου και δεν

---

<sup>89</sup> Γίνεται δεκτό ότι «ο αυστηρός προσωπικός χαρακτήρας της σχέσεως ή η ιδιάζουσα σχέσις εμπιστοσύνης μεταξύ ωρισμένων προσώπων αποκλείουν την δι' αντιπροσώπου ενέργειαν», Απ. Γεωργιάδης – Μ. Σταθόπουλος, όπ.π., 349.

δικαιοπρακτεί<sup>90</sup>. Δεν πρόκειται δηλαδή για δήλωση του ίδιου του αγγέλου, αλλά για απλή διαβίβαση, υπό την έννοια της σωματικής υπηρεσίας, της δηλώσεως του δικαιοπρακτούντος, και ως προς αυτό η έννοια του αγγέλου διαφέρει από αυτήν της πληρεξουσιότητας<sup>91</sup>. Εν προκειμένω, λοιπόν, ως άγγελος θα μπορούσε να χαρακτηριστεί το πρόσωπο εκείνο στο οποίο ο ασθενής έχει εμπιστευθεί τις επιθυμίες του περί του τρόπου της ιατρικής του μεταχείρισης, προς τον σκοπό να τις μεταβιβάσει όταν παραστεί η ανάγκη στα αρμόδια πρόσωπα. Τέτοια δυνατότητα, ωστόσο, του ασθενούς μάλλον ως άνευ σημασίας, εν προκειμένω, και ως εκ τούτου απορριπτέα μπορεί να χαρακτηριστεί. Τον ίδιο σκοπό και με μεγαλύτερη ασφάλεια επιτυγχάνει η έγγραφη διατύπωση των προγενεστέρων οδηγιών και δη η καταχώρηση τους σε μία βάση δεδομένων, προσβάσιμη από τα αρμόδια πρόσωπα.

Περαιτέρω, ένας θεσμός ο οποίος θα μπορούσε να αποτελέσει χρήσιμο, εν προκειμένω, εργαλείο αποτελεί αυτός της δικαστικής συμπαράστασης. Σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 1666 επ. ΑΚ, πρόσωπο το οποίο πάσχει από διανοητική ή ψυχική διαταραχή ή από σωματική αναπηρία και αδυνατεί να φροντίζει εκ του λόγου τούτου περί των υποθέσεων του δύναται να υποβληθεί σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης. Σύμφωνα δε με το άρθρο 1667 ΑΚ, η υποβολή στη δικαστική συμπαράσταση διατάσσεται με δικαστική απόφαση, ακόμη και κατόπιν αιτήσεως του ίδιου του πάσχοντος, ενώ στην περίπτωση που ο συμπαραστατέος πάσχει από σωματική αναπηρία αίτηση για υποβολή του σε δικαστική συμπαράσταση μπορεί να υποβάλλει αποκλειστικά και μόνο ο ίδιος.

Σκοπός του δέκατου έκτου κεφαλαίου του Αστικού Κώδικα, αποτελεί η αντιμετώπιση των ζητημάτων που ανακύπτουν ως προς την επιμέλεια των προσώπων αυτών και η βελτίωση της διαδικασίας ένταξης τους σε κατάσταση αρωγής<sup>92</sup>. Έτσι και εν προκειμένω, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ένα πρόσωπο, μέλλον να καταστεί ανίκανο, δύναται να αιτηθεί το ίδιο από το αρμόδιο δικαστήριο, τον διορισμό του προτεινόμενου δικαστικού συμπαραστάτη, με σκοπό να επιμελείται το πρόσωπο αυτό των ιατρικών ή/και

<sup>90</sup> Ως «έμψυχος ή ζώσα επιστολή» χαρακτηρίζει ο Μπαλής, όπ.π., 289, τον άγγελο.

<sup>91</sup> Απ. Γεωργιάδης – Μ. Σταθόπουλος, όπ.π., 356, Β. Αντ. Βαθρακοκόιλης, όπ.π., 884, Κ. Σημαντήρας, όπ.π., 623-624.

<sup>92</sup> Αντ. Βαθρακοκόιλης, Ερμηνεία – Νομολογία Αστικού Κώδικα (Κατ' άρθρον), Τόμος Ε' Οικογενειακό Δίκαιο, Αθήνα 2004, 1379.



λοιπών του υποθέσεων. Εξάλλου, η de facto ανικανότητα του ασθενούς λόγω κάποιας επελθούσας ασθένειας ή παθήσεως, θα μπορούσε να υπαχθεί στην περίπτωση της σωματικής αναπηρίας, η οποία περιλαμβάνει περιπτώσεις προσώπων που πάσχουν από σωματικές μειονεξίες<sup>93</sup>, εκ γενετής ή επίκτητες, εφόσον πλέον η επιμέλεια των ιδίων υποθέσεων καθίσταται αδύνατη.

Ο νόμος, ωστόσο, ως ισχύει σήμερα απαιτεί ο λόγος που δικαιολογεί την υποβολή σε δικαστική συμπαράσταση να είναι παρών και η αδυναμία επιμέλειας των ιδίων υποθέσεων πραγματικό γεγονός. Δεδομένου τούτου, υπό τον ισχύον νομοθετικό καθεστώς δεν μπορεί εγκύρως ο ενδιαφερόμενος ασθενής να αιτηθεί ο ίδιος τον διορισμό ενός δικαστικού συμπαραστάτη για την υποθετική και σε κάθε περίπτωση μελλοντική περίπτωση που καταστεί ανίκανος. Μία τέτοια αίτηση θα απορριπτόταν όχι μόνο λόγω ελλείψεως νομικής βασιμότητας αλλά ακόμη και λόγω ελλείψεως ενεστώτος εννόμου συμφέροντος του αιτούντος ασθενούς, ο οποίος είναι κατά την υποβολή της αίτησης πλήρως ικανός προς επιμέλεια των υποθέσεων του.

Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, ασθενούς πάσχοντος από σωματική αναπηρία η οποία τον καθιστά, ήδη κατά τον χρόνο υποβολής της αίτησης, σε καθεστώς αδυναμίας επιμέλειας των υποθέσεων του, δύναται με αίτησή του να διορισθεί δικαστικός συμπαραστάτης, ο οποίος εφόσον του ανατεθεί η πλήρης επιμέλεια του προσώπου του συμπαραστατούμενου, δύναται να παρέχει ή μη τη συναίνεση του, κατ' άρθρον 12 § 2 περ. ββ' ΚΙΔ.

Από την ανωτέρω εξέταση συνάγεται ότι η υποκατάσταση ενός προσώπου στη βούλησή του ή στην δήλωση της βουλήσεως του προϋποθέτει σε κάθε περίπτωση ρητή νομοθετική πρόβλεψη που επιτρέπει την ως άνω υποκατάσταση, είτε μιλάμε για αντιπροσώπευση είτε για το καθεστώς της δικαστικής συμπαράστασης. Επομένως, ο ασθενής δεν δύναται να διορίσει πληρεξούσιο, άγγελο ή δικαστικό συμπαραστάτη προς το σκοπό μεταβιβάσεως σε εκείνον του δικαιώματος σε συναίνεση, και τυχόν τέτοιο περιεχόμενο των προγενεστέρων οδηγιών θεωρείται άκυρο. Ωστόσο, εφόσον ο ασθενής έχει εγκύρως εκφράσει, με σαφήνεια και πληρότητα, τις ιατρικές του αποφάσεις περί του τέλους της ζωής του, πρέπει να γίνει δεκτός και

<sup>93</sup> Η οικογενής σπαστική τετραπληγία έχει λόγου χάριν χαρακτηριστεί ως σωματική αναπηρία δικαιολογούσα την υποβολή σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης, από τη νομολογία, βλ. 3808/2013 ΜονΠρΑθ (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ).

