



**Γιατί ένα τέτοιο Συμπόσιο** WHY SUCH A SYMPOSIUM [olympias.uoi.gr/32635](https://olympias.uoi.gr/32635) & [doi:heal.uoi.12442](https://doi.org/10.12442/heal.uoi.12442)  
**Ο δρόμος ως το Συμπόσιο** TOWARDS THE SYMPOSIUM [olympias.uoi.gr/32632](https://olympias.uoi.gr/32632) & [doi:heal.uoi.12439](https://doi.org/10.12439/heal.uoi.12439)  
**Πρόγραμμα** PROGRAM [olympias.uoi.gr/32633](https://olympias.uoi.gr/32633) & [doi:heal.uoi.12440](https://doi.org/10.12440/heal.uoi.12440)  
**Ομιλίες** ORAL PRESENTATIONS (121 βίντεο/videos) <https://www.youtube.com/@1-706/videos>  
**ΠΡΑΚΤΙΚΑ** PROCEEDINGS [olympias.uoi.gr/32634](https://olympias.uoi.gr/32634) & [doi:heal.uoi.12441](https://doi.org/10.12441/heal.uoi.12441)  
**Απολογισμός: Ήμουν κι εγώ εκεί!** REPORT: I WAS THERE! [olympias.uoi.gr/33342](https://olympias.uoi.gr/33342) & [doi:heal.uoi.13058](https://doi.org/10.13058/heal.uoi.13058)  
**Παρόν άρθρο** THIS PAPER [olympias.uoi.gr/33241](https://olympias.uoi.gr/33241) & [doi:heal.uoi.12996](https://doi.org/10.12996/heal.uoi.12996). **EN Summary** follows

## Νομικές ρυθμίσεις σχετικά με το τέλος της ζωής: Ανάγκη αναθεώρησης<sup>1</sup>

Αναστάσιος Καντιάνης<sup>2</sup>

### Περίληψη

Όταν επίκειται απόφαση σχετικά με ανθρώπινη παρέμβαση (πράξη ή παράλειψη) στο χρόνο επέλευσης του θανάτου, ασθενείς, ιατροί και οικείοι έρχονται αντιμέτωποι με αντιφατικές νομικές ρυθμίσεις ή με ένα νομικά αρρυθμιστο πλαίσιο.

Έτσι, ενώ αναγνωρίζεται καταρχήν η δεσμευτικότητα των αποφάσεων της ασθενούς σχετικά με μια ασθένεια, δεν αναγνωρίζεται τέτοια δεσμευτικότητα σε αποφάσεις που αναφέρονται στην μελλοντική πορεία μιας ασθένειας προς το θάνατο (προγενέστερες οδηγίες), ιδίως όταν περιεχόμενο της απόφασης είναι η μη λήψη μέτρων διατήρησης στη ζωή.

Ενώ αναγνωρίζεται η υποχρέωση της ιατρού να παρέχει παρηγορική αγωγή στην ασθενή τελικού σταδίου, η νομοθεσία δεν περιλαμβάνει ρυθμίσεις για την ειδική εκπαίδευση, τη σύσταση ειδικών κλινών, την αναγνώριση και ένταξη στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας των κέντρων πόνου και την ενδεδειγμένη διαχείριση οπιοειδών.

Ενώ αναγνωρίζεται νομοθετικά ότι υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες δεν θα πρέπει να εφαρμόζονται μέτρα επείγουσας ιατρικής, υποχρεώνεται η ιατρός σε κάθε περίπτωση επείγοντος να εφαρμόσει τέτοια μέτρα.

Αποτέλεσμα των αντιφάσεων και ελλείψεων των νομικών ρυθμίσεων είναι συχνά η ασθενής, στο τελευταίο στάδιο της ζωής της, να μην λαμβάνει ούτε την επιθυμητή ούτε την ενδεδειγμένη για αυτήν φροντίδα. Το τελευταίο στάδιο της ζωής της καθίσταται συχνά οδυνηρό και αποκομμένο από την μέχρι τότε ζωή της, τις στάσεις και τις επιθυμίες της.

Η διαμόρφωση του κατάλληλου νομικού πλαισίου, που θα επιτρέπει αφενός την παροχή της ενδεδειγμένης παρηγορικής φροντίδας, αφετέρου την αναγνώριση και το σεβασμό της προσωπικής

<sup>1</sup> 30-4-2017 13:00-14:30 Συνεδρία *K3 Ιστορία 2500 χρόνων*. Ομιλία 3η: [YouTube=g65ze3Pb93Y](https://www.youtube.com/watch?v=g65ze3Pb93Y) 13:44. Άρθρο: υποβολή 3-11-2022· αποδοχή 3-11-2022· κρίση από ομότεχνους (peer review): όχι. Πρόσβαση όλων των συνδέσμων 20-5-2023. Αν οι σύνδεσμοι στην κορυφή αυτής της σελίδας δεν λειτουργούν: > ΠΡΑΚΤΙΚΑ: σελίδα 21: υποσημείωση 6.

Πώς να **αναφέρετε** αυτό το άρθρο: Καντιάνης Α. «Νομικές ρυθμίσεις σχετικά με το τέλος της ζωής: Ανάγκη αναθεώρησης». Στο: «*Πότε Πρέπει να Πεθαίνουμε; (ΠΠΠ). Πρακτικά 1ου Διεπιστημονικού Συμποσίου, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 28-30 Απριλίου 2017. ISBN 978-960-233-288-7*». Εκδόσεις Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, αποθετήριο Ολυμπιάς. 7 Απριλίου 2024. Άρθρο K33: σς 10. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33241>. <http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.12996>.

<sup>2</sup> Δικηγόρος. Διδάκτωρ Δικαίου Πανεπιστημίου Göttingen, με υποτροφία επιδόσεως και ειδικευση στο Ιατρικό Δίκαιο, την Παρηγορική Φροντίδα, το Συγκριτικό, Ευρωπαϊκό και Ποινικό Δίκαιο. Έχει διδάξει στο Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών και είναι Δικηγόρος Αθηνών. Έχει συγγράψει τη μονογραφία *Palliativmedizin als Sterbebegleitung nach deutschem und griechischem Recht* (εκδόσεις Peter Lang) και άρθρα σε νομικά και ιατρικά επιστημονικά περιοδικά. Συμμετέχει σε συνέδρια και εκπαιδευτικά σεμινάρια ως εισηγητής και ειδικός εμπειρογνώμονας σε Ελλάδα, Γερμανία, Τουρκία, Αζερμπαϊτζάν. Email: [akantianis@yahoo.com](mailto:akantianis@yahoo.com).

