

Ο Προσδιορισμός του Θανάτου στην Ελληνική Νομοθεσία και η Υποχρέωση Ιατρικής Πιστοποίησής του

A. ΒΑΡΚΑ-ΑΔΑΜΗ

I. Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Όπως είναι γνωστό, το άρθρο 35 ΑΚ με τον παράτιτλο «ύπαρξη και τέλος προσώπου», θέλοντας να προσδιορίσει τα χρονικά όρια της νομικής ύπαρξης του ανθρώπου μέσα στα οποία τελεί υπό συνταγματική – και όχι μόνο – προστασία, ορίζει ότι «το πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει μόλις γεννηθεί ζωντανό και παύει με το θάνατό του». Ο θάνατος αποτελεί τον οριστικό και μοναδικό (πλέον)¹ λόγο τερματισμού της ανθρώπινης προσωπικότητας, διότι από τη στιγμή της επέλευσής του παύει η βιολογική οντότητα του ανθρώπου, που συνίσταται στη λειτουργική αυτοδυναμία των οργάνων του και την ικανότητα για συνείδηση. Είναι δε ευνόητο ότι ο ακριβής καθορισμός του χρόνου επέλευσης του θανάτου επιβάλλεται από την ηθική τάξη και το σεβασμό της προσωπικότητας του ανθρώπου, αλλά εξυπηρετεί ουσιαστικά και τη δικαιοσύνη σε κάθε ένομη τάξη.

Για τη νομική επιστήμη ο θάνατος ήταν ανέκαθεν ένα βιολογικό γεγονός που έπρεπε αλλά και αρκούσε να διαπιστωθεί ιατρικά. Για την ιατρική επιστήμη μέχρι πριν λίγες δεκαετίες ο εννοιολογικός και χρονικός προσδιορισμός του θανάτου συνέπιπτε με τη μη αναστρέψιμη καθολική παύση των δύο βασικών ζωτικών λειτουργιών της κυκλοφορίας του αίματος και της αναπνοής², που σε ελάχιστο διάστημα προκαλούν τη νέκρωση του εγκεφάλου. Η αλματώδης όμως εξέλιξη

της ιατρικής τεχνολογίας, που επέτρεψε τη δυνατότητα καρδιοαναπνευστικής υποστήριξης με μηχανικά μέσα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ανθρώπων των οποίων οι εγκεφαλικές λειτουργίες έχουν πάψει οριστικά, έδωσε νέα διάσταση στην έννοια του θανάτου και επέβαλε νέα κριτήρια για τη διάγνωσή του. Δημιουργήθηκε ένας νέος ιατρικός όρος, ο όρος «εγκεφαλικός θάνατος», που όμως έχει προκαλέσει και προκαλεί ακόμη και σήμερα, καίτοι έχει υιοθετηθεί από όλες σχεδόν τις χώρες, αμφιλεγόμενες συζητήσεις και διαφωνίες τουλάχιστον ως προς την ηθική και δεοντολογική του διάσταση.

Κατ' αρχήν αυτός καθαυτός ο όρος «εγκεφαλικός θάνατος» δημιουργεί την εσφαλμένη εντύπωση της ύπαρξης και άλλου είδους θανάτου, ενώ έχει αποσαφηνιστεί ιατρικά ότι ο θάνατος είναι ένας και σύμφωνα με τη σύγχρονη επιστημονική αντίληψη ορίζεται «ως η ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη³ αναπνοή⁴». Αυτή η ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση καθώς και η ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόνομη αναπνοή επέρχονται με τη νέκρωση του εγκεφάλου, αφού ο εγκέφαλος είναι το όργανο πάνω στο οποίο έχει τη βιολογική της έδρα⁵ η ανθρώπινη προσωπικότητα, ως ενιαίο σύνολο λειτουργίας σωματικών και πνευματικών στοιχείων.

1. Έχουν καταργηθεί άλλοι λόγοι τερματισμού της προσωπικότητας, που ίσχυαν παλιότερα όπως π.χ. ο πολιτικός θάνατος που καταργήθηκε στην Ελλάδα το 1862, με ψήφισμα. Βλ. Ν. Παπαντωνίου, *Γενικές Αρχές του Αστικού Δικαίου*, παρ. 22α σελ. 99.

2. Βλ. τον ορισμό του θανάτου στο *Bleck's Law Dictionary*, εκδ. 1933 και 1950.

3. Ορθότερος είναι ο προσδιορισμός «αυτόνομη» και όχι αυτόματη.

4. Βλ. απόφαση αριθ. 9/16.7.85 της 21ης Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) περί «διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου» στο *Μεταμόσχευση* 2.1:76-84, 1991 σελ. 77.

5. Βλ. Esser A. «Ιατρικό καθήκον διατήρησης της ζωής και διακοπή θεραπείας» (1986) σελ. 85

Μέχρι σήμερα η ιατρική επιστήμη δέχεται αυτό που υποστηρίχθηκε για πρώτη φορά το 1971 από ομάδα γιατρών στη Minnesota των ΗΠΑ⁶, ότι η πλήρης και μη αναστρέψιμη καταστροφή του εγκεφαλικού στελέχους αποτελεί συνθήκη αναγκαία αλλά και επαρκή για τη διαπίστωση της μη αναστρέψιμης παύσης των λειτουργιών του εγκεφάλου και της μη επιστροφής στη ζωή, γιατί είναι βέβαιο ότι μετά τον εγκεφαλικό θάνατο επακολουθεί σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα και ο βιολογικός θάνατος όλων των κυττάρων. Στην περίπτωση μη αναστρέψιμης βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους η φυσική παρουσία του ανθρώπινου σώματος και η με τεχνητή υποστήριξη λειτουργία της αναπνοής και της καρδιάς δίνουν απλώς την ψευδαίσθηση ότι ο άνθρωπος υπάρχει. Γιατί οι ικανότητες που εξατομικεύουν τον άνθρωπο, η διάνοια και η αντίληψη των δρώμενων αλλά και η αυτόνομη ικανότητα για αναπνοή, που βασίζονται στην εγκεφαλική λειτουργία, δεν υπάρχουν πλέον. Η διάγνωση επομένως της πλήρους και αμετάκλητης καταστροφής του εγκεφαλικού στελέχους σημαίνει και διάγνωση του θανάτου του ανθρώπου. Από ιατρικής πλευράς έχει βέβαια διευκρινιστεί ότι τα άτομα που βρίσκονται στη λεγόμενη «φυτική κατάσταση» δεν θεωρούνται νεκρά, αφού το εγκεφαλικό τους στέλεχος λειτουργεί και επομένως συντηρεί αυτοδύναμα τη λειτουργία της αναπνοής και την κυκλοφορία του αίματος⁷.