έγκυρος ο διορισμός ενός τρίτου υπευθύνου προσώπου, υπό τη μορφή πληρεξουσίου, ο οποίος θα μεριμνά και θα ελέγχει την τήρηση της εφαρμογής των προγενεστέρων οδηγιών από τα δεσμευόμενα πρόσωπα, ήτοι το ιατρικό προσωπικό και τους οικείους του ασθενούς. Δεδομένου, λοιπόν, του κενού που δημιουργείται εφόσον αναγνωρισθεί η εγκυρότητα και η δεσμευτικότητα των προγενεστέρων οδηγιών ενός ασθενούς, ο οποίος όντας πλέον ανίκανος δεν δύναται φυσικά να ελέγχει την τήρησή τους ή μη, δέον να αναγνωρισθεί η τοιαύτη δυνατότητα στον ασθενή, προκειμένου να εξασφαλισθεί η πραγματική τήρηση τους και συμμόρφωση σε αυτές.

Σε κάθε περίπτωση, ως άκυρη και μη δεσμευτική πρέπει να θεωρηθεί και η εκφρασθείσα επιθυμία του ασθενούς, η οποία λόγω παρόδου του χρόνου από την δήλωσή της και μίας εν τω μεταξύ μεγάλης ιατρικής ανακάλυψης, δεν εδράζεται πλέον σε μία πλήρη ιατρική ενημέρωση. Σε μία τέτοια περίπτωση που η ιατρική ανακάλυψη είναι μεγάλης σπουδαιότητας ώστε να αλλάξει άρδην το ιατρικό τοπίο στο οποίο ο ασθενής διατύπωσε τις επιθυμίες του, εύλογα μπορεί να υποστηριχθεί ότι εάν γνώριζε τα νέα ιατρικά δεδομένα δεν θα είχε διατυπώσει με τον αυτό τρόπο τις ιατρικές του αποφάσεις. Ως εκ τούτου, και δεδομένου ότι οι προγενέστερες οδηγίες αποτελούν μία μορφή συναινέσεως για το έγκυρο της οποίας απαιτείται η πρότερη πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση, ο ιατρός δεν δεσμεύεται και μπορεί να απέχει από την λήψη υπόψη οδηγιών οι οποίες κρίνονται, λόγω των νέων ιατρικών δεδομένων, παρωχημένες. Σε κάθε περίπτωση βέβαια, πρέπει να τονισθεί ότι οποιαδήποτε μεταβολή των ιατρικών δεδομένων δεν μπορεί άνευ ετέρου να δικαιολογήσει το ανεφάρμοστο των προγενεστέρων οδηγιών, και οι ιατροί οφείλουν να είναι φειδωλοί στην επίκληση τέτοιων περιπτώσεων για την απαλλαγή τους από την εφαρμογή των προγενεστέρων οδηγιών.

Είναι προφανές ότι σε εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις που ο ιατρός δεν έχει την ευχέρεια χρονικά ώστε να πληροφορηθεί την ύπαρξη και το περιεχόμενο τυχόν υπαρχουσών προγενεστέρων οδηγιών, και υπάρχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, δεν ευθύνεται για την μη λήψη υπόψη αυτών, κατ' ανάλογη εφαρμογή του άρθρου 12 § 3 α' του Κ.Ι.Δ..

Ως προς το εξετασθέν ήδη ζήτημα της μη εφαρμογής προγενεστέρων οδηγιών σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας έχει εκτεθεί τόσο η στάση του

αλλοδαπού νομοθέτη όσο και αυτή των διεθνών συνθηκών. Έτσι, ενώ μερίδα της θεωρίας υποστηρίζει την αναλογική εφαρμογή του άρθρου 12 § 3 β', ώστε σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ο ιατρός να απαλλάσσεται από την λήψη υπόψη τυχόν προγενεστέρων οδηγιών. Από την άλλη πλευρά, η διεθνής σύμβαση του Οβιέδο δεν προβλέπει παρόμοια εξαίρεση σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας και έτσι έρχεται σε αντίθεση με τον ισχύοντα σήμερα στην ημεδαπή νόμο. Εξάλλου, το έγκυρο και ως εκ τούτου δεσμευτικό των προγενεστέρων οδηγιών κρίνεται είτε από το περιεχόμενό τους είτε από την ικανότητα ή μη του ασθενούς να συντάξει αυτές. Εφόσον, λοιπόν, ο ασθενής ήταν απολύτως ικανός κατά την διατύπωσή τους, οποιοδήποτε μεταγενέστερο γεγονός, ακόμη και μία απόπειρα αυτοκτονίας, δεν μπορεί να επιδρά αρνητικά στο κύρος και την δεσμευτικότητα αυτών.

## **II. Η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (Ε.Δ.Δ.Α.)**

Επί του ευρύτερου ζητήματος του δικαιώματος στη ζωή αλλά και της δυνατότητας διακοπής αυτής κατά την βούληση του δικαιούχου, έχει κρίνει πολλάκις το Ε.Δ.Δ.Α.. Έχει ήδη γίνει λεπτομερής αναφορά στην πρώτη απόφαση του Δικαστηρίου επί του ζητήματος τούτου, Pretty κατά Ηνωμένου Βασιλείου, όπου κρίθηκε ότι η μη εξασφάλιση ασυλίας στον σύζυγο της αιτούσας για την εκ μέρους του τέλεση του αδικήματος της συμμετοχής σε αυτοκτονία, δεν αποτελούσε παραβίαση εκ μέρους του βρετανικού κράτους του δικαιώματος στην ζωή (άρθρο 2 Ε.Σ.Δ.Α.). Διότι, όπως κρίθηκε δεν δύναται το δικαίωμα στη ζωή να ερμηνευθεί ως περιέχον και το αντίθετο δικαίωμα στον θάνατο, χωρίς στρέβλωση του γράμματος του νόμου. Εξάλλου, παραβίαση δεν υπήρξε κατά το Δικαστήριο ούτε αναφορικά με το άρθρο 3 της Συμβάσεως (απαγόρευση βασανιστηρίων), διότι διαφορετική παραδοχή θα οδηγούσε στην εκ μέρους των κρατών υποχρέωση υιοθέτησης πράξεων που έχουν ως άμεσο αποτέλεσμα τον τερματισμό της ζωής.

Περαιτέρω, με την απόφαση της 20<sup>ης</sup>-01-2011 (Haas κατά Ελβετίας<sup>94</sup>), το Ε.Δ.Δ.Α. έκρινε επί της προσφυγής ενός ατόμου που έπασχε από σοβαρή διπολική διαταραχή, και επιθυμούσε τον τερματισμό της ζωής του εκ του λόγου ότι δεν μπορούσε να συνεχίσει να ζει με αξιοπρέπεια. Έτσι, ο προσφεύγων προσέφυγε στο Δικαστήριο ζητώντας να αναγνωρισθεί ότι η άρνηση των ελβετικών αρχών να του χορηγήσουν την απαιτούμενη θανατηφόρο ουσία, χωρίς ιατρική συνταγή, παραβίαζε το άρθρο 8 της Συμβάσεως, περί προστασίας της προσωπικής ζωής. Το Δικαστήριο, ωστόσο, απεφάνθη ότι η πράξη αυτή των Ελβετικών αρχών δεν αποτελούσε παραβίαση του άρθρου 8, υπό την αιτίαση ότι και εάν ακόμη ήθελε θεωρηθεί ότι τα κράτη – μέλη υποχρεούνται στην λήψη θετικών μέτρων για την υποβοήθηση του ατόμου σε μία αξιοπρεπή αυτοκτονία, εν προκειμένω η Ελβετία δεν είχε παραβιάσει την υποχρέωσή της αυτή.