στάσης της ασθενούς μέχρι τέλους, προηγείται κάθε νομοθετικής πρωτοβουλίας σχετικά με τη λεγόμενη ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Λέξεις-κλειδιά: νομικό πλαίσιο θανάτου, παρηγορική φροντίδα, ανακουφιστική φροντίδα, προγενέστερες οδηγίες, προσωπικός θάνατος, δικαίωμα στο θάνατο, παρηγορική αγωγή, τελευταίο στάδιο της ζωής, ευθανασία, υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, τέλος της ζωής, θάνατος με αξιοπρέπεια, αξιοπρεπής θάνατος, καλός θάνατος, ωραίος θάνατος, ευ-θάνατος, ώριμος θάνατος, ανώριμος θάνατος, μεθώριμος θάνατος, πρόωρος θάνατος, θάνατος πριν την ώρα του, θάνατος στην ώρα του, θάνατος μετά την ώρα του, μετάωρος θάνατος, αθανασία, ευθανασία, δυσθανασία, προθανασία, μεταθανασία, μεταθανάτια μακροζωία, πότε πρέπει να πεθαίνουμε, ΠΠΠ, πότε οφείλομε να πεθαίνουμε, ΠΟΠ, πώς πρέπει να πεθαίνουμε, ΠώΠΠ, γιατί πρέπει να πεθαίνουμε, ΓΠΠ.

## Legal provisions regarding the end of life: Need for revision<sup>3</sup>

Anastassios Kantianis<sup>4</sup>

### Summary

When a decision about human intervention (act or omission) at the end of life is imminent, patients, doctors and relatives are faced with contradictory legal regulations or an unregulated field.

While the patient's decision is recognized in principle as binding, such binding is not recognized when the decision refers to the future course of an illness towards death (advance directives), especially when the content of the decision is to abstain from life-sustaining measures.

While the physician's obligation to provide palliative care to terminally ill patients is recognized by the law, no legal provisions exist regarding special education of the practitioners, the establishment of special palliative care units, the recognition and inclusion in the health care system of pain centers and the appropriate management of opioids.

While it is recognized by the law that there are cases in which emergency medical measures should not be applied, the doctor is obliged in every case of emergency to apply such measures.

As a result of the contradictions and shortcomings of the existing legal framework, the patient, at the end of her life, often does not receive either the desired or the appropriate care for her. The end stage of her life often becomes painful and disconnected from her previous life, attitudes, and desires.

The creation of the appropriate legal framework, which will make possible the delivery of appropriate palliative care on the one hand, and the recognition and respect of the patient's personal end-of-life wishes, on the other hand, precedes any legislative initiative regarding so-called euthanasia and assisted suicide.

Keywords: *legal framework of death, palliative care, advance directives, personal death, right to die, euthanasia, assisted suicide, medically assisted suicide, last stage of life, end of life, dying with dignity, good*

<sup>3</sup> 30-4-2017 13:00-14:30 Session K3 2500 years of History. **Speech 3:** [YouTube=g65ze3Pb93Y](https://www.youtube.com/watch?v=g65ze3Pb93Y) 13:44. **Paper:** submitted 3 Nov 2022; accepted 3 Nov 2022; no peer reviewed. Access of all links 20 May 2023. If the **links** at the top of the first page do not work: > Top of the 1st page: PROCEEDINGS: page 22: footnote 10.

**Cite** this article: Kantianis A. «Legal provisions regarding the end of life: Need for revision». In: «*When Should We Die? (WnSWD). Proceedings of the 1st Interdisciplinary Symposium. University of Ioannina, Greece, April 28-30, 2017. ISBN 978-960-233-288-7.*» University of Ioannina Publications, Olympias repository. April 7, 2024. Paper K33: ps 10. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33241> & <http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.12996>.

<sup>4</sup> Lawyer. Doctor of Law, University of Göttingen, with merit scholarship and specialization in Medical Law, Palliative Care, Comparative, European and Criminal Law. He has taught at Panteion University of Social and Political Sciences and is a Lawyer of Athens. He is the author of the monograph *Palliative medicine as terminal care according to German and Greek law* (published by Peter Lang) and several articles in legal and medical journals. He participates in conferences and educational seminars as a lecturer and expert in Greece, Germany, Turkey, Azerbaijan. [akantianis@yahoo.com](mailto:akantianis@yahoo.com).

*death, mature death, premature death, postmature death, immortality, euthanasia, efitthanassia, dysthanassia, prothanassia, metathanassia, posthumous longevity, when should we die, WnSWD, when must we die, WnMWD, how should we die, HSWD, why should we die, WySWD.*

## 1. Νομικές ρυθμίσεις, ρόλος του Δικαίου και προσδιορισμός της ρυθμιστέας πραγματικής κατάστασης

Στο πλαίσιο της παρούσας εισήγησης ως νομικές ρυθμίσεις σχετικά με το τέλος της ζωής νοούνται κανόνες Δικαίου, με τους οποίους καθορίζονται δικαιώματα και υποχρεώσεις προσώπων, ενόψει του θανάτου μιας ασθενούς με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Οι ρυθμίσεις που εξετάζονται αφορούν κυρίως στο βαθμό νομικής δεσμευτικότητας των αποφάσεων που λαμβάνονται και έχουν ως περιεχόμενο τόσο την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση πλησίον του τέλους της ζωής όσο και τον τρόπο και χρόνο επέλευσης του θανάτου.

Υποστηρίζεται η άποψη ότι διαφεύγουν της «αρμοδιότητας» του Δικαίου και ανήκουν στο χώρο της ηθικής, αποφάσεις ασθενών που έχουν ως περιεχόμενο το χρόνο επέλευσης του θανάτου τους. Όχημα για την υποστήριξη αυτής της άποψης έχει αποτελέσει και η συζήτηση για την ύπαρξη ή μη δικαιώματος στο θάνατο. Δεν μπορεί, λένε, να αναγνωριστεί από το Δίκαιο ένα δικαίωμα με περιεχόμενο την επιλογή του θανάτου, επειδή, μεταξύ άλλων, ένα τέτοιο δικαίωμα δεν θα είχε ως περιεχόμενο ένα βιοτικό συμφέρον,<sup>5</sup> αλλά την αυτοκαταστροφή του φορέα του δικαιώματος και κατ' επέκταση της κοινωνίας «στο μέτρο που κάθε άνθρωπος αποτελεί ένα μόριο της βιολογικής υπόστασής της».<sup>6</sup> Η άποψη αυτή καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η απόφαση-επιλογή ενός προσώπου να πεθάνει στο χρόνο που επιλέγει και με τον τρόπο που επιθυμεί, μπορεί να είναι μόνον ηθική επιλογή και βρίσκεται στο «επέκεινα» του κοινωνικού χώρου,<sup>7</sup> δηλαδή εκτός της ρυθμιστικής εμβέλειας του Δικαίου.

Την ίδια στιγμή όμως γίνεται αποδεκτό ότι σε περίπτωση αιτήματος ευθανασίας από ασθενή, «ο γιατρός σε μια υπερβατική υπαρξιακή σχέση με τον άρρωστο και με αποκλειστικό στήριγμα την εσωτερική φωνή της συνείδησής του θα συνδράμει με τον τρόπο που ξέρι και που όλοι γνωρίζουμε πως έχει».<sup>8</sup> Εφόσον όμως γίνεται δεκτό ότι αιτήματα ασθενών για επίσπευση ή επιλογή θανάτου είναι υπαρκτά και απευθύνονται σε ιατρούς, αποδεικνύεται ότι αυτή η πραγματική κατάσταση βρίσκεται κατ' εξοχήν εντός του κοινωνικού χώρου και ενδιαφέρει το Δίκαιο: διότι τόσο από την απόφαση του ασθενούς να καθορίσει τον χρόνο επέλευσης του θανάτου του όσο και από την ανταπόκριση ή μη του ιατρού εξαρτάται εάν ο ασθενής θα εξακολουθήσει να ζει ή όχι, οι νομικές διατάξεις για την προστασία της ζωής και τα όρια της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης του ιατρού σχετικά με την προστασία της ζωής του ασθενούς εμφανίζονται επομένως στο προσκήνιο.

