

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**Τζώρτζη Αγλαΐα**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**Τζώρτζη Αγλαΐα, Α.Μ.: ΔΥ/1346**

Επιβλέπων: Δελούκα-Ιγγλέση Κορνηλία / Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Management**

**THE PROBLEM OF ORGAN TRANSPLANTATION IN  
GREECE**

**Tzortzi Aglaia**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Management  
Piraeus, Greece, 2017



*Στην οικογένειά μου*





## Ευχαριστίες

Με την εκπόνηση της παρούσης εργασίας ολοκληρώνεται ο κύκλος των μεταπτυχιακών μου σπουδών στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Θα ήθελα λοιπόν να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτριά μου και επόπτρια της παρούσης εργασίας Κα Δελούκα Ιγγλέση Κορνηλία για την πολύτιμη βοήθειά της, τη στήριξή της, τις κατευθύνσεις που μου έδωσε καθ'όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου. Χωρίς τη δική της συμβολή δε θα είχε ολοκληρωθεί η παρούσα μελέτη.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω και την οικογένειά μου για τη στήριξή της όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μου.



## **Το Πρόβλημα των Μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα**

**Σημαντικοί Όροι:** μεταμόσχευση, ηθική, εμπορία οργάνων, Ε.Ο.Μ.

### **Περίληψη**

Η παρούσα εργασία ασχολείται με το φαινόμενο των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα επιχειρώντας να αναδείξει τα προβλήματα που ανακύπτουν κυρίως λόγω των ηθικών ζητημάτων των μεταμοσχεύσεων αλλά και λόγω της έλλειψης κουλτούρας στην Ελλάδα για τις μεταμοσχεύσεις. Η εργασία είναι θεωρητική και στηρίχθηκε για τη συγγραφή της σε βιβλία και άρθρα θεωρητικών που έχουν ασχοληθεί με το θέμα των μεταμοσχεύσεων. Το βασικό συμπέρασμα της εργασίας είναι πως η Ελλάδα έχει τις λιγότερες δωρεές οργάνων συγκριτικά με όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Η κρίση της δωρεάς οργάνων στην Ελλάδα δεν αντιπροσωπεύει αποκλειστικά τις άμεσες αρνητικές συνέπειες της χρηματοπιστωτικής κρίσης, αλλά αντικατοπτρίζει την υποκείμενη ανεπάρκεια του συστήματος υγείας και τη στάση των ανθρώπων απέναντι στη δωρεά οργάνων. Ως εκ τούτου προβάλλει άμεση ανάγκη η υιοθέτηση μιας κουλτούρας υπέρ των μεταμοσχεύσεων. Η έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωση προς όλους τους ανθρώπους για τα θετικά οφέλη της μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων, έργο που στην Ελλάδα έχει αναλάβει ο Ε.Ο.Μ., αποτελεί επιτακτική ανάγκη.



# **The Problem of Organ Transplantation in Greece**

**Keywords:** [transplantation, ethics, organ trafficking, National Transplantation Organization]

## **Abstract**

[This study deals with the phenomenon of organ transplantation in Greece, in an attempt to highlight the problems that arise mainly due to the moral issues and also due to the lack of the relevant mentality in Greece for organ transplantation. The study is theoretical and was based on books and articles by the theorists who have dealt with the topic of organ transplantation. The main conclusion of the study is that Greece has the lowest number of organ donations compared to all European countries. The crisis of organ donation in Greece does not represent only the direct negative effects of the financial crisis, but it also reflects the underlying health system's inadequacy and the attitude of people towards organ donation. Therefore, there is an urgent need to adopt a culture that will support organ transplantation. The prompt and timely information to all people about the positive benefits of tissue and organ transplantation, a project undertaken in Greece by the National Transplantation Organization (EOM), is imperative.]



