

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ :
ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ
ΜΕ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΑ
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Τμήμα Φιλοσοφίας και Ιστορίας της Επιστήμης

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Στοιχεία Φοιτητή : Λεωνίδας Γαλερίδης, Α.Μ. 9986200800019

Για την Ι

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο της ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο τμήμα Ιστορίας και Φιλοσοφίας της Επιστήμης του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όλους αυτούς τους ανθρώπους που συνέβαλλαν στο να φέρω εις πέρας την παρούσα Διπλωματική Εργασία και για την πολύτιμη τους στήριξη τους, και κυρίως τους γονείς μου και τη γιαγιά μου.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της εργασίας αυτής, κ. Αριστείδη Χατζή , Αναπληρωτή Καθηγητή Φιλοσοφίας Δικαίου και Θεωρίας Θεσμών του τμήματός για την πολύτιμη βοήθειά του και τη διαρκή υποστήριξή του, τόσο κατά τη διεξαγωγή των μαθημάτων όσο και κατά τη συγγραφή της παρούσας εργασίας και για τις χρήσιμες συμβουλές του και την καθοδήγησή του καθ' όλα τα στάδια διεκπεραίωσης της εργασίας. Επίσης θα ήθελα να τον ευχαριστήσω για το πάθος του για τη διάδοση της γνώσης και την ευκαιρία που μου δόθηκε να γνωρίσω ιδέες και θεωρίες που προηγουμένως δεν μου ήταν οικείες.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή - Ορισμός της ευθανασίας
2. Διακρίσεις Ευθανασίας
 - 2.1. Ενεργητική και παθητική Ευθανασία
 - 2.2. Ηθελημένη Ευθανασία για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους
 - 2.3. Ευθανασία του τύπου Living Will
 - 2.4 Δυσθανασία και Ορθοθανασία
 - 2.5 Ευγονική Ευθανασία
 - 2.6 Ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονία
3. Διάκριση ευθανασίας και ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας
4. Η ηθική σημασία της διάκρισης μεταξύ του να θανατώνουμε και του να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει
5. Επιχειρήματα κατά της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας
6. Επιχειρήματα υπέρ της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας
7. Νομική αντιμετώπιση ευθανασίας ανά τον κόσμο
8. Η ευθανασία, η ζωή και ο θάνατος στην αρχαία Ελλάδα
9. Το δικαίωμα στο θάνατο στη σύγχρονη Ελλάδα
10. Η θέση επίσημων θρησκειών
11. Επίλογος
12. Βιβλιογραφία
13. Παράρτημα

1.Εισαγωγή - Ορισμός της ευθανασίας

Η Ευθανασία αποτελεί ένα από πιο περίπλοκα και φλέγοντα ηθικά ζητήματα που απασχολούσε τον άνθρωπο από την αρχή της ύπαρξης του. Ωστόσο, παρότι εφαρμόζεται εδώ και χιλιάδες χρόνια, η σύγχρονη συζήτηση διαμορφώθηκε μετά το 1950 και συνεχίζεται μέχρι τις μέρες μας. Κυρίως εξαιτίας των τεχνολογικών εξελίξεων και της προόδου της ιατρικής επιστήμης, στάθηκε εφικτό να παρατείνεται η διάρκεια της ζωής για μεγάλο χρονικό διάστημα ενός σοβαρά αρρώστου ατόμου, που παλιότερα θα είχε αποβιώσει. Έτσι όλο και συχνότερα ο θάνατος υπεισέρχεται ως αποτέλεσμα επιλογών που πραγματοποιούνται στο τέλος της ζωής.

Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία μαζί με την έκτρωση είναι 2 από τα πιο κεντρικά ζητήματα που απασχολούν τη σύγχρονη συζήτηση στον τομέα της βιοηθικής. Επαγγελματίες της υγείας, φιλόσοφοι, θεολόγοι και νομικοί έχουν δημιουργήσει μια βιβλιογραφία χιλιάδων βιβλίων σε πολλές διαφορετικές γλώσσες .

Ο όρος ευθανασία πρωτοεμφανίστηκε να χρησιμοποιείται από τον Σουητώνιο, ένα Ρωμαίο ιστορικό, στο έργο του *De Vita Caesarum - Divus Αυγούστου* (οι ζωές των Καισάρων - Ο θεοποιημένος Αύγουστος)¹ για να περιγράψει το θάνατο του Αυγούστου Καίσαρα.

Ο όρος ευθανασία προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις “ευ” (που σημαίνει “καλά”) και “θάνατος”, υποδηλώνοντας τον ανώδυνο θάνατο. Αν και το επάγγελμα της ιατρικής έχει από καιρό καταδικάσει αυτές τις πρακτικές, οι γιατροί πιθανώς πάντα, σε κάποιο μικρό βαθμό, επιδίδονταν σε αυτές τις τακτικές από την εποχή του Ιπποκράτη, στον όρκο του οποίου απαγορεύεται ρητώς η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία².

Ευθανασία λοιπόν, εννοείται οποιαδήποτε πράξη (ενεργητική ευθανασία) ή παράλειψη (παθητική ευθανασία) έχει σαν αποτέλεσμα τον θάνατο , με έναν τρόπο που δεν προκαλεί πόνο, στους ασθενείς σε τελικό στάδιο. Ευθανασία δεν είναι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την άμβλυση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων σε ένα ασθενή, που ίσως έμμεσα του μειώνει το προσδόκιμο ζωής. Επίσης δεν μπορεί να οριστεί ως ευθανασία η μη εφαρμογή εξαιρετικών ή δυσαναλόγων μέσων για την τεχνική επιμήκυνση της ζωής ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο, εάν φυσικά δεν υπάρχει η πρόθεση για θάνατο³.

Είναι επίσης σημαντικό να γίνει η διάκριση μεταξύ των όρων “μη ιάσιμων” και “τελικού σταδίου”. Μπορεί μια ασθένεια να είναι μη ιάσιμη και σε τελικό στάδιο (όπως καρκίνος με μετάσταση),

¹ (The Lives of the Caesars--The Deified Augustus)

² Βλ. Παράρτημα 4

³ Βλ. Κεφάλαιο 3.3.3. Δυσθανασία και Αδυσθανασία

αλλά υπάρχουν και ασθένειες που ήταν αρχικά ιάσιμες αλλά έχουν επιφέρει στον ασθενή μια κατάσταση μη αναστρέψιμη (όπως για παράδειγμα πνευμονία με ανοσολογική ανεπάρκεια⁴). Οι ασθενείς με μη ιάσιμες σε τελικό στάδιο ασθένειες είναι οι πρώτοι αιτούντες ευθανασίας.

⁴ Η ανοσολογική ανεπάρκεια [(immunodeficiency) ή ανοσοκαταστολή] είναι η παθολογική κατάσταση κατά την οποία το ανοσοποιητικό σύστημα δεν είναι σε θέση να επιτελέσει σωστά και πλήρως τον ρόλο του (είναι δηλαδή ανεπαρκές), με αποτέλεσμα η ικανότητα του οργανισμού να καταπολεμήσει παθογόνα μικρόβια, παράσιτα και ιούς να είναι περιορισμένη ή εντελώς απύσχα. (Rosen FS, Cooper MD, Wedgwood RJ (1995). «The primary immunodeficiencies». N. Engl. J. Med. 333 (7): 431–40.)

2. Διακρίσεις Ευθανασίας

2.1. Ενεργητική και παθητική ευθανασία

Μπορούν να διακριθούν 2 τύποι ευθανασίας, ανάλογα με τον τρόπο που αυτή λαμβάνει χώρα:

- 1) η ενεργητική ευθανασία , η οποία καλείται η εσκεμμένη ενέργεια για τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου και
- 2) η παθητική ευθανασία , η οποία πραγματοποιείται είτε :
 - α) Με παραλείψεις χρησιμοποίησης θεραπευτικών προσπαθειών ή
 - β) Με την απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, π.χ. της λειτουργίας ενός μηχανήματος

Επιπλέον μια υποκατηγοριοποίηση στους τύπους αυτούς είναι αν η ευθανασία γίνεται με την συναίνεση του ασθενή ή όχι, οπότε και οι προηγούμενοι 2 τύποι χωρίζονται σε

- 1) εκούσια ενεργητική ευθανασία
- 2) μη εκούσια ενεργητική ευθανασία
- 3) εκούσια παθητική ευθανασία
- 4) μη εκούσια παθητική παθητική ευθανασία

Συναντάται επίσης ο όρος “ακούσια ευθανασία” ωστόσο, σχεδόν το σύνολο των ιατρικών, νομικών και ηθικών μελετητών του θέματος ταυτίζουν την ακούσια ευθανασία με τη δολοφονία και έτσι δεν θα αναλυθεί περαιτέρω.

Η εκούσια ευθανασία διενεργείται σύμφωνα με τη δεδηλωμένη βούληση του πάσχοντος, ο οποίος εκφράζει τη θέληση του να πάψει να ζει. Είναι βεβαίως πού σημαντικό ο αιτών να είναι πνευματικά διαυγής⁵, και η συνειδητή απαίτησή του να είναι σταθερή, προϊόν επίγνωσης της κατάστασης του και αποτέλεσμα της καθαρής του βούλησης. Πρέπει λοιπόν να έχει ενημερωθεί από το ιατρικό προσωπικό για τα δεδομένα που διαμορφώνουν την κατάσταση του λεπτομερειακά, να γνωρίζει τις πιθανότητες και τον προσδόκιμο χρόνο επιβίωσης του , καθώς

⁵ Kottow M. “Euthanasia After the Holocaust - Is it Possible? : A report from the Federal Republic of Germany”, Bioethics 1988

και την ποιότητα ζωής που θα απολαύσει κατά τον χρόνο αυτό. Εάν έχοντας γνώση όλων των παραπάνω, ζητήσει να υποστεί ευθανασία, τότε η ευθανασία αυτή χαρακτηρίζεται εκούσια. Κάποιες φορές όμως είναι πρακτικά αδύνατο να εκφραστεί η βούληση του αμέσως ενδιαφερόμενου. Αυτό συμβαίνει σε ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε κώμα και για τον λόγο αυτό δεν μπορούν να εκφράσουν τη θέληση τους. Στην περίπτωση αυτή, η βούληση τους τεκμαίρεται από προγενέστερα εκφρασμένες απόψεις τους, από τη γενικότερη τους στάση απέναντι στη ζωή, ή μερικές φορές από τη γνώση των συγγενών τους. Η ευθανασία στις περιπτώσεις αυτές δεν είναι εκούσια, γιατί απουσιάζει ο βασικότερος παράγοντας που θα την καθιστούσε τέτοια, δηλαδή η δεδηλωμένη συναίνεση του ασθενούς.

2.2. Ηθελημένη Ευθανασία για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους

Ευθανασία η οποία να επιτρέπεται για λόγους ψυχιατρικούς επιτρέπεται από το Βελγικό και Ολλανδικό Νόμο εάν ο ασθενής έχει αξιολογηθεί ως πνευματικά διαυγής και ο πόνος του συνεχής, μη ιάσιμος και ανυπόφορος και είναι αποτέλεσμα μια σοβαρής και μη ιάσιμης ασθένειας.

Δεδομένα σχετικά με ευθανασία για ασθενείς οι οποίοι υποφέρουν από ψυχιατρικές ασθένειες υπάρχουν μόνο στην Ολλανδία. Σύμφωνα με μια έρευνα⁶ οι αιτήσεις για ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία λόγω ψυχιατρικών νόσων ανέρχεται μόνο στο 3% των συνολικών αιτήσεων. Τα αίτια πίσω από αιτήσεις για ευθανασία για τον συγκεκριμένο λόγο, είναι παρόμοια με αυτά που γίνονται για ασθένειες που σχετίζονται με το σώμα. Απουσία πιθανότητας για βελτίωση (68%), αβάσταχτος ψυχικός πόνος (58%), βάρος για τα υπόλοιπα πρόσωπα (29%), σωματικός πόνος (18%) και προσβολή της αξιοπρέπειας τους (14%). Σημαντικό ζήτημα είναι βεβαίως η ίδια η πολύπλευρη διάσταση της ψυχικής νόσου. Είναι δύσκολο από ένα σημείο και μετά να βεβαιωθεί αν υπάρχει όντως ψυχιατρική διαταραχή ή είναι απλώς μια φυσική αντίδραση σε ένα εχθρικό περιβάλλον. Παραδείγματα έχουν δείξει τον υψηλό αριθμό αυτοκτονιών ανάμεσα σε ανύπαντρες μητέρες και ομοφυλόφιλους άνδρες σε κοινωνικούς ιστούς στους οποίους δεν ήταν αποδεκτοί.

