

Παρηγορητική - Ανακουφιστική ιατρική και φροντίδα σε ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες και χρόνιους ασθενείς τελικού σταδίου

Μια ποινική προσέγγιση

Ναυσικάς Θ. Τζαναβάρη, ΜΔΕ Φορολογικού
Δικαίου Νομικής Σχολής Αθηνών, Ασκ. Δικηγόρου

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η εξέταση των ποινικών διαστάσεων της εφαρμογής μεθόδων ανακουφιστικής-παρηγορητικής ιατρικής και φροντίδας σε ασθενείς πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες και ασθενείς τελικού σταδίου και η οριοθέτηση της ποινικής ευθύνης του ιατρού σε αυτές τις περιπτώσεις, υπό το πρίσμα του άρθρου 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

This project deals with the examination of the penal dimensions of the application of palliative-comfort medicine and care in patients with life-threatening illnesses and patients in the final stage of chronic illnesses as well as the delineation of the penal liability of the doctor in such cases in the light of Article 29 of the Code of Medical Conduct.

I. Τι είναι η ανακουφιστική ιατρική και σε ποιους ασθενείς απευθύνεται;

Σύμφωνα με τον **ορισμό**, τον οποίο δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (στο εξής ΠΟΥ)¹, *ανακουφιστική ή παρηγορητική αγωγή (palliative care, medicine-Palliativmedizin)* είναι ένα είδος αντιμετώπισης και προσέγγισης της παροχής φροντίδας που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, που έρχονται αντιμέτωποι με ασθένειες που είναι απειλητικές για την ανθρώπινη ζωή, μέσω της πρόληψης και ανακούφισής τους. Μέτρα που συντελούν σε αυτά είναι η έγκαιρη αναγνώριση και η ακριβής αξιολόγηση και φροντίδα του πόνου και άλλων σωματικών, ψυχολογικών και πνευματικών προβλημάτων.

Όπως προκύπτει από τον ανωτέρω ορισμό που δίνει ο ΠΟΥ, η ανακουφιστική ιατρική παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά που τη διαφοροποιούν από την κλασική θεραπευτική ιατρική (curative medicine). *Πρώτον*, στοχεύει στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο καθώς και από οποιοδήποτε άλλο σύμπτωμα τον κάνει να υποφέρει. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της χορήγησης κατάλληλης φαρμακοθεραπείας, προσαρμοσμένης στις ανάγκες του ασθενούς². Μέσω λοι-

πόν της ανακουφιστικής αγωγής αντιμετωπίζονται μόνο τα ψυχοσωματικά συμπτώματα της ασθένειας, όχι όμως η ίδια η ασθένεια, δηλαδή η πραγματική αιτία του ψυχοσωματικού άλγους³. *Δεύτερον*, στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς⁴ και στην εξασφάλιση ποιοτικής, άνετης και αξιοπρεπούς διαβίωσης. *Τρίτον*, είναι μια προσέγγιση που προσφέρει στον ασθενή μια συνολική υποστήριξη, δηλαδή όχι μόνο σωματική αλλά και ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική⁵. Γι' αυτό απαιτεί τη συνεργασία περισσότερων επιστημονικών κλάδων.

Με κανένα τρόπο, ωστόσο, η ανακουφιστική αγωγή **δεν στοχεύει στην επίτευξη του θανάτου**⁶. Εφόσον μάλιστα η ανακουφιστική φροντίδα, εκτός από την καθαρά συμπτωματική αγωγή ανακούφισης από τους πόνους συνδυάζει και θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως λ.χ. χημειοθεραπείες ή ακτι-

1. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, WHO, January 2014, σελ. 5, διαθέσιμο σε www.who.int/cancer/palliative

2. Kantianis A., Palliativmedizin als Sterbebegleitung nach deutschem und griechischem Recht, 2005, σελ. 29.

3. Conradi M., Der Arzt an den Grenzen seines Behandlungsauftrages. Eine Untersuchung zu Fragen der Sterbehilfe im Zeitalter der Intensivmedizin, σελ. 233.

4. Kantianis A., ό.π., σελ. 30.

5. Conradi M., ό.π., σελ. 233, Dietrich Kettler, Sterben wo und wie? Palliativmedizin - die vierte Dimensionen in der modernen Gesundheitsversorgung, in: Selbstbestimmung am Lebensende, Dietrich Kettler, Alfred Simon, Reiner Anselm, Volker Lipp und Gunnar Duttge (Hg.), Universitätsverlag Göttingen 2006, σελ. 155.

6. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, WHO, January 2014, σελ. 5.

νοβολίες⁷, μπορεί τελικά να συμβάλει ακόμα και στην επιμήκυνση της ζωής του ασθενούς. Σε αυτό το σημείο όμως θα πρέπει να τονίσουμε, ότι η ανακουφιστική αγωγή παρέχεται ανεξάρτητα από τη δυνατότητα παροχής και θεραπευτικής φροντίδας. Η ανακουφιστική φροντίδα δεν αποτελεί υποκατάστατο της θεραπευτικής αγωγής αλλά συμπλήρωμα αυτής, εφαρμοζόμενη παράλληλα στους ασθενείς που την έχουν ανάγκη. Η δε εφαρμογή μέτρων ανακουφιστικής ιατρικής δεν μπορεί να αποκλείσει ούτε την παροχή βασικής φροντίδας⁸ στον ασθενή, αφού αυτή παρέχεται μέχρι το τέλος της ζωής.