# Περιεχόμενα

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>1</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>3</b>
ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ .....	4
ΌΡΓΑΝΑ ΠΡΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ .....	8
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ.....	10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΘΡΗΣΚΕΙΩΝ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ</b>	
<b>ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ</b> .....	<b>19</b>
1.1 ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΘΡΗΣΚΕΙΑ .....	20
1.2 ΙΟΥΔΑΙΣΜΟΣ.....	22
1.3 ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΒΟΥΔΙΣΤΩΝ .....	22
1.4 Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΙΣΛΑΜΙΣΜΟΥ .....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ</b> .....	<b>25</b>
2.1 ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ .....	29
2.2 ΗΘΙΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ.....	30
2.3 Η ΈΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΩΣ ΗΘΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ.....	36
2.4 Το ΗΘΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ .....	42
2.4.1 Συμμετοχή στη λήψη απόφασης .....	45
2.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΣΤΑ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ .....	49
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b> .....	<b>53</b>
3.1 Το Έργο του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) .....	53
3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	57
3.2 Το ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ.....	64
3.3 Το ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ/ ΟΙ ΝΟΜΟΙ 3984/2011 ΚΑΙ 4272/2014 .....	69
3.3.1 Ο Ν. 3984/2011 .....	69
3.3.2 Ο Ν. 4272/2014 .....	72
3.4 ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ .....	73
3.5 ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	73
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΆΛΛΕΣ</b>	
<b>ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ</b> .....	<b>77</b>
4.1 Το ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΕΦΡΩΝ .....	78
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>81</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>83</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b> .....	<b>91</b>





## **Κατάλογος Πινάκων**

Πίνακας 3-1 Δότες Οργάνων .....	57
Πίνακας 3-2 Δότες Οργάνων 2006-2017 (1).....	58
Πίνακας 3-3 Δότες Οργάνων 2006-2017 (2).....	59

## **Κατάλογος Σχημάτων**

Σχήμα 3-1 Οργανωτική δομή του ΕΟΜ .....	54
Σχήμα 3-2 Θεσμικοί και κοινωνικοί παράγοντες που συμμετέχουν και καθορίζουν τους δείκτες της Δωρεάς Ιστών και Οργάνων .....	55
Σχήμα 3-3 Ο ρόλος του ΕΟΜ στη διαδικασία της δωρεάς.....	56
Σχήμα 3-4 Αριθμός των αναφερθέντων και των αξιοποιηθέντων δοτών (2005-2012).....	61
Σχήμα 3-5 Αξιοποιηθέντες - Αναφερθέντες Δότες (Αιτίες μη αξιοποίησης).....	62
Σχήμα 3-6 Μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων.....	63
Σχήμα 3-7 Ποσοστά επιβίωσης μεταμοσχευμένων το 2012 .....	64



## Πρόλογος

Η παρούσα εργασία ασχολείται με το φαινόμενο των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα επιχειρώντας να αναδείξει τα προβλήματα που ανακύπτουν κυρίως λόγω των ηθικών ζητημάτων των μεταμοσχεύσεων αλλά και λόγω της έλλειψης κουλτούρας στην Ελλάδα για τις μεταμοσχεύσεις. Ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου θέματος βασίστηκε στο ενδιαφέρον που παρουσιάζουν οι μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα, καθώς ως θεραπευτική μέθοδος θεωρείται υψίστης σημασίας αφού μπορεί να εξασφαλίσει ποιότητα ζωής σε ανθρώπους αλλά και να χαρίσει ζωή σε άτομα που πάσχουν από σοβαρά προβλήματα υγείας, τα οποία σε διαφορετική περίπτωση θα τους οδηγούσαν σε θάνατο. Ωστόσο, η χώρα μας που κατέχει τη θλιβερή πρωτιά στα τροχαία ατυχήματα, βρίσκεται στην τελευταία θέση των μεταμοσχεύσεων μεταξύ των υπολοίπων ευρωπαϊκών χωρών.

Η εργασία είναι θεωρητική και στηρίχθηκε για τη συγγραφή της σε βιβλία και άρθρα θεωρητικών που έχουν ασχοληθεί με το θέμα των μεταμοσχεύσεων. Η εργασία ολοκληρώνεται μέσα σε τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει τη θέση των θρησκειών στο θέμα των μεταμοσχεύσεων. Αναλυτικά παρουσιάζεται η θέση της Χριστιανικής θρησκείας, του Ιουδαϊσμού, του Βουδισμού και του Ισλαμισμού.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει τα ηθικά διλήμματα εστιάζοντας σε κοινωνικό-οικονομικά διλήμματα, στο ηθικό δίλημμα περί ορισμού του θανάτου, αλλά και στο δίλημμα της συναισθήσεως του ασθενούς. Εν συνεχεία παρουσιάζονται τα αίτια λόγω των οποίων προέκυψαν τα ηθικά αυτά διλήμματα και το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η Εκκλησία στην άρση των διλημάτων αυτών.

