



Γιατί ένα τέτοιο Συμπόσιο WHY SUCH A SYMPOSIUM 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 & [doi:heal.uoi.12439](https://doi.org/10.12439/heal.uoi.12439)
Πρόγραμμα PROGRAM 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 & [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 & [doi:heal.uoi.13058](https://doi.org/10.13058/heal.uoi.13058)
Παρόν άρθρο THIS PAPER olympias.uoi.gr/33733 & [doi:heal.uoi.13449](https://doi.org/10.13449/heal.uoi.13449)

ΣΥΝΕΔΡΙΑ Κ3: Ιστορία 2500 χρόνων: Συζήτηση¹

EN Session K3: 2500 YEARS OF HISTORY: Discussion²

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: Στέφανος Γερούλανος

Ομιλίες³

- Καρδαμάκης Δ. *Ευθανασία και Βυζάντιο*. [YouTube=kL0NE1HupOg](https://www.youtube.com/watch?v=kL0NE1HupOg) 11:59
- Γερούλανος Σ. *Ο ιατρικός όρκος της Ολλανδίας (2003): Πρόοδος ή οπισθοδρόμηση*; [YouTube=rI0Ry4viiOM](https://www.youtube.com/watch?v=rI0Ry4viiOM) 12:35
- Καντιάνης Α. *Νομικές ρυθμίσεις σχετικά με το τέλος της ζωής: ανάγκη αναθεώρησης*. [YouTube=g65ze3Pb93Y](https://www.youtube.com/watch?v=g65ze3Pb93Y) 13:44

Γερούλανος Σ, Βελογιάννη Λ, Καντιάνης Α, Καρδαμάκης Δ, Τζωρτζάκης Π, Τσινόρεμα Σ.

Ιστορία 2500 χρόνων: Συζήτηση: [YouTube=mWelxSTMv4w](https://www.youtube.com/watch?v=mWelxSTMv4w) 24:48.

Περίληψη

Σ Τσινόρεμα: (α) Η θέσπιση ειδικού νομικού πλαισίου πρόσβασης σε παρηγορητική φροντίδα προϋποθέτει θεσμούς ανακουφιστικής φροντίδας. (β) Αντιφάσεις Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας: "λαμβάνονται υπόψη οι προγενέστερες οδηγίες" - "καθήκον του γιατρού είναι να σώζει ζωές", άρα εφαρμογή άρθρων 300-301 του Ποινικού Κώδικα. Α. Καντιάνης: (α) Υπουργική Απόφαση θέσπισε (2008) ξενώνες για καρκινοπαθείς, με προϋποθέσεις δύσκολο να υλοποιηθούν: Κατάλληλο νομικό πλαίσιο μπορεί να βοηθήσει την υλοποίησή τους. (β) Επειδή δεν είναι θεσμοθετημένος ο τρόπος με τον οποίο οι προγενέστερες οδηγίες θα λαμβάνονται υπόψη, τελικά δεν λαμβάνονται. Θα έχουν δεσμευτικότητα αν είναι συγκεκριμένες, έχουν συνταχθεί κατάλληλα, φυλάσσονται σε αρχείο, ο γιατρός αισθάνεται ότι δεν μπορεί να μην τις λάβει υπόψη του. Με τα άρθρα 300 (ανθρωποκτονία με συναίνεση) & 301 (συμμετοχή σε αυτοκτονία) του Ποινικού Κώδικα, μπορεί να ασκηθεί δίωξη σε κάθε παρέμβαση στο θάνατο. Αν συγκεκριμενοποιήσουμε δικαιώματα και υποχρεώσεις ασθενών, θα φτάσουμε σε ένα καλό

¹ 30-4-2017 13:00-14:30 **Συνεδρία: Κ3 Ιστορία 2500 χρόνων. Συζήτηση**: [YouTube=mWelxSTMv4w](https://www.youtube.com/watch?v=mWelxSTMv4w) 24:48.

Άρθρο: υποβολή 26-9-2022· αποδοχή 15-3-2024· κρίση από ομότεχνους (peer review) όχι. Πρόσβαση **συνδέσμων** 15-3-2024. Αν δεν λειτουργούν: > Κορυφή σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ: σελ. 21: υποσημ. 6.

Πώς να **αναφέρετε** αυτό το άρθρο: Γερούλανος Σ, Βελογιάννη Λ, Καντιάνης Α, Καρδαμάκης Δ, Τζωρτζάκης Π, Τσινόρεμα Σ, Δημολιάτης Γ. «Συνεδρία Κ3 Ιστορία 2500 χρόνων: Συζήτηση». 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 Κ34: σς 9. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33733> & <http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.13449>.

² Summary in page 3. If any **link** does not work: > Top of page > PROCEEDINGS: page 22: footnote 10.

³ **Άρθρα** ομιλητών: > Κορυφή σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > Συνεδρία Κ3 > 1-3, όπου και σύντομο **βιογραφικό** τους.

επίπεδο "παροχής θανάτου". Σ. Γερούλανος: Έχουμε 30.000 περισσευόμενους γιατρούς και τουλάχιστον 30% παραπάνω κρεβάτια. Τμήματα κάθε νοσοκομείου να δοθούν για παρηγορητική ιατρική. Μπορεί να γίνει ενδονοσοκομειακά. Ας αρχίσουμε με οδηγίες ιατρικών εταιριών και συλλόγων. Να πολεμήσουμε για αλλαγή άρθρων 300, 301. Οι δικαστές έχουν συμπεριφερθεί άσφρα, πάντοτε βρίσκουν ελαφρυντικά.

Δ. Βελογιάννη: Τι γίνεται στην πράξη; Υπάρχουν πολλοί που θέλουν να πεθάνουν ήσυχα; | Οι δικαστές όντως δεν καταδικάζουν· οι Ιερωβάδες δεν δέχονται αίμα, οι γιατροί δίνουν, οι δικαστές (παράνομα) δεν καταδικάζουν. Πώς αντιμετωπίζετε την αντίφαση του 301 με ό,τι συμβαίνει στην πράξη; Γερούλανος: Ακριβείς αριθμούς έχουμε μόνο για Ολλανδία, ξεπερνούν ετησίως τις 1500. Αναλογικά, στην Ελλάδα πρέπει να είναι 3.000 με 4.000. Γίνονται ευθανασίες και στην Ελλάδα, χωρίς να συζητείται, περνάει απαρατήρητο. Μελετήστε το ιστορικό, ξαναδιαβάστε το, απαντήστε μέσα σας: Τι θα έκανα στο παιδί μου, στον πατέρα μου, στη μάνα μου; Και κάντε το σε αυτόν που σας το ζητά. Ανθρώπινη στάση. Οι γιατροί μας έχουν ανθρωπιά. Οι νεότεροι φοβούνται πάρα πολύ: Εκπαίδευσή τους να έχουν μια συνείδηση χριστιανική, ανθρώπινη. Να μπορούν να πουν "Βάλτε με φυλακή. Εγώ κατά τη συνείδησή μου έπραξα το καθήκον μου." Βελογιάννη: Εγκρίνω. Όμως, όσο ιατρικά, ανθρώπινα, χριστιανικά σωστό είναι, τόσο νομικά παράνομο είναι. Γερούλανος: Αλλάξτε το νόμο! Βάλτε μας μέσα, να αρχίσει να συζητείται. Βελογιάννη: Να γίνει και ένα νομοθετικό πλαίσιο. Γερούλανος: Χωρίς συζήτηση, αλλά το νομικό πλαίσιο έρχεται μετά δέκα χρόνια... Βελογιάννη: Έχουν περάσει τα δέκα χρόνια!