II. Η σύνδεση του εγκεφαλικού θανάτου με τις μεταμοσχεύσεις

Διεθνώς η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου περιελήφθη αρχικά και προσδιορίστηκε είτε σε Αρχές και Διακηρύξεις Ιατρικής Δεοντολογίας⁸ σχετικές με τις μεταμοσχεύσεις, είτε σε εθνικά νομοθετικά πλαίσια που οριοθετούν τις μεταμοσχεύσεις⁹. Αυτή η σύνδεση του εγκεφαλικού θανάτου με τις μεταμοσχεύσεις, που ως ένα σημείο είναι κατανοητή, αφού μόνο από εγκε-

φαλικά νεκρό είναι δυνατή η αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση, προσέθεσε νέα ερωτηματικά και συναισθηματικές φορτίσεις στον ήδη φορτισμένο όρο του εγκεφαλικού θανάτου, για τον οποίο η κοινή γνώμη δεν ήταν και στο μεγαλύτερο μέρος εξακολουθεί να μην είναι πληροφορημένη και ο λοιπόν πλην των ιατρών επιστημονικός κόσμος παραπληροφορημένος. Δημιουργήθηκε έτσι η εσφαλμένη εντύπωση ότι οι γιατροί οφείλουν να πιστοποιούν τον εγκεφαλικό θάνατο μόνο στις περιπτώσεις εγκεφαλικά νεκρών δοτών οργάνων για μεταμόσχευση όχι και στις περιπτώσεις εγκεφαλικά νεκρών από τους οποίους δε θα γίνει και παραμένουν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας μέχρι σταδιακής και πλήρους αποσύνθεσης των κυττάρων τους¹⁰. Αυτή η διαφορετική αντιμετώπιση στο θάνατο, που θα μας απασχολήσει στη συνέχεια, επέτεινε στους μη ειδικούς την καχυποψία ότι ο εγκεφαλικός νεκρός δότης οργάνων ίσως και να μην είναι τόσο νεκρός. Έτσι, δεν είναι απορίας άξιο που έγκριτοι νομικοί επιστήμονες θεωρούν «πολύ σοβαρό το πρόβλημα του προσδιορισμού του θανάτου που δημιουργήθηκε από τη διάδοση των μεταμοσχεύσεων, γιατί στην περίπτωση αυτή οι γιατροί που παρακολουθούν την υγεία του ανθρώπου τον θεωρούν ζωντανό όσο λειτουργεί η καρδιά του, ενώ οι γιατροί που ενδιαφέρονται για την μεταμόσχευση οργάνου του σε άλλον αποβλέπουν στον εγκεφαλικό θάνατο¹¹. Η ακόμη θεωρούν ότι «εν τη χειρουργική των μεταμοσχεύσεων της καρδιάς κρατεί ο κανών ότι ο άνθρωπος εξ ου αφαιρείται η καρδιά πρέπει να είναι τώσον νεκρός, όσο τούτο είναι απολύτως αναγκαίο, η αφαιρούμενη όμως προς μεταμόσχευση καρδιά πρέπει να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο ζώσα και πάλλουσα¹²». Και ακόμη ότι «εν ζωή συνεπώς ευρίσκεται και εκείνος παρ' ω λειτουργούν εισέτι αυτοδυνάμως οι πνεύμονες και η καρδιά, καίτοι εισήγασαν τα εγκεφαλικά κύματα¹³».

6. Βλ. Korein I. Maccaris M.: «On the diagnosis of cerebral death. A prospective study on 55 patients to define irreversible coma», στο Clin. Electroenceph. 1971-2 σελ. 178 επ.

7. Βλ. λεπτομερέστερα Μ. Γιαννάκου-Πεφτουλίδου, Ε. Σμαροπούλου, Φ. Στούπα, Π. Χριστοδουλίδης «Ο εγκεφαλικός θάνατος» στο Μεταμόσχευση 1.2:122-129, 1990 σελ. 122-123.

8. Βλ. π.χ. Τη Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας στη Βενετία το 1983 για την τελειωτική ασθένεια (αρθ. 3.3.). Βλ. επίσης άρθρο 13 των Αρχών της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας του 1987 της Διαρκούς Επιτροπής των ιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

9. Βλ. π.χ. τον προηγούμενο δικό μας Ν. 821/78 και τον ισχύοντα Ν.

1383/83.

10. Αυτή η διαφορετική αντιμετώπιση στο θάνατο προέκυψε κατά την αξιολόγηση του σεμιναριακού προγράμματος «Τηλεεκπαίδευσης» σε θέματα μεταμοσχεύσεων, το οποίο πρόγραμμα έγινε στα πλαίσια της Κοινοτικής Προποβολής Euroform σε Θεσπλίξη και Αθήνα, το 1994.

11. Βλ. Ν. Παπαντωνίου, Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου παρ. 22α σελ. 99.

12. Βλ. Τ. Φιλίππιδη, Μαθήματα Ποινικού Δικαίου Ειδικών Μέρους (1979), σελ. 23.

13. Βλ. Ν. Ανδρουλάκη, Ποινικών Δίκαιον Ειδικών Μέρους, σελ. 25.

Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι η κοινή γνώμη δεν έχει όντως πεισθεί ότι ο θάνατος είναι ένας και μόνον: η πλήρης νέκρωση των εγκεφαλικών λειτουργιών που επέρχεται με τη νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους. Απλώς οι ενδείξεις επέλευσης του θανάτου διαφέρουν. Η καθολική παύση της αναπνοής και της καρδιάς είναι ένα μάλλον ευχερές κριτήριο διαπίστωσης του θανάτου. Στην περίπτωση μη αυτοδύναμης αλλά με τεχνητή υποστήριξη ύπαρξης της αναπνοής, λόγω βλάβης των εγκεφαλικών λειτουργιών, χρειάζεται να εφαρμοστούν εκείνα τα επιστημονικά κριτήρια και να γίνουν οι συγκεκριμένες κλινικές δοκιμασίες που έχουν διεθνώς δοκιμαστεί και θεωρούνται στην ιατρική επιστήμη πλήρως ασφαλή για τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους και επομένως τη διάγνωση του θανάτου του ανθρώπου. Δεν υπάρχει επομένως διαβάθμιση στο θάνατο και είναι εσφαλμένη η άποψη ότι οι γιατροί που δεν ενδιαφέρονται για μεταμόσχευση θεωρούν ζωντανό τον άνθρωπο του οποίου πάλλει – προφανώς με τεχνητή υποστήριξη η καρδιά – ενώ είναι πλήρως κατεστραμμένο το εγκεφαλικό στέλεχος. Και επίσης όταν σιγάσουν τα εγκεφαλικά κύματα λόγω καταστροφής του εγκεφαλικού στελέχους δεν μπορούν να λειτουργούν αυτοδύναμα οι πνεύμονες και η καρδιά. Ο άνθρωπος είναι νεκρός, εγκεφαλικά νεκρός, χωρίς να υπάρχει καμιά ελπίδα – και δεν έχει υπάρξει στα διεθνή ιατρικά δεδομένα – επιστροφής στη ζωή. Επομένως οι γιατροί οφείλουν να πιστοποιούν το θάνατό του.

Βεβαίως η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και επακόλουθα η διακοπή της λειτουργίας της συσκευής οξυγόνου προκαλεί και σε μερίδα γιατρών συνειδησιακές φορτίσεις και δισταγμούς και δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο οι γιατροί να καταφεύγουν στη λύση της συναίνεσης των συγγενών του «νεκρού» για το κλείσι-

μο της «σπρόφιγγας» του οξυγόνου¹⁴, όταν πρόκειται για μη δότη οργάνων, γιατί όταν πρόκειται να επακολουθήσει αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση η συναίνεση είναι δεδομένη. Θα εξετάσουμε στη συνέχεια μέχρι ποίου σημείου είναι δικαιολογημένοι οι ιατρικοί δισταγμοί για τη διακοπή της λειτουργίας της συσκευής οξυγόνου, καθώς και το αν οι συγγενείς του θανόντος έχουν εξουσία αντιπροσωπεύσεως αυτού, η προσωπική εξουσία συναίνεσεως για τη διακοπή της θεραπείας.

Από την άλλη μεριά υπάρχουν και περιπτώσεις στην διεθνή αρθρογραφία, όπου γιατροί υπαινίσσονται απερίσπαστη ταχύτητα στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, κυρίως παιδιών, με το αιτιολογικό ότι ήταν πολύ σύντομη η παραμονή τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας¹⁵.

III. Ο προσδιορισμός του θανάτου στην ελληνική νομοθεσία

Μέχρι το 1978 ο Έλληνας νομοθέτης δεν προσδιόριζε την έννοια του θανάτου, ούτε επέβαλε κριτήρια προσδιορισμού ή μέσα διάγνωσης του. Ηρκείτο¹⁶ και αρκείται ακόμη και σήμερα στις περισσότερες περιπτώσεις στην πιστοποίηση του θανάτου από έναν γιατρό που νοσήλευε τον θανόντα και εν ελλείψει αυτού από νεκροσκόπο γιατρό.

Το πρώτο νομοθετικό κείμενο για τις μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς χιτώνος το Ν.Δ. 3372/55 «περί κερατοπλαστικών εγχειρήσεων» έθετε ως προϋπόθεση της αφαίρεσης των οφθαλμών του νεκρού με σκοπό τη μεταμόσχευση τη διαπίστωση του θανάτου του από δύο τουλάχιστον γιατρούς «διά των εν χρήσει επιστημονικών μέσων» και την από αυτούς σύνταξη πρακτικού, στο οποίο έπρεπε να βεβαιωθεί η αιτία του θανάτου.

14. Από τις αναισθησιακές φορτίσεις και οι ιατρικοί δισταγμοί κατά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου καθώς και η διαφοροποίηση στην αντιμετώπιση του θανάτου δηλαδή η πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου μόνο στις περιπτώσεις εγκεφαλικά νεκρών δότην οργάνων για μεταμόσχευση είναι θέματα που συζητήθηκαν ιδιαίτερα κατά την ημερίδα που οργάνωσε η Επιστημονική Επιτροπή των Προγράμματος Ευροφιστ στις 17.6.95 στην Αθήνα με θέμα «Ιατρικές και Νομικές Απόψεις για τον εγκεφαλικό θάνατο».

15. Βλ. Howard Trachtman MD «Death in the Pediatric Intensive Care Unit», σελίδα σε άρθρο του Dr. Vernon αλλά βλέπε επίσης και την απάντησή του τελενταίον στα σελίδα αυτά στο *Critical Care Medicine* Vol. 22 No 10 October 1994.

16. Βλ. άρθρο 24 παρ. 1 και 2 και άρθρο 25 παρ. 2 του Ν. 5097/1931 «περί ληξιαρχικών πράξεων». Βλ. επίσης άρθρο 9 του ΒΔ της

28.3.94.1834 «περί των νεκροταφείων και ενταφιασμού των νεκρών», που απαιτούσε διαπίστωση υπό τον νεκρόπτον ότι το όντι υπάρχει θάνατος». Βλ. επίσης το άρθρο 7 του ΒΔ της 13.5.1835 «περί νεκροσκοπίας», που απαιτούσε διαπίστωση υπό τον νεκρόπτον εάν ο θάνατος υπάρχει πραγματικός ή κατ' επιφανείαν». Βλ. επίσης το άρθρο 2 του ΑΝ 445/1968 «περί νεκροταφείων και ενταφιασμού των νεκρών», που επιτρέπει την ταφή των νεκρών μετά πάροδο 12 ωρών «από τον νομίμως πιστοποιούμενον θάνατον». Επίσης ο Ν. 344/1976 «περί ληξιαρχικών πράξεων» χωρίς να ορίζει το θάνατο επιβάλλει απλώς την πιστοποίησή του από έναν γιατρό, ο οποίος όμως πρέπει να δηλώνει την πιθανή αιτία θανάτου αναφέροντας την αρχική ασθένεια και το τελειωτικό σύμπτωμα που προκάλεσε τον θάνατο (άρθρο 48 και 32).

