



ΓΝΩΜΗ

ΑΠΟΧΗ ΑΠΟ ΠΡΑΞΕΙΣ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

I. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας και φαρμακολογίας έχει καταστήσει σήμερα δυνατό να παρατείνεται ο χρόνος ζωής ασθενών που δεν έχουν καμιά ελπίδα να ζήσουν. Δεν υπάρχει σχεδόν καμιά σοβαρή ασθένεια που να έχει μια αποκλειστικά φυσιολογική εξέλιξη. Αυτή η δυνατότητα «ελέγχου» του χρόνου του θανάτου έχει αναδείξει σοβαρότατα ηθικά και νομικά ζητήματα, σε εκείνες τις περιπτώσεις που τα μηχανήματα υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών δεν μπορούν να χαρίσουν θεραπεία και προοπτική ζωής, αλλά παρεμποδίζουν απλώς την επέλευση του θανάτου.

Πιο συγκεκριμένα, οι γιατροί θεωρούν κατά κανόνα ότι είναι υποχρεωμένοι από το νόμο να λαμβάνουν όλα τα αναγκαία και διαθέσιμα μέτρα προκειμένου να ανακόψουν έστω και για σύντομο χρόνο την επέλευση του θανάτου. Διαφορετικά είναι βέβαιοι ότι θα ευθύνονται για ανθρωποκτονία με δόλο, πράξη που τιμωρείται με την ποινή της ισόβιας κάθειρξης στο ελληνικό δίκαιο (άρθρο 299 ΠΚ). Όσο τα μέσα γίνονται περισσότερα, τόσο πολλαπλασιάζουν την προσπάθεια να κρατήσουν τον ασθενή στη ζωή, ακόμα κι όταν αυτό συνεπάγεται μεγάλη ταλαιπωρία χωρίς καμιά πιθανότητα τελικής αποτροπής του θανάτου. Συχνά, καθώς ο αριθμός ασθενών που μπορεί να φιλοξενηθεί στις ΜΕΘ είναι περιορισμένος, βρίσκονται μπροστά σε συνειδησιακά διλήμματα, όταν άλλοι ασθενείς με προοπτική βελτίωσης έχουν ανάγκη νοσηλείας. Εξίσου συχνά προσφεύγουν στους οικείους των ασθενών, επιχειρώντας να προσδιορίσουν τη στάση τους με βάση και τη δική τους βούληση. Ακόμα και τότε, τα πράγματα δεν είναι πάντα ξεκάθαρα, καθώς δεν είναι βέβαιο ότι η βούληση όλων των οικείων ταυτίζεται, όπως δεν είναι επίσης σαφές ποιος είναι τελικά ο αριθμός των οικείων.

Τα ζητήματα που δημιουργούνται από τη συγκεκριμένη πρακτική είναι προφανή. Για κάθε ασθενή, το θεμελιώδες ερώτημα είναι αν μπορεί κάποιος άλλος να αποφασίζει για το χρόνο του θανάτου του— είτε αυτός είναι ο γιατρός είτε κάποιος οικείος του. Για το γιατρό το βασικό πρόβλημα είναι να διαγραφούν με σαφήνεια τα όρια των υποχρεώσεων του απέναντι στον ασθενή. Είναι πράγματι υποχρεωμένος να χρησιμοποιεί όλα τα διαθέσιμα για την παράταση της ζωής τεχνικά μέσα; Ή υπάρχει κάποιο χρονικό όριο σε ό, τι αφορά τις υποχρεώσεις του έναντι του ασθενούς; Και ποιος είναι ο ρόλος των οικείων για τον προσδιορισμό των υποχρεώσεων του;

II. ΙΣΧΥΟΝ ΔΙΚΑΙΟ

(α) Η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση για τη λήψη μέτρων τεχνητής παράτασης της ζωής

Στο ισχύον δίκαιο, το έγκλημα της ανθρωποκτονίας μπορεί να τελεστεί όχι μόνο με πράξη, αλλά και με παράλειψη, υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση για τη λήψη συγκεκριμένων μέτρων που μπορούν να ανακόψουν τη διαδικασία επέλευσης του θανάτου. Η νομική αυτή υποχρέωση μπορεί να προέρχεται από το νόμο, από σύμβαση ή από προηγούμενη συμπεριφορά του δράστη που προκάλεσε τον κίνδυνο της ζωής.