Το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στο ζήτημα των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα μέσα από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων. Εν συνεχεία παρατίθενται στατιστικά στοιχεία που αφορούν τις μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα. Αμέσως μετά παρουσιάζει τη διαχρονική εξέλιξη του νομοθετικού πλαισίου των μεταμοσχεύσεων αλλά και το νομικό πλαίσιο των

μεταμοσχεύσεων που ισχύει σήμερα στην Ελλάδα. Επίσης παρουσιάζεται και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τη δωρεά οργάνων στην Ελλάδα.

Τέλος το τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο παραθέτει δεδομένα για τη μεταμόσχευση στην Ελλάδα συγκριτικά με λοιπές ευρωπαϊκές χώρες και αναδεικνύει την αποδοτικότητα από άποψη κόστους της μεταμόσχευσης νεφρού σε σχέση με την αιμοκάθαρση.

Στο τέλος της εργασίας παραθέτονται τα βασικά συμπεράσματά της.

## Εισαγωγή

Οι μεταμοσχεύσεις, αποτέλεσαν αντικείμενο της επιστήμης για πολλούς αιώνες και δεν είναι σύγχρονο επίτευγμα. Είναι χαρακτηριστικό ότι η πρώτη επιστημονική μελέτη για την μεταμόσχευση και ειδικότερα για μοσχεύματα σε ακρωτηριασμούς, εντοπίζεται τον 16ο αιώνα. Από τότε, η επιστήμη πραγματοποίησε πολύ μεγάλα επιτεύγματα και σήμερα οι μεταμοσχεύσεις αποτελούν ένα σημαντικό μέσο για την εξασφάλιση ποιότητας ζωής στους ανθρώπους αλλά και για τη σωτηρία της ζωής τους από σοβαρά προβλήματα υγείας<sup>1</sup>.

Οι μεταμοσχεύσεις αναβίωσαν στα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια και αποτελούν σύμβολο και έκφραση της αρχέγονης προσπάθειας του ανθρώπου να βελτιώσει την ποιότητα και να παρατείνει τη διάρκεια της επίγειας ζωής του. Αναντιρρήτως τα αποτελέσματά τους μπορούν να αποβούν ευεργετικά για τους λήπτες αλλά και πολλές φορές αποκαλυπτικά φιλανθρωπίας για τους δότες. Το επίτευγμα της αναζωογόνησεως αρρώστων, που πριν από λίγο περίμεναν τον θάνατο, το οποίο πραγματοποιείται χάρη στη φιλόδοξη χειρουργική κάποιου συνανθρώπου-δωρητή οργάνων αλλά και την αλτρουιστική παρέμβαση της επιστήμης, συγκλόνισε ολόκληρη την ανθρωπότητα<sup>2</sup>.

Τέλος, θα πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι οι μεταμοσχεύσεις είναι ασφαλώς ιατρικά επιτεύγματα υψίστης σημασίας, ωστόσο οι προβληματισμοί και τα ζητήματα που ανακύπτουν σχετικά είναι πολλά και περίπλοκα. Οι μεταμοσχεύσεις θέτουν σημαντικότερα ηθικά, κοινωνικά και ιατρικά διλήμματα, τα οποία καλείται η πολιτεία να ρυθμίσει αποτελεσματικά. Το κράτος, έχοντας υποχρέωση για την προάσπιση και προαγωγή της υγείας των πολιτών του, οφείλει, όχι απλώς να θεσπίσει το κατάλληλο νομοθετικό πλαίσιο, αλλά να μεριμνήσει για τη διοικητική οργάνωση του συστήματος μεταμοσχεύσεων και την προώθηση της συνεργασίας των εμπλεκόμενων

---

<sup>1</sup> Κούρτης, Μ. Αστικό δίκαιο των μεταμοσχεύσεων (σύμφωνα με το ν.2737/1999). Αθήνα : Π.Ν. Σάκκουλας, 2002, σελ 4-5

<sup>2</sup> Graziadei, M. Legal transplants and the frontiers of legal knowledge. *Theoretical Inquiries in Law*, 2009, 10(2), 723-743.