Τέτοια παραβίαση δεν υπήρξε διότι η εκ μέρους των Ελβετικών αρχών απαίτηση για σχετική ιατρική συνταγή προκειμένου να γίνει λήψη του θανατηφόρου φαρμάκου, εξασφαλίζει την σοβαρότητα κατά την λήψη τέτοιων αποφάσεων και αποτρέπει την κατάχρηση τέτοιων θεσμών. Σύμφωνα, λοιπόν, με την απόφαση του Ε.Δ.Δ.Α., η εκ μέρους του κράτους – μέλους απαίτηση για συνταγογράφηση, η οποία ακολουθεί μία ενδελεχή ψυχιατρική εκτίμηση του ατόμου, προκειμένου να γίνει η λήψη του θανατηφόρου φαρμάκου, αποτελεί μέσο για την εκπλήρωση της υποχρέωσης των κρατών – μελών να ακολουθούν τις απαραίτητες διαδικασίες οι οποίες θα εξασφαλίζουν ότι η βούληση του ασθενούς να πεθάνει είναι η αληθής και ελεύθερη βούλησή του. Εξάλλου, το Δικαστήριο δεν παρέλειψε να τονίσει το γεγονός πως τα κράτη – μέλη απέχουν πολύ από την εύρεση μίας από κοινού απόφασης ως προς τη δυνατότητα επιλογής του ατόμου ως προς τον τρόπο και τον χρόνο του θανάτου του.

Ακολούθως, το Ε.Δ.Δ.Α. με την απόφασή του, της 19<sup>ης</sup>-07-2012, επί της προσφυγής Koch κατά Γερμανίας<sup>95</sup> έκρινε μεν υπέρ της παραβίασης του άρθρου 8 της Συμβάσεως εκ μέρους του Γερμανικού κράτους, επεφύλαξε όμως υπέρ των κρατών – μελών την κρίση περί του ουσιαστικού δικαιώματος

<sup>94</sup> Διαθέσιμη σε [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Euthanasia\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Euthanasia_ENG.pdf), πρόσβαση 10-08-2015.

<sup>95</sup> Διαθέσιμη σε [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Euthanasia\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Euthanasia_ENG.pdf), πρόσβαση 10-08-2015.

σε αυτοκτονία. Ειδικότερα, στην προκειμένη περίπτωση, η σύζυγος του προσφεύγοντος, η οποία ήταν τετραπληγική, το 2004 αιτήθηκε στις Γερμανικές αρχές να της χορηγήσουν την απαραίτητη θανατηφόρα φαρμακευτική ουσία. Όταν οι Γερμανικές αρχές το αρνήθηκαν, η πάσχουσα επισκέφθηκε, τον Φεβρουάριο του 2005, με τον σύζυγό της την Ελβετία, όπου και προέβη σε αυτοκτονία με την βοήθεια ενός ιδρύματος. Όταν δε τον Απρίλιο του 2005, ο σύζυγος της παθούσας και προσφεύγων στο Ε.Δ.Δ.Α., κατέφυγε στα εθνικά δικαστήρια ζητώντας την αναγνώριση ως παράνομης της σχετικής αρνήσεως των Γερμανικών αρχών για χορήγηση της θανατηφόρου ουσίας στην σύζυγό του, τα εσωτερικά δικαστήρια, κατώτερα και ανώτατα, απέρριψαν την προσφυγή του ως απαράδεκτη. Το Ε.Δ.Δ.Α., που επιλήφθηκε κατόπιν έκανε δεκτή την αίτηση του προσφεύγοντος για παραβίαση εκ μέρους του Γερμανικού κράτους του άρθρου 8 της Συμβάσεως (για την προστασία της προσωπικής και οικογενειακής ζωής), λόγω της αρνήσεως των ημεδαπών δικαστηρίων να εξετάσουν τους λόγους προσφυγής του. Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, το Ε.Δ.Δ.Α. τόνισε πως επί της ουσίας, τα μόνα αρμόδια να αποφασίσουν είναι τα εθνικά δικαστήρια, δεδομένου ότι δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των κρατών – μελών περί του δικαιώματος στην αυτοκτονία.

Εν συνεχεία, το Ε.Δ.Δ.Α. με την απόφασή του, της 14<sup>ης</sup>-05-2013 επί της προσφυγής Gross κατά Ελβετίας<sup>96</sup>, απεφάνθη ότι η εκ μέρους του κράτους άρνηση χορήγησης θανατηφόρου φαρμακευτικής ουσίας σε ηλικιωμένη γυναίκα, μη ασθενή, συνιστούσε παραβίαση του άρθρου 8 της Συμβάσεως. Αναλυτικότερα, η προσφεύγουσα υπερήλικας ήθελε να θέσει τέλος στην ζωή της, παρά τα γεγονότα ότι δεν ήταν κλινικά ασθενής. Όταν, λοιπόν, αιτήθηκε προς τις αρμόδιες Ελβετικές αρχές την χορήγηση της θανατηφόρου ουσίας, οι τελευταίες αρνήθηκαν. Η προσφεύγουσα επικαλούμενη παραβίαση του άρθρου 8 της Συμβάσεως, περί της προστασίας της προσωπικής ζωής, μέσω της αρνήσεως των Ελβετικών αρχών προσέφυγε στο Ε.Δ.Δ.Α., το οποίο την δικάωσε. Έτσι, με την απόφασή του επί της προσφυγής αυτής, το Δικαστήριο έκρινε ότι πράγματι υπήρξε παραβίαση εκ μέρους του κράτους – μέλους του άρθρου 8, δεδομένου ότι ο Ελβετικός νόμος δεν ήταν σαφής ως προς το πότε

<sup>96</sup> Διαθέσιμη σε [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Euthanasia\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Euthanasia_ENG.pdf), πρόσβαση 10-08-2015.

επιτρέπεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία και τότε απαγορεύεται. Κατόπιν της αποφάσεως αυτής, το Ελβετικό κράτος με αίτησή του ζήτησε την κρίση της Ανώτερης συνθέσεως του Δικαστηρίου επί της υποθέσεως αυτής. Στο στάδιο αυτό ανακαλύφθηκε ότι η προσφεύγουσα είχε αποβιώσει ήδη από τον Νοέμβριο του 2011, και έτσι με την απόφασή, της 30<sup>ης</sup>-09-2014, απερρίφθη η ατομική της προσφυγή ως απαράδεκτη, αναγνωριζομένης της καταχρηστικής άσκησης του δικαιώματος της ατομικής προσφυγής (άρθρο 35 § 3<sup>α</sup> και 4 της Ε.Σ.Δ.Α), δεδομένου ότι η προσφεύγουσα με πρόθεση είχε αποκρύψει πληροφορίες περί του θανάτου της στον πληρεξούσιο της και κατά συνέπεια και στο Δικαστήριο, ώστε να αποφευχθεί η απόρριψη της προσφυγής της. Για τον λόγο αυτόν δε κρίθηκε ως άκυρη η πρώτη απόφαση του Δικαστηρίου, της 14<sup>ης</sup>-05-2013.

Τέλος, με την απόφαση της 05<sup>ης</sup>-06-2015, το Ε.Δ.Δ.Α. έκρινε επί της προσφυγής Lambert και λοιποί κατά Γαλλίας<sup>97</sup>, όπου οι αιτούντες: γονείς, ετεροθαλής αδελφός και αδελφή του Vincent Lambert, προσέφυγαν κατά αποφάσεως του Συμβουλίου της Επικρατείας της Γαλλίας. Ειδικότερα, ο Vincent Lambert είχε υποστεί τραύμα στο κεφάλι λόγω ενός σοβαρού αυτοκινητιστικού ατυχήματος το 2008, και είχε μείνει τετραπληγικός. Την 24<sup>η</sup>-06-2014, το Συμβούλιο της Επικρατείας επικύρωσε απόφαση του θεράποντος ιατρού του, μετά και από σχετική εισήγηση τριμελούς ιατρικής επιτροπής, για παύση της τεχνητής σίτισης και ενυδάτωσης του Lambert. Οι προσφεύγοντες, με την προσφυγή τους επικαλέσθηκαν παραβίαση του άρθρου 2, περί δικαιώματος στη ζωή, λόγω του τερματισμού της τεχνητής συντήρησης στη ζωή του παθόντος.