Ο Ν. 821/78, που αποτέλεσε το πρώτο ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις, υιοθετούσε έμμεσα τον εγκεφαλικό θάνατο, χωρίς να κάνει χρήση του όρου. Τον προσδιόριζε δε με την επέλευση σημείων που δηλώνουν την οριστική (μη αναστρέψιμη) κατάργηση της λειτουργίας του νευρικού συστήματος, ανεξαρτήτως χρόνου εμφάνισης και παραμονής αυτών και ανεξαρτήτως της τεχνητής παράτασης των λειτουργιών ορισμένων μεμονωμένων οργάνων και συστημάτων (άρθρο 9 παρ. 1). Ο Ν.821/78 όριζε επίσης στην παρ. 2 του άρθρου 9 ότι η διαπίστωση του θανάτου θα έπρεπε τουλάχιστον για πενταετία την Ιατρική, από τους οποίους ο ένας ειδικότητας νευρολογίας και οι οποίοι δεν έπρεπε να είχαν σχέση με την ομάδα των γιατρών που θα έκανε τη μεταμόσχευση. Ακόμη ο Ν. 821/78 ενώ όριζε ότι η διάγνωση του θανάτου θα έπρεπε να γίνεται βάσει των καθιερωμένων και αναμφισβήτητων επιστημονικών μεθόδων απαιτούσε και τη συνύπαρξη των εξής κριτηρίων για τον προσδιορισμό του θανάτου:

- α) Κατάργηση των κινήσεων, αυτομάτων και προκλήτων.
- β) Κατάργηση των αντανάκλαστικών και ιδιαιτέρως του κερατοειδούς.
- γ) Μυδρίαση και έλλειψη οιασδήποτε αντιδράσεως της κόρης σε ισχυρά φωτεινά ερεθίσματα.
- δ) Μη εμφάνιση αναπνευστικών κινήσεων ύστερα από πειραματική διακοπή της λειτουργίας του μηχανήματος αναζωογονήσεως, εφόσον το άτομο βρίσκεται σ' αυτό, για χρόνο ικανό να προκαλέσει αυτόματες αναπνευστικές κινήσεις λόγω της αθρόισης διοξειδίου του άνθρακος.
- ε) Ηλεκτροεγκεφαλική σιγή.

Ο Ν. 821/78 όχι μόνο συνέδεε τον εγκεφαλικό θάνατο με τις μεταμοσχεύσεις αλλά όριζε ρητά ότι: «Νεκρόν διά την εφαρμογήν των διατάξεων του παρόντος» θεωρείται το άτομον επί του οποίου διαπισώθηκαν τα κριτήρια προσδιορισμού του θανάτου, τα οποία όριζε κατά τα ανωτέρω (άρθρο 9). Μια εκ πρώτης όψεως ερμηνεία της ατυχούς αυτής λεκτικής διατύπωσης «νεκρόν διά την εφαρμογήν των διατάξεων του παρόντος» οδηγεί στον εσφαλμένο συμπεράσμα ότι η διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου επεβάλλε-

το μόνο στις περιπτώσεις αφαίρεσης οργάνων από εγκεφαλικά νεκρό δότη, όχι σε κάθε περίπτωση. Η άποψη αυτή πέραν του ότι είναι αντιεπιστημονική, αφού όπως προαναφέρθηκε, ο θάνατος είναι ένας, είναι και αντισυνταγματική διότι καταστρατηγεί τις περί ίσης μεταχείρισης των ελλήνων πολιτών διατάξεις του Συντάγματος (άρθρο 4), αφού διαφοροποιεί ανεπίτρεπτα και άνευ λόγου τους εγκεφαλικά νεκρούς δότες οργάνων από τους εγκεφαλικά νεκρούς μη δότες. Δε νομίζουμε δε ότι αυτή ήταν η πρόθεση του νομοθέτη του 1978, ο οποίος θέσπισε συγκεκριμένα κριτήρια και μέσα διάγνωσης του θανάτου, την εφαρμογή των οποίων επέβαλε στους γιατρούς, ώστε να είναι σίγουρη η κοινή γνώμη ότι η αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση γίνεται από άτομο όντως νεκρό. Με την ατυχή όμως λεκτική διατύπωση πέτυχε το αντίθετο. Να εντείνει, αν όχι να δημιουργήσει, την αμφιβολία για την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και να οδηγήσει στις εσφαλμένες απόψεις που εκφράστηκαν, όπως προαναφέρθηκε και από νομικούς επιστήμονες περί διαφοροποιήσεως ή μάλλον διαβαθμίσεως του θανάτου.

Ο ισχύων Ν. 1383/83 δεν καθορίζει κριτήρια θανάτου και ορθά, αφού το θέμα της διάγνωσης του θανάτου ήταν και είναι απογλειστοικά θέμα ιατρικής κρίσης και ευθύνης. Η συνύπαρξη συγκεκριμένων κριτηρίων και η επιτακτική εφαρμογή συγκεκριμένων εργαστηριακών μέσων για τον προσδιορισμό του θανάτου πέραν του ότι τα κριτήρια ή τα μέσα αυτά δεν είναι σταθερά, μεταβάλλονται με την ιατρική εξέλιξη¹⁷, θα σήμαινε απλώς αδικαιολόγητη καθυστέρηση στη λήψη πρωματικών μοσχευμάτων, με κίνδυνο τα μοσχεύματα να φθαρούν και να γίνουν αζατάλληλα για μεταμόσχευση¹⁸. Έτσι, παρά τις αντιρρήσεις της αντιπολίτευσης όταν συνεζητείτο το θέμα της έννοιας και των κριτηρίων του θανάτου, ο Ν. 1383/83 υιοθέτησε τον εγκεφαλικό θάνατο ως μια έννοια καθαρά επιστημονικού ιατρικού προσδιορισμού, αναθέτοντας την ευθύνη πιστοποίησής του στους γιατρούς, με βάση τα ισχύοντα κάθε φορά επιστημονικά δεδομένα, κατοχυρώνοντας όμως παράλληλα την πιστοποίηση αυτή με τη συμμετοχή τριών γιατρών στην όλη διαδικασία.