Επομένως το έγκλημα της ανθρωποκτονίας με παράλειψη μπορεί να τελείται από τους νοσοκομειακούς γιατρούς, οι οποίοι οφείλουν από το νόμο να υιοθετούν όλα τα αναγκαία μέτρα για να ανακόψουν την εξέλιξη ενός κινδύνου προς τη βλάβη της ζωής, αλλά και από ιδιώτες γιατρούς, όταν αυτοί έχουν αναλάβει τη φροντίδα του ασθενούς ή έχουν προκαλέσει τον κίνδυνο ζωής από προηγούμενη πράξη τους, όπως είναι λ.χ. η χορήγηση ενός φαρμάκου που προκάλεσε σοβαρές επιπλοκές.

Ανάλογα, η παράβαση της νομικής υποχρέωσης των γιατρών να εφαρμόζουν με την προσήκουσα επιμέλεια όλα όσα απαιτούνται για τη διαφύλαξη της ζωής και της υγείας του ασθενούς επισύρει σε βάρος τους και αστικές συνέπειες (αποζημίωση για παράνομη θανάτωση προσώπου, σύμφωνα με το άρθρο 928 ΑΚ, και χρηματική ικανοποίηση λόγω ψυχικής οδύνης των οικείων του θανατωθέντος, σύμφωνα με το άρθρο 932 ΑΚ).

Ωστόσο, η υποχρέωση αυτή των γιατρών δεν είναι απεριόριστη. Σήμερα γίνεται ευρύτερα αποδεκτό στη νομική επιστήμη ότι η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση για τη λήψη μέτρων παράτασης της ζωής παύει να υπάρχει σε δύο περιπτώσεις: **(α)** όταν ο ασθενής δηλώνει ρητά την αντίθεσή του στην υιοθέτηση των συγκεκριμένων μέτρων και **(β)** όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να διατυπώσει έγκυρη βούληση και η υιοθέτηση των μέτρων αυτών εμφανίζεται πλέον «άσκοπη». Από εκείνο το σημείο και μετά παύει επομένως να έχει ποινικό ενδιαφέρον και η παράλειψη του γιατρού.

Και όταν μεν ο ασθενής έχει ακόμα τη δυνατότητα να δηλώνει τη βούλησή του, το βασικό πρόβλημα είναι να διασφαλισθεί η *εγκυρότητα* της δήλωσης αυτής, κάτι που μπορεί να επιτευχθεί με τη θεσμοθέτηση των προγενέστερων οδηγιών για το τέλος της ζωής (βλ. ΓΝΩΜΗ Εργαστηρίου σχετικά με τις «προγενέστερες οδηγίες για το τέλος της ζωής»). Όταν όμως ο ασθενής δεν μπορεί να διατυπώνει έγκυρη βούληση, ο προσδιορισμός του χρονικού σημείου από το οποίο παύει να έχει ενδιαφέρον η παράλειψη του γιατρού δεν είναι καθόλου εύκολος.

Κατά μία άποψη, κρίσιμο είναι το σημείο από το οποίο αρχίζει η διαδικασία του θανάτου, ώστε το υπόλοιπο της ζωής που απομένει να σημαίνει πρακτικά μόνο πάλη με τις οδύνες. Αντίθετα, όσο ο άνθρωπος δεν έχει αρχίσει ακόμα την τελική του μάχη με το θάνατο, μόνο ο ίδιος επιτρέπεται να κρίνει αν έχει αξία να αγωνισθεί για το υπόλοιπο της ζωής του ή όχι. Κατ' άλλη – παραπλήσια – άποψη, η διακοπή της λήψης μέτρων παράτασης της ζωής δεν αποτελεί αξιόποινη πράξη όταν η ζωή μπορεί να παραταθεί μόνο για πολύ σύντομο χρόνο, με παράλληλη παράταση της επιθανάτιας αγωνίας.

Το κρίσιμο ωστόσο ερώτημα που αφήνουν αναπάντητο οι παραπάνω θέσεις είναι πότε αρχίζει η διαδικασία του θανάτου ή πότε είναι πολύ σύντομο το χρονικό διάστημα που απομένει μέχρι την επέλευσή του. Όταν το άτομο πάσχει από μια ανίατη ασθένεια ή βρίσκεται στα πρόθυρα του θανάτου εξαιτίας του γήρατος, η υγεία του φθίνει διαρκώς.