Με άλλες λέξεις, όσοι αρνούνται την «αρμοδιότητα» του Δικαίου με τα ζητήματα καθορισμού του τρόπου και χρόνου επέλευσης του θανάτου ενός ασθενούς, ουσιαστικά μεταθέτουν την προστασία της ζωής στην ηθική και στην ατομική συνείδηση των συμμετεχόντων, μεταξύ των οποίων των ιατρών,<sup>9</sup> πράγμα που δεν μπορεί να γίνει δεκτό

Εξάλλου, το Δίκαιο δεν αντιλαμβάνεται το θάνατο ως ένα "ξένο" σώμα στο ρυθμιστικό του πεδίο, αλλά περιλαμβάνει ήδη διατάξεις που είναι προϊόν σταθμίσεων αναφορικά με το πότε ένα πρόσωπο θεωρείται νεκρό και παύει η υποχρέωση ιατρικής παρέμβασης για τη διάσωσή του. Το Δίκαιο αναγνωρίζει ότι ο χρόνος επέλευσης του θανάτου αποτελεί μια σύμβαση, μια συμφωνία, και δεν

<sup>5</sup> I. Μανωλεδάκης, Υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο;, σε *Ποινικά Χρονικά* 2004, σελ. 577 (584).

<sup>6</sup> I. Γιαρένη, Το «δικαίωμα» στο θάνατο και το ιατρικό καθήκον διατήρησης της ζωής, σε: Το Βήμα του Ασκληπιού 2005, σελ. 138 (139 επ.).

<sup>7</sup> I. Μανωλεδάκης, ό.π.

<sup>8</sup> Ο.π.

<sup>9</sup> Όπως επισημαίνει ο G. Anagnostopoulos, Η Ευθανασία και ο ρόλος του γιατρού: Στοχασμοί πάνω σε μερικές απόψεις της αρχαίας ελληνικής παράδοσης, σε: M. G. Kuczewski/R. Polansky (επιμ.), Βιοηθική, Αθήνα 2007, σελ. 457 (522), οι στοχασμοί για το αν ή όχι θα τερματιστεί μια ζωή εγείρουν ερωτήματα που απαιτούν ένα είδος επιδεξιότητας που δεν είναι μόνο επιστημονικού/τεχνικού ιατρικού είδους.

ταυτίζεται με το βιολογικό θάνατο. Διότι ο βιολογικός θάνατος αποτελεί μια διαδικασία νέκρωσης οργάνων, ιστών και κυττάρων, που διαρκεί πολύ χρόνο μετά την μη αναστρέψιμη παύση των ζωτικών λειτουργιών ενός προσώπου.<sup>10</sup> Αν ταύτιζε το Δίκαιο το χρόνο επέλευσης του θανάτου με τον βιολογικό θάνατο, θα έπρεπε μετά την οριστική παύση της εγκεφαλικής ή καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας να αναμένει την παρέλευση πολλών ημερών, αφού τα κύτταρα νεκρώνονται σταδιακά στο χρόνο και πολλές εβδομάδες μετά την παύση των παραπάνω λειτουργιών.<sup>11</sup> Ότι η αναγνώριση του πότε ένας άνθρωπος είναι νεκρός για το Δίκαιο αποτελεί προϊόν σταθμίσεων, αποδεικνύεται από το γεγονός ότι για το Δίκαιο ο θάνατος ταυτιζόταν αρχικά με την παύση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, αφού αυτή η παύση θεωρούνταν ότι οδηγούσε μη αναστρέψιμα στη νέκρωση του όλου οργανισμού. Στη συνέχεια, όταν η καρδιοαναπνευστική λειτουργία ήταν δυνατό να επανακτηθεί με τεχνικά ιατρικά μέσα επείγουσας ιατρικής, αναγνωρίστηκε η οριστική παύση των εγκεφαλικών λειτουργιών (στην Ελλάδα: η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους<sup>12</sup>), ως θάνατος ενός προσώπου, θεωρώντας ότι αυτό το σημείο οδηγεί μη αναστρέψιμα στην νέκρωση του οργανισμού και επομένως καθίσταται ανέφελη και πιθανόν βλαπτική για το πρόσωπο η εφαρμογή μέσων επείγουσας ιατρικής στο εγκεφαλικά νεκρό πρόσωπο. Στον εγκεφαλικά νεκρό μπορεί πρακτικά η καρδιοαναπνευστική λειτουργία να διατηρηθεί με τεχνικά μέσα ιδίως επείγουσας ιατρικής, όμως το Δίκαιο αναγνωρίζει ότι η υποχρέωση του ιατρού να προβεί σε τέτοια παρέμβαση δεν υπάρχει, παρά στο πλαίσιο της διαδικασίας μεταμόσχευσης.<sup>13</sup> Τα παραπάνω δείχνουν ότι το Δίκαιο, ως κατεξοχήν πεδίο ρύθμισης ζητημάτων που έχουν να κάνουν με το τέλος και τις αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής, δεν αντιμετωπίζει το θάνατο ως αμιγώς βιολογικό γεγονός ούτε τη ζωή απαλλαγμένη από ποιοτικά κριτήρια, αλλά με τις αναγκαίες σταθμίσεις αναγνωρίζει ότι υπάρχουν όρια στην εφαρμογή μέτρων διατήρησης στη ζωή ενός προσώπου.

Παραδοσιακά η νομική προσέγγιση των αποφάσεων σχετικά με το τέλος της ζωής επικεντρώνεται σε ορισμούς διαφόρων μορφών ευθανασίας. Στη σχετική βιβλιογραφία, συναντά κανείς διαφορετικούς ορισμούς και κατηγοριοποιήσεις της λεγόμενης ευθανασίας,<sup>14</sup> υπάρχει μια πληθωριστική αναφορά σε ορισμούς, χωρίς να υπάρχει συμφωνία ως προς την πραγματική κατάσταση που κάθε φορά ορίζεται. Η σύγχυση περί του ποια πραγματική κατάσταση τίθεται ως βάση της συζήτησης για πιθανή ρύθμιση ή νομική αξιολόγηση, οδηγεί κάποιες φορές και σε αμφισβητούμενες νομικές παραδοχές. Παράλληλα, ελλείπει συχνά από τη νομική συζήτηση το ζήτημα της ενδεδειγμένης ιατρικής παρέμβασης στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών και σε τί συνίσταται η ιατρική ένδειξη.

Για την αποφυγή εσφαλμένων παραδοχών κατά την έρευνα της ανάγκης ή μη ρύθμισης από το δίκαιο μιας πραγματικής κατάστασης, απαραίτητος είναι ο καθορισμός και η εξειδίκευση κάθε φορά της πραγματικής κατάστασης που τίθεται ως βάση συζήτησης ή έρευνας.