Σε ποιους ασθενείς όμως τίθεται ζήτημα λήψης μέτρων ανακουφιστικής ιατρικής; Με άλλα λόγια, πότε παύει να είναι ιατρικώς ενδεδειγμένη και ωφέλιμη η παροχή θεραπευτικής φροντίδας, με συνέπεια η αλλαγή του θεραπευτικού σκοπού και η στροφή προς την κατεύθυνση της παρηγορητικής ιατρικής να εμφανίζεται ως η μόνη δυνατή εναλλακτική, η οποία φαίνεται τελικά να έχει, σε αυτό το στάδιο εξέλιξης της ασθένειας, κάποιο νόημα για την υγεία του ασθενούς;

Η αποκλειστική διενέργεια ιατρικών πράξεων ανακουφιστικής αγωγής λαμβάνει χώρα, όταν η κατάσταση της υγείας του ασθενούς είναι μη αναστρέψιμη⁹. Όταν, δηλαδή, δεν αναμένεται με βάση τα ιατρικά δεδομένα της συγκεκριμένης περίπτωσης βελτίωση της υγείας του ασθενούς μέσω της εφαρμογής ιατρικής θεραπευτικής αγωγής. Άρα, η ανακουφιστική αγωγή παρέχεται καταρχάς σε ασθενείς ευρισκόμενους στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας με αμετάκλητη απώλεια των ζωτικών λειτουργιών¹⁰ τους, ο θάνατος των οποίων είναι βέβαιος και αναμένεται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Σε αυτούς τους ασθενείς η επιθανάτια διαδικασία έχει αμετάκλητα τεθεί σε εξέλιξη οδηγώντας με απόλυτη βεβαιότητα στο θάνατο.

Η ανακουφιστική αγωγή μπορεί να χορηγηθεί όμως και σε ασθενείς, οι οποίοι δεν βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας αλλά η κατάσταση της υγείας τους είναι μη αναστρέψιμη, επιδεινούμενη με αργούς ρυθμούς ώστε να δημιουργείται αβεβαιότητα¹¹ ως προς το χρόνο επελεύσεως του θανάτου.

Και στις δύο προαναφερόμενες κατηγορίες ασθενών ο κανόνας είναι, ότι η ασθένεια συνοδεύεται από αφόρητους ψυχοσωματικούς πόνους. Όπως εύστοχα έχει επισημανθεί¹², μάλιστα, σε αυτές τις οριακές καταστάσεις μεταξύ ζωής και θανάτου, ο ασθενής δεν εκφράζει τόσο τον φόβο ή την αγωνία του για τον βέβαιο και αναπόφευκτο θάνατό του, αλλά πολύ περισσότερο για τους βασανιστικούς πόνους που θα τον συνοδεύουν καθ' όλη την επιθανάτια διαδικασία.

Ενδιαφέρουσα είναι ακόμα η περίπτωση των ασθενών που βρίσκονται σε επίμονη φυτική κατάσταση (Wachkomma-PVS). Και σε σχέση με αυτούς τους ασθενείς υποστηρίχθη-

κε¹³, ότι είναι νοητή η αλλαγή του θεραπευτικού σκοπού και η στροφή προς την ανακουφιστική ιατρική, εφόσον έχουν εισέλθει σε μια κατάσταση αντίστοιχη με τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας και για τους οποίους η επιθανάτια διαδικασία έχει ξεκινήσει.

II. Η νομοθετική πρόβλεψη: το άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας

A. Το άρθρο 29 παρ. 1 ΚΙΔ

Σύμφωνα με το άρθρο 29 παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005 ΦΕΚ Α' 287/28.11.2005), το οποίο τιτλοφορείται *ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής, ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό¹⁴.*

A) Η διάταξη αυτή καθιερώνει την υποχρέωση του ιατρού να ακολουθεί *παρηγορητική - ανακουφιστική αγωγή*, ακόμα και όταν τα θεραπευτικά περιθώρια έχουν εξαντληθεί και η κατάσταση της υγείας του ασθενούς είναι πλέον μη αναστρέψιμη. Σύμφωνα μάλιστα με μια ευρέως υποστηριζόμενη άποψη¹⁵, η εν λόγω διάταξη επιτρέπει την καθαρή ή γνήσια ευθανασία, η οποία συνίσταται στη σωματική και ψυχική ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο χωρίς όμως να συνιστά και αιτία επίσπευσης του –κατά τα λοιπά– αναπόφευκτου θανάτου. Κατά άλλη ερμηνεία, με την υπό εξέταση διάταξη νομιμοποιείται η παθητική ευθανασία¹⁶, δηλαδή η εγκατάλειψη του ασθενούς τελικού σταδίου στο θάνατο. Το μόνο σίγουρο είναι πάντως, ότι με τη διάταξη αυτή προβλέπεται ρητά –και για πρώτη φορά– στην ελληνική νομοθεσία μια

13. Kantianis A., σελ. 49.

14. Βλ. επίσης και άρθρο 12 των Αρχών της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας της Διαρκούς Επιτροπής των Γιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (1987), σύμφωνα με το οποίο *η παροχή ιατρικών φροντίδων απαιτεί σε όλες τις περιπτώσεις το σεβασμό στη ζωή, την ηθική αυτονομία και την ελεύθερη εκλογή του ασθενή. Πάντως ο γιατρός μπορεί, σε περίπτωση ανίατης ή τελειωτικής ασθένειας, να περιορισθεί στην ανακούφιση των φυσικών και ηθικών πόνων του ασθενούς, παρέχοντάς του την κατάλληλη θεραπεία και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί κεφαλαιώδες χρέος του γιατρού να συμπαρασταθεί στον ασθενή του μέχρι το τέλος του και να όρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.*

15. Ψαρούλης Δ./Βούλτσος Π., *Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2010, σελ. 366, *Ρεθυμιωτάκη*, Ευθανασία και διαθήκες ζωής, σε: Μ. Δρακοπούλου (επιμ.), *Ευθανασία, Αφιέρωμα στον πρώτο πρόεδρο της Επιτροπής Γεώργιο Κουμάντο*, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής 10 Χρόνια Λειτουργίας 1999-2009, Αθήνα, εκδόσεις Θέμις, Νικ. Σάκκουλας ΟΕ, 2012, σελ. 153-194, σελ. 187.