φορέων<sup>3</sup>.

Ασφαλώς, η αυξανόμενη δυσαναλογία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης μεταμοσχεύσιμων οργάνων σε όλο τον κόσμο έχει οδηγήσει στον πειρασμό της εμπορίας μοσχευμάτων. Ζητήματα που αφορούν στην πώληση οργάνων και ιστών έχουν κατά καιρούς προκαλέσει εντονότερες συζητήσεις και διενέξεις στον ιατρικό και στο νομικό κόσμο. Το διεθνές δίκαιο προστατεύει γενικότερα τις μεταμοσχεύσεις από κάθε είδους οικονομική εκμετάλλευση, και, φυσικά, όλες οι κοινωνίες της Δύσης καταδικάζουν κάθε είδους εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων<sup>4</sup>. Παρόλα αυτά, δυστυχώς, υπάρχουν ακόμα και σήμερα χώρες, κυρίως του τρίτου κόσμου, όπως λ.χ. η Ινδία, το Πακιστάν και η Βραζιλία, που κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατό πρακτικά να ελεγχθεί. Το νομικό καθεστώς είναι τόσο χαλαρό ώστε συχνά αναφέρονται περιστατικά που φτωχοί άνθρωποι υποχρεώνονται να πουλήσουν κάποιο από τα διπλά τους όργανα (π.χ. ένα νεφρό) αντί κάποιου εξευτελιστικού ανταλλάγματος προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις βασικές ανάγκες επιβίωσής τους<sup>5</sup>.

### **Ορισμός και κατηγοριοποίηση των μεταμοσχεύσεων**

Ως μεταμόσχευση νοείται η χειρουργική επέμβαση που μετεμφυτεύει σε έναν άνθρωπο (λήπτη), όργανα ή ιστούς κάποιου άλλου (δότη) . Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη της είναι η γενετική συμβατότητα των οργάνων και των ιστών του δωρητή και του λήπτη<sup>6</sup>. Πηγή των μοσχευμάτων αποτελούν κυρίως, οι εγκεφαλικά νεκροί δότες αλλά και ζώντες δότες. Κάθε ένα από τα όργανα του ανθρώπινου σώματος μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο μεταμόσχευσης. Οφθαλμοί, καρδιά, πνεύμονας, νεφρός, τμήμα του

---

<sup>3</sup> Γαβρίδου-Ε.Ευαγγελάτου – Β.Ντεβέ, Δημόσιο Δίκαιο και πολιτικές στη Βιοϊατρική, Σάκκουλας 2007, σελ. 15.

<sup>4</sup> Τακούδης Μεταμοσχεύσεις οργάνων: «Από το μύθο στην πραγματικότητα, σε: Μεταμοσχεύσεις, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής», εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: 2008, σελ.9

<sup>5</sup> Καιάφα- Γκμπάντι, «Μεταμοσχεύσεις: Παρόν και μέλλον του νομικού πλαισίου σε: Μεταμοσχεύσεις, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής», Σάκκουλα Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2008, σελ.29

<sup>6</sup> Αξίζει να σημειωθεί ότι, ο ν.3984/2011, στο άρ.3 στοιχ. ιζ' αυτού ορίζει ότι η μεταμόσχευση αποτελεί "τη διαδικασία μέσω της οποίας επιχειρείται η αποκατάσταση ορισμένων λειτουργιών του ανθρωπίνου σώματος με τη μεταφορά ενός οργάνου από ένα δότη σε ένα λήπτη". Κούρτης, οπ.π., σελ. 4-5.