⁶ Groenewoud, J. H., van der Maas, P. J., van der Wal, G., et al (1997) Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 336, 1795– 1801

2.3. Ευθανασία του τύπου Living Will

Η Ευθανασία του τύπου living will δεν διαφέρει ιδιαίτερα από μια συμβολαιογραφική πράξη ενώπιον μαρτύρων. Στο έγγραφο αυτό περιγράφονται οι όροι και οι προϋποθέσεις με τους οποίους εκχωρεί το δικαίωμα να διακοπεί η θεραπεία και κατά συνέπεια η διατήρησή του στη ζωή και την οποία και δεν επιθυμεί σύμφωνα με τα όσα αναφέρονται στο συμβόλαιο. Για παράδειγμα πως δεν δέχεται την μηχανική υποστήριξη για την παράταση της ζωής του σε περίπτωση φυτικής καταστάσεως ή σε μια άλλη κατάσταση όπου δεν θα έχει επαφή με το περιβάλλον. Έτσι μπορεί να αποφευχθεί σύγχυση και να ανακουφίσει ανθρώπους οι οποίοι θα έπρεπε να πάρουν την απόφαση αν δεν υπήρχαν οι γραπτές αυτές οδηγίες. Οι λεγόμενες διαθήκες ευθανασίας πρωτοεμφανίστηκαν από τις Αγγλοαμερικανικές εταιρίες ευθανασίας. Σήμερα οι Διαθήκες ευθανασίας έχουν διάφορες ονομασίες είναι σε ισχύ σε χώρες όπως η Δανία, η Ολλανδία, στις περισσότερες πολιτείες των Η.Π.Α και στη Μ. Βρετανία⁷.

2.4. Δυσθανασία και Ορθοθανασία

Η Δυσθανασία ορίζεται ως η υπερβολική επιμήκυνση της ζωής ενός ασθενούς. Όπως φαίνεται και ετυμολογικά από το πρόθεμα δυσ-, πρόκειται για προβληματικό θάνατο, αφού η στιγμή του θανάτου αναβάλλεται με κάθε διαθέσιμο μέσο. Η υπερβολική αυτή επιμήκυνση της στιγμής που θα σημειωθεί ο φυσικός θάνατος συνήθως επιμηκύνει και το πόνο του ασθενούς. Σε τελευταία ανάλυση η χρησιμοποίηση τεχνικών και ιατρικών μέσων καταλήγουν να μην προστατεύουν τη ζωή αλλά απλώς να καθυστερούν τη στιγμή του αναπόφευκτου θανάτου.

Η ορθοθανασία ορίζεται ως η πράξη του να αφήνεις τον ασθενή να πεθάνει χωρίς να καταφύγει σε υπερβολικά μέσα εφόσον αυτά τα μέσα δεν θα έχουν κάποιο απτό αποτέλεσμα στην υγεία του ασθενούς. Η ορθοθανασία μερικές φορές συγχέεται με την παθητική ευθανασία και ορισμένοι αναλυτές ταυτίζουν τις 2 έννοιες⁸. Ωστόσο, οι 2 αυτές έννοιες μπορούν εύκολα να διακριθούν αν αναζητηθεί η αιτία θανάτου. Στην ευθανασία, είτε αυτή είναι ενεργητική είτε

⁷ Πολυχρόνης Βούλτσος+«Η Ποινική Προβληματική της Ευθανασίας, 771-772

⁸ Diniz MH. , O estado atual do biodireito, 2a ed. São Paulo: Saraiva; 2002. p. 840

παθητική, είναι η ενέργεια, ή η παράλειψη κάποιου, που είναι η αιτία του θανάτου. Στην ορθοθανασία είναι η ασθένεια αυτή καθαυτή. Οι ηθικές και νομικές παραμέτρους της ορθοθανασίας δεν περιορίζονται στην επιτάχυνση ή μη του θανάτου του ασθενή αλλά περιλαμβάνουν επίσης την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και του σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς. Η ορθοθανασία είναι η εξανθρώπιση της διαδικασίας θανάτου του ασθενούς, φροντίζοντας τον ίδιο στο τέλος της ζωής του, έτσι ώστε να βρει τον θάνατο με το μικρότερο δυνατό πόνο, διασφαλίζοντας την αξιοπρέπεια του.⁹

2.5 Ευγονική ευθανασία

Πρόκειται για την «ευθανασία» σε παιδιά που γεννήθηκαν ή θα γεννηθούν με ατέλειες, σωματικές ανωμαλίες, και που η επιβίωσή τους είναι βραχεία, ή άλλες σωματικές δυσπλασίες. Πολλά από αυτά μπορούν να διαγνωσθούν και πριν από τον τοκετό με τα σημερινά τεχνολογικά μέσα, και να οδηγήσουν σε διακοπή μιας κήσεως «ανεπιθύμητης».

Πολλά από τα τέτοια νεογνά παρουσιάζουν ανωμαλίες ασυμβίβαστες με τη ζωή για περισσότερο από ένα βραχύ «χρόνο επιβίωσης». Άλλα, για να επιβιώσουν χρειάζονται σειρά από επανορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις, βαριές, επίπονες και πολυέξοδες. Το θέμα βεβαίως της διακοπής της κήσεως ακόμη και όταν υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις, δεν είναι μόνον πρόβλημα ευγονικής, αλλά και κοινωνικής, οικονομικής, ψυχολογικής, νομικής, και θρησκευτικής ή πνευματικής φύσεως.

2.6. Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Ο όρος αυτός βρίσκεται σε μεγάλη χρήση στις μέρες μας, σε μεγαλύτερη ίσως από οποιοδήποτε άλλον σχετικό με την ευθανασία. Πολλοί παράγοντες έχουν συντελέσει σε αυτό, ο σημαντικότερος όμως είναι πως η επιλογή της πρακτικής αυτής απαλλάσσει τους συμμετέχοντες από οποιαδήποτε ευθύνη. Κατά την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όπως

⁹ Bostiancic MC, Dadalto L. Directivas anticipadas para tratamientos médicos: um estudo comparado entre o direito brasileiro e o argentino. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata; 2010. p. 351

δηλώνει και ο όρος, αυτός που επιφέρει το θάνατο είναι ο ίδιος ο ασθενής. Έτσι η πράξη χαρακτηρίζεται αυτοκτονία και τυπικά δεν εντάσσεται στη κατηγορία της ευθανασίας. Αντίθετα σε όλες τις άλλες μορφές ευθανασίας ο δράστης είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον πάσχοντα.

Η ιατρική υποβοήθηση έγκειται στην χορήγηση των απαραίτητων μέσων ώστε η μετάβαση από τη ζωή στον θάνατο να είναι και κατά το δυνατόν ανώδυνη και αξιοπρεπή. Τα μέσα αυτά μπορεί να είναι μια ένεση την οποία ο πάσχων θα κάνει στον εαυτό του, η συνταγολόγηση ενός σκευάσματος η συνδυασμού σκευασμάτων που θα επιφέρουν τον θάνατο, ή ακόμη και κάποιος μηχανισμός τον οποίο χειριζόμενος ο ίδιος ο ασθενής θα επιφέρει τον θάνατο του. Επίσης, επειδή η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία στηρίζεται στην προσωπική σχέση πάσχοντος και γιατρού, δεν παρουσιάζεται πάντοτε ως τέτοια, αλλά ο επελθών θάνατος πολλές φορές χαρακτηρίζεται ως παρενέργεια της φαρμακευτικής αγωγής.

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που σχετίζονται με την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι αν θα πρέπει να είναι στη διάθεση των ασθενών στο τελικό στάδιο, δυνητικά θανατηφόρες δόσεις ηρεμιστικών ή οπιούχων. Θα πρέπει το ιατρικό προσωπικό να επιβλέπει τη στιγμή που χορηγείται η θανατηφόρα δόση; Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία μπορεί να βλάψει δυνητικά τα πιο αδύναμα μέλη της κοινωνίας; Οι αιτήσεις εκ των προτέρων για ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε περίπτωση ανικανότητας θα πρέπει να γίνονται νομικά δεκτές (για παράδειγμα σε περιπτώσεις ασθενών με νόσο Αλτσχάιμερ);

Ένας ασθενής τελικού σταδίου, σύμφωνα με διάφορες ρυθμίσεις στις χώρες που είναι θεσμοθετημένη η ευθανασία, όπως για παράδειγμα με την Πράξη Αξιοπρεπούς Θανάτου του Όρεγκον των Ηνωμένων Πολιτειών¹⁰ έχει τη δυνατότητα να ζητήσει να του χορηγηθεί αγωγή για να του επιτρέψει να τερματίσει τη ζωή του με ένα ανθρώπινο και αξιοπρεπή τρόπο. Στις περιπτώσεις που ανάγονται κάτω από το νόμο αυτό, τα φάρμακα θα πρέπει να αυτό-χορηγηθούν, γεγονός που επιτρέπει στο ιατρικό προσωπικό να αποστασιοποιηθεί από τη θανάτωση και να αποφύγει ενδεχόμενη κατηγορία για βοήθεια σε αυτοκτονία, αδίκημα που τιμωρείται από το νόμο σε πολλά κράτη του κόσμου.¹¹

¹⁰ Βλ. 1. Παράρτημα

¹¹ Στην Ελλάδα τιμωρείται με το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα όπου αναγράφεται : “Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της, καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια κατ’ αυτήν, τιμωρείται με φυλάκιση.”

Ωστόσο, ίσως αυτό που απασχολεί περισσότερο όσους τάσσονται κατά της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι ο φόβος για θανάτωση ατόμων τα οποία δεν επιθυμούν τη θανάτωση. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να υπάρχει νομοθεσία κατάλληλη να ρυθμίζει το πλαίσιο στο οποίο θα πραγματοποιούνται ιατρικά υποβοηθούμενες αυτοκτονίες. Φυσικά πάντοτε υπάρχει το ρίσκο για κατάχρηση των χορηγούμενων φαρμάκων (όπως και με μια σειρά άλλων επικινδύνων αντικειμένων, όπως τα δηλητήρια και τα όπλα), αλλά με την κατάλληλη ενημέρωση αυτών οι κίνδυνοι μπορούν να ελαχιστοποιηθούν.

3. Διάκριση ευθανασίας και ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας

Σύμφωνα με τον Fins JJ, Bacchetta MD¹², δίδονται οι εξής ορισμοί σχετικά με τις 2 αυτές πρακτικές.

- 1) Ορίζουμε την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία ως πράξη κατά την οποία ο γιατρός έχοντας επίγνωση του σκοπού παρέχει τα μέσα ώστε ένας ικανός πνευματικά ασθενής να αυτοκτονήσει, ο οποίος εκούσια εξέφρασε την επιθυμία αυτή και στη συνέχεια χρησιμοποιεί ο ίδιος τα μέσα αυτά για να θέσει τέλος στη ζωή του.
- 2) Εκούσια ενεργητική ευθανασία συμβαίνει όταν ο γιατρός σκόπιμα παρέχει και εφαρμόζει τα μέσα αυτά ώστε να προκαλέσει άμεσα τον θάνατο ενός ασθενούς που εκουσίως ζήτησε αυτή την υπηρεσία

Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία (PAS) αναφέρεται όταν ο ασθενής σκόπιμα επιλέγει τον τερματισμό της ζωής του με τη παροχή βοήθειας από άλλο πρόσωπο. Επιπλέον, δεν χαρακτηρίζεται υποβοηθούμενος θάνατος στην περίπτωση όπου η πρόθεση είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και δεν είναι η επίσπευση του θανάτου του ασθενούς¹³. Αποσύνδεση ή παρακράτηση θεραπείας η οποία αποσκοπεί στη διατήρηση στη ζωή είναι ενέργειες ευρέως διαδεδομένες, αλλά ελάχιστα νομικά κατοχυρωμένες . Μερικά παραδείγματα περιλαμβάνουν την απόσυρση ενός αναπνευστήρα από έναν ασθενή στο τελικό στάδιο εμφυσήματος, τον τερματισμό χορήγησης αντιβιοτικών σε ένα ασθενή με καρκίνο τελικού σταδίου, και την άρνηση του σωλήνα σίτισης από έναν ασθενή με τελικού σταδίου νευρομυϊκή ασθένεια. Είναι ηθικές και νομικά αποδεκτές οι πρακτικές αυτές στις χώρες που προβλέπεται η διαδικασία αυτή μόνο όταν ο ασθενής τον οποίο αφορά ενημερώνεται πλήρως και επιλέγει ελεύθερα την επιλογή αυτή ή έχει τεκμηριώσει με σαφήνεια τις επιλογές του σε ένα εκ των προτέρων έγγραφο σχέδιο φροντίδας σε περίπτωση ασθένειας.

¹² "The role of Deontology, Consequentialism, and Clinical Pragmatism, Journal of American Geriatrics Society, 43(5), 1995, σελ. 563-568

¹³ Παρά το γεγονός ότι πολλοί εξακολουθούν να πιστεύουν ότι τα οπιώδη σε υψηλή δόση ενέχουν σοβαρό κίνδυνο πρόκλησης θανάτου, ειδικοί της παρηγορητικής φροντίδας (palliative care) υποστηρίζουν ότι αυτό συμβαίνει πολύ σπάνια.

“Η παρηγορητική καταστολή” είναι η εσκεμμένη χρήση φαρμακολογικών κατασκευασμάτων με σκοπό τη διατήρηση ενός βαθύ ύπνου, αλλά δεν προκαλούν εσκεμμένα τον θάνατο για αυτό και θα πρέπει να διαχωριστεί από την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την ευθανασία. Οι αντίπαλοι της παρηγορητικής καταστολής υποστηρίζουν πως ο θάνατος επέρχεται από υποσιτισμό και / ή αφυδάτωση, και όχι από την υποκείμενη ασθένεια, αν και οι περισσότεροι ασθενείς έχουν σταματήσει να τρώνε και να πίνουν πριν από την καταστολή, αντικρούοντας το επιχείρημα των γιατρών πως ο θάνατος προκαλείται από τη στέρηση τροφής και υγρών.