16. Βιδάλης, *Ευθανασία και Σύνταγμα*, σε: *Ευθανασία, Διεύθυνση Σειράς: Μ. Καϊάφα-Γκμπάντι, Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Κασιανίδου*, Σειρά: *Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής* - τ.3, 2007, σελ. 129.

7. Kantianis A., ό.π., σελ. 29.

8. Kantianis A., ό.π., σελ. 30.

9. Λιούρδη, *Ιατρική Ποινική Ευθύνη, Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα*, Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 51.

10. Kantianis A., ό.π., σελ. 45.

11. Λιούρδη, ό.π., σελ. 51. Βλ. και Εισηγήση Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής για τελετή παράταση της ζωής, διαθέσιμη σε www.bioethics.gr

12. Conradi M., ό.π., σελ. 233.

περίπτωση εξάντλησης του ιατρικού θεραπευτικού καθήκοντος πριν την επέλευση του εγκεφαλικού θανάτου. Το ιατρικό θεραπευτικό καθήκον έχει λοιπόν κάποια όρια, σε αντίθεση βέβαια με το καθήκον του ιατρού να ανακουφίζει τον ασθενή από τους πόνους το οποίο δεν οριοθετείται αλλά διαρκεί μέχρι τελευταίας πνοής.

Έχει υποστηριχθεί μάλιστα από Γερμανούς θεωρητικούς – και ορθά ενόψει των γενικών αρχών της ιατρικής επιθανάτιας αρωγής του Γερμανικού Ιατρικού Συλλόγου¹⁷ – ότι η παρηγορητική-ανακουφιστική φροντίδα, η οποία στοχεύει μόνο στη λύτρωση από τα ψυχοσωματικά βάσανα που προκαλεί στον ασθενή η ασθένεια, σε συνδυασμό με τη γενικότερη ιατρική συμπαράσταση και υποστήριξη αλλά και την εξασφάλιση βασικής φροντίδας συνθέτουν το καθήκον του ιατρού απέναντι στους ασθενείς τελικού σταδίου για παροχή βοήθειας κατά την επιθανάτια διαδικασία χωρίς σύντμηση της ζωής. Μάλιστα, τονίζεται ιδιαίτερα, ότι τα μέτρα αυτά λαμβάνονται ακόμα και αν ο ασθενής είναι αναισθητός και συνεπώς ανίκανος να συναιέσει, διότι απορρέουν από την ίδια την ανθρωπίνη αξία¹⁸ και έτσι η λήψη τους μπορεί να στηριχθεί στην εικαζόμενη συναίνεση του ασθενούς¹⁹.

Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά στην Εισήγησή της και η (Ελληνική) Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, σε περιπτώσεις αντίστροφης ασθένειας, που βρίσκεται στο τελικό στάδιο και η κατάσταση της υγείας του ασθενούς είναι μη αναστρέψιμη ο θεραπευτικός σκοπός της ιατρικής παρέμβασης έχει πλέον εκλείψει και κατά συνέπεια κάθε περαιτέρω αγωγή εμπίπτει στην κατηγορία του ιατρικώς μάταιου (medical futility). Εφόσον, λοιπόν, καμία ιατρική αγωγή αντικειμενικά δεν θα ήταν ικανή να ωφελήσει τον ασθενή²⁰ και να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του και με δεδομένο αφενός ότι ο ιατρός δεν μπορεί να υποχρεωθεί στα αδύνατα και αφετέρου ότι εξακολουθεί να ισχύει η θεμελιώδης αρχή του *ωφελείν, μη βλάπτειν*, και ότι η τεχνητή παράταση της ζωής χωρίς όμως ελπίδα θεραπείας θα μπορούσε να θεωρηθεί βλάβη και να βιώνεται ως τέτοια από τον ασθενή²¹, ο ιατρός είναι ηθικά αλλά και νομικά πλέον υποχρεωμένος να προτείνει την εγκατάλειψη της ανώφελης θεραπευτικής αγωγής και τη συγκέντρωση των προσπαθειών στην ανακούφιση του ασθενούς από τους ψυχοσωματικούς πόνους με κατάλληλη παρηγορητική αγωγή²².

Πράγματι, σε κάθε στάδιο εξέλιξης μιας ασθένειας, η λύτρωση από τους πόνους αποτελεί αναμφισβήτητο όφελος για τον ασθενή, ενώ αντίθετα η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών χωρίς ελπίδα θεραπείας μπορεί να θεωρηθεί βλάβη ή και να εκλαμβάνεται από τον ασθενή ως τέτοια. Άρα, σε αυτές τις περιπτώσεις ο ιατρός ενεργεί νόμιμα, όταν κατόπιν ενημέρωσης του ασθενούς ή των οικείων του

για το μη αναστρέψιμο της κατάστασής του ασθενούς και για το ανώφελο της ιατρικής επέμβασης διακόπτει τη θεραπευτική αγωγή ή την τεχνητή υποστήριξη και επικεντρώνεται στην ανακούφιση του ασθενούς από τους πόνους επί τη βάσει πάντοτε της συναινέσεως είτε του ασθενούς –αν αυτός διατηρεί τις αισθήσεις του– είτε των οικείων του.

