



## **ΓΝΩΜΗ**

### **ΠΡΟΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ**

#### **I. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ**

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει ενταθεί και στη χώρα μας η συζήτηση γύρω από τα δυσχερή νομικά και ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν, όταν οι γιατροί καλούνται να λάβουν αποφάσεις για τη συνέχιση ή μη της θεραπευτικής υποστήριξης ασθενών τους, οι οποίοι βασανίζονται από αφόρητους πόνους κατά τη διάρκεια ανίατων ασθενειών, χωρίς ελπίδα ουσιαστικού προσδόκιμου ζωής, ή είναι εξαρτημένοι από μηχανήματα, έχοντας εκμηδενισμένη πνευματική λειτουργία.

Η σχετική προβληματική - που εντάσσεται στο πλαίσιο των ταχύτατα εξελισσόμενων επιστημονικών κλάδων του ιατρικού δικαίου και της βιοηθικής - εστιάζει το ενδιαφέρον της, μεταξύ άλλων, στο ερώτημα αν υπάρχει ένα δικαίωμα του προσώπου να αποφασίζει το ίδιο για τα όρια της θεραπευτικής του μεταχείρισης και την παράταση ή μη της ζωής του, δεσμεύοντας σχετικά τους θεράποντες γιατρούς του.

Από το ευρύ σύνολο των σχετικών ζητημάτων, εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι «Διαθήκες Ζωής» ή, κατά την ορθότερη διατύπωση, «Προγενέστερες Οδηγίες για το Τέλος της Ζωής», καθώς ο νομικός- τεχνικός όρος «Διαθήκη» παραπέμπει στη ρύθμιση περιουσιακών ζητημάτων στο πλαίσιο της κληρονομικής διαδοχής, δηλαδή μετά το θάνατο του προσώπου. Οι Προγενέστερες Οδηγίες (ΠΟ) είναι έγγραφα, με τα οποία εκφράζεται ρητά και ελεύθερα η συναίνεση ή η άρνηση του ασθενούς στη διενέργεια ιατρικών πράξεων που τον αφορούν, όταν συντρέχουν οι μνημονευθείσες συνθήκες της επώδυνης ή/ και ανέλπιδης «θεραπείας» του και δεν είναι ο ίδιος πλέον σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του. Στις ΠΟ περιέχεται η βούληση ενός προσώπου να υποβληθεί ή όχι σε ορισμένες ιατρικές πράξεις ή σε συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή, εφόσον, σε

χρόνο μεταγενέστερο, περιέλθει σε κατάσταση φυσικής ανικανότητας είτε να αντιληφθεί είτε να εκτιμήσει την κρισιμότητα της υγείας του, διατυπώνοντας πλέον τότε τη βούλησή του. Εναλλακτικά ή επιπρόσθετα εμφανίζεται και η δυνατότητα του ασθενούς να ορίσει ένα συγκεκριμένο πρόσωπο (θα μπορούσε να ονομαστεί «πληρεξούσιος υγείας»), στο οποίο να διαβιβάσει τις προγενέστερες οδηγίες του και να του αναθέσει την υλοποίησή τους, όταν ο ίδιος ο ασθενής δεν θα είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του, κατά τα ανωτέρω.

Από το γενικότερο αυτό ζήτημα, προκύπτουν τα ακόλουθα ερωτήματα:

**(α)** Υπάρχει δικαίωμα του ασθενούς ή του προσώπου εν γένει να προβεί στη σύνταξη τέτοιων κειμένων; Με άλλη διατύπωση, αναγνωρίζεται δικαίωμα του ασθενούς στη διατύπωση προγενέστερων της ανίατης ασθένειάς του οδηγιών, σχετικά με την ιατρική διαχείριση του τέλους της ζωής του; Και ακόμη: ποια είναι η νομική φύση και οι εντεύθεν νομικές συνέπειες ενός τέτοιου κειμένου «προγενέστερων οδηγιών»;