Στην παρούσα εισήγηση ως τέτοια **βάση** τίθεται ένας *ενήλικος ζων ασθενής που έχει την ικανότητα για απόφαση* (ικανότητα συναίνεσης ή ικανότητα άρνησης παροχής συναίνεσης) βρίσκεται σε *προχωρημένο στάδιο μιας ανίατης απειλητικής νόσου με επώδυνα συνοδά συμπτώματα και μη αναστρέψιμη πορεία προς την έκπτωση ζωτικών λειτουργιών και επομένως προς το θάνατο*.<sup>15</sup> Δεν γίνεται επομένως λόγος για οποιοδήποτε ασθενή, αλλά ασθενή που βιώνει τη συγκεκριμένη κατάσταση με τα ιδιαίτερα αυτά χαρακτηριστικά.

<sup>10</sup> F. Oduncu, Hirntod und Organtransplantation, 1998, sel. 146.

<sup>11</sup> Χ. Πάλλης, Εγκεφαλικός θάνατος, σε: Ιατρικό Βήμα 1984, σελ. 27 (30).

<sup>12</sup> Άρθρο 9 παράγραφος 5 ν. 3984/2011.

<sup>13</sup> Άρθρο 9 παράγραφος 6 ν. 3984/2011: «Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον η λειτουργία ορισμένων οργάνων διατηρείται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και έναν νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη πιστοποιητικού θανάτου».

<sup>14</sup> Ενδεικτικά: Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου, η Ευθανασία στο Ποινικό Δίκαιο, σε: Μ. Καϊάφα Γκμπάντι, Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (επιμ.) Ευθανασία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2007, σελ. 137 επ.

<sup>15</sup> Βλ. αναλυτικά: Α. Καντιάνης, Ποινικές όψεις της μετάβασης από τον θεραπευτικό στον παρηγορικό στόχο, σε: Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη, Φ. Παναγοπούλου-Κουτνατζή (επιμ.), Βιοηθικοί Προβληματισμοί, Αθήνα 2014, σελ. 613 (615 επ.).

## 2. Η ενδεδειγμένη θεραπεία - παρηγορική αγωγή

Βασικό ερώτημα που τίθεται είναι ποιο είναι το κατάλληλο, ενδεδειγμένο, θεραπευτικό σχήμα για τη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών. Δηλαδή ποιες παρεμβάσεις είναι στην κατάσταση του ασθενούς ενδεδειγμένες και ποιες όχι. Το σημείο αυτό χρειάζεται όμως διευκρίνιση. Η ιατρική ένδειξη είναι η αιτιολογημένη απόφαση για συγκεκριμένη ιατρική παρέμβαση, η ιατρική παρέμβαση χρειάζεται ιδιαίτερη αιτιολόγηση και δικαιολόγηση.<sup>16</sup> Η ένδειξη μπορεί να βασίζεται όχι μόνον σε μια αντικειμενική εικόνα ασθένειας, αλλά να συμπροσδιορίζεται και από αυτό που ο ασθενής βιώνει ως ασθένεια, υπό το πρίσμα της ποιότητας ζωής του.<sup>17</sup> Με συμπερίληψη του κριτηρίου της ποιότητας ζωής αιτιολογούνται στο επίπεδο της ιατρικής ένδειξης για παράδειγμα οι κοσμητικές επεμβάσεις και οι επεμβάσεις αλλαγής φύλου. Υπό το πρίσμα της διαφύλαξης της ποιότητας ζωής του, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις ο ίδιος ο ασθενής να επιλέξει ένα μέτρο που στοχεύει στη διαφύλαξη της ποιότητας της ζωής του έναντι ενός μέτρου που στοχεύει στη διατήρηση ή επιμήκυνση του χρόνου διάρκειας της ζωής του.<sup>18</sup>

Ο νομοθέτης το έτος 2005 αναθεωρώντας τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005) εισήγαγε το άρθρο 29 που τιτλοφόρησε «Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής». Στο άρθρο 29 θεσπίστηκαν δικαιώματα και υποχρεώσεις με ειδικό περιεχόμενο, διότι αφορούν σε ειδικές περιπτώσεις και ειδικές κατηγορίες προσώπων. Βεβαίως, το πεδίο ρύθμισης φαίνεται να εκτείνεται μόνο σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης νόσου, ενώ θα έπρεπε να μην εξαντλείται σε αυτό, σύμφωνα με τα επιστημονικά ιατρικά δεδομένα.<sup>19</sup> Σε τέτοιο στάδιο συχνά η βασική νόσος συνοδεύεται από επώδυνες εκδηλώσεις, όπως ο πόνος. Σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παράγραφο 1 του άρθρου 29 ο ιατρός, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή, του προσφέρει παρηγορητική<sup>20</sup> αγωγή και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το τέλος.

Πρόκειται για την αντίληψη της αλλαγής του ιατρικού στόχου, από την ιατρική παρέμβαση που στοχεύει στην αιτία της ασθένειας σε μια διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση ασθενών της κατηγορίας που εξετάζουμε. Η έννοια της παρηγορικής αγωγής δεν είναι προϊόν του 20<sup>ου</sup> αιώνα, όπως κατά καιρούς υποστηρίζεται. Από έργα του Ιπποκράτη και του Γαληνού μαθαίνουμε ότι ήδη στην αρχαιότητα, ασθενείς της παραπάνω κατηγορίας ετύγγαναν ειδικής ιατρικής αντιμετώπισης.<sup>21</sup> Ο ιατρικός όρος "παρηγορικός" είχε και έχει το νόημα "ενεργώ προσεκτικά" και "καταπραΰνω" και δεν σχετιζόταν με "λόγια παρηγορίας ή ανακούφισης". Ο όρος «παρηγορικός» καταγράφεται ως ιατρικός όρος, με αναφορές στο Ιπποκρατικό «Περί διαίτης οξέων», όπου ο όρος έχει τη σημασία «κατευναστικός», ενώ το επίρρημα «παρηγορικός» στο Ιπποκρατικό «Περί άρθρων εμβολής» αποδίδεται «με προσοχή». Σε ασθενείς με ανίατες νόσους προβλεπόταν η χορήγηση «παρηγορικών» φαρμάκων για την απάλυνση επώδυνων εκδηλώσεων της ασθένειας αλλά και την καταπολέμηση της ασθένειας.<sup>22</sup> Διεθνώς ο όρος "παρηγορικός" λατινικοποιήθηκε και έγινε γνωστός ως «palliative».

<sup>16</sup> Felix Anschütz, *Ärztliches Handeln*, 1987, σελ. 257.

<sup>17</sup> Adolf Laufs, *NJW* 1989, sel. 1521 (1522).

<sup>18</sup> O I. *Dimoliatis*, Lord, now you are letting your servant depart in peace: a theoretical model, combining quality of life and years of life, which offers clues for the proper time to die with dignity, σε: *Med Law* 2000, 635 (642, 648), στο ερώτημα πώς μπορεί να εξηγηθεί ότι ορισμένοι ασθενείς προκρίνουν την ποιότητα ζωής τους από τη διάρκεια δίνει την ακόλουθη απάντηση: Ενώ ο χρόνος καθαυτός δεν μπορεί να έχει αρνητική διάσταση, η ποιότητα μπορεί να έχει αρνητική διάσταση. Αν η ζωή είναι συνδυασμός ποιότητας και διάρκειας, τότε δεν μπορεί να αξιολογηθεί αρνητικά επί τη βάσει της διάρκειας, ενώ μπορεί ενόψει αρνητικής ποιότητας να αποκτήσει αρνητική διάσταση.