Δ. Καρδαμάκης: Ως ακτινοθεραπευτής ογκολόγος, σίγουρα ένα ποσοστό κάτω από 10% των ασθενών, ακόμη και αυτών που φτάνουν στο τελικό στάδιο, ζητά ευθανασία. Δεν είμαστε ειλικρινείς, οι ασθενείς με τον εαυτό τους, εμείς με τον εαυτό μας. Να μελετήσουμε το ιστορικό και να καταλήξουμε κάπου το θεωρώ εξαιρετικά δύσκολο όπως η ελληνική οικογένεια σκέπτεται και λειτουργεί· δεν είμαστε ακόμη ώριμοι να βάλουμε την τελική υπογραφή. Καντιάνης: Ένας νόμος πρέπει να καλύπτει όλες τις περιπτώσεις. Δεν έχουν όλοι πολύ καλές σχέσεις με την οικογένειά τους. Δεν έχουν όλοι οι ασθενείς οικογένεια. Εάν μεταφέρομε δικαιώματα σε τρίτους, να είναι επιλογή των ίδιων των ασθενών, να ορίζουν πρόσωπο που εμπιστεύονται ν' αποφασίζει γι' αυτούς.

Π. Τζωρτζάκης: Η οικογένεια είναι κοντά στον ασθενή: Για πάντα; Όχι. Ειδικά στα μεγάλα αστικά κέντρα. Η ιατρική κοινότητα γιατί είναι φοβική; Μπορεί να κοιτάξει στο μέλλον και να καλύψει νομοθετικά το γιατρό να μην είναι έρμαιο της κατάστασης, κι ο ασθενής να έχει μία καλύτερη αντιμετώπιση σε περίπτωση επώδυνου τέλους; Καρδαμάκης: Ανάλογα την παιδεία μας, εμπειρία μας, παραστάσεις μας, γεγονότα που έχουμε ζήσει, έχουμε μια απάντηση, λιγότερο ή περισσότερο ξεκάθαρη. Είμαστε σίγουροι ότι η επιθυμία του ασθενή αποτυπώνεται με τρόπο που ούτε η οικογένεια μπορεί να παρεμβληθεί, ούτε κι εμείς να βρεθούμε υπόλογοι στη δικαιοσύνη; Δε μπορούμε να προσφέρουμε κάτι περισσότερο από κάποιους κανόνες, κατευθυντήριες οδηγίες, σωστής κλινικής πρακτικής. Δεν μπορώ να κάνω κάτι περισσότερο από το να πω στον ασθενή (καί στο περιβάλλον του) ότι μέχρι εδώ ήταν, αυτό μπορούσαμε να κάνουμε, τώρα αυτό που χρειάζεται ο άνθρωπος είναι λίγη ηρεμία. Γερούλανος: Οι Ιατρικές Εταιρείες έχουν κάνει κανόνες δεοντολογίας. Ο γιατρός είναι προστάτης του ατόμου. Ο νομικός του συνόλου. Δε λαμβάνει υπόψη το άτομο. Τεράστια η διαφορά. Σχεδόν δεν υπάρχει κοινός παρονομαστής, να τα βάλεις σε ένα νόμο φοβερά δύσκολο.* Στο εξωτερικό έχουν λυθεί. Θα μπορούσαμε να πάρουμε τη μετάφραση. Δεν υπάρχει βούληση της Πολιτείας. Της Εκκλησίας υπάρχει: δεν είχα ποτέ πρόβλημα στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας, ήταν ο πιο ανθρώπινος από όλους. Το πρόβλημα ήταν πάντα οι κοινωνιολόγοι, οι ψυχολόγοι... Μα, μ' ενδιαφέρει από τι πάσχει ο ασθενής. Εκείνον πρέπει να ανακουφίσω. *Δημολιάτης: Φοβερά εύκολο. Ο νόμος δεν θα λέει, όλοι θα κάνετε το τάδε, αλλά ο καθένας ό,τι επιθυμεί. Πώς θα ξέρομε τι επιθυμεί; Μας έχει εκ των προτέρων δώσει τις οδηγίες του; Όλοι οι δρόμοι οδηγούν στις Διαθήκες Ζωής.

Λέξεις-κλειδιά: παρηγορητική-ανακουφιστική φροντίδα, ξενώνας καρκινοπαθών, βούληση πολιτείας, βούληση εκκλησίας, προγενέστερες οδηγίες, χριστιανική συνείδηση, φοβική ιατρική, ευθανασία, κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, διαθήκη ζωής, επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας, κατευθυντήριες οδηγίες, κανόνες δεοντολογίας, υπόλογος στη δικαιοσύνη, επώδυνο τέλος, ελληνική οικογένεια, δικαιώματα σε τρίτους,

Session K3: 2500 years of history: Discussion.⁴

Geroulanos S, Kantianis A, Kardamakis D, Tsinorema S, Tzortzakis P, Velogianni L, Dimoliatis I

Summary

S. Tsinorema: (a) The establishment of a special legal framework for access to palliative care presupposes palliative care institutions. (b) Code of Medical Ethics' contradictions: "advanced directives are taken into account" versus "the doctor's duty is to save lives", thus application Criminal Code's articles 300-301. A. Kantianis: (a) Ministerial Decision has established (2008) cancer-patients' hostels, with prerequisites difficult to implement: Proper legal framework can help create them. (b) Because it is not statutory how advanced directives are to be taken into account, they are ultimately not taken into account. They will be binding if they are specific, properly drafted, kept in a special record, the doctor feels s/he cannot ignore them. With Criminal Code's articles, 300 (homicide by consent) and 301 (participation in suicide), any interference with death can be prosecuted. If we specify patients' rights and obligations, we will reach a good level of "death provision". S. Geroulanos: We have 30,000 surplus doctors and at least 30% more beds. Sections of each hospital to be given over to palliative medicine. It can be done within hospital. Let's start with guidelines from medical societies and associations. Let's fight to change articles 300-301. The judges have behaved perfectly, they always find mitigations.