**(β)** Ποια είναι η νομική σημασία της βούλησης του γιατρού να συμπράξει ή όχι σε μία τέτοια πράξη, αλλά και ποια η νομική ευθύνη του επί τέτοιων ιατρικών αποφάσεων. Το ερώτημα είναι ιδίως αν δεσμεύεται ο ιατρός από ένα τέτοιο κείμενο «προγενέστερων οδηγιών» του ασθενούς, ακόμη όταν αυτές επιβάλλουν τη διακοπή της θεραπείας ή την παράλειψη μιας ιατρικής ενέργειας, με συνέπεια την επίσπευση του τέλους της ζωής, ή υπερισχύει των οδηγιών το καθήκον του γιατρού να διαφυλάσσει τη ζωή και την υγεία του ασθενούς, προβαίνοντας σε όλες τις προς αυτό το σκοπό ιατρικώς ενδεδειγμένες ενέργειες. Επίσης ερωτάται αν δικαιούται, έστω, ο γιατρός, επικαλούμενος τη συνείδησή του, να μη συμμορφωθεί προς ένα κείμενο «προγενέστερων οδηγιών», παραπέμποντας τον ασθενή σε άλλο γιατρό.

Πρέπει να σημειωθεί ότι εναντίον της δεσμευτικότητας των προγενέστερων επιθυμιών του ασθενούς έχουν προταθεί σοβαρά επιχειρήματα, όπως ότι, όποιες επιθυμίες κι αν έχουν εκφραστεί σε προγενέστερο χρόνο, ποτέ κανείς δεν μπορεί να ξέρει τι επιθυμεί ο ασθενής τη στιγμή κατά την οποία απειλείται άμεσα η ζωή του, αλλά ο ίδιος πλέον δεν είναι σε θέση να το αντιληφθεί. Κι ακόμη, ότι δεν είναι βέβαιο ότι ένας ασθενής που εμφανίζει μεν έκπτωση ή εκμηδένιση των πνευματικών του λειτουργιών, χωρίς όμως να το αντιλαμβάνεται ή να υποφέρει, θα προτιμούσε το θάνατο από την παρούσα

κατάστασή του, αν μπορούσε να ερωτηθεί σχετικά, όταν πράγματι βιώνει την κατάσταση αυτή και όχι με τα δεδομένα και τις παραστάσεις της προηγούμενης «κανονικής» νοητικής κατάστασής του.

## II. ΙΣΧΥΟΝ ΔΙΚΑΙΟ

Κατ' αρχάς, το δίκαιό μας προστατεύει την ανθρώπινη ζωή ως υπέρτατο αγαθό της προσωπικότητας, με διατάξεις του συνταγματικού, του ευρωπαϊκού και του κοινού δικαίου. Η αφαίρεση της ζωής δεν είναι αποδεκτή, ούτε ως αυτοπροσβολή, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις ο νόμος προβλέπει την άρση του άδικου χαρακτήρα της αφαίρεσης της ζωής (ΑΚ 284, ΠΚ 20, 21). Είναι ανεπίτρεπτο η προστασία της ανθρώπινης ζωής να διαβαθμίζεται με οποιοδήποτε κριτήριο. Ένα πρόσωπο δεν προστατεύεται λιγότερο, επειδή πάσχει από βαρύτατη ασθένεια που καθιστά την ποιότητα της ζωής του κακή ή ακόμη και απελπιστική. Ούτε βεβαίως το δικαίωμα στην προστασία της ανθρώπινης ζωής επιτρέπεται να σχετικοποιείται υπό το πρίσμα οποιασδήποτε αξιολόγησης, όπως είναι η προσδοκώμενη μικρή διάρκεια της ζωής του ασθενούς, το κόστος της περίθαλψης, η επιβάρυνση του ασφαλιστικού συστήματος, η ανεπάρκεια των κλινών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ή η ταλαιπωρία του ίδιου και των συγγενών του.

Σε ορισμένες εντούτοις περιπτώσεις, η προστασία της ανθρώπινης αξίας και ελευθερίας, δικαιολογεί την άρνηση του ασθενούς να συναινέσει σε ενέργειες απαραίτητες για τη διατήρηση της ζωής του. Ειδικότερα, από το ισχύον δίκαιο [άρθρα 5 § 1 της Σύμβασης του Οβιέδο (Ν. 2619/1996) και 12 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005)] συνάγεται ότι **η συναίνεση του ασθενούς**, ως εκδήλωση του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του αναφορικά με το σώμα και την υγεία του, στο πλαίσιο της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας, **είναι προϋπόθεση για τη νομιμότητα όλων των ιατρικών πράξεων, δηλαδή ακόμη κι εκείνων που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της ζωής**. Υποχρεωτική θεραπεία, παρά την αντίθετη θέληση του ασθενούς, δεν είναι νοητή.