γαστρεντερικού σωλήνα, ήπαρ, πάγκρεας, αίμα, μυελός των οστών, μοσχεύματα οστών και δέρματος, αποτελούν ιστούς αλλά και όργανα του ανθρώπινου σώματος, η μεταμόσχευση των οποίων σε κάποιον πάσχοντα μπορεί να αποδειχτεί σωτήρια<sup>7</sup>.

Στόχος των μεταμοσχεύσεων είναι οι άνθρωποι να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους λόγω των έντονων προβλημάτων που δημιουργεί η αιμοκάθαρση αλλά και να σώσουν την ζωή τους. Θα πρέπει να τονισθεί πάντως ότι οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων αποτελούν ένα πολυσύνθετο φαινόμενο που απασχολεί μια πλειάδα επιστημών.

Η μεταμόσχευση αποτελεί ένα από τα ιατρικά επιτεύγματα που πρόσφερε το δώρο της ζωής σε πολλούς ανθρώπους που η ασθένεια τους καταδίκασε σε θάνατο. Το νομικό πλαίσιο που υπάρχει καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε η αλτρουιστική αυτή συνεισφορά να μην μετατραπεί σε αγοραπωλησία και ο παράγοντας του χρήματος να μην επιβαρύνει την ελεύθερη βούληση του ανθρώπου να προσφέρει τα όργανα του.

Παρά την γενικότερη αποδοχή των μεταμοσχεύσεων, ως αναγκαία διαδικασία, και παρά τη δωρεά οργάνων που έχει αρχίσει να εδραιώνεται ιδεολογικά, η έλλειψη μοσχευμάτων αποτελεί παγκοσμίως ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα<sup>8</sup>. Η μεγάλη πλειοψηφία των μοσχευμάτων προέρχεται από πτωματικό δότη και ακολουθούν οι ζώντες δότες που συνήθως είναι συγγενείς και σε πολύ μικρότερο ποσοστό μη συγγενείς, παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν όργανα από ζώντα δότη έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο επιβίωσης<sup>9</sup>.

Οι μεταμοσχεύσεις διακρίνονται σε πέντε κατηγορίες: στην ορθοτοπική μεταμόσχευση, στην ετεροτοπική, στη ντόμινο, στην αυτόλογη και τέλος στην αλλογενή μεταμόσχευση<sup>10</sup>. Στην ορθοτοπική μεταμόσχευση πραγματοποιείται μεταμόσχευση ενός οργάνου του δότη στην ίδια θέση με εκείνη που

---

<sup>7</sup> Κούρτης οπ.π., σελ. 4-5.

<sup>8</sup> Cecka, M. *Trends in kidney transplantation based on registry data*. 13<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Νεφρολογίας, Ρόδος, 2004, σελ 13-15

<sup>9</sup> Knight, B. *Legal aspects of medical practice*. London: Churchill Livingstone, 1992, σελ 22-24

<sup>10</sup> Ellis, L., Lehet, K., Ku, S., Azabdaftari, G., & Pili, R. Generation of a syngeneic orthotopic transplant model of prostate cancer metastasis. *Oncoscience*, 2014, 1(10), 609.

καταλάμβανε το αρχικό όργανο του λήπτη. Τα όργανα που συνήθως μεταμοσχεύονται ορθοτοπικά είναι η καρδιά, οι πνεύμονες, οι νεφροί και το ήπαρ<sup>11</sup>.

Στην ετεροτοπική μεταμόσχευση, πραγματοποιείται μεταμόσχευση ενός οργάνου του δότη σε διαφορετική θέση με εκείνη που καταλάμβανε το αρχικό όργανο του λήπτη. Τα όργανα που συνήθως μεταμοσχεύονται ετεροτοπικά είναι η καρδιά, οι νεφροί, το ήπαρ και το πάγκρεας<sup>12</sup>.

Στη ντόμινο μεταμόσχευση, ένας ασθενής που έχει ανάγκη μόσχευματος, δίνει ένα όργανό του σε άλλον λήπτη και αμέσως ο ίδιος λαμβάνει μόσχευμα από εκλιπόντα δότη<sup>13</sup>.