Ένας σημαντικός παράγοντας για τον χαρακτηρισμό μιας ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ως τέτοιας είναι η πρόθεση του γιατρού και του ασθενούς. Εάν ο γιατρός για παράδειγμα χορηγήσει μια μεγάλη δόση αναλγητικών για να ελέγξει τον έντονο πόνο του ασθενούς, αλλά η αγωγή αυτή επιφέρει τον θάνατο, η πράξη δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επίσης, αν ο ασθενής ζητήσει μια φαρμακευτική αγωγή προφασισζόμενος έντονο πόνο, αλλά την χρησιμοποιήσει για να θέσει τέλος στη ζωή του, πάλι πρέπει να κάνουμε λόγο για απλή αυτοκτονία. Επομένως μόνο η πρόθεση του γιατρού, συνδυαζόμενη με αυτή του ασθενούς καθιστούν την πράξη ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Τόσο η υποβοηθούμενη αυτοκτονία όσο και η εκούσια ενεργητική ευθανασία περιλαμβάνουν κάποια μορφή βοήθειας για να επέλθει ο θάνατος ενός άλλου προσώπου. Στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία, το άτομο που πεθαίνει πρέπει να είναι η τελική αιτία του θανάτου, ωστόσο στην εκούσια ενεργητική ευθανασία η τελική αιτία του θανάτου του πρέπει να είναι η πράξη ενός άλλου προσώπου. Στις περιπτώσεις υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δεν είναι απαραίτητο το άτομο που πεθαίνει να υποφέρει αφόρητα ή να είναι αυτός ο λόγος για τον οποίο προβαίνει στην ενέργεια αυτή, σε αντίθεση με την ευθανασία στην οποία νοείται κάτι τέτοιο.

4. Η ηθική σημασία της διάκρισης μεταξύ του να θανατώνουμε και του να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει

Παραμένει πάντοτε ένας ισχυρός προβληματισμός στη συζήτηση γύρω από την ευθανασία και την υποβοηθούμενη ιατρικά αυτοκτονία, το ζήτημα της ηθικής διάκρισης μεταξύ της θανάτωσης και της απραξίας μπροστά στον επικείμενο θάνατο. Οι 2 κυρίαρχες απόψεις σχετικά με τον προβληματισμό αυτό είναι 1) ο τερματισμός της ζωής ενός ασθενούς είναι αιτιολογημένος όταν προκαλεί λιγότερο πόνο στον ασθενή από ότι θα του προκαλούσε αν θα τον αφήναμε να πεθάνει¹⁴ και 2) ο τερματισμός της ζωής ενός ασθενούς δεν είναι αιτιολογημένος ακόμα και αν υποφέρει λιγότερο καθώς η θανάτωση είναι λάθος από ηθική άποψη¹⁵.

Ένα άλλο ερώτημα που σχετίζεται με τη διάκριση αυτή είναι η κοινή αίσθηση που υπάρχει πως το να θανατώνουμε κάποιον είναι καθαυτό διαφορετικό από ηθική άποψη από το να αφήνεις κάποιον να πεθάνει. Ωστόσο, κάποιο είδος θανάτωσης, όπως για παράδειγμα η εν ψυχρώ δολοφονία μπορεί σαφώς να είναι χειρότερο από ηθικής άποψης από μια συμπεριφορά στην οποία αφήνουμε κάποιον να πεθάνει (όπως η απόσυρση θεραπείας από έναν ασθενή που βρίσκεται σε κώμα). Ωστόσο, θα μπορούσε να ισχύσει και το αντίστροφο και η συμπεριφορά του να αφήσεις κάποιον να πεθάνει (για παράδειγμα μην εφαρμόζοντας ανάνηψη σε κάποιον που θα μπορούσε εύκολα να σωθεί) μπορεί να είναι σαφώς χειρότερη από κάποια συγκεκριμένη μορφή θανάτωσης (όπως η θανάτωση από οίκτο κατά παράκληση του ασθενούς). Η ορθότητα λοιπόν της πράξης εξαρτώνται από την αιτιολόγηση της πράξης και όχι από τον τύπο της πράξης. Σύμφωνα με την άποψη αυτή λοιπόν, ούτε να το θανατώνουμε κάποιον, ούτε να τον αφήνουμε να πεθάνει είναι από μόνο του μεμπτό, και θα πρέπει να διακρίνονται από τη δολοφονία, η οποία είναι καθαυτή άδικη και παράνομη. Θα ήταν παράλογο να θεωρούνται όλες οι μορφές θανατώσεις αδικαιολόγητες (για παράδειγμα περίπτωση αυτοάμυνας). Η κρίση για το αν μια πράξη θανάτωσης ή μιας πράξης με την οποία αφήνουμε κάποιον να πεθάνει είναι δικαιολογημένη ή όχι, συνεπάγεται με το ότι γνωρίζουμε και άλλες πληροφορίες σχετικά με την

¹⁴ James Rachels "Active and Passive Euthanasia", New England Journal of Medicine 292, No 2, January 9, 1975: 78-80

¹⁵ Edmund Pellegrino, "Doctors Must Not Kill", The Journal of Clinical Ethics 2, 1992: 95-102

πράξη αυτή. Για παράδειγμα το κίνητρο του πράττοντος, η απαίτηση του ασθενούς (αν υπάρχει) και οι συνέπειες της πράξης είναι όλα απαραίτητα για την αιτιολόγηση.

5. Επιχειρήματα κατά της νομιμοποίησης της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας

Οι υποστηρικτές της αυτοκτονίας, της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της εθελοντικής ευθανασίας ισχυρίζονται ότι είναι λογικό να πούμε ότι ένα άτομο μπορεί να είναι «καλύτερα νεκρός», αντί να συνεχίσει να ζει μια ζωή με «σημαντικά μειωμένη ποιότητα». Ωστόσο, πώς είναι δυνατόν για ένα άτομο να επωφελείται από το θάνατο του; Ο θάνατος δεν καταστρέφει την ύπαρξη του ατόμου; Πώς μπορεί να επωφεληθεί ένα άτομο, αν αυτό το άτομο καθίσταται ανύπαρκτο;

Ένα από τα συχνότερα επιχειρήματα ονομάζεται “deprivation account”¹⁶ του θανάτου. Οι κυριότεροι υποστηρικτές αποτελούν οι Thomas Nagel, Harry Silverstein και Fred Feldman.

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή ο θάνατος είναι κακός για το άτομο που πεθαίνει γιατί του στερεί ορισμένα αγαθά -τα αγαθά που θα απολάμβανε αν δεν είχε πεθάνει.

Για παράδειγμα, ας υποθέσουμε ότι Τσαρλς Ντίκενς θα είχε γράψει περισσότερα λογοτεχνικά αριστουργήματα, αν είχε ζήσει για περισσότερα χρόνια. Επειδή τα λογοτεχνικά επιτεύγματα είναι κάτι το καλό, ο Ντίκενς μπορούμε να πούμε ότι είχε μια λιγότερο καλή ζωή συνολικά από ό, τι θα είχε αν είχε ζήσει περισσότερο. Ας υποθέσουμε τώρα πως η ζωή ενός ατόμου θα περιέχει έντονο πόνο και τη δυστυχία. Το πρόσωπο αυτό θα ήταν καλύτερα να είχε μια μικρότερη διάρκεια ζωής από ό, τι έχει μια ζωή με παρατεταμένη δυστυχία. Τερματίζοντας το μελλοντικό πόνο και την δυστυχία, υποστηρίζεται πως ο θάνατος του ατόμου είναι προς όφελος του, δεδομένου ότι εμποδίζει μια χειρότερη ζωή.

Αναπτύσσοντας αυτό το επιχειρήμα, συνάγεται το συμπέρασμα ότι ο θάνατος είναι μόνο κακός για ένα άτομο αν το μέλλον που χάνεται με τον θάνατο του, είναι αυτό που του προσφέρει καλύτερες προοπτικές από μια μικρότερης διάρκειας ζωής. Ωστόσο εδώ υπεισέρχεται το ερώτημα αν ο θάνατος είναι αντιληπτός ως η καταστροφή του εαυτού, η μη - ύπαρξη του εαυτού? Πως γίνεται ένα άτομο να είναι “καλύτερα νεκρό”; Ενώ σίγουρα θα συμφωνήσουν σχεδόν όλοι ότι μια ζωή που είναι λιγότερο επιβαρυνόμενη από τον πόνο και τη δυστυχία είναι, προς όφελος του ατόμου και το αντίθετο όχι, από αυτό ωστόσο δεν συνάδει απαραίτητα το συμπέρασμα πως μελλοντική δυστυχία μπορεί να σημαίνει επιλογή του θανάτου.

Για να αποδοθεί μια βλάβη η ωφέλεια σε ένα άτομο, απαιτείται η συνέχιση της ύπαρξης αυτού του ατόμου. Είναι αυτή η οντολογική μετάβαση από την ύπαρξη στην μη - ύπαρξη που

¹⁶ Δεν κατάφερα να εντοπίσω στην βιβλιογραφία την απόδοση του όρου στην ελληνική γλώσσα.

εξηγεί αποτελεσματικά γιατί ο θάνατος *per se* θεωρείται ότι είναι κάτι το κακό για τα άτομα. Εάν ένα άτομο μπορεί να είναι “καλύτερα νεκρός”, τότε η συνέχιση της ύπαρξης του ατόμου πρέπει με κάποιο τρόπο να συνεχίσει μετά το θάνατο. Ωστόσο, κανείς βάσει των φυσικών νόμων δεν μπορεί να υποστηρίξει ότι ο θάνατος μπορεί να επιτρέψει τη συνέχιση του ατόμου. Το πρόσωπο, όπως το γνωρίζουμε, παύει να υπάρχει. Για την ελαχιστοποίηση της βλάβης απαιτείται η παρουσία μια μόνης σταθεράς, ενός ζωντανού ανθρώπινου όντος. Επομένως, είναι άτοπο να πραγματοποιήσουμε το λογικό άλμα από (i) τη μείωση ή την ελαχιστοποίηση των του πόνου και να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι (ii) η καταστροφή της ύπαρξης μπορεί να είναι προς όφελος ενός ατόμου. Το μόνο που μπορούμε να κάνουμε είναι να επιδιώξουμε την ωφέλεια για τα άτομα και την αποφυγή βλάβης στη παρούσα ζωή τους, όσο καλύτερα μπορούμε, μέσω ενός ανθρωπιστικού πλαισίου φροντίδας και υποστήριξης.

Ένα άλλο επιχείρημα κατά της νομιμοποίησης της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι το επιχείρημα που είναι γνωστό στη βιβλιογραφία ως *slippery slope*. Σύμφωνα με αυτό, η νομική κατοχύρωση μια τέτοιας πρακτικής κατευθύνει την κοινωνία σε μια γλιστερή πλαγιά ώστε να αρχίσει η κοινωνία να αποδέχεται ακόμα πιο βλαβερές πρακτικές όπως η δολοφονία όχι μόνο των άρρωστων ανθρώπων αλλά και των ανεπιθύμητων με μια ευρύτερη έννοια. Δηλαδή πως νομιμοποίηση της πρακτικής θα οδηγήσει σε λάθη, κατάχρηση και αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς. Και επίσης πως η πρακτική αυτή δεν είναι στη πραγματικότητα κλινικά απαραίτητα για να ανακουφίσει τους ασθενείς στο τέλος της ζωής τους.

Ο σεβασμός στην ζωή αποτελεί ένα από τα θεμέλια της σύγχρονης ηθικής. Με βάση την παραδοχή αυτή έχει δομηθεί το ηθικό και νομικό σύστημα που ρυθμίζει την σκέψη και την ζωή μας. Για τον λόγο αυτό η ανθρωποκτονία επισύρει υψηλότερες ποινές από οποιοδήποτε άλλο αδίκημα και για τον ίδιο λόγο η αυτοκτονία μέχρι πολύ πρόσφατα στα νομικά συστήματα αρκετών χωρών αντιμετωπιζόταν ως έγκλημα. Με τη θέσπιση ωστόσο της ευθανασίας, η προσήλωση στη ζωή, ως υπέρτατο αγαθό, εξαρτάται από τις εκάστοτε περιστάσεις. Αν λοιπόν, επιτρέψουμε έστω και περιορισμένες περιστάσεις σκόπιμης θανάτωσης, θα αποδυναμωθεί ο σεβασμός στη ζωή.¹⁷

Πολλοί μελετητές, εξέφρασαν τη βαθιά τους ανησυχία ότι ο κλασικός όρκος του Ιπποκράτη στον οποίο απαγορεύεται η βοήθεια στην αυτοκτονία και η ευθανασία, αποτελεί βασικός κορμός για την υπόσταση της ιατρικής επιστήμης και πως η απόρριψη της ως μέρος της ιδιότητας του γιατρού είναι σημαντική για την ακεραιότητα της ιατρικού λειτουργήματος. Οι γιατροί συνεχώς έχουν εξουσία πάνω στη ζωή και στο θάνατο, πολλοί περισσότερο από οποιοδήποτε άλλη

¹⁷ Buchana, Allen, *Intending death*, ed. T. Bouchamp, Prentice Hall, N.Jersey, 195, σελ.31

επαγγελματική ομάδα. Η προσήλωση πως θα αξιοποιήσουν την εξουσία που έχουν μόνο για να γιατρέψουν και να αποφύγουν να προκαλέσουν το θάνατο, έχουν δώσει το προσανατολισμό στην ιατρική επιστήμη, ως ευεργετική για το ανθρώπινο γένος . Επιπροσθέτως από ψυχολογικής σκοπιάς, μια απαγόρευση της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας μπορεί να αποτρέψει το ιατρικό προσωπικό να δράσει αμφιλεγόμενα σε περιπτώσεις ασθενών σε τελευταίο στάδιο, τερματίζοντας τους τη ζωή.