Συχνά, ο ασθενής κινδυνεύει να πεθάνει όταν δεν είναι σε θέση να συναινέσει, επομένως ούτε και να αρνηθεί τη συναίνεσή του (λ.χ. δεν έχει πλέον τις αισθήσεις του), με

συνέπεια, αν είναι επείγουσα η περίπτωση, να νομιμοποιείται η διενέργεια της αναγκαίας ιατρικής πράξης και χωρίς συναίνεση (άρθ. 12 § 3α ΚΙΔ). Σε αυτό ακριβώς το σημείο ανακύπτει το θέμα των προγενέστερων επιθυμιών: οφείλει ο γιατρός να λαμβάνει υπόψη του, σε σχέση με τις ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής, τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής σε χρόνο που μπορούσε να διαμορφώσει ελεύθερα τη βούλησή του;

Το άρθ. 29 ΚΙΔ, που έχει τον παράτιτλο «ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής» προβλέπει (§ 2) ότι: **«Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει».** Εξάλλου, και το άρθρ. 9 Σύμβασης του Οβιέδο, ορίζει ότι: **«Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη προκειμένου για ασθενή ο οποίος κατά το χρόνο της επέμβασης δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του».**

Οι ρυθμίσεις αυτές έχουν κατευθυντήριο- δεοντολογικό χαρακτήρα και η κυριότερη λειτουργία τους είναι να αμβλύνουν το ηθικό δίλημμα του γιατρού σε οριακές περιπτώσεις, διευκολύνοντας την επιλογή του μεταξύ ισοδύναμων, από ιατρική άποψη, λύσεων. Οι ίδιες διατάξεις, ωστόσο, λόγω της γενικότητας της διατύπωσής τους και της απουσίας ενός σαφούς και ολοκληρωμένου συστήματος προϋποθέσεων και εγγυήσεων για την προστασία του ασθενούς, δεν μπορούν να αναιρέσουν τη νομική υποχρέωση του γιατρού να επιχειρεί τις ενέργειες που είναι αναγκαίες για τη διατήρηση της ζωής και γενικά να εφαρμόζει τους κανόνες της ιατρικής προς το συμφέρον του ασθενούς.

Προκύπτει, επομένως, από τη νομοθεσία ότι ο μόνος λόγος που μπορεί να «απαλλάξει» το γιατρό από την υποχρέωση παροχής ιατρικής φροντίδας, είναι η άρνηση από τον ασθενή της σχετικής συναίνεσής του, όταν ο ίδιος είναι ικανός να τη δηλώσει. Εξάλλου, σύμφωνα με τον ΚΙΔ, η συναίνεση πρέπει να καλύπτει την ιατρική πράξη «κατά το χρόνο εκτέλεσής της», με την έννοια ότι η ύπαρξη και το κύρος της συναίνεσης του ασθενούς κρίνονται μόνο κατά το χρόνο πριν τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη και σε σύνδεση με τις συνθήκες υπό τις οποίες αυτή επιχειρείται. Η συναίνεση, όπως και η άρνηση του ασθενούς να υποβληθεί σε συγκεκριμένη ιατρική πράξη ή θεραπεία, δεν μπορεί να αναπτύξει τη νόμιμη λειτουργία της, αν έχει εκφραστεί απλώς ως «επιθυμία», σε χρόνο ανύποπτο και υπό περιστάσεις διαφορετικές.

Εξάλλου, στο ελληνικό δίκαιο δεν προβλέπεται ούτε κάποια μορφή «πληρεξούσιου για θέματα υγείας», με την έννοια που προαναφέρθηκε και, ιδίως, σε συνάρτηση με τις ΠΟ. Αναφορά στο θεσμό αυτό υπάρχει στη Διεθνή Σύμβαση της Χάγης του 2000 «για τη διεθνή προστασία των ενηλίκων» (άρθρα 15 και 16), την οποία όμως η Ελλάδα δεν έχει ακόμη κυρώσει. Ο εγγύτερος σε αυτόν θεσμός, είναι αυτός του δικαστικού συμπαραστάτη, χωρίς όμως να μπορεί να καλύψει επαρκώς τα σχετικά ζητήματα. Μεταξύ άλλων, ο δικαστικός συμπαραστάτης είναι υποχρεωμένος, σύμφωνα με τον ΑΚ, να ενεργεί σύμφωνα με το συμφέρον του συμπαραστατούμενου και, επομένως, δεν απαλλάσσεται από τη σχετική ευθύνη του, αν ακολούθησε προγενέστερη οδηγία του τελευταίου αναφορικά με την απόκρουση ιατρικών πράξεων, με αποτέλεσμα την επίσπευση του θανάτου του.