Στην αυτόλογη μεταμόσχευση, ο ασθενής λαμβάνει μόσχευμα από τον εαυτό του και συγκεκριμένα από δικά του βλαστικά κύτταρα. Τα βλαστικά κύτταρα συλλέγονται εκ των προτέρων και επιστρέφουν σε μεταγενέστερο στάδιο. Η αυτόλογη μεταμόσχευση χρησιμοποιείται για την αντικατάσταση βλαστικών κυττάρων που έχουν υποστεί βλάβη από υψηλές δόσεις χημειοθεραπείας και χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου του ατόμου. Οι αυτόλογες μεταμοσχεύσεις χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ενός αριθμού διαφορετικών καρκίνων του αίματος - λεμφώματα λευχαιμίες και μυέλωμα, καθώς και ορισμένων συμπαγών όγκων - καρκίνος του μαστού, καρκίνος των όρχεων, οστεοσάρκωμα και άλλα. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μία μόνο αυτόλογη μεταμόσχευση. Άλλοι, ιδιαίτερα εκείνοι με μυέλωμα ή ορισμένους συμπαγείς όγκους, μπορεί να έχουν δύο ή περισσότερες διαδοχικές (το ένα μετά το άλλο) μεταμοσχεύσεις, σε μια περίοδο μερικών ετών<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Ellis, οπ.π.,σελ 609.

<sup>12</sup> Bhattacharya, Niranjana, and M. K. Chettri. "Human Heterotopic Fetal Cardiac Tissue Transplant in Patients with Varying Degrees of Cardiomyopathy with Ischemic Heart Disease and Diabetes Mellitus: A Report of 7 Cases." In *Human Fetal Tissue Transplantation*, Springer London, 2013, pp. 347-356.

<sup>13</sup> Lupașcu C., Lerut J. Technical improvements in domino liver transplantation. *Jurnalul de Chirurgie*. 2013, 1;9(4), 22-23

<sup>14</sup> Ganzel, C., Mathews, V., Alimoghaddam, K., Ghavamzadeh, A., Kuk, D., Devlin, S., & Rowe, J. M. Autologous transplant remains the preferred therapy for relapsed APL in CR2. *Bone marrow transplantation*, 2016, σελ 36-38



Τέλος, στην αλλογενή μεταμόσχευση ο ασθενής λαμβάνει μόσχευμα από τα βλαστικά κύτταρα τρίτου. Ο δότης μπορεί να είναι συγγενής ή άγνωστος<sup>15</sup>.

Προχωρώντας περαιτέρω σε μία άλλη κατηγοριοποίηση των μεταμοσχεύσεων, διακρίνουμε τα ακόλουθα είδη με βασικό κριτήριο τη σχέση που υφίσταται ανάμεσα στο δότη και τον λήπτη: α) τις αυτό-μεταμοσχεύσεις, όπου χρησιμοποιούνται αυτομοσχεύματα ή αυτοπλαστικά μοσχεύματα, δηλαδή όργανα ή ιστοί που προέρχονται από το ίδιο πρόσωπο στο οποίο γίνεται η μεταμόσχευση (π.χ. κατά κανόνα μεταμοσχεύσεις δέρματος), β) τις ομοιομεταμοσχεύσεις, , όπου χρησιμοποιούνται ομοιοπλαστικά μοσχεύματα, δηλαδή ιστοί ή όργανα προερχόμενα από άλλον άνθρωπο και γ) τις ετερομεταμοσχεύσεις ή ξενο-μεταμοσχεύσεις, όπου χρησιμοποιούνται μοσχεύματα ετεροπλαστικά, δηλαδή επιχειρούνται μεταφορές ιστών ή οργάνων μεταξύ όντων διαφορετικού είδους (π.χ. τοποθέτηση δέρματος χοίρου σε άνθρωπο που έχει υποστεί σοβαρό έγκαυμα).