Την ίδια δε συμπεριφορά επιβάλλεται να επιδείξει ο ιατρός και όταν ο ασθενής δεν βρίσκεται μεν στο τελικό στάδιο, αλλά η κατάσταση της υγείας του είναι μη αναστρέψιμη, επιδεινούμενη με αργούς ρυθμούς, ώστε να δημιουργείται αβεβαιότητα ως προς το χρόνο επελεύσεως του θανάτου²³. Και σε αυτήν την περίπτωση η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών ή η συνέχιση μιας πολύ επιθετικής θεραπευτικής αγωγής με σοβαρές παρενέργειες για τον ασθενή μπορεί να συνιστά βλάβη, αφού τελικά παρατείνει μόνο τον πόνο και την προθανάτια αγωνία και δεν σέβεται την αυτονομία του ασθενούς και το δικαίωμά του να πεθάνει ανώδυνα και με αξιοπρέπεια.

Β) Αν τώρα ο ιατρός *παραλείπει δολίως να ανακουφίσει τον ασθενή από τους ψυχοσωματικούς πόνους* που τον ταλαιπωρούν, υπέχει ποινική ευθύνη; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό είναι σαφώς καταφατική. Εφόσον ο ιατρός γνωρίζει και αποδέχεται το γεγονός της πρόκλησης στον ασθενή ψυχοσωματικού πόνου, παραλείπει όμως να λάβει τα κατάλληλα ανακουφιστικά μέτρα, μολονότι βαρύνεται με ιδιαίτερη νομική υποχρέωση βάσει του άρθρου 29 παρ. 1 ΚΙΔ, καθίσταται αξιόποινος για σωματική βλάβη διά παραλείψεως (308 ΠΚ σε συνδυασμό με 15 ΠΚ) ή ακόμη και για βασανιστήρια (137Α παρ. 1 ΠΚ)²⁴.

Γ) Στην αντίστροφη περίπτωση τώρα, όπου ο ασθενής *αρνείται την υποβολή του σε ανακουφιστική αγωγή* και για οποιονδήποτε λόγο θεωρεί προτιμότερη κάποια θεραπευτική αγωγή ή την τεχνητή παράταση των βιολογικών του λειτουργιών, αν ο ιατρός επέμβει και παρά την αντίθετη βούληση του ασθενούς ακολουθήσει κάποια ανακουφιστική αγωγή καθίσταται ποινικά υπεύθυνος τουλάχιστον για παράνομη βία (330 ΠΚ)²⁵. Το ίδιο έγκλημα στοιχειοθετείται και όταν ο ιατρός *δεν ενημερώνει ή ενημερώνει πλημμελώς τον ασθενή*²⁶, με αποτέλεσμα η τυχόν παρεχόμενη εκ μέρους του συναίνεση να είναι μη έγκυρη (12 παρ. 1 και 2α' ΚΙΔ).

Στο σημείο αυτό αξίζει να υπογραμμίσουμε ότι, σύμφωνα με τη σχετική Εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, ο ιατρός οφείλει να προβεί σε σαφή, πλήρη και ενδεδειγμένη ενημέρωση του ασθενούς για το μη ίσχυρο της ασθένειας, τη μη

17. *Conradi M.*, Der Arzt an den Grenzen seines Behandlungsauftrages. Eine Untersuchung zu Fragen der Sterbehilfe im Zeitalter der Intensivmedizin, Lang, Frankfurt am Main, 2002, σελ. 231.

18. *Conradi M.*, ό.π., σελ. 466.

19. Η οποία δικαιολογεί τον καταρχήν άδικο χαρακτήρα της αυθαίρετης ιατρικής παρέμβασης και της ανακουφιστικής θεραπείας, *Conradi M.*, ό.π., σελ. 467.

20. *Βιδάλης*, ό.π., σελ. 129.

21. Βλ. και σχετική Εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής.

22. *Λιούρδη*, Ιατρική Ποινική Ευθύνη, Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 29.

23. Βλ. και σχετική Εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής.

24. *Ψαρούλης Δ./Βούλτσος Π.*, Ιατρικό Δίκαιο-Στοιχεία Βιοηθικής, ό.π., σελ. 366, *Βούλτσος*, σε Λασκαρίδης Ε. (επιμ.), Ερμηνεία του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, σελ. 363. Επίσης, βλ. και για τη γερμανική έννομη τάξη, *Conradi M.*, ό.π., σελ. 234, για ποινική ευθύνη του ιατρού σε αυτές τις περιπτώσεις βάσει των διατάξεων των άρθρων 323 (πάραιψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής) και 223 επ. (σωματικές βλάβες) του Γερμανικού ΠΚ.

25. Σύμφωνα με αυτό είναι και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, η οποία μάλιστα προτείνει σε περιπτώσεις σύγκρουσης γνώμων ασθενούς-ιατρού να παραιτείται ο ιατρός –αφού εννοείται εξασφαλίζει την περίθαλψη του ασθενούς από άλλο ιατρό– ώστε να υπερισχύσει η γνώμη του ασθενούς υπέρ της παρατάσεως της ζωής και της λήψεως ιατρικών θεραπευτικών μέτρων, έστω και αν αυτά είναι μάταια.

26. *Λιούρδη*, ό.π., σελ. 52.