Μπορεί όμως πράγματι να διακριθεί κάποιο συγκεκριμένο χρονικό σημείο από το οποίο να πούμε ότι αρχίζει η διαδικασία προς το θάνατο ή διαφορετικά, ότι αρχίζει η τελική μάχη με το θάνατο;

Αν πάλι, υιοθετηθεί η αναφορά στο «σύντομο» χρονικό διάστημα, το εύρος του χρονικού αυτού διαστήματος παραμένει ασαφές. Όχι μόνο γιατί ο ακριβής χρόνος του θανάτου δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί, αλλά και γιατί επιπλέον θα υπάρχουν πάντα διαφωνίες αν ο γιατρός δικαιούται να απέχει από οποιαδήποτε μέτρα όταν απομένουν στον ασθενή μόνο μερικά λεπτά, ώρες ή και ολόκληρες ημέρες ζωής.

Υποστηρίζεται επίσης ότι ο γιατρός δεν υποχρεούται να επεμβαίνει όταν η επέμβαση σημαίνει μόνο μια χωρίς νόημα, μια «άσκοπη» παράταση του θανάτου. Η έννοια όμως αυτή είναι προφανώς εξαιρετικά ασαφής για να βοηθήσει σε μια οριοθέτηση των υποχρεώσεων του γιατρού. Εφόσον ο ασθενής θα πεθάνει κάποια στιγμή, κάθε ιατρική επέμβαση μπορεί να θεωρηθεί άσκοπη, αν έτσι νοηθεί κάθε ενέργεια που δεν οδηγεί σε άμεση ίαση.

Επιχειρώντας ένα σαφέστερο προσδιορισμό της έννοιας, υποστηρίχθηκε η άποψη ότι ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να παίρνει μόνο εκείνα τα μέτρα που *μπορούν να βελτιώσουν*, έστω και για λίγο, την κατάσταση του αρρώστου. Όταν δεν υπάρχει ούτε η ελάχιστη ελπίδα βελτίωσης, η λήψη των μέτρων δε θεωρείται πια υποχρεωτική.

Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής στην Εισήγησή της για την Τεχνητή παράταση της ζωής (27.1.2006), όπου μάλιστα δέχεται ότι υπό προϋποθέσεις η διατήρηση της ζωής σε παρόμοιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανίζεται ως «βλάβη» του αρρώστου: «η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών, χωρίς ελπίδα θεραπείας, μπορεί να θεωρηθεί “βλάβη” και μάλιστα να βιώνεται και από τον ίδιο τον ασθενή ως τέτοια. Εν όψει αυτών, η Επιτροπή εκτιμά ότι ο θεράπων έχει τόσο νομική όσο και ηθική υποχρέωση να προτείνει τη συγκέντρωση των προσπαθειών στην ανακούφιση του ασθενούς με κατάλληλη (φαρμακευτική ή άλλη) αγωγή, αποδεχόμενος τον επικείμενο θάνατο, στοχεύοντας όμως στην κατά το δυνατόν ήρεμη επέλευσή του».

Η θέση αυτή έχει υποστηριχθεί ότι συνάγεται και από το άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, όπου σημειώνεται ότι «ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενούς».

Ωστόσο, στη διάταξη αυτή τονίζεται κυρίως η υποχρέωση του γιατρού να προσφέρει μέχρι τέλους παρηγορητική αγωγή, και δεν προκύπτει με σαφήνεια ότι ταυτόχρονα απαλλάσσει το γιατρό από την υποχρέωση συνέχισης των προσπαθειών παράτασης της ζωής. Επιπλέον, από το νόμο δεν προκύπτει με σαφήνεια πότε ακριβώς «έχουν εξαντληθεί τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια», και ποιος κρίνει ότι αυτά έχουν πράγματι εξαντληθεί. Έτσι η ανασφάλεια παραμένει τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους γιατρούς.

(β) Ο ρόλος των οικείων

Στην Εισήγησή της για την Τεχνητή παράταση της ζωής, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής διατύπωσε τη θέση ότι η εξακολούθηση η μη των ιατρικών πράξεων δεν μπορεί να

επαφίεται μόνο στην κρίση του γιατρού. Αντίθετα, η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή, εφόσον αυτός είναι σε θέση να εκφράσει τη γνώμη του, ή από τους οικείους του.