<sup>19</sup> Βλ. αναφορές σε: A. Καντιάνης, Ποινικές όψεις της μετάβασης από τον θεραπευτικό στον παρηγορικό στόχο, σε: Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη, Φ. Παναγοπούλου-Κουντατζή (επιμ.), *Βιοηθικοί Προβληματισμοί*, Αθήνα 2014, σελ. 613 (616).

<sup>20</sup> Ορθότερο: παρηγορική αγωγή.

<sup>21</sup> Βλ. μελέτη του M. *Stolberg*, "Cura Palliativa": Begriff und Diskussion der palliativen Krankheitsbehandlung in der vormodernen Medizin (ca. 1500-1850), σε: *Medizinhistorisches Journal* 42 (2007) σελ. 7 επ.

<sup>22</sup> Ο.π.

Στη σύγχρονη αντίληψη, η παρηγορική φροντίδα είναι ενεργητική, εξειδικευμένη, διεπιστημονική, ολιστική φροντίδα, ένα σύνολο ιατρικών, νοσηλευτικών, ψυχολογικών, ψυχιατρικών, κοινωνικών και νομικών παρεμβάσεων που ακολουθούν διττό στόχο: την διαφύλαξη της ποιότητας ζωής και το σεβασμό των επιθυμιών του ασθενούς που αντιμετωπίζει μια απειλητική για τη ζωή ανίατη ασθένεια, ανεξαρτήτως του σταδίου αυτής.<sup>23</sup> Βασικός κορμός της παρηγορικής φροντίδας είναι η εξειδικευμένη, ιατρική παρηγορική θεραπεία / αγωγή και όχι απλώς η ανακούφιση συμπτωμάτων.<sup>24</sup> Αυτό που παραδοσιακά ονομάζεται «σύμπτωμα», αντιμετωπίζεται στην παρηγορική ιατρική ως «νόσος» και αποτελεί κύριο μέλημα του ιατρού. Για το λόγο αυτό συστατικά στοιχεία της παρηγορικής φροντίδας είναι η θεραπεία του πόνου από ιατρούς με εξειδίκευση στην θεραπεία πόνου, η χορήγηση φαρμάκων παρηγορικής χρήσης, η διενέργεια παρηγορικών χειρουργικών επεμβάσεων ή ακτινοθεραπείας, η αντιμετώπιση των ψυχικών επιπτώσεων μια βαρείας και μη αναστρέψιμης ασθένειας, τέτοιες παρεμβάσεις αποτελούν θεραπευτικές παρεμβάσεις της παρηγορικής ιατρικής.<sup>25</sup> Ο έλεγχος των επώδυνων συμπτωμάτων και η θεραπεία του πόνου, μπορούν κατά περίπτωση να ενδεικνύουν την αύξηση της δοσολογίας φαρμάκων, από την οποία ως μη σκοπούμενη παρεπόμενη συνέπεια μπορεί επισπευσθεί ο θάνατος του ασθενούς.

Στο πλαίσιο της μετάβασης στο παρηγορικό σχήμα, η αποτελεσματικότητα, ως βαθμού επίτευξης του στόχου, εκείνων των ιατρικών παρεμβάσεων, που αποσκοπούν πρωτίστως στην επενέργεια στην αιτία και στην εξέλιξη της βασικής θανατηφόρου νόσου, κατά κανόνα αμφισβητείται.<sup>26</sup> Για παράδειγμα, επί καρκινοπαθούς τελικού σταδίου, ο οποίος υφίσταται ραγδαία έκπτωση των ζωτικών του λειτουργιών, όταν επέλθει καρδιακή ανακοπή, υπάρχει η δυνατότητα για καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και ενδεχομένως η δυνατότητα χρήσης τεχνικών μέσων διατήρησης στη ζωή για μεγάλο διάστημα. Ωστόσο η αποτελεσματικότητα των μέτρων αυτών ενόψει της όλης μη αναστρέψιμης πορείας προς το θάνατο του ασθενούς αμφισβητείται. Για το λόγο αυτό, στο πλαίσιο της παρηγορικής φροντίδας δεν ενδείκνυται πάντα η χρήση μέσων επείγουσας ιατρικής.

### **3. Η απόφαση της ασθενούς για άρνηση ή διακοπή ιατρικής σωστικής παρέμβασης στο πλαίσιο της παρηγορικής φροντίδας**

Ο ασθενής της κατηγορίας που τέθηκε ως βάση συζήτησης μπορεί να εκφράσει μία επιθυμία, που μπορεί να έχει ως περιεχόμενο την άρνηση είτε να υποβληθεί σε μια ζωτική ιατρική πράξη (π.χ. καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση) είτε να εξακολουθεί να υποβάλλεται σε μια τέτοια (π.χ. τεχνητή διατήρηση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας).

Ερωτάται, πώς απαντά το δίκαιο στις αποφάσεις της ασθενούς, όταν με αυτές οι επιθυμίες ή αποφάσεις, αν γίνουν σεβαστές από τον ιατρό, δεν αποτρέπεται ο θάνατος της ασθενούς. Συναφές είναι το ερώτημα σε ποιο βαθμό επιτρέπεται ή επιβάλλεται ο ιατρός να σεβαστεί τέτοιες αποφάσεις, με άλλα λόγια ποιος είναι ο βαθμός δεσμευτικότητας τέτοιων αποφάσεων για τον ιατρό.

Καταρχήν αναγνωρίζεται από το Δίκαιο το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίσει εάν θα υποβληθεί σε ιατρική πράξη καθώς και εάν θα συνεχίσει να υποβάλλεται σε ήδη εφαρμοζόμενη ιατρική πράξη.<sup>27</sup> Το Δίκαιο δεν επιτρέπει καταρχήν την αντιμετώπιση του ανθρώπου ως ακέφαλου σώματος, ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξία όσο και στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του προσώπου, που έχουν

<sup>23</sup> World Health Organisation, [Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course](#), 2014. A. Kantianis, Palliativmedizin als Sterbebegleitung nach deutschem und griechischem Recht, 2005, σελ. 28 επ. με περαιτέρω αναφορές.

<sup>24</sup> Για τους παραπάνω λόγους ο όρος «ανακουφιστική» φροντίδα δεν αποδίδει κατά την άποψή μου το πραγματικό εύρος των ιατρικών παρεμβάσεων.

<sup>25</sup> A. Kantianis, Palliativmedizin als Sterbebegleitung nach deutschem und griechischem Recht, 2005, ό.π.

<sup>26</sup> A. Καντιάνης, Ποινικές όψεις της μετάβασης από τον θεραπευτικό στον παρηγορικό στόχο, ό. π., σελ. 613 (617).

<sup>27</sup> Άρθρο 5 Ν. 2619/1998, άρθρο 12 παρ. 1 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005): «Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή», άρθρο 47 παρ. 3 Ν. 2071/1992.