αναστρέψιμη πορεία της υγείας του καθώς και για το ότι βρίσκεται στο τελικό στάδιο ή υπάρχει αβεβαιότητα ως προς το χρόνο επελεύσεως του θανάτου. Η ενημέρωση αυτή θα πρέπει να γίνεται πάντοτε *αφού ληφθούν υπόψη οι ψυχολογικές αντοχές του ασθενούς*. Αν συνεπώς, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, ο θεράπων ιατρός κρίνει ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δεχθεί την ενημέρωση, τότε οφείλει να ενημερώσει τους οικείους του. Στο σημείο αυτό φαίνεται να αναγνωρίζεται στο γιατρό ένα *θεραπευτικό προνόμιο*. Πρόκειται ουσιαστικά για το δικαίωμα του ιατρού να αποκρύψει από τον ασθενή —εν όλω ή εν μέρει— την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, δηλαδή την ασθένεια από την οποία πάσχει, το είδος της θεραπευτικής αγωγής που πρέπει να ακολουθηθεί, τις παρενέργειες και τους κινδύνους που αυτή μπορεί να εγκυμονεί²⁷. Ο ιατρός μπορεί να προβεί σε αυτή την ιατρικώς ενδεδειγμένη απόκρυψη της αλήθειας²⁸, όταν, εκτιμώντας την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, κρίνει τελικά, ότι η αποκάλυψη όλης της αλήθειας θα κλόνηζε περαιτέρω όχι μόνο τον ψυχικό κόσμο του ασθενή αλλά και την ήδη επιβαρυνμένη και εύθραυστη σωματική του υγεία. Και αυτό πράγματι θα είναι ο κανόνας, όταν πρόκειται για τη διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας²⁹ χωρίς ελπίδα ίασης, η οποία με βεβαιότητα θα οδηγήσει στο θάνατο.

Δ) Πιο προβληματικές είναι οι περιπτώσεις, όπου ο ασθενής έχει περιέλθει σε κατάσταση απώλειας της συνείδησης και *εκ των πραγμάτων αδυνατεί να συναινέσει* στην υποβολή του σε ανακουφιστική αγωγή³⁰ και γενικότερα να εκφράσει τη γνώμη του σχετικά με την περαιτέρω ιατρική του μεταχείριση. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι οικείοι³¹ θα εκφράσουν τη γνώμη τους σχετικά με την ιατρική μεταχείριση του ασθενούς στο στάδιο αυτό. Αν μάλιστα αυτοί διαφωνούν μεταξύ τους, ο θεράπων ιατρός καλείται να ζητήσει τη μεσολάβηση ειδικών (λ.χ. κοινωνικών λειτουργών ή ψυχολόγου της μονάδας). Αν η διαφωνία τελικά δεν επιλυθεί, τότε η απόφαση πρέπει να είναι υπέρ της παράτασης της ζωής³².

27. Βλ. πιο αναλυτικά για θεραπευτικό προνόμιο *Λιούρδη*, ό.π., σελ. 93, 94, *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι.*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς - Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης, 1993, σελ. 302 επ.

28. *Λιούρδη*, ό.π., σελ. 93.

29. *Λιούρδη*, ό.π., σελ. 93.

30. Βλ. και *Conradi M.*, ό.π., σελ. 467, ο οποίος υποστηρίζει, ότι στις περιπτώσεις που ασθενής αδυνατεί να εκφράσει ο ίδιος αυτοπροσώπως τη βούλησή του, ο ιατρός νόμιμα ενεργεί ιατρικές πράξεις ανακούφισης του από τους πόνους. Αυτό ανταποκρίνεται άλλωστε και στην εικαζόμενη βούληση του ασθενούς. Έτσι, νομιμοποιείται εν τέλει και η καταρχήν αυθαίρετη ιατρική πράξη.

31. *Φουντεδάκη Κ.*, Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας: Βασικές Ρυθμίσεις, νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, 2007, σελ. 22 επ. Πλέον μετά την εισαγωγή του νέου ΚΙΔ γίνεται δεκτό, ότι οι διατάξεις για την ανικανότητα συναίνεσης (12 παρ. 2 ΚΙΔ) μπορούν να εφαρμοστούν αναλογικά και στους ασθενείς που είναι ενήλικοι αλλά λόγω της κατάστασής τους λ.χ. κώμα δεν μπορούν να εκφράσουν τη βούλησή τους.

32. Βλ. και σχετική Εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής.

Β. Το άρθρο 29 παρ. 2 ΚΙΔ

Σύμφωνα με τη δεύτερη παράγραφο του ίδιου άρθρου του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, *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*.

Με βάση την εν λόγω διάταξη, ο ιατρός υποχρεούται να μεριμνήσει για την τήρηση των επιθυμιών του ασθενούς σχετικά με την ιατρική του μεταχείριση, ακόμα και αν αυτός κατά τον κρίσιμο χρόνο δεν είναι σε θέση να τις επαναδιατυπώσει³³. Η διάταξη αυτή βρίσκει *πεδίο εφαρμογής* στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες ο ασθενής όσο διατηρούσε τις αισθήσεις και τη συνείδησή του είχε αρνηθεί τη λήψη θεραπευτικής αγωγής ή μέτρων τεχνητής υποστήριξης της ζωής του ή ενδεχομένως είχε συναινέσει στη χορήγηση ανακουφιστικής αγωγής, στη συνέχεια όμως περιήλθε σε κωματώδη κατάσταση, με συνέπεια να μην είναι σε θέση να επαναλάβει τη βούλησή του αυτή.

Α) Μέσω της διατάξεως αυτής ο νομοθέτης εισάγει στην ελληνική έννομη τάξη την προβληματική της σημασίας και της δεσμευτικότητας των προγενέστερων οδηγιών και των διαθηκών ζωής του ασθενούς. Με τις *προγενέστερες οδηγίες* ο ασθενής αρνείται ή αποδέχεται εκ των προτέρων να υποβληθεί σε ιατρικές πράξεις (λ.χ. τεχνητή υποστήριξη βιολογικών λειτουργιών) που θα του προταθούν στο μέλλον από τον θεράποντα ιατρό³⁴ σε περίπτωση βλάβης της υγείας του, η οποία δεν θα του επιτρέψει να εξωτερικεύσει τη βούλησή του. Εναλλακτικά, ο ασθενής μπορεί να υποδεικνύει ένα συγκεκριμένο πρόσωπο ως εκπρόσωπό του σε θέματα υγείας, εξουσιοδοτώντας το έτσι να λαμβάνει στο μέλλον ιατρικές αποφάσεις στο όνομα και για λογαριασμό του, εφόσον ο ίδιος δεν θα είναι σε θέση να εκφράσει αυτοπροσώπως τη βούλησή του.