Όταν δεν υπάρχει δικαστική συμπαράσταση, όταν λ.χ. το πρόβλημα ανακύπτει αιφνίδια (π.χ. τροχαίο), ο αυτοκαθορισμός του ασθενούς κινδυνεύει ακόμη περισσότερο, αφού δεν έχει καν μεσολαβήσει η κρίση του δικαστηρίου αναφορικά με το ποιο πρόσωπο είναι καταλληλότερο να αποφασίζει για την υγεία του ασθενούς, έστω με τους περιορισμούς του λειτουργήματος του δικαστικού συμπαραστάτη. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι δυνατόν να επικρατήσει η αντίθετη προς τις επιθυμίες του ασθενούς γνώμη του κατά τον ΚΙΔ «οικείου» (βλ. άρθρα 1 και 12 § 2 ββ ΚΙΔ), που μπορεί να είναι ο μόνος που ανευρίσκεται ή αυτός με την ισχυρότερη προσωπικότητα ή αυτός που αντιστοιχίζεται με τη βούληση των γιατρών.

Οι ΠΟ συνιστούν ένα δυσχερές θέμα, που σε νομοθετικό επίπεδο θα έπρεπε να συνοδεύεται από συγκεκριμένες και σαφείς προϋποθέσεις και εγγυήσεις, τις οποίες βέβαια δεν περιέχουν οι ισχύουσες διατάξεις του ΚΙΔ και της Σύμβασης του Οβιέδο. **Κατά τη γνώμη των μελών του Εργαστηρίου, μόνο με ειδική νομοθετική ρύθμιση, όπως αυτή που υπάρχει σε άλλες έννομες τάξεις, θα μπορούσαν να αποκτήσουν δεσμευτικότητα οι προγενέστερες επιλογές του ασθενούς•** συμπερασματικά, στο εξεταζόμενο θέμα διαπιστώνεται σήμερα κανονιστικό έλλειμμα του ελληνικού δικαίου.

### III. ΛΥΣΕΙΣ ΣΕ ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΑ

Σε ορισμένα δίκαια προβλέπεται ρητά η δυνατότητα του ασθενούς να καθορίσει το «ιατρικό μέλλον» του με μια νομικά δεσμευτική πράξη, ακόμη και σε χρόνο που δεν απειλείται η ζωή του ή/και που δεν πάσχει από ασθένεια. Αυτό γίνεται κατά βάση με δυο τρόπους:

**α)** με τον ορισμό συγκεκριμένου προσώπου ως «πληρεξούσιου υγείας» (παροχή πληρεξουσιότητας σε θέματα υγείας), ο οποίος επιφορτίζεται με τη λήψη των αποφάσεων που αφορούν τον αντιπροσωπευόμενο, όταν αυτός δεν θα είναι σε θέση να τις παίρνει αυτοπροσώπως. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι στα αλλοδαπά δίκαια δεν επιλύεται με ενιαίο τρόπο το κρίσιμο ζήτημα αν ο «πληρεξούσιος υγείας» δεσμεύει το γιατρό με τις επιλογές του, όπως αν ήταν ο ίδιος ο ασθενής, και ειδικότερα αν ο πληρεξούσιος μπορεί δεσμευτικά να αρνηθεί ιατρικές πράξεις, όταν αυτή η άρνηση συνεπάγεται την επίσπευση του τέλους της ζωής του ασθενούς.

**β)** με την υπογραφή ενός εγγράφου στο οποίο απαριθμούνται οι ιατρικές πράξεις και τεχνικές ή οι καταστάσεις που αποκρούει ο ασθενής• λ.χ. ο ασθενής δηλώνει ότι αν παραμείνει διασωληνωμένος πάνω από 2 μήνες, επιθυμεί τη διακοπή κάθε μηχανικής υποστήριξης («προγενέστερες οδηγίες» (living will, Patiententestament, Patientenverfügung).

Στο ισχύον ελληνικό δίκαιο, όπως ήδη αναφέρθηκε, και οι δυο αυτές εκδοχές δεν έχουν νομική ισχύ ή την απαιτούμενη νομική εμβέλεια.