Το Ε.Δ.Δ.Α, αν και είχε κάνει δεκτή την σχετική αίτηση αναστολής των αιτούντων αναστέλλοντας την εκτέλεση της αποφάσεως του Συμβουλίου της Επικρατείας περί διακοπής της θεραπείας μέχρι την ολοκλήρωση της δικαστικής διαδικασίας ενώπιόν του, στην απόφασή του έκρινε ότι η απόφαση του ανωτάτου ακυρωτικού δικαστηρίου της Γαλλίας δεν αποτελούσε παραβίαση του άρθρου 2, για την προστασία της συμβάσεως. Έτσι, τονίζοντας ότι δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των κρατών μελών περί του νομίμου ή μη της απόσυρσης της θεραπείας που διατηρεί στη ζωή τον

<sup>97</sup> Διαθέσιμη σε [http://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Euthanasia\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Euthanasia_ENG.pdf), πρόσβαση 10-08-2015.

ασθενή, αναγνώρισε υπέρ των κρατών ευρύ πεδίο εκτίμησης σχετικά με το ζήτημα αυτό. Τούτων δοθέντων, λοιπόν, το Ε.Δ.Δ.Α. απεφάνθη ότι η γαλλική νομοθεσία και η ερμηνεία και εφαρμογή της μέσω του Συμβουλίου της Επικρατείας όχι μόνο δεν αντίκειτο στις διατάξεις της Συμβάσεως, αλλά ήταν απόλυτα συμβατή με το άρθρο 2 της Συμβάσεως. Τόνισε δε πως η συγκεκριμένη περίπτωση υπήρξε αντικείμενο βαθιάς εξέτασης, όπου όλες οι απόψεις εκφράσθηκαν και εκτιμήθηκαν προσεκτικά, υπό το φως λεπτομερών ιατρικών ερευνών αλλά και σημαντικών ιατρικών και ηθικών σωματίων.

Από όλα τα ανωτέρω εκτιθέμενα, αντιλαμβάνεται κανείς την αμηχανία του Ε.Δ.Δ.Α. μπροστά σε ζητήματα βιοηθικής, που εγείρουν μεγάλες διαμάχες μεταξύ των αντιμαχόμενων απόψεων και των αντίθετων συμφερόντων. Είναι χαρακτηριστικό το πώς το Δικαστήριο σε κάθε σχετική υπόθεση τονίζει την έλλειψη ομοφωνίας μεταξύ των κρατών μελών της Συμβάσεως επί των θεμάτων και την ως εκ τούτου αδυναμία επιβολής μίας υποχρέωσης στα κράτη για την λήψη μέτρων υπέρ της μίας ή της άλλης απόψεως. Για τον λόγο αυτό αφήνει στα κράτη – μέλη ευρύ περιθώριο δράσης και νομοθέτησης, ελέγχοντας το ίδιο τη συμβατότητα μόνο της εσωτερικής νομοθεσίας με την Ε.Σ.Δ.Α.. Όπως, βέβαια, έχει ήδη εκτεθεί προγενέστερες οδηγίες και ευθανασία δεν ταυτίζονται ως έννοιες. Δεδομένης, ωστόσο, της μέχρι τώρα απουσίας κρίσης του δικαιοδοτικού οργάνου του Ε.Δ.Δ.Α. αναφορικά με τις προγενέστερες οδηγίες, η έννοια και η κρίση επί του ζητήματος της ευθανασίας αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διαπίστωση της στάσης του διεθνούς αυτού οργάνου επί τέτοιων ζητημάτων βιοηθικής.

Από τις ανωτέρω παρατεθείσες αποφάσεις, λοιπόν, θα μπορούσε κανείς να συμπεράνει πως το Δικαστήριο δεν είναι αντίθετο με την εκ μέρους των κρατών θεσμοθέτηση ενός δικαιώματος στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή και την ευθανασία. Και ενώ με την πρώτη του ήδη σχετική απόφαση, το Δικαστήριο τόνισε πως το προστατευόμενο, στο άρθρο 2 της Ε.Σ.Δ.Α., δικαίωμα στη ζωή δεν μπορεί να θεωρηθεί ως περιέχον και ένα αντίστοιχο δικαίωμα στον θάνατο, μη αποδεχόμενο, ως εκ τούτου, ότι η Σύμβαση αναγνωρίζει και προστατεύει ένα τέτοιο δικαίωμα, ωστόσο, διαφαίνεται μία ανεκτική στάση του Δικαστηρίου.

Έτσι, ήδη από την απόφαση Gross κατά Ελβετίας, το Δικαστήριο έκρινε εμμέσως ως συμβατή την Ελβετική νομοθεσία με την Ε.Σ.Δ.Α.,

καταδικάζοντας την χώρα όχι για το γεγονός ότι επιτρέπει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία αλλά για το ότι η σχετική νομοθεσία δεν ήταν ακριβής ως προς τα δικαιούμενα πρόσωπα. Πολλώ δε μάλλον, το Ε.Δ.Δ.Α., αναγνώρισε την συμβατότητα με την Σύμβαση και δη με το άρθρο 2 αυτής και το εκεί προστατευόμενο δικαίωμα στη ζωή, της νομοθεσίας περί διακοπής της θεραπείας που κρατά μηχανικά τον ασθενή στη ζωή, με την απόφασή Lambert και λοιποί κατά Γαλλίας. Και εν προκειμένω, το Δικαστήριο απεφάνθη ότι δεν αποτελεί προσβολή του δικαιώματος στη ζωή η διακοπή της θεραπείας, η οποία συνεπάγεται την άμεση επέλευση του θανάτου του ασθενούς.



## ΜΙΑ DE LEGE FERENDA ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΕΝ ΕΙΔΕΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

Όλη η ανωτέρω παράθεση των αντικρουόμενων θεωριών περί των προγενεστέρων οδηγιών ενός ασθενούς αλλά και των νομοθετικών επιλογών, καταδεικνύουν όχι μόνο την έντονη διχογνωμία που επικρατεί για ένα ιδιαίτερα αμφιλεγόμενο κοινωνικό και ηθικό ζήτημα, αλλά πολύ περισσότερο την ίδια την πρόοδο και εξέλιξη της ιατρικής κουλτούρας και την συνακόλουθη εξέλιξη και της κοινωνικής ηθικής. Έτσι, οι σημερινές αντιλήψεις ξεφεύγουν ολοένα και περισσότερο από το πρότυπο της απόλυτης αυθεντίας και παντοδυναμίας του ιατρού, προσεγγίζοντας μία πιο φιλελεύθερη υπέρ του ασθενούς νοοτροπία, η οποία ως επίκεντρο έχει τον ίδιο τον ασθενή και τις επιλογές αυτού ως προς την ιατρική του μεταχείριση. Αποτέλεσμα αυτής της αυτοδυναμίας του ασθενούς, αποτελεί και η έγερση του εξεταζόμενου ζητήματος των προγενεστέρων οδηγιών.

Ο ασθενής έχοντας σήμερα διακόψει τον «ομφάλιο λώρο» που τον συνέδεε τόσο στενά με τον θεράποντα ιατρό του, επιθυμεί να μετέχει ενεργά στην λήψη των αποφάσεων που θα καθορίσουν όχι μόνο τον τρόπο της ιατρικής του μεταχείρισης αλλά πολύ περισσότερο την ίδια τη ζωή και την επιβίωσή του προσδιορίζοντας παράλληλα και την αξιοπρέπεια όπως ο ίδιος την αντιλαμβάνεται για τον εαυτό του. Το ζήτημα των προγενεστέρων οδηγιών και η αναγνώριση εκ μέρους του νομοθέτη του θεσμού αυτού, αποτελεί ένα πρώτο βήμα για την δημιουργία όλων εκείνων των συνθηκών που θα επιτρέψουν στον ασθενή να ασκήσει πραγματικά το δικαίωμα αυτονομίας του και να εξασφαλίσει για τον εαυτό του την αξιοπρεπή ζωή που του απομένει.