L. Velogianni: What happens in practice? Are there many who want to die in peace? | Judges indeed do not condemn; Jehovahs do not accept blood, doctors give, judges (illegally) do not condemn. How do you deal with the contradiction of 301 with what happens in practice? Geroulanos: We only have exact numbers for the Netherlands, they exceed 1,500 annually. By analogy, in Greece it must be 3,000 to 4,000. Euthanasias take place in Greece too, without being discussed, it goes unnoticed. Study patient's medical history, re-read it, answer within yourself: What would I do to my child, to my father, to my mother? And do it to the one who asks it. Human attitude. Our doctors have humanity. Young people fear too much: Training them to have a Christian, human conscience; to be able to say "Put me in jail. I, in my conscience, did my duty." Velogianni: I approve. But as medically, humanely, Christianly correct it is, so it is legally illegal. Geroulanos: Change the law! Put us in jail, to begin to be discussed. Velogianni: Let there be a legislative framework. Geroulanos: Of course! Though the legal framework comes after ten years... Velogianni: The ten years have passed!

D. Kardamakis: As a radiation oncologist, certainly less than 10% of patients, even those who reach the final stage, request euthanasia. We are not honest, the patients with themselves, we with ourselves. I consider it too difficult to study medical history and come to a conclusion as the Greek family thinks and works; we are not yet ready to put the final signature. Kantianis: A law must cover all cases. But, not all patients have family; not everyone has a good relationship with his family. If we transfer rights to a third party, it should be the choice of the patients themselves, to appoint a person they trust to decide for them.

P. Tzortzakis: The family is close to the patient: Forever? No. Especially in large urban centers. Why is the medical community fearful? Can he look to the future and legally cover the doctor not to be burdened by the situation, and the patient to have a better treatment in case of a painful end?

Kardamakis: Depending on our education, our experience, our performances, events we have experienced, we have an answer, more clear or less clear. Are we sure that the patient's wish is reflected in a way that neither the family can interfere, nor we will be held accountable in justice? We cannot offer anything more than some rules, guidelines, of good clinical practice. I can do no more than tell the patient (and his environment) that this has been it, this is what we could do, now what the human needs is some

⁴ Cite this article: Geroulanos S, Kantianis A, Kardamakis D, Tsinorema S, Tzortzakis P, Velogianni L, Dimoliatis I. «Session K3 2500 years of history: Discussion». In: «When Should We Die? (WnSWD). Proceedings of the 1st Interdisciplinary Symposium, University of Ioannina, April 28-30, 2017. ISBN 978-960-233-288-7». University of Ioannina Publications, Olympias repository. April 7, 2024. Paper K34: ps 9.
<https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33733> & <http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.13449>.

peace. **Geroulanos**: Medical Societies have made rules of ethics. The doctor is the person's protector. The jurist is the community's protector. S/he does not take into account the person. Huge difference. There is almost no common denominator; terribly difficult to put them in one law.* Abroad these problems have been solved. We could get their translation. There is no will of the State. Of the Church there is: I never had a problem in the Ethics Committee, they were the most humane of all. The problem has always been the sociologists, the psychologists... But I'm interested in what the patient is suffering from. S/he is the one I have to relieve. ***Dimoliatis**: Terribly easy. The law should not say, you shall all do this and only this, but each one what s/he wishes. How would we know what s/he desires? Has s/he given us his directives in advance? All roads lead to Living Wills.

Keywords: *palliative care, cancer-patient hospice, will of the state, will of the church, advance directives, Christian conscience, phobic medicine, euthanasia, code of medical ethics, living wills, morality and ethics.*

Αποηχογραφημένη Συζήτηση⁵

Στέφανος Γερούλανος, Καθηγητής Χειρουργικής στο Πανεπιστήμιο της Ζυρίχης, τ. καθηγητής Ιστορίας της Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων: Μας δίνεται λίγος χρόνος για συζήτηση. Υπάρχουν ερωτήσεις;

Σταυρούλα Τσινόρεμα, Καθηγήτρια Φιλοσοφίας Πανεπιστημίου Κρήτης:⁶ Σας ευχαριστώ κύριε Πρόεδρε. Ευχαριστώ τους ομιλητές για τις πολύ ενδιαφέρουσες ομιλίες, που συνεχίζουν τους προβληματισμούς αυτού του Συνεδρίου. Θέλω να ρωτήσω τον τελευταίο εισηγητή πάνω στις δύο προτάσεις που έκανε στο τέλος: Θέσπιση ειδικού νομικού πλαισίου για πρόσβαση στην παρηγορητική φροντίδα. **Απολύτως** αναγκαίο. Αυτό όμως προϋποθέτει ότι θα υπάρχουν και **θεσμοί** ανακουφιστικής φροντίδας στη χώρα μας και δε βλέπω, αυτή τη στιγμή τουλάχιστον, στο πλαίσιο της δημόσιας πολιτικής φροντίδας υγείας να υπάρχει κανένας προβληματισμός. Δεν θά'πρεπε, κατά τη γνώμη σας, να συνοδεύεται αυτό και με μια τέτοια διάσταση; Το δεύτερο: θέσπιση δεοντολογικών **κανόνων** για τις προγενέστερες οδηγίες. Θεωρείτε ότι είναι ικανό και επαρκές το νομοθετικό πλαίσιο της ιατρικής δεοντολογίας, του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, αυτή τη στιγμή; Που λέει να λαμβάνονται υπόψη οι προγενέστερες οδηγίες,⁷ **αλλά**, λίγα άρθρα πιο κάτω, "το καθήκον του γιατρού είναι να σώζει ζωές" και επομένως εφαρμογή του Ποινικού Κώδικα άρθρα 300, 301.⁸ Γι' αυτά τα δύο άρθρα τι έχετε να μας πείτε;

Αναστάσιος Καντιάνης, Δικηγόρος, Διδάκτωρ Δικαίου Πανεπιστημίου Göttingen με ειδίκευση στο Ιατρικό Δίκαιο, την Παρηγορητική Φροντίδα, το Συγκριτικό, Ευρωπαϊκό και Ποινικό Δίκαιο. Έχει διδάξει στο Πάντειο Πανεπιστήμιο: Ξεκινώντας από το τελευταίο, αυτό που είπα είναι ότι υπάρχει στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας η φράση «λαμβάνονται υπόψη οι **προγενέστερες οδηγίες**», αλλά, επειδή ακριβώς δεν υπάρχει ο τρόπος, δεν υπάρχει θεσμοθετημένος ο τρόπος με τον οποίο λαμβάνονται υπόψη, τελικά καθ' ερμηνεία δεν αναγνωρίζονται, δεν λαμβάνονται υπόψη. Υπάρχουν παραδείγματα σε άλλες

⁵ Αποηχογράφηση: Άρτεμις Δάλλα. Επιμέλεια, περίληψη, summary, υποσημειώσεις: Γιάνης Δημολιάτης.