6. Επιχειρήματα υπέρ της νομιμοποίησης της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας

Κάποιες φορές υποστηρίζεται πως η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα παραβίαζε τον ιπποκράτειο όρκο. Είναι γεγονός πως ο όρκος στην γνήσια μορφή του περιέχει την ρητή πρόβλεψη πως ο γιατρός δεν πρέπει να δώσει θανάσιμο σκεύασμα στον ασθενή ακόμη και αν του ζητηθεί, ούτε να κάνει ο ίδιος αντίστοιχη πρόταση. Προφανώς τέτοιες πράξεις αποτελούσαν κοινή πρακτική στην Ελλάδα της εποχής εκείνης. Όμως ο όρκος εμπεριέχει και άλλες ρητές απαγορεύσεις σχετικά με την αποδοχή αμοιβής από τον γιατρό για την διδασκαλία της ιατρικής, καθώς και με τη διενέργεια εγχειρήσεων - ακόμη και σε περιπτώσεις χολολιθίασης¹⁸. Οι απαγορεύσεις αυτές δεν διατηρήθηκαν στους μετασχηματισμούς του όρκου, και με την ίδια συλλογιστική δεν θα πρέπει να λαμβάνεται ως το άγιο δισκοπότηρο η φράση αυτή του ιπποκράτειου όρκου. Η κυρίαρχη, ιστορικά ηθική υποχρέωση του γιατρού δεν είναι τόσο να προστατεύει τη ζωή, όσο να ενεργεί προς όφελος του ασθενούς που φροντίζει. Η διατήρηση πάσης θυσία στην ζωή, πολλές φορές, δεν είναι προς όφελος του ασθενούς.

Η ηθική και ψυχολογική διάσταση του προβλήματος προκάλεσε πολλές διαμάχες και έδωσε υλικό για θεμελιωμένα αλλά διαμετρικά αντίθετα μεταξύ τους επιχειρήματα. Οι οπαδοί της ευθανασίας υποστηρίζουν ότι σε περίπτωση οδυνηρής και αποδεδειγμένα ανίατης πάθησης η ζωή παύει να αποτελεί αγαθό και καταντά αβάσταχτο ψυχικό και σωματικό μαρτύριο, οπότε η ευθανασία, έρχεται ως λύτρωση από τα απερίγραπτα δεινά.

Ο πόνος δεν είναι όμως το μοναδικό στοιχείο που μπορεί να επιχειρήσει να δικαιολογήσει την πρακτική της ευθανασίας. Ο φόβος ενός ανεξέλεγκτου πόνου, μπορεί να είναι η αιτία ενός μεγαλύτερου “πόνου” από τον ίδιο τον πόνο. Ο ασθενής που βρίσκεται καθηλωμένος στο κρεβάτι ενός νοσοκομείου σκέπτεται τελείως διαφορετικά από οποιοδήποτε άλλο άνθρωπο. Η προοπτική ενός επώδυνου θανάτου είναι ξεκάθαρη και μπορεί αν βασανίζει τη σκέψη του. Η προοπτική λοιπόν της δυνατότητας της ευθανασίας ή της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, μπορεί αν ανακουφίσει στον πάσχοντα, ακόμα και αν τελικά δεν επιλέξει τη διαδικασία αυτή. Η άρση του φόβου για μια ζωή με αφόρητο πόνο, ή γενικώς μιας ζωής που δεν θα μπορούσε να αντέξει, χαρίζει ελπίδα.

¹⁸ Χολολιθίαση είναι η παρουσία λίθων στον αυλό της χοληδόχου κύστης

Ένα άλλο ερώτημα που τίθεται κυρίως από τους υπερασπιστές της θεσμοθέτησης της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι το εξής : “Μπορεί η αυτονομία να δικαιολογήσει το δικαίωμα στην Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία;” Οι υποστηρικτές της ιδέας ότι η προσωπική αυτονομία μπορεί να δικαιολογήσει το ηθικό δικαίωμα να κάνουμε κάτι το οποίο είναι ηθικά λανθασμένο υποστηρίζουν ότι η αυτονομία προϋποθέτει ότι ένα άτομο έχει μια ποικιλία από διαφορετικές επιλογές. Η διαμόρφωση μιας ηθικά σωστής ζωής απαιτεί τη δυνατότητα το άτομο να είναι σε θέση να κάνει ουσιαστικές επιλογές μεταξύ μιας πράξης που χαρακτηρίζεται ηθικά σωστής και μιας που χαρακτηρίζεται ηθικά εσφαλμένης.

Οι επιλογές που κάποιος δεν μπορεί να κάνει σύμφωνα με τους υποστηρικτές αυτής της άποψης, είναι η ουσία του προβληματισμού τους. Για να έχει κάποιος τη δυνατότητα να προβαίνει σε ηθικά λανθασμένες πράξεις , οι υποστηρικτές αυτής της άποψης υποστηρίζουν πως η δυνατότητα αυτή θα πρέπει να προστατεύεται από έναν ηθικό δικαίωμα να κάνει κάποιος λάθος¹⁹.

Ένα ακόμη επιχείρημα υπέρ της θεσμοθέτησης της ευθανασίας σχετίζεται με το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας που υφίσταται σε πολλές χώρες και κυρίως στις Η.Π.Α. και προστατεύεται από την Πρώτη Τροπολογία (*first amendment*) . Εφόσον για παράδειγμα προστατεύεται από το Σύνταγμα η άρνηση θεραπείας που θα ερχόταν σε σύγκρουση με δόγματα της θρησκείας ενός ατόμου (όπως για παράδειγμα συμβαίνει με τους Μάρτυρες του Ιεχωβά και τη μετάγγιση αίματος) γιατί δεν θα πρέπει να γίνεται δεκτή και η άρνηση χορήγησης θεραπείας με βάση ενός πολύπλοκου συνόλου προσωπικών και ηθικών λόγων; Περιορίζοντας το δικαίωμα στην άρνηση της θεραπείας για θρησκευτικούς λόγους, τα άτομα τα οποία δεν ανήκουν σε καμία αναγνωρισμένη θρησκεία υφίσταται άνιση μεταχείριση.

¹⁹ Waldron 1981, 1983 , 2002, Herstein 2012

7. Νομική αντιμετώπιση ευθανασίας ανά τον κόσμο

Χώρα	Ευθανασία	ΙΥΑ ²⁰
Αυστραλία	X	X
Βέλγιο	✓	✓
Γερμανία	X	✓
Ελβετία	X	✓
Η.Π.Α	X	(✓)(X)
Καναδάς	✓	✓
Κολομβία	✓	X
Λουξεμβούργο	✓	✓
Ολλανδία	✓	✓
Φινλανδία	X	?

²⁰ Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία

Κάθε χώρα στον κόσμο έχει τις δικές της νομοθετικές ρυθμίσεις και κανονισμούς σχετικά με την ευθανασία καθώς και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στην ενότητα αυτή θα αναφερθούν 10 χώρες που θεωρήθηκαν πως έχουν ξεχωριστό ενδιαφέρον.

Στην **Αυστραλία** το Rights of the Terminally Ill Act²¹ θεσπίστηκε το 1995 ώστε να νομιμοποιήσει την ευθανασία και τέθηκε σε εφαρμογή την 1η Ιουλίου του 1996. Ωστόσο σε λιγότερο από 1 χρόνο στις 25 Μαρτίου 1997, νομοσχέδιο που κατατέθηκε και ψηφίστηκε έκανε ξανά την ευθανασία καθώς και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία παράνομη.

Ο **βελγικός** νόμος για την ευθανασία²² της 28 του Μαΐου 2002 τέθηκε σε ισχύ στις 3 Σεπτεμβρίου, 2002, νομιμοποιώντας τόσο την ευθανασία όσο και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία για "ψυχικά ευσταθείς" ενήλικες και ανηλίκους που πάσχουν από "σταθερή και ανυπόφορη σωματική ή ψυχική οδύνη που δεν μπορεί να μειωθεί." Οι ασθενείς δεν είναι απαραίτητο να πάσχουν από ασθένειες σε τελικό στάδιο. Το Βέλγιο ήταν η δεύτερη χώρα που νομιμοποίησε την ευθανασία, μετά την Ολλανδία το 2001.

Το Νοέμβριο του 2015, η **Γερμανία** υπερψήφισε με 360 ψήφους υπέρ και 233 κατά ένα νομοσχέδιο στον οποίο επιτρέπεται η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία για "αλτρουιστικούς" σκοπούς και απαγορεύεται για "επιχειρηματικούς". Ωστόσο, από πολλούς το νομοσχέδιο αυτό κρίθηκε ιδιαίτερα προβληματικό, αφού αφήνει μια νομική αβεβαιότητα ως προς το ποιες πράξεις ενός γιατρού μπορούν να ενταχθούν σε επιχειρηματικό πλαίσιο και ποιες όχι.

Η ευθανασία είναι παράνομη στην **Ελβετία** σύμφωνα με το άρθρο 114 του Ποινικού Κώδικα της χώρας. Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη αν το πρόσωπο το οποίο βοηθάει στην διαδικασία έχει καλές προθέσεις και δεν είναι αυτός ο τελικός κρίκος που οδηγεί στο θάνατο (όπως με το να χορηγήσει μια θανατηφόρο ένεση). Η χώρα είναι ιδιαίτερα γνωστή για την κλινική Dignita στην οποία χρησιμοποιούνται βαρβιτουρικά φάρμακα²³ για την τέλεση των ιατρικά υποβοηθούμενων αυτοκτονιών.

²¹ Βλ Παράρτημα παράγραφος 2

²² Βλ Παράρτημα παράγραφος 3

²³ Τα βαρβιτουρικά είναι φάρμακα τα οποία καταστέλλουν το νευρικό σύστημα και σε μεγάλη δόση μπορούν να οδηγήσουν στον θάνατο.

Η ευθανασία είναι παράνομη στις περισσότερες πολιτείες των **Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής**. Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη στις πολιτείες των Oregon (1994), Washington (2008), Vermont (2013) και California (2016). Έντονη συζήτηση καθώς και δικαστικές αποφάσεις θετικά προσκείμενων στην άρση της απαγόρευσης έχουν λάβει χώρα στις πολιτείες των New Jersey (1975), Texas (1999), Maine (2000) και Montana (2009).

Η αυτοκτονία έχει αποποινικοποιηθεί στον **Καναδά** από το 1972, αλλά μια διάταξη για την ποινικοποίηση της βοήθεια σε αυτοκτονία παρέμεινε στον Ποινικό Κώδικα και επικυρώθηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο του Καναδά στην υπόθεση Rodriguez v. Βρετανική Κολούμπια το 1993²⁴. Τον Ιούνιο του 2014, το Quebec πέρασε το νομοσχέδιο με αριθμό 52, νομιμοποιώντας την ευθανασία αλλά όχι την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία. Σε μια ομόφωνη απόφαση στις 6η Φεβρουαρίου, 2015, το Ανώτατο Δικαστήριο του Καναδά απέσυρε την απαγόρευση της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, δίνοντας στο Καναδικό Κοινοβούλιο ένα χρόνο για να περάσει ένα νόμο για τη νομιμοποίηση και ρύθμιση της υποβοηθούμενης από τον ιατρό αυτοκτονία και, ενδεχομένως, της ευθανασίας. Στις 18 Ιουνίου 2016, το νομοσχέδιο ψηφίστηκε από τη Γερουσία, καθιστώντας την υποβοηθούμενη αυτοκτονία (όπως ενδεχομένως και την ευθανασία) νόμιμη με άμεση ισχύ και ρυθμίζοντας την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία και, ενδεχομένως, την ευθανασία. Ο νόμος ορίζει πως ιατρική βοήθεια με σκοπό το θάνατο σημαίνει (α) η χορήγηση από ιατρό ή νοσηλευτή μιας ουσίας σε ένα πρόσωπο, μετά από αίτησή τους, η οποία προκαλεί το θάνατο τους ή (β) η συνταγογράφηση ή η παροχή από ιατρό ή νοσοκόμα μιας ουσίας σε ένα πρόσωπο, κατόπιν αιτήσεώς τους, ώστε να μπορούν να αυτο-διαχειρίζονται την ουσία και με αυτό τον τρόπο να προκαλέσει το δικό τους θάνατο. Επιλέξιμα άτομα θα μπορούν να είναι πολίτες ή μόνιμοι κάτοικοι του Καναδά, τουλάχιστον 18 χρονών και να έχουν μια σοβαρή και μη αναστρέψιμη ιατρική βλάβη.