Ο Ν. 1383/83 συνδέει τον εγκεφαλικό θάνατο με τις

17. Πχ. το ηλεκτροεγκεφαλόγραφο που είχε χρησιμοποιηθεί ενδύτατα για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και σύμφωνα με τον προηγούμενο Ν. 821/78 έπρεπε απαραίτητως να εφαρμοστεί μεταξυ άλλων για τη διάγνωση του θανάτου, απεδείχθει μειωμένης δια-

γνωστικής αξίας. Βλ. λεπτομερέστερα απόφαση αριθμ. 9/16.7.85 του ΚΕΣΥ στο Μεταμόσχευση 2, 1:76-84, 1991 σελ. 77 και 81.

18. Βλ. Πρακτικά Βουλής συνεδρίαση Θ' 5-7-83 σελ. 302-303.

μεταμοσχεύσεις, χωρίς όμως να επαναλαμβάνει την εσφαλμένη διατύπωση του προϊσχύοντος Ν. 821/78 για το πότε το άτομο θεωρείται νεκρό για την εφαρμογή των διατάξεών του. Ωστόσο και ο Ν. 1383/83 περιέχει μια ιδιότυπη και ασαφή λεκτική διατύπωση για τον εγκεφαλικό θάνατο, τον οποίο προσδιορίζει εννοιολογικά έμμεσα με τον καθορισμό του πότε μπορεί να γίνει αφαίρεση ιστών ή οργάνων από νεκρό. Τον εγκεφαλικό θάνατο αποσαφηνίζει σαφέστερα η εισηγητική έκθεση του Ν. 1383/83¹⁹.

Ειδικότερα: Το άρθρο 7 παρ. 4 του Ν. 1383/83 ορίζει ότι: «Με την επέλευση του θανάτου η αφαίρεση ιστών και οργάνων μπορεί να γίνει και όταν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων, εκτός από τον εγκέφαλο διατηρούνται με τεχνητά μέσα (εγκεφαλικός θάνατος)». Η δε επόμενη παρ. 5 του ίδιου άρθρου ορίζει: «Ο εγκεφαλικός θάνατος πιστοποιείται από τον υπεύθυνο για τον άρρωστο γιατρό ή τον αντικαταστάτη του, ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό και έναν αναισθησιολόγο. Στην πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου δεν συμμετέχει γιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα». Εάν το τελευταίο αυτό εδάφιο είχε ως εξής: «Στην πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου, εφόσον πρόκειται για εγκεφαλικά νεκρό δότη οργάνων, δεν συμμετέχει γιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα», δεν θα υπήρχε καμιά αμφιβολία στον ιατρικό κόσμο ότι ο Ν. 1383/83 δε διακρίνει και απαιτεί την πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου με τα ίδια αυστηρά κριτήρια και την ίδια διαδικασία, είτε πρόκειται να επακολουθήσει αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση είτε όχι.

Ορθότερο βέβαια είναι σε μια μελλοντική τροποποίηση του Ν. 1383/83 να αποσαφηνιστεί στο κείμενο του νόμου, σε ιδιαίτερο άρθρο αυτού η έννοια του θανάτου και να ορισθεί ότι: «Ο άνθρωπος είναι νεκρός από τη στιγμή που διαπιστώνεται η μη αναστρέψιμη παύση των λειτουργιών της κυκλοφορίας του αίματος και της αναπνοής και σε περίπτωση

τεχνητής υποστήριξης αυτών από τη στιγμή που διαπιστώνεται η μη αναστρέψιμη παύση των εγκεφαλικών λειτουργιών συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους»²⁰.

Επίσης σε ιδιαίτερη παράγραφο του ίδιου άρθρου να οριστεί ότι: «Ο εγκεφαλικός θάνατος πιστοποιείται από δύο γιατρούς ο ένας ειδικότητας νευρολόγου ή νευροχειρουργού και ο άλλος ειδικότητας αναισθησιολόγου. Εφόσον πρόκειται για εγκεφαλικά νεκρό δότη οργάνων για μεταμόσχευση στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει γιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα». Νομίζουμε ότι η πιστοποίηση του θανάτου από δύο γιατρούς των ανωτέρω δύο ειδικοτήτων, που είναι αρμόδιες για να κάνουν τις κλινικές δοκιμασίες για τη διάγνωση του θανάτου, είναι ασφαλής και δεν μπορεί να προσφέρει περισσότερη ασφάλεια η συμμετοχή και του ανεξαρτήτως ειδικότητας υπεύθυνου για τον άρρωστο γιατρό ή του αντικαταστάτη του, όπως ορίζει ο Ν. 1383/83, ο οποίος θα είναι μάλλον επηρεασμένος από τη συναισθηματική φόρτιση των συγγενών.

Στο γερμανικό νομοσχέδιο για τις μεταμοσχεύσεις, που επίσης προβλέπει την πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου από δύο γιατρούς κατά τα ανωτέρω, επισημαίνεται σε ιδιαίτερη παράγραφο ότι οι συγγενείς ή οι νόμιμοι εκπρόσωποι του νεκρού μπορούν να καλέσουν πραγματογνώμονα της εμπιστοσύνης τους, για να ελέγξει το πρωτόκολλο ως προς τα αίτια του θανάτου. Η διάταξη αυτή σ' εμάς θα ήταν περιττή και μόνον προβλήματα θα δημιουργούσε, διότι σύμφωνα με το άρθρο 32 του Ν. 344/1976 «περί ληξιαρχικών πράξεων» ο γιατρός υποχρεούται σε κάθε πιστοποίηση θανάτου να δηλώσει την πιθανή αιτία θανάτου, αναφέροντας την αρχική ασθένεια και το τελειωτικό σύμπτωμα που προκάλεσε τον θάνατο. Πέραν δε τούτου σε περίπτωση ύπαρξης αμφισβήτησης χωρίς ρητά να αναφέρεται στο νόμο πάντα είναι δυνατόν ο έλεγχος του πρωτοκόλλου θανάτου έστω και ύστερα από

19. Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του Ν. 1383/83 (σελ. 2) «Η έννοια του θανάτου εξακολουθεί να είναι ταυτώσιμη στη συνείδηση του κόσμου με την παύση της καρδιακής λειτουργίας. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που πρώτα καταστρέφεται ο εγκέφαλος, οπότε πεθαίνει ο άνθρωπος και μετά σταματάει η καρδιακή λειτουργία. Κλασικές τέτοιες περιπτώσεις είναι η τέλεια καταστροφή του εγκεφαλικού στελέχους από τροχαία ατυχήματα, από εγκεφαλικά επεισόδια και από όγκους του εγκεφάλου. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η Ιατρική έχει τη δυνατότητα να διατηρήσει με τεχνητά μέσα την αναπνοή και την καρδιακή λειτουργία του εγκεφαλικού

νεκρού για μερικά 24 ωρα. Τότε ακριβώς ορισμένα όργανα του νεκρού όπως νεφροί, σπυλαίμοι, πάγκρεας, σπυλαίμοι, καρδιά είναι κατάλληλα για μεταμόσχευση, με την προϋπόθεση ότι θα αφαιρεθούν μέσα στα λίγα 24ωρα που η καρδιακή λειτουργία και η αναπνοή διατηρούνται με τεχνητά μέσα. Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται με βάση αυστηρά ιατρικά κριτήρια».

20. Έτσι σε ιδιαίτερο άρθρο (άρθρο 4) αποσαφηνίζεται η έννοια του θανάτου και στο γερμανικό νομοσχέδιο για τις μεταμοσχεύσεις, που είχε κατατεθεί το 1994 αλλά δεν έχει ψηφιστεί ακόμη.

εισαγγελική άδεια.

Όπως προαναφέρθηκε ο Ν. 1383/83 δεν περιέλαβε και ορθά κριτήρια ή μέσα διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου. Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) όμως στην 21η Ολομέλεια της 20/3/85 εξέδωσε γνωμοδότηση για τα κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου, που αποτελεί κωδικοποίηση και καταγραφή των όσων σχετικά με το θέμα αυτό ισχύουν σήμερα στην ιατρική επιστήμη. Αυτή η γνωμοδότηση-εγκύκλιος απεστάλη προς τα νοσοκομεία και τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ώστε να αποτελέσει έναν κώδικα-οδηγό, ένα επιστημονικό βοήθημα για τους γιατρούς, που οφείλουν να πιστοποιούν τον εγκεφαλικό θάνατο. Αργότερα, ίσως για να αποκτήσει η εγκύκλιος αυτή δεσμευτική ισχύ ουσιαστικού νόμου, περιβλήθη τον τύπο της υπουργικής απόφασης. Με βάση το περιεχόμενό της εκδόθηκε η αριθμ. 3853/85 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας για τη «διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου». Πρέπει να σημειωθεί ότι, ο Ν. 1383/83 δεν περιέχει εξουσιοδοτική διάταξη για την έκδοση μιας τέτοιας απόφασης και ορθά κατά τη γνώμη μας, αφού η πιστοποίηση του θανάτου είναι και πρέπει να είναι θέμα ιατρικής κρίσης και ευθύνης. Θα ήταν αρκετή επομένως η εγκύκλιος του ΚΕΣΥ. Πρέπει δε να τονίσουμε ότι αν και η ανωτέρω απόφαση εκδόθηκε χωρίς νομοθετική εξουσιοδότηση, συμπληρώνει το άρθρο 7 παρ. 5 του Ν. 1383/83 ορίζοντας ότι οι γιατροί, που κατά τις ανωτέρω διατάξεις του Νόμου οφείλουν να πιστοποιούν τον εγκεφαλικό θάνατο, πρέπει να έχουν προϋπηρεσία τουλάχιστον δύο χρόνων από τη λήψη της ειδικότητάς τους και να μην έχουν ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Επίσης ότι για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου απαιτείται ομόφωνη γνώμη, άλλως δεν τίθεται θέμα πιστοποίησης του εγκεφαλικού θανάτου. Τα ανωτέρω είναι ορθά και αποβλέπουν στην ασφαλέστερη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, θα έπρεπε όμως ή να περιλαμβάνονταν στο νόμο ή σε διάταξη εκδιδόμενη κατ' εξουσιοδότησή του.

Σύμφωνα με την προαναφερθείσα γνωμοδότηση του ΚΕΣΥ και την αριθμ. 3853/85 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου ακολουθεί μια διαδικασία δύο σταδίων. Στο πρώτο στάδιο διαπιστώνεται η κατάσταση του ασθενούς και οι συνθήκες που οδήγησαν στην κατάσταση αυτή, σε συνδυασμό με τον αποκλεισμό, πιθανά αναστρέψιμης καταστολής του εγκεφαλικού στελέχους.

Διαπιστώνεται δηλαδή ότι ο ασθενής είναι σε απνοϊκό κώμα και για την αναπνευστική λειτουργία χρειάζεται αναπνευστήρας, καθορίζεται η αιτία του κώματος π.χ. κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ενδοκρανιακή αιμορραγία, εγκεφαλική ανοξία κ.λ.π., για τη διαπίστωση δυνητικά μη αναστρέψιμων βλαβών και διαπιστώνεται ο αποκλεισμός πιθανής αναστρέψιμης καταστολής του εγκεφαλικού στελέχους σε καταστάσεις, που η κλινική εικόνα του ασθενούς δίνει την εντύπωση εγκεφαλικού θανάτου. Στο δεύτερο στάδιο ελέγχεται η απώλεια της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους. Στην ανωτέρω γνωμοδότηση του ΚΕΣΥ προτείνεται ο έλεγχος αυτός να γίνεται, μόνο με κλινικές δοκιμασίες, διότι όπως αναφέρεται, ο εργαστηριακός έλεγχος στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου (αγγειογραφία, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα), παρά τις διαφωνίες των επιστημόνων σε διεθνές επίπεδο, δεν προσφέρει ασφαλή και ουσιαστική βοήθεια.