⁶ Τσινόρεμα Σ. «Ευθανασία και αυτοκτονία με ιατρική συνδρομή: Υπάρχει δικαίωμα ή υποχρέωση στον θάνατο;». Ομιλία: [YouTube-s49lm72F0HA](https://www.youtube.com/watch?v=s49lm72F0HA) 22:42. Άρθρο : Κορυφή 1^η σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > Συνεδρία Π8 > 7.

⁷ «ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ' ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ Άρθρο 29 **Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής**. [...] 2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.» Στο: ΝΟΜΟΣ 3418/2005. Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας. ΦΕΚ 287/Α/28.11.2005.

⁸ «Άρθρο 300. **Ανθρωποκτονία με συναίνεση**. Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος κι από οίκο του γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση. Άρθρο 301. **Συμμετοχή σε αυτοκτονία**. Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια σ' αυτή τιμωρείται με φυλάκιση.» *Ποινικός Κώδικας*. <https://www.legal-tools.org/doc/60f2e6/pdf/>.

ευρωπαϊκές χώρες, έχει θεσμοθετηθεί ο τρόπος με τον οποίο θα μπορεί ένας ασθενής να ορίσει ένα έμπιστο πρόσωπο, να καταγράψει τις οδηγίες του, τότε αυτές οι οδηγίες θα έχουν δεσμευτικότητα, να είναι απολύτως συγκεκριμένες, να έχουν συνταχθεί μετά από ενημέρωση από τον ιατρό, ενδεχομένως να δημιουργηθεί ένα αρχείο, σε κάποιο νοσοκομείο ή κεντρικά, καταγραφής αυτών των οδηγιών – το οποίο εγώ το θεωρώ πολύ γραφειοκρατικό, δεν είναι απαραίτητο. Υπάρχουν δηλαδή τρόποι να συγκεκριμενοποιηθεί ο θεσμός έτσι ώστε να αποκτήσει δεσμευτικότητα, και ο ιατρός να αισθάνεται βέβαιος ότι όταν θα έχει μπροστά του μία τέτοια οδηγία, να μπορεί να τη λάβει υπόψη του ή να μη μπορεί να μην τη λαμβάνει υπόψη του. Αυτή τη στιγμή **δεν** τη λαμβάνει, γιατί ακριβώς το πλαίσιο αυτό δεν υπάρχει.

Για το πρώτο που με ρωτήσατε, λοιπόν, η Υπουργική Απόφαση έχει θεσπίσει κάποιους **ξενώνες** το 2008, αλλά, όπως είπα, έχει θέσει τέτοιες προϋποθέσεις που είναι πάρα πολύ δύσκολο να υλοποιηθούν. Και επίσης τους περιορίζει μόνο σε καρκινοπαθείς. Δεν έχει γίνει τίποτα άλλο. Θεωρώ ότι το νομικό πλαίσιο μπορεί, εάν θεσπιστεί, να λειτουργήσει με τέτοιο τρόπο, ώστε να υπάρξει συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικών και έτσι να βοηθήσει στη δημιουργία και θεσμών.

Όσον αφορά τα άρθρα 300 και 301 του **Ποινικού Κώδικα**, το ένα αφορά την ανθρωποκτονία με συναίνεση, το άλλο τη συμμετοχή σε αυτοκτονία. Είναι άρθρα, τα οποία εφαρμόζονται σε κάθε περίπτωση στην οποία υπάρχει παρέμβαση στο χρόνο επέλευσης του θανάτου ενός προσώπου. Θεωρητικά, μπορεί να ασκηθούν διώξεις για αυτά σε κάθε περίπτωση ευθανασίας με βάση το υπάρχον πλαίσιο, σε **κάθε** περίπτωση παρέμβασης στον θάνατο θα έλεγα, όχι μόνο στην ευθανασία. Οποιαδήποτε παρέμβαση, με την οποία συντομεύεται, έστω και κατά ένα δευτερόλεπτο, ο χρόνος επέλευσης του θανάτου, θεωρείται νομικά ανθρωποκτονία και εφαρμόζονται τα συγκεκριμένα άρθρα.⁹ Ακριβώς γι' αυτή την πραγματικότητα, η οποία δημιουργεί προβλήματα σε όλους, και στους γιατρούς, ο σκοπός της εισήγησής μου ήταν να δείξω ότι είναι καλό να ξεκινήσουμε εξειδικεύοντας το πλαίσιο. Δηλαδή να ξεφύγουμε από τη συζήτηση εάν πρέπει να καταργήσουμε το ένα άρθρο ή να βάλουμε εξαίρεση σε αυτό, και ν' αρχίσουμε να συγκεκριμενοποιούμε δικαιώματα και υποχρεώσεις των ασθενών αυτής της κατηγορίας και θεωρώ ότι, συγκεκριμενοποιώντας αυτά, θα φτάσουμε σε ένα καλό επίπεδο "παροχής θανάτου" στην Ελλάδα. Θα ξεφύγουμε, δηλαδή, από την κακή κατάσταση που βρισκόμαστε σήμερα.

Σ. Γερούλανος: Να προσθέσω εγώ κάτι. Έχω ασχοληθεί με την παρηγορητική θεραπεία, και μάλιστα τότε που έγινε, επί Αβραμόπουλου, η αλλαγή της νομοθεσίας για να γίνουν ξενώνες κ.λπ. Έχουμε ένα πρόβλημα στην Ελλάδα, δεν είναι απόλυτο ότι είμαστε στην κατάσταση τόσο τραγικά για δύο λόγους: Πρώτον, έχουμε 30.000 περισσευόμενους **γιατρούς** και, δεύτερον, υπάρχουν τουλάχιστον 30% παραπάνω **κρεβάτια** από ό,τι χρειάζεται ο τόπος. Και, ως εκ τούτου, θα ήταν και πολύ απλό **κομμάτια μέσα στο νοσοκομείο να δοθούν για παρηγορητική ιατρική**.¹⁰ Δεν το πολυθέλουν. Οι περισσότεροι που χρειάζονται παρηγορητική μένουν στα νοσοκομεία σήμερα ή στο σπίτι. Στην Ελλάδα είναι πολύ μεγαλύτερο το ποσοστό που παίρνουν τον δικό τους στο σπίτι. Θεωρείται ακόμα, ευτυχώς, ότι είναι πολύ πιο ωραίο να πεθάνεις στο σπίτι σου παρά στο νοσοκομείο. Ναι μεν δεν υπάρχει πλαίσιο, δεν υπάρχει ούτε ένας ξενώνας πραγματικά στην Ελλάδα, πλην του Μεσογαίας στην Αττική, και χρειάζονται απαραίτητως, ιδίως για άτομα πέραν των καρκινοπαθών, οι καρκινοπαθείς κάπως καλύπτονται πιο εύκολα μέσα στα νοσοκομεία. Αλλά είναι όλοι αυτοί, οι ναρκομανείς, οι AIDS ασθενείς, που πολλοί δεν