Η ζωή και ο θάνατος αποτελούσαν από αρχαιοτάτων χρόνων μείζονα ζητήματα κοινωνικών, ηθικών, φιλοσοφικών συζητήσεων και διαμαχών. Μπορεί ο Σωκράτης να αντιμετώπιζε την αυτοχειρία ως πράξη ανδρείας εφόσον είχε το κοινωνικό καλό και την ευταξία ως κίνητρο<sup>98</sup>, και οι Σπαρτιάτες

---

<sup>98</sup> Ο ίδιος εξάλλου δεν απέφυγε την αδικώς επιβληθείσα εις βάρος του θανατική ποινή του Δικαστηρίου της Ηλιαίας, η οποία του επεβλήθη κατόπιν της μηνύσεως του ποιητή Μελήτου με την κατηγορία της ασέβειας προς τους θεούς και της διαφθοράς των νέων: «Τάδε εγράφατο και αντωμόσατο Μέλητος Μελήτου Πιτθεύς Σωκράτη Σωφρονίσκου Αλωπεκήθεν; Αδικεί Σωκράτης, ους μεν η πόλις νομίζει θεούς ου νομίζων, έτερα δε δαιμόνια καινά εισηγόμενος· αδικεί δε και τους νέους διαφθείρων. Τίμημα θάνατος».

να μην δίσταζαν να φονεύσουν νεογέννητα τα οποία θεωρούσαν ως ανάπηρα, κακόμορφα, ασθενικά ή ακατάλληλα για την Σπαρτιατική Πολιτεία<sup>99</sup>, ωστόσο, ο Ιπποκράτης τασσόταν ρητώς κατά της ευθανασίας<sup>100</sup>, ενώ και ο Αριστοτέλης θεωρεί την αυτοχειρία ως μία πράξη άνανδρη, δειλή και υβριστική απέναντι στο κράτος<sup>101</sup>.

Σήμερα με την συνεχή πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας, ολοένα και πιο έντονα γίνεται συζήτηση περί ενός αξιοπρεπούς τέλους στη ζωή ενός ανιάτως πάσχοντος ασθενούς. Ο θάνατος έχει απολέσει σε μεγάλο βαθμό σήμερα την φυσικότητα που είχε ως ένα γεγονός βέβαιο και αναπόφευκτο, κι' αυτό έχει οδηγήσει εν πολλοίς τους ενδιαφερόμενους στην ανάγκη να καθορίσουν οι ίδιοι τον τρόπο της μεταχείρισης της ζωής, της υγείας και του σώματός τους.

Η έγερση και ένταση, εξάλλου, αυτού ακριβώς του κοινωνικού φαινομένου καταδεικνύεται και από την νομοθετική ρητή πρόβλεψη και αναγνώριση στον Κ.Ι.Δ. του μορφώματος των προγενεστέρων οδηγιών. Διότι, ο νομοθέτης είναι πάντοτε «καταδικασμένος» να αφουγκράζεται και να ακολουθεί τις κοινωνικές ανάγκες και απαιτήσεις. Έτσι, λοιπόν, η προάσπιση των δικαιωμάτων και ελευθεριών του ατόμου και στον τομέα της ιατρικής και της υγείας, δεν μπορεί να έρχεται σε δεύτερη μοίρα. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο, η ισχύουσα σήμερα διάταξη του άρθρου 29 § 2 του Κ.Ι.Δ., με τη γενικότητα της, χρήζει ενδεχομένως αναθεώρησης και συγκεκριμενοποίησης, ώστε να τίθενται εκ του νόμου όλα εκείνα τα εχέγγυα, η τήρηση των οποίων θα εξασφαλίζει την έγκυρη λήψη των σχετικών αποφάσεων, ώστε να εξασφαλίζεται πλήρως η δεσμευτικότητά τους έναντι τόσο του ιατρού όσο και των λοιπών εμπλεκομένων μερών, οικείων και συγγενών του ασθενούς.

Στο σημείο αυτό επιχειρείται, αντί επιλόγου, μία νομοθετική πρόταση για την πραγμάτωση της αρχής της αυτονομίας του ασθενούς και στο πεδίο των

---

<sup>99</sup> Σύμφωνα δε με τις αναφορές του Πλουτάρχου στον Βίο του Λυκούργου, τα νεογέννητα οδηγούνταν σε μία Επιτροπή Γερόντων, η οποία εφόσον τα έκρινε ακατάλληλα διέτασσε την θανάτωση αυτών στους «Αποθέτες», ένα βάραθρο του Ταυγέτου.

<sup>100</sup> Όρκος του Ιπποκράτη: «[...] Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε [...]». Βλ. σχετικά και *Α. Πλεύρη*, *Η επιρροή του όρκου του Ιπποκράτη στη Σύγχρονη Βιοηθική*, Νομική Βιβλιοθήκη, σελ. 31 επ.

<sup>101</sup> Αναφέρεται χαρακτηριστικά: «Το αποθνήσκειν φεύγοντα πενίαν ή έρωτα ή λυπηρόν ουκ ανδρείον, αλλά μάλλον δειλού».

ιατρικών αποφάσεων περί του τέλους της ζωής, λαμβανομένων υπόψιν αντίστοιχων νομοθετικών ρυθμίσεων χωρών της αλλοδαπής.

Αναλυτικότερα, το πρωτεύον και σπουδαιότερο στοιχείο για την εγκυρότητα συνάψεως προγενεστέρων οδηγιών αποτελεί προφανώς ο ακολουθούμενος τύπος. Κατά γενική ομολογία, ο προφορικός τύπος δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αρμόζων σε μία τέτοια κατηγορία αποφάσεων, δεδομένης της σπουδαιότητας των και ιδίως των διακυβευόμενων εννόμων αγαθών. Αποφάσεις οι οποίες μέλλουν να καθορίσουν την ιατρική μεταχείριση και ως εκ τούτου την ίδια την ζωή των ασθενών απαιτούν σοβαρότητα και περισυλλογή, έννοιες που δεν εξασφαλίζονται με την προφορικότητα του λόγου. Έχοντας, λοιπόν, ως δεδομένο τον έγγραφο τύπο ερωτάται εάν θα αρκούσε ένα ιδιωτικό έγγραφο, βέβαιης χρονολογίας βεβαίως, ή θα έπρεπε να απαιτηθεί η τήρηση συμβολαιογραφικού τύπου.

Αποτελεί πάγια πρακτική του νομοθέτη όταν επιθυμεί να εφιστήσει την προσοχή των συναλλασσομένων στην διενεργούμενη εκ μέρους τους πράξη να απαιτεί για το έγκυρο αυτής την τήρηση του συμβολαιογραφικού τύπου, όπως λόγου χάριν στις δικαιοπραξίες που αφορούν κτήση κυριότητας ακίνητου (1033 ΑΚ), ή την εκούσια αναγνώριση τέκνου εκτός γάμου (1476 ΑΚ) ή την σύναψη συμφώνου συμβίωσης (άρθρο 1 Ν. 4356/2015). Έτσι, λοιπόν, και εδώ δεδομένης της σοβαρότητας της σχετικής δηλώσεως και του αξιακού φορτίου των εννόμων αγαθών της ζωής, της υγείας και της σωματικής ακεραιότητας, πρέπει για το έγκυρο των προγενεστέρων οδηγιών να απαιτηθεί εκ του νομοθέτη η τήρηση του συμβολαιογραφικού τύπου<sup>102</sup>. Καταχώρηση σε κάποια εθνική ή διεθνή βάση δεδομένων, ως επιβοηθητική της ανευρέσεως τυχόν οδηγιών μπορεί να θεωρηθεί άλλως ως όρος ενεργού των οδηγιών αυτών, και όχι ως όρο εγκυρότητας των αποφάσεων αυτών.