#### **IV. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Ενόψει της προαναφερθέντος κανονιστικού ελλείμματος του ελληνικού δικαίου, **το Εργαστήριο Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής**, ύστερα από διεξοδική συζήτηση, κατέληξε στις ακόλουθες προτάσεις:

**(1)** - Είναι αναγκαία μια **νομοθετική ρύθμιση**, στο πρότυπο των προγενέστερων οδηγιών ή έστω των πληρεξουσιών υγείας που προβλέπονται σε άλλες έννομες τάξεις. Η ρύθμιση αυτή είναι προτιμότερη από την παρούσα κατάσταση των καθημερινών δραμάτων και διλημμάτων, παρά τις κάποιες δυσχέρειες που αρχικά θα προκύψουν.

**(2)** - Ο νομοθέτης οφείλει να λάβει τη δέουσα πρωτοβουλία κατά τρόπο **συγκεκριμένο και ανταποκρινόμενο στην ασφάλεια δικαίου**, με ρητή και ειδική νομοθετική πρόβλεψη των διαθηκών ή των πληρεξούσιων υγείας και γενικότερα την υπό όρους δεσμευτικότητα των προγενέστερων οδηγιών.

**(3)** - **Ομόφωνα** έγινε δεκτό ότι:

**(α)** - Θα πρέπει να προβλεφθεί νομοθετικά η δυνατότητα του προσώπου, το **οποίο έχει διαγνωστεί με μία πάθηση που οδηγεί στο τέλος της ζωής ή / και την απομείωση της διανοητικής του ικανότητας**, να διατυπώνει **δεσμευτικές για τους γιατρούς οδηγίες αναφορικά με μελλοντικές ιατρικές πράξεις**.

**(β)** – Η βούληση του ασθενούς θα πρέπει να διατυπώνεται με τρόπο σαφή και μη επιδεκτικό διαφορετικών ερμηνευτικών προσεγγίσεων, με ρητή αναφορά στις ιατρικές πράξεις που δεν επιθυμεί να γίνουν ή στην οριοθέτηση των πράξεων, των οποίων την εκτέλεση επιθυμεί.

**(γ)** – Για να υπάρχει ασφάλεια δικαίου κρίθηκε σκόπιμο να υιοθετηθεί συγκεκριμένος τύπος διατύπωσης της βούλησης, όπως λ.χ. ο συμβολαιογραφικός.

**(δ)** – Στο έγγραφο πρέπει να γίνεται ειδική μνεία σχετικά με την **προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς** για την πορεία της ασθένειάς του, τις υπάρχουσες δυνατότητες ιατρικών παρεμβάσεων και τα αποτελέσματά τους, καθώς προϋπόθεση του κύρους της συναίνεσης του ασθενούς είναι η προηγούμενη πλήρης ενημέρωσή του σχετικά με τη φύση, το σκοπό και τους κινδύνους της επικείμενης ιατρικής πράξης (βλ. άρθρα 11, 12 § 2 α ΚΙΔ).

**(ε)** – Τέλος, στο ίδιο έγγραφο μπορεί να ορίζεται ένα πρόσωπο το οποίο θα επιφορτίζεται με την εφαρμογή των επιθυμιών του ασθενούς, όπως αυτές διατυπώνονται στο κείμενο των προγενέστερων οδηγιών, όταν εκείνος δεν θα είναι σε θέση να τις εκφράζει.

**(4)** - **Κατά πλειοψηφία** έγινε δεκτό ότι:

**(α)** – Η ίδια δυνατότητα πρέπει να προβλεφθεί και για το πρόσωπο, το οποίο δεν αντιμετωπίζει, κατά το χρόνο που δηλώνονται οι προγενέστερες οδηγίες, κανένα πρόβλημα υγείας.

**(β)** - Στην περίπτωση αυτή, η σχετική δήλωση πρέπει να έχει συγκεκριμένη χρονική ισχύ που δεν θα ξεπερνά τα δύο έτη.

**(γ)** – Θα πρέπει να αποδεικνύεται η προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τις ιατρικές πράξεις που αποτελούν το αντικείμενο των προγενέστερων οδηγιών του.

Οι διατάξεις αυτές θα μπορούσαν να τεθούν είτε στον ΚΙΔ είτε στο περί δικαστικής συμπαράστασης κεφάλαιο του ΑΚ.