⁹ Σε "Οποιαδήποτε παρέμβαση, με την οποία **παρεμποδίζεται**, έστω και κατά ένα δευτερόλεπτο, ο χρόνος επέλευσης του θανάτου", τί θεωρείται νομικά; και πώς εφαρμόζονται τα συγκεκριμένα άρθρα; Η παρεμπόδιση, η καθυστέρηση (η μεταθανασία, η μεταθανάτια μακροζωία) είναι σήμερα το πρόβλημα του 'ανεπτυγμένου' κόσμου. Η **συντόμωση** (η προθανασία, η προθανάτια μικροζωία, επιτρέψτε μου τον νεολογισμό) ήταν (και είναι) το πρόβλημα στα στρατόπεδα εξόντωσης, γενικότερα στους πολέμους, τότε και τώρα και πάντα. (Δημοσιάτης Γ. Γιατί η Εκκλησία δεν μπορεί να μην προμαχεί υπέρ της ευθανασίας. Στο: «Η ζωή πριν το θάνατο: ευ ζην και ευ θνήσκειν». Ορθόδοξος Ακαδημία Κρήτης, 29/3-1/4/2018.»: σελ. άρθρου 27: Πίνακας 2. [PDF](#).)

¹⁰ «Ο τομέας της παρηγορητικής φροντίδας εμφανίστηκε τις τελευταίες δεκαετίες με στόχο να εισαγάγει τούτο τον προβληματισμό στη φροντίδα των ετοιμοθάνατων [...] ενθαρρυντικό αλλά όχι αρκετό για να θριαμβολογήσουμε. Θα γιορτάσουμε μόνο όταν όλοι οι γιατροί χρησιμοποιούν την ίδια προσέγγιση σε κάθε άνθρωπο που αγγίζουν. Χωρίς να απαιτείται χωριστή ειδικότητα.» Ατούλ Γκαουάντε. *Εμείς οι θνητοί. Τα όρια της ιατρικής και τι έχει πράγματι σημασία όταν το τέλος πλησιάζει*. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης 2016: 326. biblionet.gr/title208621.

θέλουν και να χαρακτηριστούν και αποφεύγουν το νοσοκομείο, και οι ξενώνες είναι απαραίτητοι. Αλλά, όπως είπα, υπάρχει η δυνατότητα αυτό να γίνει **ενδονοσοκομειακά**, αλλά κανένας δεν ασχολείται, διότι τους βαστούνε ούτως ή άλλως, στους 100 μέσα στο νοσοκομείο έχει και δύο οι οποίοι χρειάζονται παρηγορητική ιατρική [2%]. Μού άρεσε πάρα-πάρα πολύ το βήμα αυτό: Να αλλάξουμε πρώτα τα πράγματα που μπορούμε να αλλάξουμε από πλευράς ιατρικών συλλόγων, από οδηγίες κ.λπ.

Διότι πρέπει να πω ότι οι δικαστές μάς έχουν συμπεριφερθεί **άψογα**. Διότι, ενώ θα έπρεπε πάρα πολλούς από εμάς να μας είχαν καταδικάσει, βρίσκουν πάντοτε τρόπους να πουν ότι ισχύουν ελαφρυντικά ή δεν έγινε ακριβώς έτσι. Εγώ έστειλα κάποια στιγμή δύο περιστατικά δικά μου απευθείας στον Εισαγγελέα, και είπα, «Παρακαλώ, ελέγξτε αν έπραξα σωστά». Τα έβαλε στο αρχείο. Άλλοι έχουν φτάσει στα Δικαστήρια και έχουν αθωωθεί. Αλλά, για έναν νέο γιατρό, μόνο και μόνο το να πρέπει να πάει στο ακροαματικό δικαστήριο είναι ένα σταμπάρισμα που δεν πρέπει να το ζησει. Εμείς οι παλαιοί, τέλος πάντων, έχουμε και την πλάτη να σηκώσουμε κάτι τέτοιο, αλλά ένας νεότερος, 30άρης, 35άρης, που τον σέρνεις δεκαπέντε μέρες σε ακροαματικό δικαστήριο, είναι μια εμπειρία την οποία δεν θέλω να την ζησει κανένας συνάδελφος. Πρέπει προς τα εκεί να πολεμήσουμε **και** προς την αλλαγή του 300 και 301. Ας γίνει 301β και ας υπάρχει εκεί κάποιο παράθυρο, το οποίο να το επιτρέπει. Εκεί είμαστε πράγματι ουραγοί. Άλλες ερωτήσεις, σχόλια;

Λαμπρινή Βελογιάννη, Δικηγόρος, Επίκουρη Καθηγήτρια Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων: Μέχρι φέτος δίδασκα Βιοηθική στο Πανεπιστήμιό μας. Η ερώτηση είναι προς τον κ. Γερουλάνο. Μερικώς με κάλυψε. Ήθελα να ρωτήσω, από την εμπειρία του, εγώ δεν είμαι γιατρός, από την εμπειρία του τόσο στην Ευρώπη και σε πολλά μέρη όσο και εδώ, τι γίνεται με τους ανθρώπους που θέλουν να έχουν είτε παθητική, που για μένα διαφοροποιείται από την ενεργητική, "δε θέλω θεραπεία", "δε θέλω μηχανήματα", είτε ενεργητική ευθανασία, τι γίνεται στην **πράξη**; Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που θέλουν να πεθάνουν ήσυχα; Παρ' όλο που δεν είμαι γιατρός και δεν έχω άμεση σχέση με το νοσοκομείο, είχα τελευταία μια εμπειρία: Ένας άρρωστος με καθολικό καρκίνο, αλλά με μετάγγιση, είχε στα οστά νομίζω, πολλαπλό μυέλωμα νομίζω, αρνήθηκε θεραπεία και έγινε θέμα. Τελικά δεν πήρε και για εμένα δεν είναι ενεργητική, σαφώς, αλλά **είναι** ευθανασία. Τι γίνεται στην πράξη; Θέλουν οι άρρωστοι να πεθάνουν έτσι; Και πώς το αντιμετωπίζετε; Με καλύψατε με την έννοια ότι οι δικαστές όντως δεν τον καταδικάζουν. Παρόμοιο πράγμα συνέβαινε και με τους Ιεχωβάδες: πολλοί δεν δέχονταν αίμα και οι γιατροί τούς έδιναν αίμα. Έχω εμπειρία κι από εδώ ακόμη. Αυτό είναι παράνομο. Οφείλεις να ασπαστείς την επιθυμία του Ιεχωβά. Και όμως μερικοί τους έδιναν. Οι δικαστές κι εκεί δεν τους καταδίκασαν που, σύμφωνα με το νόμο, έπρεπε να καταδικαστούν. Αυτό θέλω να δω, πώς αντιμετωπίζετε αυτή την αντίφαση και του 301 αλλά και άλλων άρθρων με αυτό που συμβαίνει στην πράξη;