Η ευθανασία έγινε νόμιμη στην **Κολομβία** στις 20 Μαΐου, 1997, όταν το Συνταγματικό Δικαστήριο (το ανώτατο δικαστήριο της χώρας), αποφάνθηκε (6-3) ότι ένα άτομο μπορεί να επιλέξει την αυτοκτονία και ότι οι γιατροί δεν μπορούσαν να διωχθούν αν τον βοηθούσαν, περνώντας το άρθρο 326 του Ποινικού Κώδικα του 1980. Το Δικαστήριο αποφάνθηκε κατά του ενάγοντος, Jose Eurípides Parra Parra, ο οποίος έφερε την υπόθεση στο Δικαστήριο ελπίζοντας

²⁴ Η Sue Rodriguez ήταν μια 42χρονη μητέρα που είχε διαγνωστεί με Πλάγια μυατροφική σκλήρυνση. Τελικά, αφού απορρίφθηκε η προσφυγή της, προσέφυγε σε ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αν και εκτός νόμου.

να κηρυχθεί η ευθανασία αντισυνταγματική, δηλώνοντας “Οι τάσεις των ολοκληρωτικών φασιστικών και κομμουνιστικών κρατών αντανακλώνται στη δολοφονία για έλεος, ανταποκρίνονται στις ιδέες του Χίτλερ και του Στάλιν , όπου οι πιο αδύναμοι, οι πιο σοβαρά άρρωστοι είναι τα βάρη της κοινωνίας και καταδικάζονται σε θαλάμους αερίων, για να τους βοηθήσουν να πεθάνουν καλύτερα”. Το Δικαστήριο αντίθετα υποστήριξε πως “στην περίπτωση ενός ασθενή σε τελικό στάδιο, καμία ευθύνη δεν θα πρέπει να αποδοθεί στο ενεργούντα γιατρό, καθώς η συμπεριφορά του είναι δικαιολογημένη ”. Το Δικαστήριο ζήτησε από το Κογκρέσο να νομοθετήσει την πράξη, αλλά το Κογκρέσο δεν το έκανε, θέτοντας έτσι τη νομιμοποίηση σε αναμονή για οκτώ χρόνια, μέχρι το υπουργείο Υγείας να δώσει εντολή να εκδώσει τις κατευθυντήριες γραμμές, πράγμα που έγινε στις 20 Απρίλη του 2015, οπότε και επίσημα νομιμοποιήθηκε η ευθανασία στην Κολομβία. Ο Ovidio Gonzalez, ένας 79-χρονος άντρας με καρκίνο του λάρυγγα σε τερματικό επίπεδο, ήταν ο πρώτος ασθενής που χρησιμοποίησε το νόμο στις 3 Ιουλίου 2015, στη Pereira της Κολομβία.

Το **Λουξεμβούργο** έγινε η τρίτη χώρα στην Ευρώπη (μετά την Ολλανδία και το Βέλγιο) όπου έγινε νόμιμη τόσο η ευθανασία όσο και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία από τις 16 Μαρτίου 2009. Σύμφωνα με το νόμο, οι γιατροί δεν έχουν νομικές κυρώσεις αν διεξάγουν ευθανασία ή ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία αν ένας ασθενής σε σοβαρή και ανίατη κατάσταση έχει αιτηθεί επανειλημμένα για τη διαδικασία.

Στην **Ολλανδία** η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία νομιμοποιήθηκαν την 1η Απριλίου του 2002 σύμφωνα με την πράξη σχετικά με τον τερματισμό της ζωής κατόπιν αίτησης και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας για Ολλανδούς πολίτες άνω των 12 χρονών²⁵. Η πράξη όριζε πως οι γιατροί που θα εκτελούσαν τη διαδικασία θα εξαιρούνταν από κάθε ποινικής φύσεως ευθύνη. Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, νεογέννητα μπορούσαν επίσης να υποστούν ευθανασία αν γεννιόντουσαν με αφόρητους πόνους , δεν υπήρχε εναλλακτική λύση, και 1) οι γονείς 2) το ιατρικό προσωπικό 3) και ένας ανεξάρτητος γιατρός συμφωνούσαν να προβούν στην ευθανασία.

Στη **Φιλανδία**, την 1η Ιανουαρίου 2012, το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ανακοίνωσε “ Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι έγκλημα στη Φιλανδία. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία έγκειται στην φροντίδα του τελευταίου σταδίου της ζωής όταν ο

²⁵ “ Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act”

ασθενής λαμβάνει μια θανατηφόρα δόση ενός φαρμάκου ο ίδιος. Η τοποθέτηση της δόσης του φαρμάκου στην περίμετρο του ασθενούς σύμφωνα με την αίτηση του ασθενή όταν εκείνος έχει αποφασίσει να τερματίσει τη ζωή του, θεωρείται υποβοηθούμενη αυτοκτονία.” Ωστόσο ακόμη νομικό πλαίσιο δεν υφίσταται στη χώρα εκτός από τη δήλωση αυτή.

Στην Αυστρία, στη Δανία, τη Νορβηγία και στη Ιταλία έχουν θεσπιστεί διατάξεις, σύμφωνα με τις οποίες η ανθρωποκτονία με τη συναίνεση του αρρώστου τυγχάνει ηπιότερης ποινής σε σύγκριση με την ανθρωποκτονία με πρόθεση.

8. Η ευθανασία, η ζωή και ο θάνατος στην αρχαία Ελλάδα

Ο όρος «ευθανασία», που χρησιμοποιείται σήμερα στην επιστήμη αναλλοίωτος ακόμα και σε ξένες γλώσσες, έχει τις ρίζες του στην αρχαία Ελλάδα. Τον 4ον αιώνα π.Χ, φαίνεται ότι το ζήτημα της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας απασχολούσε την κοινωνία έτσι ώστε να χρειαστεί να τεθεί ως μία από τις ουσιαστικές απαγορεύσεις στον Όρκο της Ιπποκρατικής συλλογής. Ο όρος έχει συναντηθεί πολλές φορές και σε αυτόν αναφέρονται ο Πολύβιος, ο Φίλων ο Ιουδαίος, ο Κλήμης ο Αλεξανδρεύς, ο Ποσειδίππος και ο Αίλιος. Για τον Πολύβιο, συνιστά το επιστέγασμα μιας καλής και χρήσιμης ζωής, για το Φίλωνα σχετίζεται με την ευγηρία και αποτελεί το μέγιστο αγαθό. Ο Κλήμης όπως κι ο Αίλιος τη θεωρούν ένα από τα σπουδαιότερα αγαθά ανάμεσα στη φιλία, την παιδεία, τον πλούτο και τη δόξα. Για τον Ποσειδίππο η ευθανασία είναι το σημαντικότερο αγαθό που μπορεί να αποσπάσει ο άνθρωπος από τους θεούς. Η ευθανασία λοιπόν στην αρχαιότητα είχε εντελώς διαφορετική σημασία απ' ό τι σήμερα. Η απόκλιση αυτή δικαιολογείται από τις διαφορετικές κοινωνικές συνθήκες που επικρατούσαν ανάμεσα στις δύο εποχές. Στην αρχαιότητα αυτό που ενδιέφερε τους Έλληνες ήταν ο καλός, ο ένδοξος θάνατος. Προτιμούσαν το θάνατο που θα τους χάριζε την αθανασία μέσω της υστεροφημίας παρά τη συνέχιση μιας ζωής που θα επέφερε ενδεχομένως την ταπείνωση εξαιτίας της αδυναμίας που προκαλούν τα γηρατειά. Η ευθανασία αποτελούσε σαφέστατα αντικείμενο στοχασμού των αρχαίων Ελλήνων.

Αλλά και ο Πλάτωνας αναφέρεται στην «Πολιτεία» στο ζήτημα της ευθανασίας. Περιγράφοντας την ιδανική του πολιτεία αναφέρει ότι οι μη υγιείς στο σώμα πρέπει να θανατώνονται . Προτείνει επίσης την ευθανασία για κοινωνικούς λόγους και τη δικαιολογεί λέγοντας πως χάρη σ' αυτήν εξασφαλίζεται η κοινωνική ευημερία του υπόλοιπου συνόλου. Είναι αντίθετος, επίσης, στην ανούσια παράταση της ζωής ισχυριζόμενος ότι αφού η ώρα του θανάτου έχει φτάσει είναι ανώφελο να παρατείνεται η ανθρώπινη ζωή για οποιονδήποτε λόγο.

Ο Αθηναϊκός νόμος αντιμετώπιζε την αυτοκτονία ως έγκλημα, "τιμωρώντας" τον "ένοχο" με ακρωτηριασμό του δεξιού χεριού του πτώματος και με άρνηση της παραδοσιακής ταφής και τελετουργικών . Ο Πλάτωνας ομοίως καταδίκασε την αυτοκτονία σε πολλές περιπτώσεις.

Στον Φαίβωδα, υποστήριξε ότι ένας φιλόσοφος θα πρέπει να αγκαλιάσει το φυσικό θάνατο, όταν πρόκειται να επέλθει, γιατί θα τον ελευθερώσει από τη μυστηριώδη σπηλιά της

ανθρώπινης ύπαρξης και θα τον φέρει σε επαφή με την αλήθεια. Αλλά, πρόσθεσε ο Πλάτωνας, είναι λάθος να αναζητήσει κανείς τον θάνατο, επιλέγοντας την αυτοκτονία και εκείνος μπορεί να παρομοιαστεί με έναν στρατιώτη που "τρέχει μακριά" από την αποδιδόμενη θέση και των καθηκόντων του. Ο Πλάτων καταδίκασε την αυτοκτονία με την αιτιολογία ότι "επιβάλλει την άδικη απόφαση (του θανάτου) για τον εαυτό του με πνεύμα ράθυμο και άθλια δειλία."

Ως προς τη γενική υποστήριξη του αθηναϊκού δικαίου, ο Πλάτωνας είχε προσθέσει τρεις εξαιρέσεις: η αυτοκτονία μπορεί να είναι επιτρεπτή :

- 1) όταν αποφασιστεί ύστερα από δικαστική εντολή
- 2) εξαιτίας ατυχίας ή
- 3) ηθικής ατίμωσης .

Η πρώτη περίπτωση ωστόσο, δεν εμπίπτει ακριβώς στη κατηγορία της αυτοκτονίας. Εδώ, ο Πλάτων αναγνώρισε απλώς ότι το θύμα θα εκτελεστεί από το κράτος και θα αναγκαστεί να είναι η αιτία του δικού του θανάτου (π.χ., ο Σωκράτης που αποδέχτηκε το κώνειο, όπως την ποινή του μετά τη δίκη) είναι ηθικά άμεμπτος. Επίσης, στη δεύτερη κατηγορία, ο Πλάτωνας δεν είχε εγκρίνει (ή ακόμα και φαίνεται να συλλογιστεί) όσους ορθολογικά επέλεξαν την αυτοκτονία, αλλά αντίθετα εξέφρασε τη συμπόνια για τους θανάτους εξαιτίας της ατυχίας, το αποτέλεσμα ίσως αυτό που σήμερα έχει η κατάθλιψη ή κάποια άλλη ψυχική ασθένεια. Μόνο στην τρίτη κατηγορία που έκανε ο Πλάτων παρέχει κάποια μορφή της έγκρισης για την ορθολογική, εκ προθέσεως πράξεις της αυτοκτονίας, αλλά ακόμη και αυτό περιορίστηκε σε άτομα που αφαιρούν τη ζωή τους ως αποτέλεσμα της έντονης ηθικής ντροπής.

Στη Δημοκρατία, ο Πλάτων υποστήριξε, επίσης, ότι τα άτομα θα πρέπει να επιτρέπεται να αρνούνται παρεμβατικές ιατρικές θεραπείες που μπορεί να επιμηκύνουν τη ζωή τους ενώ αυτό τους φαίνεται κάτι το ιδιαίτερα δυσάρεστο.

Στα χωρία 407, 410 στο Γ' βιβλίο της Πολιτείας του Πλάτωνα, αναφέρεται, πως όσοι πολίτες δεν έχουν υγιή σώματα και υγιείς ψυχές πρέπει να αφήνονται να πεθαίνουν, γιατί αυτό είναι καλό και για τους ίδιους αλλά και για την πόλη. *"...τα δ' είσω δια παντός νενοσηκότα σώματα ουκ επιχειρείν διαίταις κατά σμικρόν απαντλούντα και επιχέοντα μικρόν και κακόν βίου ανθρώπω ποιείν και έκγονα αυτόν, ως το εικός, έτερα τοιαύτα φυτεύειν, αλλά των μη δυνάμενον εν τη καθεστηκυία περιόδω ζην μη οίεσθαι δειν θεραπεύειν, ως ούτε αυτώ τούτε πόλει λυσιτελή".*

"Ουκούν και ιατρικήν οίαν είπομεν, μετά της τοιαύτης δικαστικής κατά πόλιν νομοθετήσεις, αι των πολιτών σοι τους μεν ευφυείς τα σώματα και τας ψυχάς θεραπεύσουσι, τους δε μη, όσοι μεν κατά σώμα τοιούτοι αποθνήσκουν εάσουσιν, τους δε κατά την ψυχήν κακοφυείς και ανιάτους

αυτοί αποκτενούσιν. Το γουν άριστον, έφη, αυτοίς τε τοις πάσχουσιν και τη πόλει ούτω πέφανται”.