συναγματική περιωπή,<sup>28</sup> αποτελούν τη βάση της προβληματικής τής συναίνεσης του ασθενούς.<sup>29</sup> Η απόφαση του ασθενούς μπορεί να έχει την μορφή της παροχής συναίνεσης, της άρνησης παροχής συναίνεσης ή της ανάκλησης ήδη παρασχεθείσας συναίνεσης.<sup>30</sup> Κομβικό σημείο για την εγκυρότητα της απόφασης του ασθενούς είναι η διαπίστωση της ικανότητάς του προς απόφαση στη συγκεκριμένη περίπτωση. Η ικανότητα προς απόφαση προϋποθέτει ότι ο ασθενής έχει προηγουμένως ενημερωθεί από τον ιατρό<sup>31</sup> για την κατάσταση του και το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης. Προϋποτίθεται η έλλειψη παθολογικών ή ψυχιατρικών νόσων που αποκλείουν την δυνατότητα του ασθενούς να ενημερωθεί για, και να αντιληφθεί, την κατάσταση του.<sup>32</sup> Αν ο ασθενής δεν γνωρίζει ή δεν αντιλαμβάνεται την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το στάδιο της νόσου του και το περιεχόμενο της ιατρικής παρέμβασης, τότε δεν έχει *in concreto* (στη συγκεκριμένη περίπτωση) την ικανότητα προς απόφαση.

Κατά την μάλλον κρατούσα άποψη, η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του ιατρού να αποτρέψει το θάνατο ασθενούς παρεμβαίνοντας σωστικά αίρεται όταν ο ικανός προς απόφαση ασθενής αρνείται την ιατρική παρέμβαση ή δεν συναινεί σε αυτήν.<sup>33</sup>

Ωστόσο ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας στην παράγραφο 3 του άρθρου 12 αναγνωρίζει τρεις περιπτώσεις, κατά τις οποίες κατ' εξαίρεση ο ιατρός παρεμβαίνει σωστικά και χωρίς συναίνεση του ασθενούς.<sup>34</sup> Η πρώτη αφορά σε επείγοντα περιστατικά στα οποία δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, η δεύτερη στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας, και η τρίτη όταν οι γονείς ανηλίκου ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιοδήποτε λόγο να συναινέσει, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης για να αποτραπεί ο κίνδυνος για την υγεία ή τη ζωή του ασθενή.

Διατυπώνεται η άποψη ότι στις υπό κρίση περιπτώσεις, όταν δηλαδή τίθεται θέμα εφαρμογής ή εξακολούθησης εφαρμογής μέσου διατήρησης στη ζωή, υπάρχει κατάσταση επείγοντος, και συνεπώς κατ' εφαρμογή της παραπάνω διάταξης του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ο ιατρός οφείλει να παρέμβει σωστικά, αγνοώντας την αντίθετη απόφαση του ασθενούς. Όμως για τις περιπτώσεις που έχουν τεθεί ως βάση της συζήτησης, τουλάχιστον για τους ασθενείς τελικού σταδίου, δεν επιβάλλεται η εξάντληση των θεραπευτικών μέσων,<sup>35</sup> αφού από το άρθρο 29 παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας δεν προκύπτει τέτοιος επιτακτικός κανόνας, αντίθετα στην αιτιολογική έκθεση γίνεται λόγος για ύπαρξη "ανώφελων" ιατρικών μέσων. Σε αντίθεση με την τυπική κατάσταση επείγοντος, στις συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, στις οποίες το ιστορικό του ασθενούς είναι γνωστό και η πορεία της νόσου μη αναστρέψιμη προς το θάνατο, η άρνηση για υποβολή σε ζωτική ιατρική παρέμβαση, μπορεί να συνιστά τμήμα του πλάνου ζωής του ασθενούς, μια συνειδητή απόφαση για το πώς ο ασθενής θέλει να συνδιαμορφώσει το τελικό στάδιο της ζωής του.<sup>36</sup>

Διατυπώθηκε εξάλλου η άποψη ότι η άρνηση ενός ασθενούς για τη διάσωσή του μπορεί να εκληφθεί ως απόπειρα αυτοκτονίας και έτσι να είναι επιτρεπτή η παρέμβαση του ιατρού ακόμα και χωρίς την συναίνεση του ασθενούς κατά αναλογική εφαρμογή της παραπάνω διάταξης του Κώδικα Ιατρικής

<sup>28</sup> Άρθρα 2 παρ. 1 και 5 παρ. 1 Συντάγματος.

<sup>29</sup> A. Kantianis, *Palliativmedizin als Sterbebegleitung nach deutschem und griechischem Recht*, 2005, σελ. 93 επ.

<sup>30</sup> Συνήθως γίνεται λόγος για συναίνεση, ορθότερο όμως είναι να γίνεται λόγος για απόφαση με τις ειδικότερες διακρίσεις.

<sup>31</sup> Άρθρο 11 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005).

<sup>32</sup> Αναλυτικά: A. Kantianis, *Palliativmedizin als Sterbebegleitung nach deutschem und griechischem Recht*, 2005, σελ. 103 επ.

<sup>33</sup> E. Συμεωνίδου-Καστανίδου, Η ευθανασία στο ποινικό δίκαιο, σε: Εταιρία Ελλήνων Δικαστικών Λειτουργών για τη Δημοκρατία και τις Ελευθερίες/Ινστιτούτο Βιολογικών Ερευνών του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών/Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (επιμ.), Δίκαιο και Βιοηθική-Ημερίδα 9-2-2007, σελ. 123 (131).

<sup>34</sup> M. Καϊάφα-Γκιμπάντι, Ο Ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας και η ποινική ευθύνη των ιατρών για προσβολές εννόμων αγαθών των ασθενών από αμέλεια, σε: *Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση* 2015, σελ. 175 (181).

<sup>35</sup> T. Βιδάλης, Βιοδίκαιο, Πρώτος Τόμος: Το πρόσωπο, 2007, σελ. 121.

<sup>36</sup> A. Καντιάνης, Ποινικές όψεις της μετάβασης από τον θεραπευτικό στον παρηγορικό στόχο, ό.π., σελ. 613 (627).

Δεοντολογίας.<sup>37</sup> Όμως η εν λόγω διάταξη του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας που εισάγει εξαίρεση, πρέπει να ερμηνεύεται στενά και επομένως δεν μπορεί να εφαρμοστεί αναλογικά σε περιπτώσεις που δεν συνιστούν αναμφίβολα απόπειρα αυτοκτονίας, αλλά έλλογες αποφάσεις ασθενών.<sup>38</sup>

Επομένως, η απόφαση ενός ικανού προς απόφαση ασθενούς της κατηγορίας που έχει τεθεί ως βάση της συζήτησης να μην εισαχθεί στο νοσοκομείο, να μην συνδεθεί σε μηχανήματα διατήρησης της αναπνοής ή να μην ενεργηθεί σε αυτόν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, αναπτύσσει κατ' αρχήν νομική ισχύ και αίρει την ιδιαίτερη υποχρέωση του ιατρού να παρέμβει σωστικά.