Σ. Γερουλάνος: Καταρχάς σε αριθμούς. Ακριβείς αριθμούς έχουμε μόνο από την Ολλανδία, όπου ξεπερνούν ετησίως τις 1500 οι υποθέσεις που στέλνεται το ιατρικό ιστορικό εις τον Εισαγγελέα – σίγουρα γίνονται και άλλες. Αυτό είναι με τη θέληση του ασθενούς, "θέλω να τελειώσω την τάδε μέρα, την τάδε ώρα". Προγραμματίζεται μια εβδομάδα πριν ώστε να έχει τον χρόνο να ανακαλέσει εάν θέλει, έχουν ήδη συνυπογράψει τουλάχιστον οκτώ άτομα τα οποία έχουν ασχοληθεί με τον ασθενή, νοσηλευτής, γιατρός, ο εξειδικευμένος ας πούμε στον προστάτη, στον καρκίνο του προστάτη, στον μαστό κτλ, ο ιερέας, ο κοινωνιολόγος, ο ψυχολόγος κ.λπ. Και αυτά είναι γύρω στα 1500 ετησίως. Το οποίο σημαίνει σε εμάς, στην Ελλάδα, τουλάχιστον 3.000 με 4.000, ο αριθμός είναι τεράστιος και φθάνει μέχρι εκεί. Τι γίνεται στην πράξη; Θα σας πω ένα περιστατικό από μία γνωστή σε τελικό στάδιο καρκίνου, η οποία μού είχε ζητήσει να φέρω από την Ελβετία το βαρβιτουρικό νάτριο· και της το υποσχέθηκα. Την Παρασκευή της είπα «φεύγω για την Ελβετία», αλλά το είπα στην θεράποντα γιατρό της, ότι μου έχει ζητήσει αυτό το φάρμακο και εγώ θα πάω και θα γυρίσω την Τρίτη πίσω. Είχε κλείσει τα μάτια της την Κυριακή. Πρώτον, στο ζητάνε σχετικά στο τέλος, αυτό είναι πάρα πολύ συχνό, όταν πλέον δεν αντέχουν. Και το δεύτερο, η γιατρός εσταμάτησε τα φάρμακα που τη βαστούσαν στη ζωή. Διευκόλυνε εμένα να μη βρεθώ υπόλογος στο νόμο. Το βλέπετε αυτό αρκετά συχνά και γίνονται αρκετές ευθανασίες **και** στην Ελλάδα, χωρίς να συζητείται, και περνάει απαρατήρητο με τον Α ή Β τρόπο. Οι γιατροί μας έχουν, χωρίς συζήτηση, μια ανθρωπιά.

Δυστυχώς οι νεότεροι **φοβούνται** πάρα πολύ. Οι αρχαιότεροι που έχουν ζήσει, έχουν αντιμετωπίσει τον θάνατο είναι πιο εύκολο να πάρουν την Α ή Β απόφαση. Εσείς, κ Καρδαμάκη, ως ογκολόγοι θα τα έχετε ζήσει ανάλογα. Κλείνουμε τα μάτια και δεν συνεχίζουμε μία Α θεραπεία χωρίς να πούμε τίποτα. Εγώ σε αυτές τις περιπτώσεις, και είναι κάτι το οποίο σας λέω άνετα, το μόνο που μπορεί να κάνετε είναι: Πάρτε το ιατρικό ιστορικό, καθίστε μόνοι στο γραφείο σας, τρία τέταρτα, μία ώρα, ξεφυλλίστε το, ξαναδιαβάστε το και βάλτε την ερώτηση: **τι θά'κανα στο παιδί μου**, τι θα έκανα στον πατέρα μου, τι θα έκανα στη μάνα μου. Εάν μέσα στη συνείδησή σας θα κάνατε αυτό στον πατέρα σας, 80-90 ετών, τότε δε βλέπω το λόγο γιατί δεν πρέπει να το κάνετε σε αυτόν που σας το ζητά. Νομίζω είναι μια **ανθρώπινη**, μια απλή στάση. Το πρόβλημα είναι: Έχουν όλοι την ανάλογη συνείδηση; Έχουμε εκπαιδεύσει τους νέους μας να έχουν μια συνείδηση **χριστιανική, ανθρώπινη**; Που να μπορούν να πάρουν από μόνοι τους απόφαση και να πουν "ΟΚ! Βάλτε με φυλακή. Εγώ κατά τη συνείδησή μου έπραξα το καθήκον μου." Αυτό είναι το πιο δύσκολο και αυτό είναι κάτι που πρέπει εμείς οι παλαιότεροι να το περάσουμε στη νεότερη γενιά.

Α. Βελογιάννη: Αυτό που λέτε το εγκρίνω. Την περίπτωση που αναφέρατε, μού την είχατε πει και ιδιαιτέρως, την είχαμε συζητήσει. Για εμάς τους νομικούς **όμως**, θεωρώ ότι όσο ιατρικά, ανθρώπινα, χριστιανικά σωστό είναι αυτό που λέτε, τόσο νομικά **απαράδεκτο** είναι για εμάς τους νομικούς.

Σ. Γερούλανος: **Αλλάξτε το νόμο!**

Α. Βελογιάννη: Α μπράβο! Εκεί θέλω να καταλήξω. Ότι πρέπει οι Επιτροπές Βιοηθικής...

Σ. Γερούλανος: Βάλτε μας μέσα, για να αρχίσει να συζητιέται αυτό το πράγμα.

Α. Βελογιάννη: Πρέπει να γίνει μία προσπάθεια, να γίνει και ένα νομοθετικό πλαίσιο.

Σ. Γερούλανος: Χωρίς συζήτηση, αλλά το νομικό πλαίσιο έρχεται **πάντοτε** δέκα χρόνια μετά.

Α. Βελογιάννη: Έχουν **περάσει** τα δέκα χρόνια. Ευχαριστώ πολύ.