Στην αρχαία Σπάρτη, επικρατούσε μια συγγενής μορφή της ευθανασίας , που σήμερα ονομάζεται ευγονική, κατά την οποία βρέφη τα οποία είχαν δυσμορφίες ή ανεπάρκειες, γεγονός που θα καθιστούσε τη ζωή τους επώδυνη αλλά και θα δημιουργούσε προβλήματα στην πόλη εγκαταλείπονταν και πέθαιναν από έλλειψη φροντίδας στον Καιάδα. Σύμφωνα με τον Στράβωνα, Καιάδας εκαλείτο, «το παρά Λακεδαιμονίοις δεσμωτήριον και σπήλαιον». Ο Πausanίας, το περιγράφει ως βαθύ βάραθρο. Η βρεφοκτονία των αναπήρων βρεφών, θεωρείτο κοινωνική υποχρέωση, αλλά ήταν και ένας τρόπος, για την καταπολέμηση του κακού. Ως κοινωνική πράξη αποσκοπούσε στο συμφέρον των άτυχων βρεφών, των οικογενειών τους και της Πολιτείας. Ο Πλούταρχος μας πληροφορεί ότι, το νεογέννητο το έφερνε ο πατέρας του, στους πρεσβύτερους της φυλής, οι οποίοι το εξέταζαν και εάν το έβρισκαν υγιές και δυνατό, έδιναν εντολή να το αναθρέψουν οι γονείς, στους οποίους χορηγούσαν κλήρο γης, εάν όμως το έβρισκαν δυσπλαστικό και ασθενές, το έστελναν σε ένα βάραθρο του Ταϋγету, που ονομάζονταν «αποθέτης».

Οι Ρωμαίοι είχαν την ευθανασία, ως διέξοδο από την προβληματική και ασθενική ζωή. Σύμφωνα με μαρτυρία του Βαλέριου Μαξίμου, στη Μασσαλία, το κώνειο φυλάγονταν σε κρατικές αποθήκες. Όποιος ήθελε να θέσει τέρμα στη ζωή του, προσέρχονταν στη Βουλή των εξακοσίων, τεκμηρίωνε την άποψή του και αναλόγως του έδιναν ή όχι την απαιτούμενη δόση κώνειου.

Σε πρωτόγονες κοινωνίες, συναντάται η «Δοκιμασία του Κοκκοφοίνικα». Ανάγκαζαν τους ηλικιωμένους να ανεβούν σε έναν κοκκοφοίνικα και οι άλλοι από κάτω τον κουνούν με δύναμη. Εάν ο ηλικιωμένος μπορέσει και κρατηθεί, του επιτρέπουν να εξακολουθήσει να ζει, θεωρώντας τον χρήσιμο για την κοινωνία. Εάν όμως πέσει και σκοτωθεί, δεν έχουν τύψεις, γιατί θεωρούν ότι ήταν ανίκανος να ζει.

Στους Μεσαιωνικούς χρόνους, στην Ευρώπη, η ευθανασία αντιμετωπιζονταν ως βαρύ αμάρτημα και η απόπειρα αυτοκτονίας τιμωρούνταν. Σε αυτό συνέτεινε η Χριστιανική διδασκαλία για το ιερό και απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής και για την παιδαγωγική και

σωτήρια αποστολή του πόνου για την ψυχή, που απαιτούσε υπομονή, καρτερία και μετάνοια. Η έννοια «ευθανασία», όπως έχει σήμερα, επισημάνθηκε από τον Φραγκίσκο Βάκωνα, ο οποίος είπε ότι: *«Έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση του πόνου, όχι μόνο όταν η καταπράυνση μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία, αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο».*

9. Το δικαίωμα στο θάνατο στην σύγχρονη Ελλάδα

Το δικαίωμα του ανθρώπου να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητα του κατοχυρώνεται συνταγματικά στο άρθρο 5 παράγραφο 1 του Συντάγματος που αποτελεί συγκεκριμενοποίηση της προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (άρθρο 2 παράγραφος 1 του Συντάγματος). Σε συνδυασμό με το άρθρο 57 του αστικού κώδικα προστατεύονται όλες οι δραστηριότητες με τις οποίες ο άνθρωπος ολοκληρώνεται κι εκφράζεται σαν προσωπικότητα και για τις οποίες δεν υφίσταται άλλη συνταγματική διάταξη. Το Κράτος υποχρεούται να απέχει από ενέργειες με τις οποίες εμποδίζεται αυτή η ανάπτυξη κι επιπλέον να λαμβάνει θετικά μέτρα για να τη διευκολύνει.

Η αυτονομία αποτελεί βασικό γνώρισμα του ανθρώπου όμως γεννάται το ερώτημα κατά πόσον συμπεριλαμβάνει στην αυτονομία του ανθρώπου και στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του το δικαίωμα στο θάνατο, η ελευθερία του ανθρώπου να διαθέτει ελεύθερα τη ζωή του. Από τη μια, επικρατεί η άποψη ότι η ζωή είναι κάτι που ο άνθρωπος δε μπορεί να δημιουργήσει επομένως δεν έχει το δικαίωμα να το στερήσει από τον οποιονδήποτε, ούτε από τον εαυτό του. Από την άλλη, η αντίθετη γνώμη υποστηρίζει ότι η ανθρώπινη αξιοπρέπεια έχει μεγαλύτερη αξία από τη ζωή επομένως το δικαίωμα στο θάνατο θεμελιώνεται σε μια αξία σπουδαιότερη από τη ζωή, την αξιοπρέπεια. Αυτό που οδηγεί στην επιλογή του θανάτου είναι η αίσθηση του εγκλωβισμού και της καταπάτησης της αξιοπρέπειας που ως μόνη διέξοδος προβάλλει ο θάνατος. Αυτό λοιπόν που υποστηρίζουν οι υπέρμαχοι της ευθανασίας είναι ότι η απόφαση του ασθενούς να πεθάνει είναι μια συνειδητή επιλογή, μια επιθυμία του να δώσει ένα τέλος στη ζωή του που να συνάδει με τη ζωή που έζησε, να εκφράζει την προσωπικότητα και το χαρακτήρα του. Αυτό που επιθυμεί είναι να ελέγξει το θάνατο του με τον ίδιο τρόπο που έλεγξε τη ζωή του. Στην ελεύθερη έκφραση της προσωπικότητας συμπεριλαμβάνεται κι η άρνηση θεραπείας από τον ασθενή που θα έχει σαν αποτέλεσμα το θάνατο του. Έχει γίνει δεκτό ότι ο ασθενής δε μπορεί να εξαναγκασθεί σε θεραπεία. Αυτό επιβεβαιώνει και η Σύμβαση περί Βιοϊατρικής που έχει κυρωθεί κι από την Ελλάδα με το νόμο 2619/1998. Σ' αυτό που καταλήγουμε λοιπόν είναι ότι ενώ το δικαίωμα στη ζωή προστατεύεται έναντι πάσης φύσεως προσβολών, το δικαίωμα "για έναν αξιοπρεπή θάνατο" σημαίνει ότι κανείς δεν είναι υποχρεωμένος να ζήσει κάτω από συνθήκες που ο ίδιος αντιλαμβάνεται σαν μαρτύριο

Χαρακτηριστικό σύγχρονο παράδειγμα είναι η περίπτωση του δημοσιογράφου Αλέξανδρου Βέλιου, ο οποίος έπασχε από τελικής μορφής καρκίνου. Όπως ανέφερε ο ίδιος *“Δεν είναι μόνο το δικαίωμα στο θάνατο. Είναι το δικαίωμα στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Κανένας ιερωμένος, κανένας νομοθέτης δεν έχει το δικαίωμα να μου πει πότε και πώς θα πεθάνω. Είναι μία προσωπική μου υπόθεση”*.²⁶ Τελικά ο δημοσιογράφος παρουσιάστηκε από τα ΜΜΕ να έθεσε τέλος στη ζωή του με *“μη υποβοηθούμενη ευθανασία”*²⁷.

²⁶ Ανδρέας Στασινός, 16 /06/ 2016, <http://www.protagon.gr/epikairotita/44341164831-44341164831>

²⁷ Ένας όρος που όμως δεν υφίσταται στη βιβλιογραφία και κατά τη γνώμη μου δόθηκε για να μην ασκηθούν ποινικές διώξεις στο γιατρό, ο οποίος βοήθησε στη διαδικασία.

10. Η θέση επίσημων θρησκειών

Χριστιανισμός

Το σημαντικότερο επιχείρημα θεολογικής φύσεως ενάντια στην ευθανασία είναι η πεποίθηση ότι η ζωή αποτελεί θείο δώρο. Η αντίληψη αυτή ανήκει στο χριστιανισμό και ο ίδιος ο απόστολος Παύλος αναφέρει ότι αφού είμαστε δημιουργήματα του Θεού, δεν είμαστε κύριοι του Θεού. Το σώμα μας είναι ναός του Θεού και υποχρέωση μας είναι να το φροντίζουμε και να δοξάζουμε το Θεό. Από τη στιγμή που ο άνθρωπος δεν είναι δημιουργός της ζωής δεν έχει δικαίωμα να παρέμβει και να τη διακόψει. Ως προς αυτό η ευθανασία δε διαφέρει από την αυτοκτονία. Η ηθική διαφοροποίησή τους έγκειται στο ότι η ευθανασία επισύρει ηθική ευθύνη και σ' ένα άλλο πρόσωπο, σ' αυτόν που συμμετέχει στην ευθανασία. Επιπλέον, η δημιουργία του ανθρώπου κατ' εικόνα και καθ' ομοίωσιν του Θεού προδιαγράφει μια σειρά από ηθικά καθήκοντα. Η ζωή λοιπόν έχει αξία υπό οποιεσδήποτε συνθήκες. Επομένως, στην αξιολόγηση της ευθανασίας δεν έχει σημασία το κίνητρο του δράστη όσο ηθικό κι αν είναι αφού δε μπορεί να υπερκεράσει την αξία του αγαθού της ζωής. Η θρησκευτική ηθική είναι φανερό πως αποδοκιμάζει την ευθανασία. Στα επιχειρήματα που χρησιμοποιούνται, όμως, η ευθανασία αντιμετωπίζεται ως τρόπος τερματισμού της ζωής, εξομοιούμενος με οποιονδήποτε άλλο. Η άποψη αυτή όμως είναι προβληματική αφού δε λαμβάνονται υπ' όψη οι συνθήκες που οδηγούν στην απόφαση του θανάτου αλλά μόνο το αποτέλεσμα που επιφέρει.

Βουδισμός

Υπάρχουν αρκετές απόψεις ανάμεσα στους βουδιστές σχετικά με το ζήτημα της ευθανασίας αλλά πολλοί είναι εκείνοι οι οποίοι είναι επικριτικοί σχετικά με τη διαδικασία αυτή. Στο Βουδισμό, η ηθική καθοδηγείται περισσότερο από το κάρμα παρά από μια θεϊκή οντότητα. Ένα σημαντικό στοιχείο στη βουδιστική θρησκεία είναι η ευσπλαχνία και αυτή είναι που χρησιμοποιείται από ορισμένους Βουδιστές για να δικαιολογήσει την ευθανασία, αφού το άτομο ελευθερώνεται από τον πόνο. Ωστόσο, παραμένει ακόμη ανήθικο *“να επέμβει κάποιος με σκοπό να καταστρέψει την ανθρώπινη ζωή, ανεξάρτητα από το κίνητρο του ατόμου”*.

Ινδουισμός

Οι απόψεις των Ινδουιστών σχετικά με την ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία επηρεάζονται από την ιδέα της μετεμψύχωσης , το κάρμα και το αχιμσα (τη μια βια). Το Αχιμσα σημαίνει ότι ο άνθρωπος πρέπει να αποφεύγει το κάθε κακό, με το να σέβεται το κάθε τι που υπάρχει, οπότε και γίνεται εύκολα αντιληπτό πως αντιτίθεται στην ευθανασία αυτή η αποδοχή.

Ισλάμ

Το Ισλάμ κατηγορηματικά απαγορεύει όλα τα είδη αυτοκτονίας και κάθε πράξης που μπορεί να βοηθήσει ένα άλλο άτομο να θέσει τέρμα στη ζωή του. Απαγορεύεται για ένα μουσουλμάνο να οργανώσει ή να γνωρίσει εκ των προτέρων τη στιγμή του θανάτου του. Η θέση αυτή προέρχεται από την άρνηση του προφήτη Μοχάμεντ να ευλογήσει το κορμί ενός ατόμου που μόλις είχε προβεί σε αυτοκτονία. Εάν ωστόσο ένα άτομο υποφέρει από ασθένεια τελικού σταδίου είναι αποδεχτό το άτομο να αρνηθεί τη φαρμακευτική αγωγή.

Ιουδαϊσμός

Η Ιουδαϊκή παράδοση θεωρεί τη διατήρηση της ανθρώπινης ζωής ως ένα από τις πιο ιερές ηθικές αξίες και απαγορεύει να διαπραχθεί οτιδήποτε μπορεί να περιορίσει το χρόνο ζωής. Ωστόσο, ο Ιουδαϊκός Νόμος επιτρέπει την απόσυρση τεχνικών μέσων συντήρησης στη ζωή εάν αυτά δεν βελτιώνουν τη ζωή του ασθενούς και είναι τα μοναδικά μέσα που τον κρατούν στη ζωή. Είναι επίσης αποδεκτό να χρησιμοποιηθούν ισχυρά αναλγητικά με κίνδυνο την επίσπευση του θανάτου, εφόσον δεν είναι το σίγουρο αποτέλεσμα ο θάνατος και η επιδίωξη είναι η ανακούφιση από τον πόνο και όχι η πρόκληση θανάτου.