Οι κλινικές δοκιμασίες για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου πρέπει να γίνονται δύο φορές, σε διάστημα που εξαρτάται βασικά από το είδος της αρχικής βλάβης και την κλινική πορεία του ασθενούς, αλλά που οπωσδήποτε δεν πρέπει να είναι μικρότερο των 8 ωρών, εκτός αν υπάρχει έκδηλη καταστροφή του εγκεφάλου. Πρέπει δε να τηρούνται με σχολαστικότητα και ανσηρότητα, ώστε να αποδειχθεί σε πρώτο στάδιο η οριστική κατάργηση όλων των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους (οφθαλμοκεφαλικό αντανακλαστικό, αντανακλαστικό κόρης στο φως, αντανακλαστικό, αντανακλαστικό κινήσεως των μυών του προσώπου στον ισχυρό ερεθισμό οποιουδήποτε σημείου του σώματος, φαρυγγολαρυγγολογικό αντανακλαστικό). Η παρουσία και ενός έστω αντανακλαστικού αποκλείει τη διάγνωση του εγκεφαλικού στελέχους. Τέλος, πρέπει να γίνει η δοκιμασία της άπνοιας, ώστε να διαπιστωθεί η ανεπανόρθωτη κατάργηση της ικανότητας για αυτόνομη αναπνοή, με την αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα δύο φορές σε διαφορετικά διαστήματα.

V. Η υποχρέωση ιατρικής πιστοποίησης του θανάτου

Όπως επανειλημμένα προαναφέρθηκε, η διάγνωση του θανάτου είναι θέμα ιατρική κρίσης και ευθύνης. Η πιστοποίηση όμως του θανάτου μόλις αυτός επέλθει και μάλιστα η αιτιολογημένη πιστοποίηση, αυτή δηλαδή στην οποία θα αναφέρεται η πιθανή αιτία του θανάτου και το τελειωτικό σύμπτωμα που προκάλεσε

το θάνατο, είναι καθήκον του γιατρού όπως προκύπτει από τις διατάξεις του Ν. 344/76 περί ληξιαρχικών πράξεων (άρθρο 32) και η παράβαση αυτού του καθήκοντος συνεπάγεται κυρώσεις (άρθρο 48). Και τούτο, διότι ο ακριβής χρονικός προσδιορισμός του θανάτου επιβάλλεται από την ασφάλεια του δικαίου.

Από τον ακριβή χρόνο επέλευσης του θανάτου προσδιορίζεται η επαγωγή της κληρονομιάς. Καθυστέρηση επομένως πιστοποίησης ενός ήδη επελθόντος θανάτου μπορεί να συνεπάγεται αλλοίωση της κληρονομιακής διαδοχής. Αλλά και οι δικονομικές συνέπειες ενός θανάτου που ενώ έχει επέλθει δεν έχει πιστοποιηθεί, μπορεί να είναι σημαντικές. Π.χ. Αγωγή κατά προσώπου που είχε πεθάνει όταν κατατέθηκε είναι άκυρη²¹ ή κατ' άλλη άποψη ανυπόστατη²². Ένδικο μέσο στο όνομα προσώπου που έχει πεθάνει είναι απαράδεκτο²³. Απόφαση κατά προσώπου που έχει πεθάνει είναι ανύπαρκτη²⁴.

Η μη έγκαιρη επομένως πιστοποίηση ενός ήδη επελθόντος θανάτου μπορεί να δημιουργήσει σοβαρότατα νομικά προβλήματα.

Η ιατρική επιστήμη αλλά και η έννομη τάξη θεωρούν πλέον ότι ο θάνατος έχει επέλθει ακόμη και αν η καρδιακή λειτουργία συντηρείται μηχανικά, αρκεί να έχει ανεπίστρεπτα καταστραφεί το σύνολο των εγκεφαλικών λειτουργιών, μέσω των οποίων εξασφαλίζεται και προσωποποιείται ο άνθρωπος²⁵ και αυτό αποδεικνύει ότι η δικαιοσύνη τάξει προστατεύει τη ζωή όχι ως απλό βιολογικό γεγονός, αλλ' ως αξία.

Από τη στιγμή επομένως που επέλθει η νέκρωση του συνόλου του εγκεφάλου δεν εφαρμόζονται πλέον οι διατάξεις που αποσκοπούν στην προστασία της ζωής²⁶ και επομένως παύει το ιατρικό καθήκον συνέχισης της τεχνητής καρδιοαναπνευστικής υποστήριξης και οι γιατροί οφείλουν να πιστοποιήσουν το θάνατο, ανεξάρτητα από το αν επακολοθηθεί από τον νεκρό αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση ή όχι. Διάφορη αντιμετώπιση των εγκεφαλικά νεκρών μη δοτών

οργάνων, οι οποίοι όπως ελέγχθη, παραμένουν πολλές φορές, στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας μέχρι της επακολούθησης βιολογικής αποσύνθεσης των επί μέρους οργάνων τους, πέραν του ότι δεν έχει έρεισμα στο νόμο, είναι αντισυνταγματική, διότι καταστρατηγεί τις περί ισότητας και περί προστασίας της ανθρωπίνης προσωπικότητας συνταγματικές διατάξεις (άρθρα 4, 2, 5 Σ). Διότι στοιχείο της προσωπικότητας του ανθρώπου που από πολλούς θεωρείται σημαντικότερο και από αυτή την ίδια τη ζωή είναι η αξιοπρέπεια του ανθρώπου. Ο άνθρωπος έχει το δικαίωμα να ζήσει με αξιοπρέπεια αλλά και να πεθάνει με αξιοπρέπεια. Η μη έγκαιρη πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου των μη δοτών οργάνων για μεταμόσχευση, που σημαίνει σταδιακή σήψη των οργάνων τους προς της ταφής τους, καταστρατηγεί αυτό το θεμελιώδες δικαίωμα του αξιοπρεπούς θανάτου²⁷.

Είναι δε παράλογη και δεν έχει έρεισμα στο νόμο, η προσφυγή των γιατρών στη λύση της συναίνεσης των συγγενών του νεκρού μη δότη οργάνων για τη διακοπή της τεχνητής υποστήριξης, στις περιπτώσεις που γνωρίζουν ότι ήδη έχει επέλθει ο εγκεφαλικός θάνατος. Οι συγγενείς πρέπει απλά να ενημερώνονται για τον επελθόντα θάνατο προσφιλούς τους προσώπου. Η ενημέρωση των συγγενών αποτελεί ιατρικό καθήκον, ενώ η αναζήτηση συναίνεσης για τη διακοπή της τεχνητής καρδιοαναπνευστικής υποστήριξης σε περίπτωση διεγνωσμένου θανάτου υποδηλοί απλώς αναζήτηση «συνυπευθυνότητας» σε διαδικασία που είναι αποκλειστικά θέμα ιατρικής ευθύνης. Άλλωστε οι συγγενείς του νεκρού ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν έχει επέλθει ο εγκεφαλικός θάνατος αλλά υπάρχει φθίνουσα ζωή μέσω της τεχνητής υποστήριξης, δεν έχουν εκ του νόμου προσωπική εξουσία συναίνεσως²⁸, ούτε εξουσία εκπροσώπησης του θνήσκοντος για τη διακοπή της θεραπείας. Οι αποφάσεις που αφορούν στη ζωή και στο θάνατο είναι και πρέπει να είναι αυστηρά προσωπικές²⁹ και οποιαδήποτε υποκα-

21. Βλ. ΠΑ 14012/79 Δ. 11 σ. 724 με σημ. Γκέλη.