Δημήτριος Μ. Καρδαμάκης, Καθηγητής, Διευθυντής Μονάδας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών: Αν μού επιτρέπεται, να συμπληρώσω ως απάντηση σε αυτό που ρωτήσατε. Ρωτήσατε, κατά κάποιο τρόπο, λίγο τεχνοκρατικά. Δηλαδή σε τι ποσοστό ασθενών συμβαίνει αυτό το φαινόμενο, να το πούμε έτσι. Έχοντας την εμπειρία σαν ακτινοθεραπευτής ογκολόγος, μία πολύ γρήγορη εκτίμηση, όχι επιστημονικά βέβαια τεκμηριωμένη με την έννοια των ερωτηματολογίων ή της παρακολούθησης, είναι σίγουρα σε ένα ποσοστό **κάτω** από 10% των ασθενών· ακόμη και αυτών που φτάνουν στο τελικό στάδιο, που τους λες στην τελευταία επίσκεψη ότι "εντάξει, δεν έχω κάτι άλλο να σου δώσω".

Ένας από τους λόγους που ζούμε και βιώνουμε αυτό το πρόβλημα, δηλαδή στο ότι δεν είμαστε, ας το πούμε έτσι, πιο **ειλικρινείς**, και οι ασθενείς με τον εαυτό τους και εμείς με τον εαυτό μας, είναι ότι στην Ελλάδα πολύ μεγάλη σημασία στο χειρισμό αυτών των ανθρώπων καλώς ή κακώς – για μένα καλώς – παίζει ακόμα η **οικογένεια** και οι συγγενείς. Δηλαδή το να πείσεις τους συγγενείς έτσι εύκολα ότι θα μπορούμε τώρα σε μια διαδικασία όπου θα δούμε το ιστορικό, θα το μελετήσουμε και θα καταλήξουμε κάπου, εγώ το θεωρώ εξαιρετικά δύσκολο αυτή τη στιγμή όπως η ελληνική οικογένεια σκέπτεται και λειτουργεί. Και έτσι νομίζω ότι ο φόβος μου ή μάλλον η διαίσθησή μου είναι ότι για πολλά χρόνια ακόμα θα συζητάμε αυτά τα θέματα, που ίσως να σημαίνει και κάτι, ότι δηλαδή δεν είμαστε ακόμη **ώριμοι** να βάλουμε την τελική υπογραφή και να το κλείσουμε το θέμα.

Α. Καντιάνης: Μπορώ να σχολιάσω κάτι σε αυτό που μόλις είπατε;

Σ. Γερούλανος: Να σχολιάσετε. Και μετά μία τελευταία ερώτηση.

Α. Καντιάνης: Για το Δίκαιο πάντως υπάρχει ένα θέμα σε αυτό που μόλις είπατε, για την **οικογένεια**. Πρώτον, **δεν** έχουν όλοι πολύ καλές σχέσεις με την οικογένειά τους. Δεύτερον: **δεν** έχουν όλοι οι ασθενείς οικογένεια. Δηλαδή, πρέπει εμείς ως νομικοί να δημιουργούμε τέτοιες διατάξεις που να μπορούν να εφαρμόζονται σε **όλους** τους ανθρώπους για την προστασία των ατομικών τους δικαιωμάτων. Παράδειγμα, εάν "μεταφέρουμε" δικαιώματα σε τρίτους, αυτοί οι τρίτοι τουλάχιστον θα πρέπει να είναι επιλογή των ίδιων των ασθενών. Γι' αυτό τον λόγο οι συγγενείς, ναι μεν **κατά τεκμήριο**

είναι εκείνοι που θα θέλουν το καλό του ασθενούς, αλλά, επειδή αυτό ούτε πάντα συμβαίνει ούτε όλοι οι ασθενείς έχουν οικογένεια, πρέπει να φροντίζουμε να τους δίνουμε τη δυνατότητα να ορίζουν και κάποιο πρόσωπο το οποίο εμπιστεύονται και το οποίο θα αποφασίζει γι' αυτούς.

Παύλος Τζωρτζάκης, Απόφοιτος Τμήματος Φιλοσοφικών & Κοινωνικών Σπουδών, Μεταπτυχιακός Φοιτητής Βιοηθικής Πανεπιστημίου Κρήτης.¹¹ Προς τους γιατρούς ιδίως είναι η ερώτηση. Είναι πραγματικά πολύ παρήγορο ότι τα τελευταία χρόνια – και ακούστηκε στη διπλανή αίθουσα – δεν έχει εμφανισθεί η περίπτωση να χρειαστεί ευθανασία ασθενής, επειδή η οικογένεια είναι κοντά στον ασθενή. Αυτή είναι η ιδιαιτερότητα της ελληνικής οικογένειας, η **καλή** ιδιαιτερότητα εννοώ. Όμως η ερώτηση είναι συγκεκριμένη: Μπορούμε να κοιτάξουμε στο μέλλον;

Ότι η ελληνική οικογένεια συμπεριφέρεται με τον συγκεκριμένο τρόπο, με τον καλώς εννοούμενο τρόπο, **δεν** σημαίνει ότι θα συμβαίνει πάντα. Ειδικά στα μεγάλα αστικά κέντρα δεν υπάρχει τόση συνάφεια μεταξύ των μελών της οικογένειας για διάφορους λόγους, σε σύγκριση με την επαρχία θέλω να πω. Μπορεί αυτή τη στιγμή η ιατρική κοινότητα να κοιτάζει στο **μέλλον** και να κάνει μία προοδευτική κίνηση να καλύψει νομοθετικά το ζήτημα, να καλύψει τον γιατρό, ώστε και εκείνος να μην είναι έρμαιο αυτής της κατάστασης, και να μπορεί ο ασθενής να έχει μία καλύτερη αντιμετώπιση σε περίπτωση επώδυνου τέλους ζωής; Η ιατρική κοινότητα αυτή τη στιγμή πώς θα κινητοποιηθεί; Γιατί είναι **φοβική**,¹² λειτουργεί με έναν τρόπο φοβικό. Είστε αισιόδοξοι;

Δ. Καρδαμάκης: Επειδή ρωτάτε κυρίως τους γιατρούς θα απαντήσω προσωπικά. Νομίζω ότι οι γιατροί, όπως φάνηκε αυτό και από αυτά που ανέφερε ο κ. Γερούλανος, ανάλογα με την παιδεία μας, ανάλογα με την εμπειρία μας, ανάλογα με τις παραστάσεις που έχουμε, με τα γεγονότα που έχουμε ζήσει, έχουμε μια απάντηση, άλλοτε λιγότερο, άλλοτε περισσότερο ξεκάθαρη. Το θέμα είναι ότι πρέπει να είμαστε κι εμείς σίγουροι ότι αυτή η επιθυμία του ασθενή αποτυπώνεται με έναν τρόπο που ούτε η οικογένεια μπορεί **μετά** να παρεμβληθεί, μια που θίξαμε το θέμα της οικογένειας, αλλά ούτε και εμείς θα βρεθούμε **μετά** **υπόλογοι** απέναντι στη δικαιοσύνη ότι δεν πράξαμε σωστά. Άρα, εμείς δε μπορούμε νομίζω να προσφέρουμε κάτι περισσότερο, πέρα από αυτό που ίσως θα έλεγε κανείς, κάποιους κανόνες σωστής κλινικής πρακτικής που όμως και αυτοί δεν είναι αλήθειες γενικά αποδεκτές, είναι απλά κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες. Δηλαδή να σου πουν ότι εάν π.χ. η νεφρική λειτουργία είναι εκεί, η διανοητική λειτουργία είναι εκεί, εσύ μπορείς να προχωρήσεις εδώ κι εκεί. Κάτι ανάλογο δηλαδή που συμβαίνει με το θέμα του **εγκεφαλικού** θανάτου· είναι μια τελείως διαφορετική ιστορία, προς Θεού, το αναφέρω όμως διότι εκεί ίσως τα πράγματα είναι πιο ξεκάθαρα.