11. Επίλογος

Η ευθανασία αποτελεί ένα σύγχρονο πρόβλημα, το οποίο απασχολεί συνεχώς την κοινωνία. Ξεπερνάει κατά πολύ, την εμβέλεια δράσης ενός και μόνο επιστημονικού κλάδου. Εκτός όμως από την επιστημονική της ευρύτητα, παρουσιάζει και μια άλλη ιδιομορφία. Αυτή οφείλεται στο αντικείμενο της, το οποίο είναι ο θάνατος του ανθρώπου, ένα θέμα ταμπού για πολλές κοινωνίες από την αρχή της ύπαρξης του ανθρώπου μέχρι και σήμερα. Κάθε ζήτημα που άπτεται της ηθικής, όπως η ευθανασία παρουσιάζει υποστηρικτές όπως και επικριτές. Στην εργασία αυτή προσπάθησα, αφού διέκρινα τις διαφορετικές πτυχές της ευθανασίας, να επικεντρωθώ σε μια από αυτές, στην ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, να αναφέρω μερικά από τα επιχειρήματα υπέρ και κατά της θεσμοθέτησής της, τη νομική κατάσταση ορισμένων χωρών σχετικά με το ζήτημα αυτό και τη θέση επίσημων θρησκειών.

Προσωπική μου θέση επί του ζητήματος είναι πως θεωρώ τη ζωή ως υπέρτατη αξία μαζί με την ελευθερία και την αυτονομία. Αυτό που απειλεί τη ζωή, δεν είναι ο θάνατος, εφόσον αυτός είναι κάτι το μαθηματικό βέβαιο (“*όλες οι ιστορίες αν συνεχιστούν πολύ, καταλήγουν στο θάνατο*” είχε γράψει ο Χέμινγουεϊ), αλλά οτιδήποτε εκμηδενίζει την αξία της, αφαιρώντας της κάθε ποιότητα. Αυτό λοιπόν, που επιτυγχάνει η ευθανασία (και κατ' επέκταση και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία) είναι να διασώσει την αξία αυτή της ζωής. Υπό το πρίσμα της ζωής ως φορέα ιδιοτήτων (όπως η αυτονομία και η αξιοπρέπεια) και όχι απλώς σαν ένα δυαδικό σύστημα 0 και 1 (όπου 0 = ανυπαρξία ζωής και 1 = ζωή) η ευθανασία τελικώς προστατεύει τη ζωή.

“Every man’s life ends the same way. It is only the details of how he lived and how he died that distinguish one man from another.”

“Κάθε ζωή ενός ανθρώπου τερματίζει με τον ίδιο τρόπο. Μόνο οι λεπτομέρειες του πως την έζησε και πως πέθανε είναι αυτές που ξεχωρίζουν τον έναν άνθρωπο από τον άλλο.”

Ernest Hemingway

12. Βιβλιογραφία

- Physician Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia, Journal of American Geriatrics Society
- Kennedy I, Treat Me Right - Essays in Medical Law and Ethics, Oxford : Oxford University Press, 1988
- Beauchamp T. Childress J., Principles of Biomedical Ethics, Oxford, Oxford University Press, 1994
- Lauri S. Friedman-Euthanasia (Writing the Critical Essay) , Greenhaven, 2009
- Physician Assisted Suicide in the context of Managed Care, Susan M. Wolf 1997
- Keown John, “Euthanasia, ethics and public policy : an argument against legalisation”, Publisher “ Cambridge University Press, Cambridge, England 2002
- Weir. Robert F. “Physician - assisted suicide” Publisher : Indiana University Press (1997)
Heintz, A.P.M., “Euthanasia: can be part of good terminal care?”, British Medical Journal, 1994
- Admiraal, Pieter V “Active voluntary euthanasia” In Downing, A.B. Smoker, Barbara, eds. Voluntary Euthanasia “ Experts Debate the right to Die”, London, Peter Owen, 1986
- Johnson, Gretchen L, Voluntary Euthanasia : A comprehensive Bibliography. los Angeles : Hemlock Society, 1987
- Aristides N. Hatzis and Nicholas Mercurio, Law and Economics, Philosophical issues and fundamental questions, Routledge, 2015
- Βούλτσος Πολυχρόνης , “Η Ποινική Προβληματική της Ευθανασίας”, εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα, Κομοτηνή
- Αθανάσιος Β-Αβραμίδης , “Ευθανασία” ,εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1995
- Ζιάκα Αγγελικη, Ευθανασία, θρησκείες και πολιτισμοί, Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Θεσσαλονική, Εκδόσεις Σάκκουλα
- Beauchamp T. Ευθανασία, Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις, 2007
- Ευαγγέλου Ιάσων, “Το πρόβλημα της ευθανασίας”, Εκδόσεις, Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή 1999
- Βούλτσου Πολυχρόνη, “Η ποινική Προβληματική της Ευθανασίας”, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή 2006

- Βαδαλούκα Αθήνα, “Ανακουφιστική και συμπτωματική αγωγή ασθενών τελικού σταδίου”, εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2005
- Ευάγγελος Πρωτοπαπαδάκης, Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική, εκδόσεις Σάκκουλα, 2003
- Καράμπελας Λ, Η Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο, Εκδοτική Εστία, Αθήνα, 1987
- Ρεθυμιωτάκη, Ε., Ρύθμιση ή αυτορρύθμιση; Το παράδειγμα της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, Αθήνα-Κομοτηνή, Αντ. Ν. Σάκκουλας, 2003
- Καράμπελας, Λ., Η ευθανασία από νομική άποψη, 1986, σ. 539-549
- Αριστείδης Χατζής ,Τα όρια της Ελευθερίας, Ηθικές Εξωτερικότητες, το παράδοξο του Sen και η προσωπική αυτονομία, περιοδικό Νεύσις, 2016

13. Παράρτημα

1. Φόρμα αίτησης χορήγησης φαρμάκων με σκοπό τον τερματισμό της ζωής

REQUEST FOR MEDICATION TO END MY LIFE IN A HUMANE AND DIGNIFIED MANNER

I, _____, am an adult of sound mind.

I am suffering from _____, which my attending/prescribing physician has determined is a terminal disease and which has been medically confirmed by a consulting physician.

I have been fully informed of: my diagnosis; prognosis; the nature of medication to be prescribed and potential associated risks; the expected result; and feasible alternatives, including comfort care, hospice care and pain control.

I request that my attending/prescribing physician prescribe medication that will end my life in a humane and dignified manner and also contact any pharmacist to fill the prescription.

Initial One

- I have informed my family of my decision and taken their opinions into consideration.
 I have decided not to inform my family of my decision.
 I have no family to inform of my decision.

I understand that I have the right to rescind this request at any time.

I understand the full import of this request, and I expect to die when I take the medication to be prescribed.

I make this request voluntarily and without reservation, and I accept full moral responsibility for my actions.

I further understand that although most deaths occur within three hours, my death may take longer and my physician has counseled me about this possibility.

Signature:	County of Residence:	Date:
------------	----------------------	-------

DECLARATION OF WITNESSES

By *initialing and signing* below, we declare that the person making and signing the above request:

Witness 1

Witness 2

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Is personally known to us or has provided proof of identity; |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Signed this request in our presence on the date following the person's signature; |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Appears to be of sound mind and not under duress, fraud or undue influence; |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Is not a patient for whom either of us is the attending physician. |

Printed Name: Witness 1	Signature:	Date:
Printed Name: Witness 2	Signature:	Date:

NOTE: One witness shall not be a relative (by blood, marriage or adoption) of the person signing this request, shall not be entitled to any portion of the person's estate upon death and shall not own, operate or be employed at a health care facility where the person is a patient or resident. If the patient is an inpatient at a long-term health care facility, one of the witnesses shall be an individual designated by the facility.

PLEASE MAKE A COPY OF THIS FORM TO KEEP IN YOUR HOME

Copies of this form are available at:

<http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/pasforms.aspx>

Rev. 02/14

2. Rights of the terminally ill act 1995 of Northern Territory of Australia

Rights of the Terminally Ill Act 1995



NORTHERN TERRITORY OF AUSTRALIA

RIGHTS OF THE TERMINALLY ILL ACT 1995

TABLE OF PROVISIONS

Section

PART 1 - PRELIMINARY

1. Short title
2. Commencement
3. Interpretation

PART 2 - REQUEST FOR AND GIVING OF ASSISTANCE

4. Request for assistance to voluntarily terminate life
5. Response of medical practitioner
6. Response of medical practitioner, &c., not to be influenced by extraneous considerations
7. Conditions under which medical practitioner may assist
8. Palliative care
9. Patient who is unable to sign certificate of request
10. Right to rescind request
11. Improper conduct

PART 3 - RECORDS AND REPORTING OF DEATH

12. Medical records to be kept
13. Certification as to death
14. Medical record to be sent to Coroner
15. Coroner may report on operation of Act

PART 4 - MISCELLANEOUS

16. Construction of Act

file:///H:/EXEC/Parliamentary Education/www/wwwcoburg/rotti/euthact.shtml (1 of 9) [27/07/2000 14:47:12]

Rights of the Terminally Ill Act 1995

17. Certificate of request is evidence
18. Effect on construction of wills, contracts and statutes
19. Insurance or annuity policies
20. Immunities
21. Regulations

SCHEDULE

3. The Belgian Act of Euthanasia of May, 28th 2002



*The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002**

Albert II, King of the Belgians,
To all those present now and in the future, greetings.
The Chambers have approved and We sanction what follows:

Section 1

This law governs a matter provided in article 78 of the Constitution

Chapter I: General provisions

Section 2

For the purposes of this Act, euthanasia is defined as intentionally terminating life by someone other than the person concerned, at the latter's request.

Chapter II: Conditions and procedure

Section 3

§1. The physician who performs euthanasia commits no criminal offence when he/she ensures that:

- the patient has attained the age of majority or is an emancipated minor, and is legally competent and conscious at the moment of making the request;
- the request is voluntary, well-considered and repeated, and is not the result of any external pressure;

- the patient is in a medically futile condition of constant and unbearable physical or mental suffering that can not be alleviated, resulting from a serious and incurable disorder caused by illness or accident;

and when he/she has respected the conditions and procedures as provided in this Act.

§2. Without prejudice to any additional conditions imposed by the physician on his/her own action, before carrying out euthanasia he/she must in each case:

- 1) inform the patient about his/her health condition and life expectancy, discuss with the patient his/her request for euthanasia and the possible therapeutic and palliative courses of action and their consequences. Together with the patient, the physician must come to the belief that there is no reasonable alternative to the patient's situation and that the patient's request is completely voluntary;
- 2) be certain of the patient's constant physical or mental suffering and of the durable nature of his/her request. To this end, the physician has several conversations with the patient spread out over a reasonable period of time, taking into account the progress of the patient's condition;
- 3) consult another physician about the serious and incurable character of the disorder and inform him/her about the reasons for this consultation. The physician consulted

* This unofficial translation was provided by Dale Kidd under the supervision of Prof. Herman Nys, Centre for Biomedical Ethics and Law, Catholic University of Leuven (Belgium).



reviews the medical record, examines the patient and must be certain of the patient's constant and unbearable physical or mental suffering that cannot be alleviated. The physician consulted reports on his/her findings.

The physician consulted must be independent of the patient as well as of the attending physician and must be competent to give an opinion about the disorder in question. The attending physician informs the patient about the results of this consultation;

- 4) if there is a nursing team that has regular contact with the patient, discuss the request of the patient with the nursing team or its members,
- 5) if the patient so desires, discuss his/her request with relatives appointed by the patient;
- 6) be certain that the patient has had the opportunity to discuss his/her request with the persons that he/she wanted to meet.

§3. If the physician believes the patient is clearly not expected to die in the near future, he/she must also:

- 1) consult a second physician, who is a psychiatrist or a specialist in the disorder in question, and inform him/her of the reasons for such a consultation. The physician consulted reviews the medical record, examines the patient and must be certain of the constant and unbearable physical or mental suffering that cannot be alleviated, and of the voluntary, well-considered and repeated character of the euthanasia request. The physician consulted reports on his/her findings. The physician consulted must be independent of the patient as well as of the physician initially consulted. The physician informs the patient about the results of this consultation;

- 2) allow at least one month between the patient's written request and the act of euthanasia.

§4. The patient's request must be in writing. The document is drawn up, dated and signed by the patient himself/herself. If the patient is not capable of doing this, the document is drawn up by a person designated by the patient. This person must have attained the age of majority and must not have any material interest in the death of the patient.

This person indicates that the patient is incapable of formulating his/her request in writing and the reasons why. In such a case the request is drafted in the presence of the physician whose name is mentioned on the document. This document must be annexed to the medical record.

The patient may revoke his/her request at any time, in which case the document is removed from the medical record and returned to the patient.