Δυσχέρειες γεννώνται όταν ο ασθενής έχει εκφράσει προγενέστερα την άρνησή του, πλην όμως κατά τον κρίσιμο χρόνο που τίθεται το ερώτημα αν θα εισαχθεί σε νοσοκομείο ή θα διενεργηθεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, ο ίδιος βρίσκεται σε ανικανότητα (π.χ. λόγω επέλευσης κώματος) να επαναλάβει την άρνηση. Στις περιπτώσεις αυτές, ο νόμος προβλέπει ως πρόσωπα πλέον κατάλληλα να "αντιπροσωπεύσουν" τον ασθενή τους οικείους και το δικαστικό συμπαραστάτη, αν έχει οριστεί τέτοιος.<sup>39</sup> Δεν εξασφαλίζεται όμως στην Ελλάδα το δικαίωμα του ασθενή να ορίζει "έμπιστο" πρόσωπο, που θα μεταφέρει δεσμευτικά τη βούληση του ασθενούς σε θέματα υγείας. Σε κάθε περίπτωση, τα πρόσωπα που αντιπροσωπεύουν τον ασθενή θα πρέπει να εκφράσουν αυτό που θα ήθελε ο ασθενής, αν ήταν σε κατάσταση ικανότητας και όχι τις προσωπικές τους επιθυμίες. Τα παραπάνω σημαίνουν ότι η όποια απόφαση τρίτου, οφείλει να αντανakλά την εικαζόμενη βούληση (απόφαση) του ασθενούς.<sup>40</sup> Κατά τη διερεύνηση της εικαζόμενης βούλησης λαμβάνονται υπόψη προγενέστερες επιθυμίες του ασθενή (γραφτές ή προφορικές), καθώς και οι θρησκευτικές ή ιδεολογικές του προτιμήσεις.<sup>41</sup> Η άποψη που αρνείται κατά βάση τη λήψη υπόψιν των προγενέστερων επιθυμιών του ασθενούς και δέχεται ότι η εικαζόμενη βούληση του ατόμου μόνο υπέρ και όχι κατά της ζωής μπορεί να ληφθεί υπόψιν,<sup>42</sup> πέραν του ότι δεν φαίνεται να βρίσκει έρεισμα στο νόμο,<sup>43</sup> οδηγεί σε αναδρομική κατάργηση της εκπεφρασμένης βούλησης του ασθενούς.

Συνεπώς, η αδυναμία ενός σε κωματώδη κατάσταση ασθενούς τελικού σταδίου να επιβεβαιώσει την προγενέστερα εκφρασθείσα απόφασή του σε καμιά περίπτωση δεν επιτρέπεται να ερμηνευθεί ως ανάκληση της προγενέστερης απόφασής του. Ανάκληση της προγενέστερα εκπεφρασμένης απόφασης μπορεί να γίνει είτε ρητά είτε συμπερασματικά και όχι να συναχθεί υποθετικά. Επομένως η απόφαση ενός ενημερωμένου ασθενούς με γνωστό ιατρικό ιστορικό προχωρημένου ή τελικού σταδίου μιας αναπόδραστα ανίατης και θανατηφόρας νόσου ότι «επιθυμώ να πεθάνω στο οικείο περιβάλλον μου με υποφερτούς πόνους και τους αγαπημένους μου κοντά μου και να μην εισαχθώ σε νοσοκομείο» είναι απόφαση που νομικά είναι καταρχήν δεσμευτική και δεν παύει να αναπτύσσει τη νομική της δεσμευτικότητα ακόμα και μετά την περιέλευση του ασθενούς σε κατάσταση που δεν του επιτρέπει να την επαναλάβει, εκτός εάν ο ίδιος είτε ρητώς είτε συμπερασματικώς την ανακαλέσει. Οποιαδήποτε άλλη απόφαση τρίτων, η οποία εδράζεται σε υποθετική μεταστροφή της βούλησης του ασθενούς, αλλοιώνει την προγενέστερα εκφρασμένη βούλησή του ασθενούς, η οποία εν προκειμένω είναι και η τελευταία.<sup>44</sup>

#### 4. Νομοθετικές εξελίξεις

Παρά τη θεσμοθέτηση της ιατρικής υποχρέωσης για παροχή παρηγορικής αγωγής, ο Έλληνας νομοθέτης μέχρι σήμερα δεν έχει προβεί παρά σε δειλά βήματα προς την κατεύθυνση της πρόσβασης ασθενών σε υπηρεσίες παρηγορικής φροντίδας. Υπουργικές αποφάσεις που εκδόθηκαν αρχικά για τη δημιουργία

<sup>37</sup> Χ. Μυλωνόπουλος, Ποινικό Δίκαιο - Γενικό Μέρος Ι, 2007, σελ. 534.

<sup>38</sup> Α. Καντιάνης, Ποινικές όψεις της μετάβασης από τον θεραπευτικό στον παρηγορικό στόχο, ό.π., σελ. 613 (626 επ.).

<sup>39</sup> Άρθρο 12 παρ. 2 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

<sup>40</sup> Α. Καντιάνης, Ποινικές όψεις της μετάβασης από τον θεραπευτικό στον παρηγορικό στόχο, ό.π., σελ. 613 (628).

<sup>41</sup> Κατ' εφαρμογή του άρθρου 47 παρ. 7 ν. 2071/1992: "Ο ασθενής έχει δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων".

<sup>42</sup> Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου, ό.π., σελ. 123 (132 επ.).

<sup>43</sup> Ιδίως στο άρθρο 9 ν. 2619/1998 και στο άρθρο 29 παρ. 2 ν. 3418/2005.

<sup>44</sup> Α. Καντιάνης, [Δικαίωμα στον προσωπικό θάνατο: το παράδειγμα του Αρχιεπισκόπου](#), Καθημερινή 26.1.2008.



υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας ή ξενώνων παρέμειναν ανεφάρμοστες.<sup>45</sup> Τα τελευταία έτη παρατηρείται στο επίπεδο του θεσμικού πλαισίου μια προσπάθεια για ανάπτυξη δικτύου παρηγορικής φροντίδας στο σύστημα υγείας. Για παράδειγμα, η παροχή ανακουφιστικής και υποστηρικτικής φροντίδας σε ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή τους νόσους εντάσσεται πλέον στις παρεμβάσεις τριτογενούς πρόληψης του εθνικού προγράμματος πρόληψης των κινδύνων για την υγεία με την ονομασία «Σπύρος Δοξιάδης».<sup>46</sup> Με το άρθρο 45 παρ. 3 ν. 4931/2022 (ΦΕΚ Α' 94/13.05.2022) ορίζεται ότι στα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας της Ομάδας Υγείας περιλαμβάνεται η διασφάλιση της παροχής υπηρεσιών ανακουφιστικής-παρηγορικής αγωγής και φροντίδας. Στο σημείο πρέπει να επισημανθεί ότι η παρηγορική αγωγή, ως ιατρική αγωγή, μπορεί να συνίσταται σε ιατρική και μόνο παρέμβαση. Ενώ η παρηγορική φροντίδα αποτελεί ευρύτερο όρο που περιλαμβάνει τη νοσηλευτική παρηγορική ή ανακουφιστική φροντίδα. Για το λόγο αυτό με την πρόσφατη Υπουργική Απόφαση με αριθμό Γ6/Γ.Π.οικ. 45664 (ΦΕΚ Β' 4262/10.08.2022) σχετικά με τις αρμοδιότητες-καθήκοντα Νοσηλευτών/τριών των Νοσοκομείων και των λοιπών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του ΕΣΥ καθώς και των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, περιλαμβάνεται στα καθήκοντα η παροχή ανακουφιστικής, υποστηρικτικής και παρηγορικής **φροντίδας** και όχι παρηγορικής **αγωγής**.<sup>47</sup> Περαιτέρω, με το άρθρο 52 Ν. 4950/2022 (ΦΕΚ Α' 128/02.07.2022) ορίστηκε ότι έργο των Κινητών Ομάδων Υγείας αποτελεί η ολοκληρωμένη παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μεταξύ άλλων η διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, η αποκατάσταση και η ανακουφιστική φροντίδα στην κοινότητα. Είχε προηγηθεί με το άρθρο 58 παρ. 1 του ν. 4690/2020, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 40 παρ. 1 του ν. 4876/2021, η σύσταση ειδικότητας ανακουφιστικής και υποστηρικτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Σε συνέχεια, εκδόθηκε η Υπουργική Απόφαση με στοιχεία Γ6α/Γ.Π.16237 (ΦΕΚ Β' 2346/2022) στην οποία μεταξύ άλλων καθορίζεται το γνωστικό αντικείμενο ειδικευομένων νοσηλευτών στην ανακουφιστική-υποστηρικτική φροντίδα.