Περαιτέρω, ένα εξίσου σημαντικό στοιχείο αποτελεί η χρονική συγκυρία λήψεως των σχετικών αποφάσεων, και ιδίως εάν αυτές πρέπει να έχουν συνταχθεί σε ανύποπτο χρόνο ή κατόπιν σχετικής ενημέρωσης αναφορικά με μία υφιστάμενη πάθηση. Πολλά έχουν υποστηριχθεί επί του ζητήματος αυτού και του ακατάλληλου του χρόνου συντάξεως των προγενεστέρων οδηγιών σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, εφόσον κατά τα γενικώς κρατούντα στο ιατρικό

<sup>102</sup> Κ. Μανωλάκου– Τ. Βιδάλης, όπ.π., 15.

δίκαιο και την προαπαιτούμενη ενημέρωση για την παροχή συναίνεσης, πρέπει και εδώ να γίνει δεκτό ότι η σύνταξη των προγενεστέρων οδηγιών οφείλει να έπεται μίας πλήρους, σαφούς και κατανοητής ενημέρωσης σχετικά με ορισμένη πάθηση και να αναφέρεται στα μελλοντικά ενδεχόμενα αυτής, τα οποία θα απαιτούν την συναίνεσή του. Έτσι, με τυχόν εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς οι οποίες διατυπώθηκαν σε ανύποπτο χρόνο και άνευ οποιασδήποτε ενημερώσεως του ατόμου περί των ιατρικών δεδομένων, ελλοχεύει ο κίνδυνος να αποτελούν αυτές αποτέλεσμα ανεπαρκών ή και λανθασμένων εντυπώσεων του ατόμου περί των ιατρικών δεδομένων, συνθηκών και πρακτικών, πράγμα πλήρως αντίθετο στον νόμο και τα ισχύοντα περί ενημερωμένης συναίνεσης.

Το ουσιαστικότερο και πιο δυσχερές ζήτημα ωστόσο, εν προκειμένω, είναι το περιεχόμενο των ιατρικών αποφάσεων περί του τέλους της ζωής. Για το έγκυρο και δεσμευτικό των αποφάσεων αυτών, λοιπόν, πρέπει να προσδιορισθούν με ακρίβεια και σαφήνεια οι δυνατότητες του ασθενούς κατά την λήψη και διατύπωση των ιατρικών του αποφάσεων περί του τέλους της ζωής. Έτσι, πέραν του προφανώς επιτρεπτού της επιβολής διενέργειας ορισμένων ιατρικών πράξεων, ως περιεχομένου των ιατρικών αποφάσεων, ζήτημα γεννάται αφενός μεν την άρνηση θεραπείας και αφετέρου με τον ορισμό ιατρικού «αντιπροσώπου».

Επί του ζητήματος του ορισμού αντιπροσώπου και εν συνεχεία όσων έχουν αναφερθεί ανωτέρω επί του πρώτου κεφαλαίου, είναι σαφές ότι τέτοια απαίτηση του ασθενούς προϋποθέτει σαφή πρόβλεψη της τοιαύτης δυνατότητας εκ μέρους του νομοθέτη. Πράγματι, δεδομένου ότι βάσει της κείμενης νομοθεσίας, σε περίπτωση ανικανότητας του ασθενούς την υποχρέωση συναίνεσης έχουν πλέον οι οικείοι αυτού, θα ήταν προτιμότερο να επαφίεται στον ασθενή να ορίσει, εφόσον το επιθυμεί, το πρόσωπο εκείνο με τον οποίο αισθάνεται περισσότερο συνδεδεμένος και γνωρίζει ότι θα εκτελέσει τις επιθυμίες του σύμφωνα με την εκπεφρασμένη βούλησή του και όχι σύμφωνα με τις προσωπικές αντιλήψεις ανθρώπων, οι οποίοι πολλές φορές στην πράξη είτε δεν έχουν την επιθυμητή ψυχική και συναισθηματική σύνδεση με τον ασθενή είτε παρέχουν ή μη τη συναίνεσή τους με βάση προσωπικά κριτήρια, παραβλέποντας τις πεποιθήσεις του ανίκανου ασθενούς, άλλοτε από άγνοια και άλλοτε ηθελημένα. Σε κάθε περίπτωση πάντως, προτιμητέο

είναι εφόσον παρασχεθεί στον ασθενή η δυνατότητα να ορίσει ένα τρίτο πρόσωπο αρμόδιο να αποφασίζει για την ιατρική του μεταχείριση, ο ασθενής να διατυπώνει συνάμα και κατευθυντήριες οδηγίες, αν όχι σαφείς και ακριβείς οδηγίες ως προς τις ιατρικές πράξεις των οποίων τη διενέργεια επιθυμεί ή αποκλείει, ώστε να μην αφήνεται μία εν λευκώ εντολή προς τη παροχή ή μη συναινέσεως.

Πέραν τούτων, αναφορικά με την άρνηση θεραπείας ως περιεχόμενο των προγενεστέρων οδηγιών ακόμη και όταν αυτή αποτελεί την μόνη θεραπεία για την διατήρηση του ασθενούς στη ζωή, δεν γεννάται, κατά την άποψη της γράφουσας, ζήτημα επιτρεπτού των προγενεστέρων οδηγιών με τέτοιο περιεχόμενο. Καθόσον η άρνηση θεραπείας μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο ιατρικών αποφάσεων ελευθέρως από τον ικανό ασθενή, το ίδιο πρέπει να γίνει δεκτό εφόσον έχουν τηρηθεί όλες οι προαναφερθείσες προϋποθέσεις. Στην κατηγορία αυτή, περιέχονται, επομένως, αιτήματα όπως η αποσύνδεση από την μηχανική υποστήριξη, η διακοπή της τεχνητής σίτισης ή ενυδάτωσης, η απαγόρευση ανάνηψης, η άρνηση διακομιδής στο νοσοκομείο ή άρνηση διενέργειας χειρουργικής επέμβασης. Είναι φυσικά αυτονόητο ότι προγενέστερες οδηγίες με αίτημα την ενεργητική ευθανασία αποτελούν άκυρες και μη δεσμευτικές οδηγίες. Τέτοιο περιεχόμενο, ήτοι αρνήσεως θεραπείας, ή ακόμη και αίτημα ευθανασίας, προβλέπεται ως έγκυρο στις νομοθεσίες των κρατών της Αυστρίας<sup>103</sup>, του Βελγίου<sup>104</sup>, της Φινλανδίας, της Ουγγαρίας και της Ολλανδίας<sup>105, 106</sup>. Στον χώρο δε του αγγλοσαξωνικού

---

<sup>103</sup> Στην Αυστρία, οι προγενέστερες οδηγίες γίνονται σεβαστές και θεωρούνται έγκυρες και δεσμευτικές, ανεξαρτήτως του αν εκφράζονται από άτομο υγιές ή πάσχον, αρκεί να είναι ικανό, προαπαιτούμενο αποτελεί φυσικά η προηγούμενη συναίνεση για τη συνέπεια της δήλωσης σε σχέση με τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, οι σχετικές οδηγίες συντάσσονται ενώπιον δικηγόρου, συμβολαιογράφου ή εξουσιοδοτημένου μέλους των ενώσεων των ασθενών, ενώ η διάρκεια ισχύος τους είναι πενταετής. Θ. Αντωνίου, Ο σεβασμός της αξίας του ανθρώπου ως αρχή και δικαίωμα στο Σύνταγμα του 1975, Εκδ. Αντ. Ν.Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 2010, 217.

<sup>104</sup> Ε. Ρεθυμιωτάκη, όπ.π., 6-7.