§5. All the requests formulated by the patient, as well as any actions by the attending physician and their results, including the report(s) of the consulted physician(s), are regularly noted in the patient's medical record.

Chapter III: The advance directive

Section 4

§1. In cases where one is no longer able to express one's will, every legally competent person of age, or emancipated minor, can draw up an advance directive instructing a physician to perform euthanasia if the physician ensures that:

- the patient suffers from a serious and incurable disorder, caused by illness or accident;



- the patient is no longer conscious;
- this condition is irreversible given the current state of medical science.

In the advance directive, one or more person(s) taken in confidence can be designated in order of preference, who inform(s) the attending physician about the patient's will. Each person taken in confidence replaces his or her predecessor as mentioned in the advance directive, in the case of refusal, hindrance, incompetence or death. The patient's attending physician, the physician consulted and the members of the nursing team may not act as persons taken in confidence.

The advance directive may be drafted at any moment. It must be composed in writing in the presence of two witnesses, at least one of whom has no material interest in the death of the patient and it must be dated and signed by the drafter, the witnesses and by the person(s) taken in confidence, if applicable.

If a person who wishes to draft an advance directive is permanently physically incapable of writing and signing an advance directive, he/she may designate a person who is of age, and who has no material interest in the death of the person in question, to draft the request in writing, in the presence of two witnesses who have attained the age of majority and at least one of whom has no material interest in the patient's death. The advance directive indicates that the person in question is incapable of signing and why. The advance directive must be dated and signed by the drafter, by the witnesses and by the person(s) taken in confidence, if applicable.

A medical certificate must be annexed to the advance directive proving that the person in question is permanently physically incapable of drafting and signing the advance directive.

An advance directive is only valid if it is drafted or confirmed no more than five years prior to the person's loss of the ability to express his/her wishes.

The advance directive may be amended or revoked at any time.

The King determines the manner in which the advance directive is drafted, registered and confirmed or revoked, and the manner in which it is communicated to the physicians involved via the offices of the National Register.

§2. The physician who performs euthanasia, in consequence of an advance directive as referred to in §1, commits no criminal offence when he ensures that:

- the patient suffers from a serious and incurable disorder, caused by illness or accident;
- the patient is unconscious;
- and this condition is irreversible given the current state of medical science;

and when he/she has respected the conditions and procedures as provided in this Act.

Without prejudice to any additional conditions imposed by the physician on his/her own action, before carrying out euthanasia he/she must:

- 1) consult another physician about the irreversibility of the patient's medical condition and inform him/her about the reasons for this consultation. The physician consulted consults the medical record and examines the patient. He/she reports on his/her findings.

When the advance directive names a person taken in confidence, the latter will be informed about the results of this consultation by the attending physician.

The physician consulted must be independent of the patient as well as of the attending physician and must be competent to give an opinion about the disorder in question;

- 2) if there is a nursing team that has regular contact with the patient, discuss the content of the advance directive with that team or its members;
- 3) if a person taken in confidence is designated in the advance directive, discuss the request with that person;



- 4) if a person taken in confidence is designated in the advance directive, discuss the content of the advance directive with the relatives of the patient designated by the person taken in confidence.

The advance directive, as well as all actions by the attending physician and their results, including the report of the consulted physician, are regularly noted in the patient's medical record.

Chapter IV: Notification

Section 5

Any physician who has performed euthanasia is required to fill in a registration form, drawn up by the Federal Control and Evaluation Commission established by section 6 of this Act, and to deliver this document to the Commission within four working days.

Chapter V: The Federal Control and Evaluation Commission

Section 6

§1 For the implementation of this Act, a Federal Control and Evaluation Commission is established, hereafter referred to as "the commission".

§2. The commission is composed of sixteen members, appointed on the basis of their knowledge and experience in the issues belonging to the commission's jurisdiction. Eight members are doctors of medicine, of whom at least four are professors at a university in Belgium. Four members are professors of law at a university in Belgium, or practising lawyers. Four members are drawn from groups that deal with the problem of incurably ill patients. Membership in the commission cannot be combined with a post in one of the legislative bodies or with a post as a member

of the federal government or one of the regional or community governments.

While respecting language parity — where each linguistic group has at least three candidates of each sex — and ensuring pluralistic representation, the members of the commission are appointed by royal decree enacted after deliberation in the Council of Ministers for a four-year term, which may be extended, from a double list of candidates put forward by the Senate. A member's mandate is terminated *de jure* if the member loses the capacity on the basis of which he/she is appointed. The candidates not appointed as sitting members are appointed as substitutes, in the order determined by a list. The commission is chaired by a Dutch-speaking and a French-speaking member. These chairpersons are elected by the commission members of the respective linguistic group.

The commission's decisions are only valid if there is a quorum present of two thirds of the members.

§3. The commission establishes its own internal regulations.

Section 7

The commission drafts a registration form that must be filled in by the physician whenever he/she performs euthanasia. This document consists of two parts. The first part must be placed under seal by the physician. It includes the following information:

- 1) the patient's full name and address;
- 2) the full name, address and health insurance institute registration number of the attending physician;
- 3) the full name, address and health insurance institute registration number of the physician(s) consulted about the euthanasia request;
- 4) the full name, address and capacity of all persons consulted by the attending physician, and the date of these consultations;



- 5) if there exists an advance directive in which one or more persons taken in confidence are designated, the full name of such person(s).

The document's first part is confidential, and is supplied to the commission by the physician. It can only be consulted following a decision by the commission. Under no circumstances the commission may use this document for its evaluation.

The second part is also confidential. It includes the following information:

- 1) the patient's sex, date of birth and place of birth;
- 2) the date, time and place of death;
- 3) the nature of the serious and incurable condition, caused by accident or illness, from which the patient suffered;
- 4) the nature of the constant and unbearable suffering;
- 5) the reasons why this suffering could not be alleviated;
- 6) the elements underlying the assurance that the request is voluntary, well-considered and repeated, and not the result of any external pressure;
- 7) whether one can expect that the patient would die within the foreseeable future;
- 8) whether an advance directive has been drafted;
- 9) the procedure followed by the physician;
- 10) the capacity of the physician(s) consulted, the recommendations and the information from these consultations;
- 11) the capacity of the persons consulted by the physician, and the date of these consultations;
- 12) the manner in which euthanasia was performed and the pharmaceuticals used.

Section 8

The commission studies the completed registration form submitted to it by the attending physician. On the basis of the second part of the registration form, the commission determines whether the euthanasia was performed in accordance with the conditions and the procedure stipulated in this

Act. In cases of doubt, the commission may decide by simple majority to revoke anonymity and examine the first part of the registration form. The commission may request the attending physician to provide any information from the medical record having to do with the euthanasia.

The commission hands down a verdict within two months.

If, in a decision taken with a two-thirds majority, the commission is of the opinion that the conditions laid down in this Act have not been fulfilled, then it turns the case over to the public prosecutor of the jurisdiction in which the patient died.

If, after anonymity has been revoked, facts or circumstances come to light which would compromise the independence or impartiality of one of the commission members, this member will have an opportunity to explain or to be challenged during the discussion of this matter in the commission.

Section 9

For the benefit of the legislative chambers, the commission will draft the following reports, the first time within two years of this Act's coming into force and every two years thereafter:

- a) a statistical report processing the information from the second part of the completed registration forms submitted by physicians pursuant to section 8;
- b) a report in which the implementation of the law is indicated and evaluated;
- c) if required, recommendations that could lead to new legislation or other measures concerning the execution of this Act.

For the purpose of carrying out this task, the commission may seek additional information from the various public services and institutions. The information thus gathered is confidential. None of these documents may reveal the identities of any persons named in the dossiers submitted to the commission for the purposes of the review as determined in section 8.



The commission can decide to supply statistical and purely technical data, purged of any personal information, to university research teams that submit a reasoned request for such data.

The commission can grant hearings to experts.

Section 10

The King places an administration at the commission's disposal in order to carry out its legal functions. The composition and language framework of the administrative personnel are established by royal decree, following consultation in the Council of Ministers, on the recommendation of the Minister of Health and the Minister of Justice.

Section 11

The commission's operating costs and personnel costs, including remuneration for its members, are divided equally between the budget of the Minister of Health and the budget of the Minister of Justice.

Section 12

Any person who is involved, in whatever capacity, in implementing this Act is required to maintain confidentiality regarding the information provided to him/her in the exercise of his/her function. He/she is subject to section 458 of the Penal Code.

Section 13

Within six months of submitting the first report and the commission's recommendations referred to in section 9, if any, a debate is to be held in the Chambers of Parliament. The six-month period is suspended during the time that Parliament is dissolved and/or during the time there is no government having the confidence of Parliament.

Chapter VI: Special Provisions

Section 14

The request and the advance directive referred to in sections 3 and 4 of this Act are not compulsory in nature.

No physician may be compelled to perform euthanasia.

No other person may be compelled to assist in performing euthanasia.

Should the physician consulted refuse to perform euthanasia, then he/she must inform the patient and the persons taken in confidence, if any, of this fact in a timely manner, and explain his/her reasons for such refusal. If the refusal is based on medical reasons, then these reasons are noted in the patient's medical record.

At the request of the patient or the person taken in confidence, the physician who refuses to perform euthanasia must communicate the patient's medical record to the physician designated by the patient or person taken in confidence.

Section 15

Any person who dies as a result of euthanasia performed in accordance with the conditions established by this Act is deemed to have died of natural causes for the purposes of contracts he/she had entered into, in particular insurance contracts.

The provisions of section 909 of the Civil Code apply to the members of the nursing team referred to in section 3 of this Act.

Section 16

This Act comes into force no later than three months following publication in the *Official Belgian Gazette*.

Promulgate the present Act, order that it be sealed with the seal of the State and published in the *Official Belgian Gazette*.



Issued at Brussels, 28th May 2002.

Albert

for the King:
the Minister of Justice,

M. Verwilghen
sealed with the seal of the State:
the Minister of Justice,
M. Verwilghen

4. Όρκος του Ιπποκράτη

Αρχαίο κείμενο

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσιν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε.

Ἐγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωυτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὄρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν.

Ὁ δώσω δ ο δ φάρμακον ο δεν α τηθε ς θανάσιμον, ο δ φηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνῳς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἂ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγγέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιποροῦντι, τᾶναντία τουτέων.

Απόδοση στα νέα ελληνικά

Ορκίζομαι στον Απόλλωνα τον γιατρό, και στον Ασκληπιό και στην Υγεία και στην Πανάκεια και όλους τους θεούς και όλες τις θεές μάρτυρες βάζω πως θα τηρήσω τον όρκο μου αυτόν και αυτό το συμβόλαιο, όσο θα διατηρώ τις δυνάμεις μου και την κρίση μου.

Τον μεν διδάξαντά με την τέχνη αυτήν θα τιμώ όσο και τους δικούς μου γονείς και θα τον κάνω κοινωνό του δικού μου βίου και θα του οφείλω τα νενομισμένα. Τους δε γιους του θα θεωρώ ίσους προς αδερφούς μου και θα τους διδάξω την τέχνη αυτήν, αν νιώθουν την ανάγκη να τη μάθουν, χωρίς μισθό και χωρίς έγγραφο συμβόλαιο. Θα διδάξω τα προφορικά και γραπτά

μαθήματα και όλη γενικά την υπόλοιπη εξάσκηση του επαγγέλματος μόνο στους δικούς μου γιους, στους γιους του διδασκάλου μου και σε μαθητές που με όρκο και σύμβολαιο, κατά τους άγραφους νόμους της ιατρικής, θα έχουν συνδεθεί μαζί μου. Σε κανέναν άλλον.

Θα χρησιμοποιήσω τις θεραπευτικές δίαιτες μόνο προς όφελος των ασθενών, όσο μπορώ και όπως κρίνω ορθό, να αποφύγω δε κάθε βλάβη και αδικία.

Δεν θα χορηγήσω κανένα θανατηφόρο φάρμακο, όποιος κι αν μου το ζητήσει, και δεν θα δώσω καμία τέτοια συμβουλή. Επίσης, δεν θα δώσω σε καμία γυναίκα φάρμακο εκτρωτικό. Αγνό και θείο θα διατηρήσω όλον μου τον βίο, καθώς και την τέχνη μου.

Να μην ευνουχήσω δε κανέναν, όπως το ζητούν, αφήνοντας την εργασία αυτή για άλλους που ασχολούνται με τέτοιες πράξεις.

Σε όσα σπίτια πηγαίνω, θα εισέρχομαι μόνο προς όφελος των ασθενών, μακριά από κάθε θεληματική αδικία και βλάβη. Και μακριά από αφροδίσιες πράξεις, επί γυναικείων σωμάτων και αντρικών, ελευθέρων ή δούλων.

Όσα κατά τις θεραπείες (ή και πέραν της ασχολίας μου, στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων) ακούσω ή δω, για τα οποία δεν πρέπει να λέγεται τίποτε, θα σιωπώ θεωρώντας τα ως εμπιστευτικά μυστικά.

Όσο τον όρκο μου, λοιπόν, θα τηρώ και δεν θα τον παραβαίνω, είτε να έχω καλό όνομα και στη ζωή και στη τέχνη μου και να με εκτιμούν για πάντα όλοι οι άνθρωποι. Εάν δε παραβώ τον όρκο μου και επιορκήσω, να πάθω τα αντίθετα.