Οι παραπάνω εξελίξεις στο νομοθετικό επίπεδο είναι ευπρόσδεκτες, πλην όμως δεν έχουν υπάρξει αντίστοιχες νομοθετικές προβλέψεις για την εξειδίκευση και το ρόλο των ιατρών, ως επαγγελματιών υγείας, κατά την παροχή της παρηγορικής αγωγής, ενώ οι ιατροί έχουν και πρέπει να εξακολουθήσουν να έχουν κεντρικό ρόλο στην διεπιστημονική ομάδα.

Καθώς η παρηγορική φροντίδα παρέχεται σε όλα τα στάδια της νόσου και όχι μόνον στο τελικό, ο ασθενής ουδέποτε πρέπει να μετατίθεται σε μια φροντίδα με κεντρικό ρόλο τη νοσηλευτική ή ψυχολογική παρέμβαση και υποβαθμισμένη την ιατρική αγωγή και παρέμβαση. Ο ασθενής έχει δικαίωμα στην ιατρική φροντίδα μέχρι το τέλος της ζωής του. Εξάλλου, δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι κατά τη μετάβαση και στο πλαίσιο της παρηγορικής φροντίδας λαμβάνονται σημαντικές αποφάσεις που αφορούν στη ζωή του ασθενούς, η/ο ιατρός διαγιγνώσκει πότε υπάρχει ιατρική ένδειξη για μετάβαση στο ή συνεργασία με το παρηγορικό σχήμα,<sup>48</sup> παρέχει παρηγορική αγωγή,<sup>49</sup> συνταγογραφεί φάρμακα για παρηγορική χρήση,<sup>50</sup> λαμβάνονται ιδιαίτερες φαρμακευτικές και λοιπές παρεμβάσεις που εντάσσονται στην ιατρική αγωγή, αποφάσεις για περιορισμό θεραπευτικών ιατρικών παρεμβάσεων ή παρεμβάσεων

<sup>45</sup> Κοινή Υπουργική Απόφαση ΔΥ8/Β/οικ. 89126/1-2-2007 (ΦΕΚ 1534/Β/17.08.2007), υπ' αριθμ. 121/30-10-2008 (Β 227) Υπουργική Απόφαση.

<sup>46</sup> Άρθρο 4 ν. 4675/2020 (ΦΕΚ Α' 54/11.3.2020).

<sup>47</sup> Στην υπό στοιχεία Γ6α/Γ.Π.16237/9.05.2022 απόφαση της Αναπληρώτριας Υπουργού καθορίζεται το «Γνωστικό αντικείμενο και κατανομή της θεωρητικής και κλινικής εκπαίδευσης των ειδικευομένων νοσηλευτών για τις νοσηλευτικές ειδικότητες μεταξύ άλλων της «Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Νοσηλευτικής Φροντίδας» (ΦΕΚ Β' 2346).

<sup>48</sup> Για τα κριτήρια βλ. Π. Βασιλόπουλος, Ε. Φιλόπουλος, Ελληνική Ογκολογία 1993, σελ. 172 επ.

<sup>49</sup> Α. Καντιάνης, Ποινικές όψεις της μετάβασης από το θεραπευτικό στον παρηγορικό στόχο σε ασθενείς ανιάτων χρόνιων θανατηφόρων νόσων, σε: Βιοηθικοί Προβληματισμοί (επιμ. Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη, Φ. Παναγοπούλου-Κουτνατζή), 2014, σελ. 615 επ.

<sup>50</sup> Βλ. ενδεικτικά Υπουργική Απόφαση Αριθ. ΔΥΓ3α/Γ.Π. 85037/10 «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία χορήγησης προσωρινής άδειας πρώιμης πρόσβασης σε φάρμακα ανθρώπινης χρήσης ("παρηγορητική χρήση")», ΦΕΚ Τεύχος Β' 558/2011

που εξυπηρετούν παρηγορικό στόχο (π.χ. στο πλαίσιο παρηγορικής ογκολογίας)<sup>51</sup> αλλά και αποφάσεις σχετικά με την άρνηση υποβολής του ασθενούς σε ζωτικά μέσα διατήρησης της ζωής του. Όλες οι παραπάνω αποφάσεις, που έχουν σοβαρές συνέπειες στο χρόνο διάρκειας και την ποιότητα ζωής του ασθενούς, λαμβάνονται πρωτίστως στο πλαίσιο της σχέσης ιατρού-ασθενούς, ο ιατρός φέρει ακέραια την ευθύνη στον τομέα που σχετίζεται με αποφάσεις πλησίον του τέλους της ζωής. Συνεπώς, πρέπει να είναι κανείς επιφυλακτικός, έναντι μιας ενδεχόμενης τάσης από-ιατρικοποίησης της παρηγορικής φροντίδας και την μετάθεση του ασθενούς σε μια *sui generis* (ιδιαιτέρως κατηγορίας) φροντίδα με περιορισμένο το ρόλο του ιατρού. Ιδίως στο τέλος της ζωής, στα τελικά στάδια της νόσου, κατεξοχήν πεδίο εμφάνισης ηθικών διλημμάτων, η/ο ιατρός αποτελεί αναπόσπαστο και μη αναπληρούμενο μέλος κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

## 5. Συμπέρασμα

Εν τέλει, ζητούμενο παραμένει η θεσμοθέτηση δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών παρηγορικής φροντίδας με αποτέλεσμα μέχρι και σήμερα να μην παρέχεται η παρηγορική φροντίδα στη χώρα μας παρά αποσπασματικά και στη βάση της εθελοντικής συνεισφοράς ιατρών, νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών. Ζητούμενο παραμένει εξάλλου η θεσμοθέτηση των όρων δεσμευτικότητας των προγενέστερων επιθυμιών του ασθενούς και ο ορισμός εμπίστου προσώπου για θέματα υγείας.

---

<sup>51</sup> Βλ. για παραπομπές Α. Kantianis, *Palliativmedizin als Sterbebegleitung nach deutschem und griechischem Recht*, 2005, σελ. 29 επ.