Ωστόσο η αναγκαιότητα της προσφυγής στη βούληση των οικείων δεν επιβεβαιώνεται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Το άρθρο 3 του Κώδικα αναγνωρίζει την ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του γιατρού κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, ενώ και το άρθρο 29 του Κώδικα επιβάλλει στο γιατρό την υποχρέωση να συνεργάζεται με τους οικείους μόνο για την προσφορά της παρηγορητικής αγωγής. Έχει, έτσι, υποστηριχθεί η άποψη ότι οι οικείοι δεν μπορούν να απαιτήσουν την εξακολούθηση μιας τεχνητής παράτασης της ζωής, όταν αυτή δεν αποτελεί περιεχόμενο των υποχρεώσεων επιμέλειας του γιατρού. Η διακοπή μέτρων τεχνητής παράτασης της ζωής αποτελεί ζήτημα αποκλειστικής ιατρικής ευθύνης.

Βεβαίως, από την άλλη πλευρά, το άρθρο 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας προϋποθέτει τη σύμφωνη γνώμη των οικείων για τη διενέργεια *κάθε* ιατρικής πράξης στην περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του, και προβλέπει υποχρέωση παράκαμψης της βούλησης των οικείων μόνο όταν υπάρχει επείγουσα ανάγκη να ληφθούν ιατρικά μέτρα για την αποτροπή του θανάτου.

Αναμφίβολα, μπορεί εύλογα να υποστηριχθεί ότι η σύμφωνη γνώμη των οικείων προϋποτίθεται μόνο όταν πρόκειται να *διενεργηθεί* ιατρική πράξη και όχι όταν οι γιατροί *παραλείπουν* την εκτέλεσή της. Ωστόσο, με δεδομένη τη θέση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής σχετικά με το ρόλο των οικείων όταν πρόκειται να ληφθούν κρίσιμες και αμετάκλητες αποφάσεις για τη ζωή του ασθενούς, το ισχύον νομικό πλαίσιο δεν μπορεί να θεωρηθεί αρκούντως σαφές, με αποτέλεσμα να διατηρείται η ανασφάλεια τόσο για τους γιατρούς όσο και για τους ασθενείς.

III. ΛΥΣΕΙΣ ΣΕ ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΑ

Το Συμβούλιο της Ευρώπης, στη Σύσταση 613 (1976) δήλωσε ότι «είναι πεπεισμένο πως αυτό που θέλουν οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους είναι να πεθάνουν με ηρεμία και αξιοπρέπεια, και αν είναι δυνατό στη θαλπωρή της οικογένειας και των φίλων τους», ενώ στη Σύσταση 779 (1976) πρόσθεσε ότι «η παράταση της ζωής δε θα πρέπει να συνιστά το μοναδικό σκοπό της ιατρικής πράξης, που θα πρέπει να τείνει εξίσου στην ανακούφιση του πόνου». Στη δεύτερη αυτή Σύσταση το Συμβούλιο της Ευρώπης ζήτησε επίσης από τα κράτη μέλη να διαμορφώσουν εθνικές επιτροπές που θα απαρτίζονται από εκπροσώπους των γιατρών, νομικών, θεολόγων, ψυχολόγων και κοινωνιολόγων, ώστε να διαμορφώσουν κανόνες για την μεταχείριση των ανθρώπων που πλησιάζουν στο τέλος της ζωής και να καθορίσουν ιατρικές κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή εξαιρετικών μέτρων παράτασης της ζωής, λαμβάνοντας υπόψη μεταξύ άλλων τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν συχνά οι γιατροί (όπως τις νομικές κυρώσεις, ανεξάρτητα αν αυτές είναι αστικές ή ποινικές) όταν δεν εφαρμόζουν τεχνικά μέσα για να παρατείνουν τη διαδικασία του θανάτου στην περίπτωση ασθενών τελικού σταδίου. Τέλος, στη Σύστασή του 1418 (1999) το Συμβούλιο ανέδειξε επιπλέον πτυχές του ζητήματος, τονίζοντας ότι τα θεμελιώδη δικαιώματα που απορρέουν από την ανθρώπινη αξιοπρέπεια εκείνων που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους *απειλούνται* από την «τεχνητή παράταση της διαδικασίας του θανάτου με τη χρήση δυσανάλογων ιατρικών μέσων».

Σημαντικός είναι επίσης ο νόμος Leonetti που ψηφίστηκε το 2004 από τη Γαλλική Βουλή με πλειοψηφία 98%. Στο νόμο οριοθετούνται οι θεραπευτικές πρακτικές που άπτονται της διακοπής των μέτρων στήριξης της ζωής σε καταδικασμένους βαρέως πάσχοντες. Πιο συγκεκριμένα ο Νομός Leonetti, ο οποίος τροποποιήθηκε και εκσυγχρονίστηκε το 2016:

- ορίζει το δικαίωμα των ασθενών να γνωρίζουν τις διαδικασίες περιορισμού και διακοπής των επιθετικών παρεμβάσεων,
- νομιμοποιεί την χορήγηση παρηγορητικών θεραπειών στους ασθενείς σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας, ακόμα κι όταν έχουν ως πιθανή παρενέργεια τη συντόμευση του θανάτου,
- απαγορεύει ρητά κάθε μορφή ευθανασίας, όπως όμως και τις εξαντλητικές θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς χωρίς κανένα προσδόκιμο επιβίωσης.