Γενικά, μέσω της νομοθετικής αναγνώρισης της δεσμευτικότητας των προγενέστερων οδηγιών καθίσταται σαφές, ότι επιδιώκεται να δοθεί προβάδισμα στο δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού³⁵ και αυτοδιάθεσης του ασθενούς, ακόμα και όταν αυτός de facto αδυνατεί να εκφράσει τη βούλησή του κατά την κρίσιμη στιγμή διενέργειας της ιατρικής πράξης. Προς την κατεύθυνση της αναγνώρισης στον ασθενή αυτού του επιπρόσθετου μέσου αυτοπροσδιορισμού έχουν κινηθεί πολλές αλλοδαπές νομοθεσίες (λ.χ. γερμανική, βελγική, αυστριακή)³⁶.

Στη *Γερμανία* συγκεκριμένα, μετά το 2009, αναγνωρίστηκε ο θεσμός των διαθηκών ζωής (Patientenverfügung). Σύμφωνα με το άρθρο 1901a BGB *κάθε ενήλικο και ικανό να εκφράσει τη βούλησή του άτομο έχει το δικαίωμα να αρνηθεί εγγράφως συγκεκριμένη θεραπευτική μεταχείριση ή ιατρική επέμβαση ενόψει μιας συγκεκριμένης κατάστασης της υγείας του, σε περίπτωση απώλειας της συνείδησής του, που δεν του*

33. *Λιούρδη*, ό.π., σελ. 2.9

34. *Ρεθυμιωτάκη*, ό.π., σελ. 154.

35. *Ρεθυμιωτάκη*, ό.π., σελ. 154.

36. Βλ. στο σημείο αυτό και την πρόταση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής να προβλεφθεί νομοθετικά ο διορισμός εκ μέρους του ασθενούς, σε κατάλληλο χρόνο, ειδικού αντιπροσώπου για θέματα υγείας, προς αποφυγή και των συγκρούσεων που συχνά δημιουργούνται μεταξύ των οικείων και των ιατρών αναφορικά με τη ιατρική μεταχείριση του ασθενούς.

επιτρέπει να εκφραστεί. Αν λοιπόν υφίσταται διαθήκη ζωής, ο δικαστικός συμπαραστάτης του ασθενούς υποχρεούται να ελέγξει αν το περιεχόμενο αυτής ανταποκρίνεται στην κατάσταση υγείας του ασθενούς και αναλόγως να εκφράσει ο ίδιος την πραγματική βούληση του τελευταίου. Αν όμως δεν υφίσταται διαθήκη ζωής ή οι περιεχόμενες σε αυτήν οδηγίες δεν ανταποκρίνονται στην κατάσταση υγείας του ασθενούς, ο δικαστικός συμπαραστάτης πρέπει να αναζητήσει την εικαζόμενη βούληση του ασθενούς και βάσει αυτής να λάβει τις σχετικές αποφάσεις³⁷.

Στην *Ελλάδα* δεν υπάρχει ειδική νομοθετική πρόβλεψη για το ζήτημα της δεσμευτικότητας ή μη των προγενέστερων οδηγιών του ασθενούς. Η μόνη διάταξη που περιέχει κάποιες ενδείξεις επί του θέματος είναι το εξεταζόμενο άρθρο 29 παρ. 2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, το οποίο επίσης δεν λύνει οριστικά το θέμα, αφού αναφέρει απλώς ότι προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς λαμβάνονται υπόψη. Συνεπώς, υπό το ισχύον νομικό πλαίσιο ο ιατρός υποχρεούται απλώς να λάβει υπόψη του τις οδηγίες του ασθενούς για το τέλος της ζωής του, δεν μπορεί όμως να υποχρεωθεί σε θετική ενέργεια, δηλαδή να εξαναγκαστεί λ.χ. σε διακοπή της τεχνητής υποστήριξης³⁸. Ενόψει, επομένως, της διατύπωσης του νόμου, ορθότερο φαίνεται να δεχτούμε, ότι οι προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς δεν έχουν δεσμευτική ισχύ³⁹ και μπορούν να λειτουργήσουν μόνο ως τεκμήρια της εικαζόμενης συναίνεσής του⁴⁰, πάντοτε όμως (τουλάχιστον για την ελληνική έννομη τάξη) προς την κατεύθυνση της διατήρησης της ζωής.

Γ. Το άρθρο 29 παρ. 3 ΚΙΔ

Τέλος, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, *ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.*

Με τη διάταξη αυτή απαγορεύεται ρητά η άμεση ενεργητική ευθανασία. Ακόμα λοιπόν και αν ο ασθενής επιθυμεί να πεθάνει και βρίσκεται στο τελικό στάδιο κάποιας ανίατης ασθένειας, η οποία αναπόφευκτα, αργά ή γρήγορα θα οδηγήσει στο θάνατο, ο ιατρός δεν μπορεί με θετική ενέργεια να επισπεύσει το θάνατο. Αν παρόλα ταύτα το κάνει, καθίσταται αξιόποινος για ανθρωποκτονία είτε εκ προθέσεως είτε εξ οίκτου (299 ή 300 ΠΚ).