22. Βλ. ΜΠΑ 4889/81 ΝοΒ 30.851, ΑΠ 284/76 ΝοΒ 24 σ. 796, ΑΠ 857/54 ΝοΒ 3.245.

23. Βλ. ΑΠ 404/86 Δην 28 σ. 988, ΑΠ 465/82 ΝοΒ 31.53.

24. Βλ. ΑΠ 89/73 ΝοΒ 21 σ. 769.

25. Βλ. Γ. Κατρούγκαο, «Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», εκδ. Α. Σάζκουλα (1993) σελ. 17.

26. Βλ. Eser «Ιατρικό καθήκον διατηρήσεως της ζωής και διακοπής θεραπείας» σ. 129.

27. Το ειδικότερο αυτό δικαίωμα πέραν του ότι περιλαμβάνεται στη συνταγματική προστασία της ζωής αναφέρεται ρητά και σε διεθνή κείμενα όπως στον Ευρωπαϊκό Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ασθενή του 1983 και στη Διακήρυξη της Λισσαβόνας για τα Δικαιώματα του Ασθενή του 1981.

28. Βλ. Eser Α, όπως ανωτέρω, σελ. 78 με σημ. 158.

29. Για το δικαίωμα συναίνεσης των συγγενών του νεκρού και δη την υποκατάσταση της θέλησής του Βλ. Α. Βάγκα-Αδάμη «Το Δίκαιο των Μεταμοσχεύσεων» εκδ. Α. Σάζκουλα 1993, σελ. 79 ε.π.

τάσταση στη λήψη τους είναι παράνομη και αντισυνταγματική, ως αντίθετη με την προστασία της προσωπικότητας του ανθρώπου και την ελεύθερη διαμόρφωσή της (άρθρα 2 και 5 Σ).

Ο θάνατος δεν είναι ένα σπάνιο φαινόμενο στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και κάθε γιατρός που επιλέγει αυτή τη δουλειά πρέπει να μπορεί να παραμερίζει τις συνειδησιακές φορτίσεις και τους δισταγμούς του και να τον αντιμετωπίζει³⁰.

Η πιστοποίηση βέβαια του εγκεφαλικού θανάτου και στις περιπτώσεις μη δοτών οργάνων πρέπει να γίνει σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 7 παρ. 5 του Ν. 1383/83, δηλαδή από τον υπεύθυνο για τον άρρωστο γιατρό ή τον αντικαταστάτη του, έναν νευρολόγο ή νευροχειρουργό και έναν αναισθησιολόγο και αφού εφαρμοστούν τα κριτήρια διάγνωσης και οι κλινικές δοκιμασίες που ορίζει η γνωμοδότηση του ΚΕΣΥ και η αριθμ. 3853/83 απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η διακοπή της τεχνητής καρδιοαναπνευστικής υποστήριξης από έναν γιατρό και η πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου από έναν γιατρό δε συνιστά βέβαια παράβαση των διατάξεων περί προστασίας της ζωής, αφού ζωή δεν υπάρχει, αλλά είναι η πράξη παράνομη, διότι σύμφωνα με το άρθρο 10 του Ν. 1383/83 παραβάτες μεταξύ άλλων και των διατάξεων περί πιστοποίησης του εγκεφαλικού θανάτου τιμωρούνται για παράβαση καθήκοντος κατά το άρθρο 458 ΠΚ. Ορθά άλλωστε, διότι οι κλινικές δοκιμασίες για τη διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου

απαιτούν την συνύπαρξη γιατρών των ειδικοτήτων που ορίζει ο νόμος και περισσότερες από μια ιατρική κρίση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το Ιατρικό καθήκον συνέχισης της τεχνητής καρδιοαναπνευστικής υποστήριξης οριοθετείται μέχρι του σημείου που υπάρχει δυνατότητα διατήρησης ή παράτασης της ζωής. Όταν η δυνατότητα αυτή εκλείψει και επέλθει ο θάνατος ο γιατρός έχει καθήκον και όχι δικαίωμα να διαπιστώσει και να πιστοποιήσει την επέλευσή του. Το οριακό πεδίο του θανάτου δεν αποτελεί χώρο ελεύθερων ιατρικών επιλογών αλλά την τελική φάση της ζωής, που προστατεύεται από το νόμο³¹. Η ελληνική έννομη τάξη έχει υιοθετήσει την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου, όπως προσδιορίστηκε από τη σύγχρονη ιατρική επιστήμη και έχει θεσπίσει ως δεσμευτικά σύγχρονα ιατρικά μέσα για την ασφαλή διάγνωσή του, έτσι ώστε να προστατεύεται μέχρι τέλους η ανθρώπινη ζωή αλλά και να καταλύεται η ανθρώπινη αξία. Το νεκρό σώμα σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο ιατρικού τεχνοκρατισμού. Εκτός αυτού είναι δεοντολογικά και κοινωνικά ανεπίτρεπτη η εφαρμογή πολυδάπανων τεχνητών μέσων παρατεταμένης συντήρησης ενός ήδη νεκρού ανθρώπου, αν ληφθεί μάλιστα υπόψη ότι ο ιατρικός τεχνολογικός εξοπλισμός δεν επαρκεί για την κάλυψη των πραγματικών αναγκών των ασθενών.

30. Βλ. απάντηση του Dr. Vermont σε σχόλια που έκανε ο Dr. Trachtman στο *Critical Care Medicin* Vol. 22 No 10 October 1994.

31. Βλ. Eser A, όπως ανωτέρω σελ. 124.