IV. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Λαμβάνοντας υπόψη:

α) ότι ο γιατρός ευθύνεται τόσο ποινικά όσο και αστικά αν δε χρησιμοποιήσει όλα τα αναγκαία μέσα για να κρατήσει στη ζωή έναν ασθενή ο οποίος δεν έχει διατυπώσει διαφορετική βούληση και

β) ότι η ευθύνη αυτή παύει να υπάρχει από τη στιγμή που θα διαπιστωθεί πως τα μέτρα εντατικής φροντίδας παρατείνουν απλώς τη διαδικασία του θανάτου και δε βοηθούν στη βελτίωση της υγείας,

ο Έλληνας νομοθέτης θα πρέπει να θεσπίσει συγκεκριμένους κανόνες, που θα καθορίζουν τις υποχρεώσεις των γιατρών κατά τον κρίσιμο χρόνο κατά τον οποίο αποφασίζουν αν θα πρέπει να κρατήσουν έναν άνθρωπο στη ζωή ή αν θα αφήσουν να εξελιχθεί η διαδικασία του θανάτου.

Πιο συγκεκριμένα θα πρέπει να προσδιοριστεί:

- Το κριτήριο βάσει του οποίου οι γιατροί θα αποφασίσουν να μη λάβουν ή να σταματήσουν μέτρα εντατικής φροντίδας που οδηγούν σε τεχνητή παράταση της ζωής. Λαμβάνοντας υπόψη ότι σκοπός των μέτρων αυτών είναι κατά βάση η αντιμετώπιση ενός κρίσιμου σταδίου στην πορεία της νόσου και όχι η παράταση της ζωής πάση θυσία, ο γιατρός θα πρέπει να θεωρηθεί ότι είναι υποχρεωμένος να παίρνει μόνο εκείνα τα μέτρα που *μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργία του οργανισμού*.
- Το όργανο που θα αποφασίζει ότι η κατάσταση του ασθενούς είναι μη αναστρέψιμη. Ορθό είναι να προβλεφθεί ρητά η λειτουργία ενός *πολυμελούς συμβουλίου* σε κάθε μονάδα, το οποίο θα αποτελείται από γιατρούς όλων των σχετικών ειδικοτήτων και το οποίο συλλογικά και ομόφωνα θα αποφασίζει σχετικά.
- Η έννοια των οικείων, αλλά και ο ρόλος τους στην όλη διαδικασία. Οι οικείοι θα πρέπει να ενημερώνονται αναλυτικά από τους γιατρούς για την κατάσταση του ασθενούς, δε θα πρέπει όμως να έχουν δικαίωμα να απαιτήσουν την εξακολούθηση μιας τεχνητής παράτασης της ζωής. Θα πρέπει αντίθετα να τους αναγνωριστεί

δικαίωμα προσφυγής σε ένα δευτεροβάθμιο ιατρικό συμβούλιο προκειμένου να βεβαιωθεί ότι η συνέχιση των υποστηρικτικών μέτρων είναι πράγματι ανώφελη, καθώς και δικαίωμα ορισμού ενός γιατρού της εμπιστοσύνης τους, ο οποίος θα συμμετέχει, χωρίς αποφασιστικό δικαίωμα, τόσο στο πρωτοβάθμιο, όσο και στο δευτεροβάθμιο συμβούλιο.

- Τέλος, ο τρόπος μεταχείρισης των ανθρώπων που πλησιάζουν στο τέλος της ζωής όπως και των οικείων τους, αλλά και πολύ συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τις προϋποθέσεις εφαρμογής των εξαιρετικών μέτρων παράτασης της ζωής.

Με τον τρόπο αυτό, όχι μόνο οι γιατροί θα είναι απολύτως κατοχυρωμένοι νομικά, αλλά και οι ασθενείς θα γνωρίζουν ότι δεν εγκαταλείπουν τη ζωή τους στην ορθή ή εσφαλμένη ενδεχομένως κρίση ενός γιατρού ή ενός συγγενικού τους προσώπου.