Το ενδιαφέρον νομικό ζήτημα, το οποίο ανακύπτει σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι αν στοιχειοθετείται ποινική ευθύνη του ιατρού όταν αυτός, με βάση την προηγούμενη ενη-

μερωμένη συναίνεση του ασθενούς, που πάσχει από ανίατη και εξαιρετικά επώδυνη ασθένεια τελικού σταδίου, προβαίνει στη *χορήγηση ανακουφιστικής αγωγής, η οποία όμως έχει ως παρενέργεια τη σύντμηση της ζωής*⁴¹ του ασθενούς και την πρόκληση του θανάτου του. Ο ιατρός πράγματι σε αυτές τις οριακές περιπτώσεις έρχεται αντιμέτωπος με ένα τραγικό δίλημμα⁴². Να επιλέξει τη σύντομη παράταση της ζωής, η οποία όμως θα συνεπάγεται μεγάλη ταλαιπωρία και βασανιστικούς πόνους για τον ασθενή; Ή μήπως, δεδομένου ότι πλέον έχουν εξαντληθεί όλα τα θεραπευτικά περιθώρια, να στραφεί στη χορήγηση μόνο ανακουφιστικής αγωγής, ακόμα και αν αυτό συνεπάγεται επίσπευση του θανάτου; Τελικά, μήπως θα πρέπει να κριθεί σημαντικότερη μια συντομότερη ζωή, η οποία όμως θα εξασφαλίζει στοιχειώδη αξιοπρέπεια και ένα ανώδυνο πέρασμα στον αναπόφευκτο ούτως ή άλλως θάνατο; Το δίλημμα αυτό γίνεται ακόμα τραγικότερο, όταν ο ασθενής δεν έχει τις αίσθήσεις του (λ.χ. βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση) αλλά με βάση προγενέστερες οδηγίες του προκύπτει η βούλησή του για ανακούφιση από τους πόνους με κάθε κόστος.

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας αφήνει αρρύθμιστες αυτές τις περιπτώσεις. Νομιμοποιεί μεν την ανακουφιστική αγωγή, αλλά απαγορεύει ρητά την επίσπευση με οποιονδήποτε τρόπο του θανάτου⁴³. Στη θεωρία, ωστόσο, επικρατεί η άποψη⁴⁴ ότι τελικά αίρεται ο καταρχήν άδικος χαρακτήρας της πράξης του ιατρού. Οι απόψεις ως προς τη νομική θεμελίωση αυτής της θέσης δίστανται. Συνοπτικά, το άδικο σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να αρθεί είτε λόγω κατάστασης ανάγκης (25 ΠΚ) είτε λόγω επιτρεπόμενης κινδυνώδους δράσης. Από την άλλη πλευρά, τυχόν προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς προς τον ιατρό για χορήγηση ανακουφιστικής αγωγής που όμως επισπεύδει το θάνατο δεν μπορούν να θεωρηθούν νομικά δεσμευτικές.

Διαφορετικό βέβαια είναι το ζήτημα αν και *de lege ferenda* είναι ορθός ένας τέτοιος παραμερισμός του δικαιώματος αυτοκαθορισμού και αυτοδιάθεσης του ασθενούς στο τέλος της ζωής του. Ορθά επισημάνθηκε στο σημείο αυτό από ορισμένους συγγραφείς⁴⁵ ότι ενόψει της συνταγματικής κατοχύρωσης του απαραβίαστου της ανθρώπινης αξίας και προς αποφυγή εργαλειοποίησης και εμπραγμάτωσης του ανθρώπινου σώματος, η ανακουφιστική αγωγή πρέπει να έχει προβάδισμα, όταν ο ασθενής πάσχει από ανίατη και επώδυνη ασθένεια, που βρίσκεται στο τελικό στάδιο και για την οποία υπάρχει επιστημονική βεβαιότητα ότι κάθε θεραπεία θα είναι ανώφελη. Σε αυτές τις περιπτώσεις πράγματι ο ασθενής έχει απωλέσει κάθε πιθανότητα ανάκτησης της βιολογικής του αυτονομίας⁴⁶ και γι' αυτό ο ιατρός που τον αφήνει

37. Για τα ζητήματα των διαθηκών ζωής και των προγενέστερων οδηγιών αλλά και γενικότερα για την εξωτερική βούληση του ασθενούς σχετικά με ιατρικές πράξεις στο τέλος της ζωής του βλ. αναλυτικότερα και *Σαουλίδου Α.*, Η εξωτερική βούληση της βούλησης του ασθενή σε ζητήματα που αφορούν στο τέλος της ζωής - Διαθήκες ζωής: Μεταξύ ρύθμισης και απορρύθμισης σε: Η αρχή και το τέλος της ζωής, Ηθικά, ιατρικά και νομικά προβλήματα, Μ. Μηλαπίδου/Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου/Ν. Τάσκος/Κ. Χατζηκώστας (επιμ.), Νομική Βιβλιοθήκη, 2015, σελ. 141-169.

38. *Ρεθυμιωτάκη*, ό.π., σελ. 189.

39. *Ψαρούλης Δ./Βούλτσος Π.*, Ιατρικό Δίκαιο-Στοιχεία Βιοηθικής, ό.π., σελ. 384, *Βούλτσος*, σε Ερμηνεία ΚΙΔ, ό.π., σελ. 367.

40. *Ρεθυμιωτάκη*, ό.π., σελ. 178.

41. *Ρεθυμιωτάκη*, ό.π., σελ. 182.

42. *Ρεθυμιωτάκη*, ό.π., σελ. 187.

43. *Ρεθυμιωτάκη*, ό.π., σελ. 187.

44. *Συμεωνίδου-Καστανίδου*, Εγκλήματα κατά της ζωής, άρθρα 299-307 ΠΚ, Β' έκδοση, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2001, σελ. 202-204, *Μπέκας*, Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα, Δίκαιο και Οικονομία, Π.Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, 2004, σελ. 28-29, βλ. και *Kantianis*, ό.π., σελ. 195-196, 197-214, για παρουσίαση των διαφορετικών μεθόδων δικαιολόγησης του αδίκου στην ελληνική και γερμανική έννομη τάξη.

45. *Βιδάλης*, ό.π., σελ. 133-134, *Ρεθυμιωτάκη*, ό.π., σελ. 188.