<sup>105</sup> Στην Ολλανδία, επιτρεπτές είναι οι προγενέστερες οδηγίες με αίτημα την ευθανασία, με αυτονόητες τις προϋποθέσεις της ρητής και έγγραφης δηλώσεως του ασθενούς, την ύπαρξη αβάσταχτων πόνων, την έλλειψη οποιασδήποτε προοπτικής βελτίωσης της υγείας, την πρότερη σαφή ενημέρωση, την από κοινού απόφαση ιατρού και ασθενούς περί της καταλληλότητας της ευθανασίας και την εξέταση του ασθενούς από δεύτερο ανεξάρτητο ιατρό. Θ. Αντωνίου, όπ.π., 218-9, Χ. Τσαϊτουρίδης, όπ.π., 398 – 401, και Ι. Κριάρη – Κατράνη, όπ.π., 1554-1556, Λ. Παπαδοπούλου, όπ.π., 28 επ.

<sup>106</sup> Και σε ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α., υπάρχει νομοθετική πρόβλεψη για το τέλος της ζωή του ασθενούς, ήτοι στις Πολιτείες του Όρεγκον, της Ουάσιγκτον, της Μοντάνα και του Τέξας Έτσι, στο Όρεγκον, επιτρέπεται η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εφόσον ο ασθενής είναι ικανός και

δικαίου, στην Αγγλία και την Ουαλία, επιτρέπεται επίσης η άρνηση θεραπείας, ακόμη και εάν αυτή συνεπάγεται την άμεση επέλευση του θανάτου του ασθενούς, υπό την προϋπόθεση ότι η διατήρηση στη ζωή, χωρίς καμία προοπτική βελτίωσης της υγείας του ασθενούς, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως σύμφωνη με το συμφέρον του ασθενούς· ομοίως και στην Ιρλανδία<sup>107</sup>. Στην Γερμανία, περαιτέρω, γίνονται σεβαστές προγενέστερες οδηγίες με αίτημα την άρνηση θεραπείας, ως ένα μέσο εξασφάλισης και προάσπισης της αξιοπρέπειας του ατόμου<sup>108</sup>.

Σε κάθε περίπτωση, στο ενδεχόμενο μη συνδρομής τινός εκ των ανωτέρων προϋποθέσεων, και επομένως στο ενδεχόμενο ακύρου διατυπώσεως αυτών, οι ιατρικές αποφάσεις περί του τέλους της ζωής πρέπει να ληφθούν υπόψη και να συνεκτιμηθούν από τον ιατρό και τους οικείους κατά την ιατρική υποστήριξη της ζωής του ασθενούς που φθίνει<sup>109</sup> και κατά τον σχηματισμό και τη διατύπωση της δικής τους βούλησης περί της παροχής ή μη συναιδέσεως, σε αναπλήρωση του ασθενούς.

Την σημερινή ανάγκη του ανθρώπου να ρυθμίσει την ιατρική του μεταχείριση και συνεπώς την ίδια του τη ζωή, πολλοί μπορεί να την αποδίδουν στην αλαζονεία του σύγχρονου ανθρώπου, ωστόσο, ένας καλός και ειρηνικός θάνατος αποτελούσε πάντοτε την βαθύτατη αναζήτηση και τον υπέρτατο φόβο κάθε ανθρώπου. Δεν αποτελεί παράλογη απαίτηση εκ μέρους κάθε ασθενούς να μπορεί ο ίδιος να καθορίσει τον τρόπο της ιατρικής μεταχείρισης και τον τρόπο που θα βιώσει τις τελευταίες του στιγμές επί γης, επιβάλλοντας τον σεβασμό όλων όσων ο ίδιος θεωρεί ως αξιοπρεπή για εκείνον, όταν η πορεία προς τον θάνατο προδιαγράφεται μακρά και επώδυνη. Αποτελεί ανθρώπινη απαίτηση η οποία βαίνει πέραν νομοθετικών και

---

ενήλικας, και πολίτης του Όρεγκον, στην Ουάσιγκτον και τη Μοντάνα επιτρέπεται υπό προϋποθέσεις η ευθανασία, ενώ στο Τέξας, νόμιμη πράξη αποτελεί η αποσύνδεση εκ μέρους του ιατρού των μηχανημάτων υποστήριξης της ζωής, βλ. σχετ. *Νταβώνη Γ. – Μπαγιάτη-Λεβάκου Μ. – Δάντσιου Μ.*, Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 6, Τεύχος 2, 7 επ..

<sup>107</sup> *Ι. Κριάρη – Κατράνη*, όπ.π., 1553.

<sup>108</sup> Στον αντίποδα αυτού, το Βέλγιο επιτρέπει την σύνταξη προγενεστέρων οδηγιών με περιεχόμενο την ενεργητική ευθανασία, υπό την προϋπόθεση ότι ο ασθενής, ο οποίος έχει πλέον απολέσει την αντίληψή του, υποφέρει από σοβαρή και ανίατη ασθένεια, και η κατάστασή του είναι μη αναστρέψιμη με βάση τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης.

<sup>109</sup> *Χ. Βούλτσος*, *ΠοινΧρον ΝΖ/2007*, όπ.π., 129.

συνταγματικών ρυθμίσεων, φιλοσοφικών, οικογενειακών ή ηθικο-κοινωνικών επιταγών και ανάγεται στην αυστηρή σφαίρα επιρροής του ατόμου.

Κατόπιν τούτων, δεν δύναται η νομοθετική ρύθμιση ενός τέτοιου ζητήματος να δημιουργεί τέτοια ασάφεια και διχογνωμίες, λόγω της αοριστίας στην διατύπωσή της. Ο νομοθέτης έχοντας κάνει ήδη το πρώτο βήμα για την αναγνώριση του μορφώματος αυτού, οφείλει να αποσαφηνίσει τους όρους υπό τους οποίους μπορεί να γίνει δεκτή η χρήση αυτών. Έτσι, οι προτεινόμενες ρυθμίσεις περί τηρήσεως του συμβολαιογραφικού τύπου κατά τη σύνταξη των ιατρικών αποφάσεων περί του τέλους της ζωής, η σαφής νομοθετική πρόβλεψη αναφορικά με τον χρόνο συντάξεως αυτών και η νομοθέτηση υπέρ της δυνατότητας ορισμού εκπροσώπου και της αρνήσεως θεραπείας, αποτελούν το όχημα που θα επιτρέψει στον θνήσκοντα ασθενή να διατηρήσει την αυτονομία και την αξιοπρέπεια του μέχρις εσχάτων, και σε μία φιλελεύθερη πολιτεία να εξασφαλίσει υπέρ των πολιτών της την απόλυτη ελευθερία αυτοπροσδιορισμού, αποδεχόμενη και η ίδια το πλέον φυσικό γεγονός του τέλους της ζωής κάθε ανθρώπου, αντιλαμβανόμενη παράλληλα την έλλειψη εξουσίας της επί του καθορισμού του τρόπου της ζωής και του θανάτου αυτού.





## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

*Αγαλλοπούλου Π.*, Βασικές Έννοιες Αστικού Δικαίου, Τόμος Ι - Γενικά Αρχαί, 4η Έκδοση, Εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα 1997.

*Ακριβοπούλου Χ.*, Ελευθερία, αυτονομία και συναίνεση ως προϋποθέσεις της απόλαυσης των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ασθενούς – Σχόλιο με αφορμή την απόφαση ΕΔΔΑ V.C. κατά Σλοβακίας, ΔΤΑ Νο 56/2012, 1193 επ.

*Ανδρουλάκης Ν.*, Ποινικόν Δίκαιον - Ειδικόν Μέρος, 1974.

*Αντωνίου Θ.*, Ο σεβασμός της αξίας του ανθρώπου ως αρχή και δικαίωμα στο Σύνταγμα του 1975, Εκδ. Αντ. Ν.Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 2010.

*Βαθρακοκόιλης Αντ.*, Ερμηνεία – Νομολογία Αστικού Κώδικα (Κατ' άρθρον), Τόμος Α' Γενικές Αρχές, Αθήνα 2001.

*Βαθρακοκόιλης Αντ.*, Ερμηνεία – Νομολογία Αστικού Κώδικα (Κατ' άρθρον), Τόμος Ε' Οικογενειακό Δίκαιο, Αθήνα 2004.