Συμπερασματικά, εγώ δεν μπορώ – θα ακούσω βέβαια και τον κ. Γερούλانو – δεν μπορώ να φανταστώ ότι μπορώ σαν γιατρός να κάνω κάτι περισσότερο, πέρα από, μέσα από την τέχνη και την επιστήμη μου, το να πω στον ασθενή – και στο περιβάλλον του βεβαίως, επιμένω για το περιβάλλον γιατί το ζούμε καθημερινά, ιδιαίτερα στην επαρχία – ότι μέχρι εδώ ήταν τα πράγματα, αυτό μπορούσαμε να κάνουμε, τώρα αυτό που χρειάζεται ο άνθρωπος είναι λίγη ηρεμία.

Σ. Γερούλανος: Εγώ ήθελα να προσθέσω το εξής: Καταρχάς οι **Ιατρικές** Εταιρείες έχουν κάνει αυτούς τους κανόνες δεοντολογίας, οι οποίοι μπορεί να μην είναι πλήρως επαρκείς, αλλά κάπως μας καλύπτουν ως γιατρούς. Και πάνω εκεί στηρίζεται και η Δικαιοσύνη που δεν έχει καταδικάσει άτομα που έχουν από την οικογένεια κυνηγηθεί ότι έκαναν αυτό που ήθελε ο ασθενής. Αλλά πρέπει να σκεφτούμε το εξής: Ο γιατρός είναι **προστάτης του ατόμου**. Εσείς ως νομικοί είσαστε **προστάτες του συνόλου**. Δε λαμβάνετε

¹¹ Τζωρτζάκης Π. «Βιοηθικός συλλογισμός αποφάσεων τέλους ζωής σε ασθενείς με νόσο Alzheimer». **Ομιλία:** [YouTube-Q2juKHMotfl](#) 18:05. **Άρθρο:** Κορυφή 1^{ης} σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > Συνεδρία Σ5 > 2.

¹² Φοβισμένη (από τον ποινικό κώδικα: αμυντική ιατρική, το χειρότερο είδος 'ιατρικής') και φοβική (προς τους αρρώστους, η καλύτερη συγκάλυψη εαυτού). Δουλιά του γιατρού ΔΕΝ είναι να εφαρμόζει το νόμο, αλλά την τρέχουσα έγκυρη επιστημονική βιβλιογραφία. Δουλιά του γιατρού δεν είναι να μην παρανομεί απέναντι στο νόμο, δουλιά του είναι να μην παρανομεί απέναντι στην επιστήμη. Αλλιώς, είναι προτιμότερο να διορίζομε δικηγόρους στη θέση του. Οι δικαστές ξέρουν ποια είναι η δουλιά των γιατρών (γι' αυτό κάνουν τα στραβά μάτια, παρανομούν απέναντι στο νόμο: νιώθουν καλύτερα από τους γιατρούς το ασύμβατο νόμου και επιστήμης). Οι γιατροί ξέρουν ότι δεν είναι η δουλιά τους να παρανομούν απέναντι στην επιστήμη τους; Το πρόβλημα δεν είναι οι νόμοι. Το πρόβλημα είναι οι γιατροί. Το πρόβλημα δεν είναι οι άλλοι. Το πρόβλημα είμαστε εμείς.

υπόψιν το άτομο. Είναι τεράστια η διαφορά. Είναι τέτοια η διαφορά από το ένα άτομο στο άλλο που σχεδόν δεν υπάρχει κοινός παρονομαστής και ως εκ τούτου το να το βάλεις μέσα στο νόμο είναι φοβερά δύσκολο. Το είδαμε και με τον εγκεφαλικό θάνατο τότε: Πέρασαν δεκαπέντε χρόνια για να μπορέσει κανείς να γράψει ένα κείμενο το οποίο να ισχύει για όλους. Σε αυτό το στάδιο βρισκόμαστε.

Παρόλο ότι στο εξωτερικό αυτά έχουν **λυθεί**. Εμείς θα μπορούσαμε απλώς να πάρουμε τη μετάφραση. Θα ήταν το πιο εύκολο. Δεν υπάρχει βούληση της Πολιτείας. Της Εκκλησίας υπάρχει: Δεν είχα **ποτέ** μου πρόβλημα μέσα στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας με τον ιερέα ο οποίος ήταν μέσα, μέλος της Επιτροπής. Ήταν ο **πιο** ανθρώπινος από όλους. Το πρόβλημα ήταν πάντα οι **κοινωνιολόγοι**, οι **ψυχολόγοι**, "μα δεν ρωτήσαμε τούτον και δεν ρωτήσαμ' εκείνον"... Μα, δεν μ' ενδιαφέρει τι λέει το εγγόνι ή ο προπάππος. Μ' ενδιαφέρει από τι πάσχει ο **ασθενής**. Εκείνον πρέπει να ανακουφίσω. Και ο κάθε ένας μας, δόξα τω Θεώ, είναι διαφορετικός. Πώς θα καταφέρουν οι νομικοί να μας βάλουν κάτω από ένα καπέλο, είναι δική τους δουλειά.¹³

Σας ευχαριστώ.

Πήραν το λόγο (αλφαβητικά): Βελογιάννη Α (5 φορές), Γερουλάνος Σ (8· Πρόεδρος της συνεδρίας), Καντιάνης Α (3), Καρδαμάκης Δ (2), Τζωρτζάκης Π (1), Τσινόρεμα Σ (1).

¹³ Φοβερά εύκολο. Ο νόμος δεν είναι υποχρεωμένος να λέει «όλοι θα κάνετε ένα και το αυτό». Θα λέει: «όλοι θα κάνετε αυτό που επιθυμεί ο καθένας». Πώς θα ξέρομε τι επιθυμεί; Των φρονίμων τα παιδιά πριν πεινάσουν μαγειρεύουν. Δεν έχει παρά να μας το πει. Εκ των προτέρων. Γραπτά. Στις προγενέστερες οδηγίες του. Όλοι οι δρόμοι οδηγούν στις Διαθήκες Ζωής.-