46. *Ρεθυμιωτάκη*, ό.π., σελ. 189.

να καταλήξει ήρεμα, παρέχοντάς του ανακουφιστική αγωγή, συμμορφούμενος έτσι στην πραγματική ή εικαζόμενη –βάσει προγενέστερων οδηγιών– συναίνεσή του, επαφίεται στη φυσική εξέλιξη των πραγμάτων⁴⁷ και δεν προκαλεί το θάνατο, τον οποίο άλλωστε μόνο αποδέχεται ως παράπλευρη συνέπεια της πράξης του, σε καμία όμως περίπτωση δεν επιδιώκει.

III. Συμπεράσματα

Το ζήτημα της ανακουφιστικής ιατρικής και της μεταβολής του θεραπευτικού σκοπού σε ασθενείς τελικού σταδίου, των οποίων ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, επιλύθηκε από τον Έλληνα νομοθέτη προς την κατεύθυνση της νομιμοποίησης της ανακουφιστικής αγωγής σε αυτές τις οριακές περιπτώσεις (29 ΚΙΔ). Η προσπάθεια αυτή, ωστόσο, φαίνεται να μένει ατελής, αφού και μετά τη σχετική ρύθμιση του ΚΙΔ γκρίζες ζώνες στα ζητήματα των ιατρικών αποφάσεων κατά το τέλος της ζωής εξακολουθούν να υπάρχουν. Τα όρια του ιατρικού καθήκοντος απέναντι σε έναν επωδύνως θνήσκοντα ασθενή παραμένουν ρευστά, η δε προγενέστερη βούλησή του δεν φαίνεται ακόμα –τουλάχιστον στο πλαίσιο της ελληνικής έννομης τάξης– να μπορεί να αποκτήσει κάποιο δεσμευτικό περιεχόμενο για τον ιατρό.

Ωστόσο, οι πρόοδοι που έχουν σημειωθεί στον τομέα της ανακουφιστικής ιατρικής και η δυνατότητα παροχής πλέον στους ασθενείς ολοκληρωμένων και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας φαίνεται να έχει περιθωριοποιήσει κάπως τη συζήτηση για την ευθανασία και κυρίως για το επιτρεπτό ή μη αυτής⁴⁸. Υποστηρίζεται εύλογα λοιπόν, ότι όπου το επίπεδο παροχής υπηρεσιών παρηγορητικής περίθαλψης είναι υψηλό, ο ασθενής δεν θα εκφράσει την επιθυμία προσφυγής στην ιατρικώς υποβοηθούμενη

αυτοκτονία ή ακόμα και στην ενεργητική ευθανασία. Αυτό όμως αμφισβητείται, ενώ δεν φαίνεται να επιβεβαιώνεται ούτε από σχετικές στατιστικές μελέτες⁴⁹.

Το μόνο σίγουρο είναι ότι τη δικαστηριακή πρακτική απασχόλησαν⁵⁰ και θα εξακολουθούν να απασχολούν πολύ συχνά υποθέσεις ανιάτως πασχόντων, οι οποίοι θα διεκδικούν το (αυτονόητο;) δικαίωμα σε ένα γαλήνιο, ήρεμο και ανώδυνο θάνατο.

47. Ρεθυμιωτάκη, ό.π., σελ. 189.

48. Βλ. αναλυτικά, *Kuschel A.*, *Der ärztlich assistierte Suizid. Straftat oder Akt der Nächstenliebe*, 2005, σελ. 100

49. Βλ. σχετικά *Kuschel A.*, ό.π., σελ. 100, η οποία αναφέρει ότι ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο διαθέτει ένα από τα καλύτερα συστήματα ανακουφιστικής περίθαλψης, η πρακτική της ενεργητικής ευθανασίας εμφανίζεται κατά πολύ συχνότερα (32%) σε σχέση με άλλες χώρες.

50. Βλ. υπόθεση ΕΔΔΑ *Pretty* κατά Ην. Βασιλείου (29.7.2002): Η κυρία *Pretty* έπασχε από εκφυλιστική περιφερική νευροπάθεια με γρήγορη εξέλιξη που σε μικρό χρονικό διάστημα οδήγησε σε παράλυση και αδυναμία ομιλίας και σίτισης. Η κυρία *Pretty* ζήτησε να απαλλαγεί από το φόβο και την αναξιοπρέπεια που συνεπάγονταν η φυσική πορεία της νόσου της με το να της παρασχεθούν από το σύζυγό της τα απαραίτητα μέσα για να τερματίσει τη ζωή της όταν θα αισθανόταν ότι δεν μπορεί να αντέξει άλλο. Η βοήθεια σε αυτοκτονία αποτελεί ποινικό αδίκημα σύμφωνα με το βρετανικό νόμο περί αυτοκτονίας. Η αίτηση, που υπέβαλε προς τη Διεύθυνση Εισαγγελίας για εγγύηση μη δίωξης του συζύγου της, απορρίφθηκε. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων δεν διαπίστωσε στη δικαστική άρνηση παραβίαση των δικαιωμάτων της κυρίας *Pretty* και του άρθρου 2 της ΕΣΔΑ, αφού κατά το ΕΔΔΑ το άρθρο 2 της ΕΣΔΑ δεν κατοχυρώνει ένα δικαίωμα στο θάνατο. Η κυρία *Pretty* πέθανε λίγο μετά την απόφαση με τον οδυνηρό και αναξιοπρεπή τρόπο που φοβόταν. Βλ. όμως και *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, WHO, January 2014, σελ. 9, και στη θέση του ΠΟΥ, ότι το δικαίωμα των ασθενών τελικού σταδίου σε υπηρεσίες ανακουφιστικής ιατρικής αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα που εμπεριέχεται στο ευρύτερο δικαίωμα της υγείας.