*Βούλτσος Χ.*, Ο ρόλος της αυτοδιάθεσης του αρρώστου στην οριοθέτηση του ιατρικού καθήκοντος για τεχνητή υποστήριξη της ζωής που φθίνει, ΠοινΧρον 2007, τ. ΝΖ, τεύχ. 2, 121 επ.

*Βούλτσος Χ.*, Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), Επιμ. Εμμανουήλ Ι. Λασκαρίδη, Νομική Βιβλιοθήκη 2012.

*Γεωργιάδης Α.*, Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου, 2<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα 1997.

*Γεωργιάδης Α. – Σταθόπουλος Μ.*, Αστικός Κώδιξ – Κατ' άρθρον ερμηνεία, Τόμος Ι – Γενικά Αρχαί, Εκδ. Οίκος Αφοί Π. Σάκκουλα, Αθήνα 1978.

*Δωρής Φ.*, Αστικός Κώδιξ (Κατ' άρθρον Ερμηνεία), Τόμος Ι – Γενικά Αρχαί, 1978, Επιμ. Α.Γεωργιάδη – Μ.Σταθόπουλου, Δίκαιο και Οικονομία Π.Ν. Σάκκουλα.

*Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής*, Εισήγηση σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής, 2006 (διαθέσιμο σε <http://www.bioethics.gr/index.php/en/gnomes/293-artificial-prolongation-of-life> πρόσβαση: 25-11-2014)..

*Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής*, Σύσταση σχετικά με τη Δεσμευτικότητα των «Οδηγιών μη Ανάνηψης», 2013(διαθέσιμη σε <http://www.bioethics.gr/index.php/en/gnomes/531-binding-of-do-not-resuscitate-orders-dnrs>, πρόσβαση 05-06-2014).

*Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*, Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα – Τα 10 χρόνια της Σύμβασης του Oniedo, Πρακτικά Ημερίδας, Εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 2010.

*Καϊάφα-Γκμπάντι Κ., Κουνούγερη-Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005): Βασικές Ρυθμίσεις (Νομική, Ιατρική & Κοινωνιολογική Προσέγγιση), Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2006.

*Καραβοκύρης Γ.*, Περί του «δικαιώματος» στο θάνατο, διαθέσιμο σε <http://www.constitutionalism.gr/wp-content/uploads/2012/11/karabokhrhs.pdf>, 2012 (πρόσβαση, 11-10-2014).

*Καράμπελας Λ.*, Η Ευθανασία και το Δικαίωμα στη Ζωή και το Θάνατο (από ποινική άποψη), Αθήνα 1987.

*Κατρούγκαλος Γ.*, Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο, Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1993.

*Κουράκης Ν. – Σπινέλλη Κ.*, Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα – Πορίσματα Έρευνας και Πρακτικά Ημερίδας (31-01-2007), Εργαστήριο Ποινικών και Εγκληματολογικών Ερευνών (Τμήμα Νομικής Πανεπιστημίου Αθηνών), Εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 2008.

*Κριάρη – Κατράνη Ι.*, Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα, ΕΛΛΔνη 43/2002, 1547 επ.

*Μάλλιος Β.*, Το Στρασβούργο αντιμέτωπο με τα διλήμματα βιοηθικής, ΔΤΑ Ν° 44/2009, 1161 επ.

*Μανωλάκου Κ. – Βιδάλης Τ.*, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Έκθεση σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής, 2006.

*Μανωλεδάκης Ι.*, Αρμ. 1978, 468 επ.

*Νταβώνη Γ., Μπαγιάτη-Λεβάκου Μ., Δάντσιου Μ.*, Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 6, Τεύχος 2, 7 επ., Ιούνιος 2013.

*Παπαδοπούλου Λ.*, Προγενέστερες οδηγίες για το τέλος της ζωής – Βιοηθική και συνταγματική αξιολόγηση, Διεπιστημονικό Συνέδριο: Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική – Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Προοπτικές του Μέλλοντος, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2013.

*Παπαδοπούλου Λ.*, Υπάρχει Δικαίωμα στο θάνατο; Μία συζήτηση με τον Καθηγητή Ιωάννη Μανωλεδάκη, ΔΤΑ, Τ. 16, Νο 59/2014, 43 επ.

*Παπαζήσης Α.*, Ζητήματα Βιοηθικής στη Σύμβαση του Οβιέδο σε σχέση με τον Ν. 3089/2000, ΧρΙΔ 2006, 385.

*Παπαχαράλαμπος Χ.*, Η συμμετοχή σε αυτοκτονία: μία συναφής προς την ετεροπροσβολή της ζωής εφεδρική υποκειμενική υπόσταση, Δίκαιο και Οικονομία – Π.Ν.Σάκκουλας 1997.

*Παρασκευάς Ι.*, Τα χρηστά ήθη και η νομική αυτών θεμελίωσις, Αθήνα 1983.

*Πελένη – Παπαγεωργίου Α.*, Ο κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, 2311.

*Πέτρου Ι.*, Η ελευθερία του ανθρώπου και τα ηθικά προβλήματα στην Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2007.

Πλεύρης Α., *Η επιρροή του όρκου του Ιπποκράτη στη Σύγχρονη Βιοηθική, Νομική Βιβλιοθήκη 2013.*

Πραγιάννη Ε., *Συναίνεση δικαιοπρακτικά ανίκανου ασθενούς σε ιατρική πράξη, Νομικά Μελετήματα, Γεν. Εποπτεία Ι. Σ. Σπυριδάκης, Εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα 2014.*

Προβατάς Σ., *Ιατρική ευθύνη : κώδικας ιατρικής δεοντολογίας και όλων όσων δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας, 2012.*

Ρεθυμιωτάκη Ε., *Ευθανασία και διαθήκες ζωής, Εισήγηση στην ημερίδα της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής για τα 10 χρόνια λειτουργίας της με θέμα: Ευθανασία, 2009.*

Σατλάνης Χ., *Μεθοδολογικά Προλεγόμενα για τον Αποκλεισμό και τον Περιορισμό του Αξιοποίνου, Εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1999.*

Σημαντήρας Κ., *Γενικά Αρχαί του Αστικού Δικαίου. Γ' Έκδοση, Εκδ. Αφοί Π. Σάκκουλα, Αθήνα 1980.*

Σοφουλάκης Λ., *Η προστασία της ανθρώπινης ζωής κατά το Σύνταγμα και τους νόμους, Εκδ. Οίκος Αφοί Π. Σάκκουλα, 1994.*

*Συμβούλιο της Ευρώπης, Οδηγός για τη Διαδικασία Λήψης Αποφάσεων Σχετικά με την Ιατρική Θεραπεία σε Καταστάσεις Τέλους της Ζωής, διαθέσιμο σε [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09\\_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FdV.gr.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FdV.gr.pdf), 2014, (πρόσβαση, 17-06-2015).*

Τσαϊτουρίδης, *Ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα ασθενούς, ΤοΣ 2002, 377 επ.*

Φουντεδάκη Κ., *Η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς» σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), σε Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005): Βασικές Ρυθμίσεις (Νομική, Ιατρική και Κοινωνιολογική Προσέγγιση), Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2005.*

*Χρυσανθάκης Χ., Μεταξύ Ζωής και Θανάτου – Το δικαίωμα στη ζωή υπό το φως της νομολογίας του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, Εκδόσεις Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 2007.*

*Ψαρούλης Δ. – Βούλτσος Π., Ιατρικό Δίκαιο – Στοιχεία Βιοηθικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2010.*

*Vidalis T., Hayer-Theodoridis A., Maniatis G., Papachristou Th., Report on Consent in the Physician – Patient Relationship, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 29-03-2010, (διαθέσιμο σε <http://www.bioethics.gr/index.php/en/gnomes/88-consent-in-the-patient-physician-relationship>, πρόσβαση 25-11-2014).*

*Dr. Schwarzenegger C. – Summers S., Criminal Law and Assisted Suicide in Switzerland, 2005.*