Οι νομοθετικές ρυθμίσεις που θα μας απασχολήσουν στα επόμενα κεφάλαια αναφέρονται σε περιπτώσεις ομοιοπλαστικών μοσχευμάτων και, συνεπώς, περιστρέφονται γύρω από το φαινόμενο των ομοιομεταμοσχεύσεων. Στο πλαίσιο αυτής της τελευταίας κατηγορίας μεταμοσχεύσεων διακρίνουμε, περαιτέρω, δύο κατηγορίες μοσχευμάτων: β.1) Τα ιδιομοσχεύματα ή συγγενικά μοσχεύματα, όπου ο μεταφερόμενος ιστός ή όργανο είναι γενετικά πανομοιότυπος (π.χ. δίδυμοι) και συνήθως αφορά ζωντανούς δότες και β.2) τα αλλομοσχεύματα που αφορούν μεταφορά ιστών ή οργάνων σε ανθρώπους με διαφορετική γενετική σύνθεση (π.χ. νεφροί που έχουν ληφθεί από πτωματικό δότη).

Η ελευθερία με την οποία επιλέγει κάποιος να γίνει δότης, η προστασία των συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων του ανθρώπου, τόσο ως δότη, όσο και, ακόμη περισσότερο, ως λήπτη οργάνου, το φαινόμενο της εμπορίας ανθρώπων κ.ά., αποτελούν πεδία στα οποία ο νομοθέτης παρεμβαίνει, ενίοτε

---

<sup>15</sup> Luger SM, Ringdén O, Zhang MJ, Pérez WS, Bishop MR, Bornhauser M, Bredeson CN, Cairo MS, Copelan EA, Gale RP, Giralt SA. Similar outcomes using myeloablative vs reduced-intensity allogeneic transplant preparative regimens for AML or MDS. Bone marrow transplantation. 2012, 1;47(2):203-11.

ιδιαίτερα δυναμικά.

## **Όργανα προς μεταμόσχευση**

Τα συμπαγή όργανα προς μεταμόσχευση είναι: ο νεφρός, το ήπαρ, η καρδιά και οι πνεύμονες. Στη μεταμόσχευση νεφρού η πρόοδος στην εφαρμογή της κατανόησης του ανθρώπινου ανοσοποιητικού συστήματος στην κλινική πράξη είναι εκρηκτική. Τα μικρά λεμφοκύτταρα κατέχουν κεντρική θέση στο πρόβλημα της απόρριψης του μεταμοσχευμένου νεφρικού αλλομοσχεύματος. Τόσο τα T, όσο και τα B λεμφοκύτταρα παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία απόρριψης αλλομοσχευμάτων. Τα B λεμφοκύτταρα παράγουν κυκλοφορούντα αντισώματα. Τα T λεμφοκύτταρα, ωστόσο, είναι πιο κρίσιμα. Η οξεία απόρριψη εξαρτάται από την παρουσία των T λεμφοκυττάρων. Οι πιο συχνές παθήσεις που καθιστούν αναγκαία τη μεταμόσχευση είναι: (1) ο σακχαρώδης διαβήτης με νεφρική ανεπάρκεια, (2) η υπερτασική νόσος του νεφρού, και (3) η σπειραματονεφρίτιδα. Αυτές οι τρεις αιτίες της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου αποτελούν το 75% των υποψήφιων. Καμιά ειδική αιτία ενδογενούς και μη αναστρέψιμης νεφρικής ανεπάρκειας δεν θεωρείται αντένδειξη για μεταμόσχευση νεφρού. Οι περισσότεροι ασθενείς υφίστανται μία περίοδο χρόνιας κάθαρσης, πριν δεχθούν ένα άλλο μόσχευμα. Η μακροπρόθεσμη έκβαση των ασθενών με διαβήτη έχει λιγότερες πιθανότητες να καταλήξει σε πλήρη αποκατάστασή, από τους ασθενείς με διαφορετικού τύπου νοσήματα των νεφρών που δεν προσβάλουν άλλα όργανα. Παρότι το άλλο μόσχευμα αποκαθιστά τη φυσιολογική νεφρική λειτουργία, η μεταμόσχευση δεν διορθώνει το διαβήτη<sup>16</sup>.

Οι ιστοί και τα κύτταρα που μπορούν σήμερα να μεταμοσχευθούν είναι δέρμα, επιδερμίδα, οστά, χόνδροι, μύες, τένοντες, σύνδεσμοι, περιτονίες, αγγεία, βαλβίδες της καρδιάς, κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού, σκληρός χιτώνας του οφθαλμού, εμβρυϊκή μεμβράνη, χόριο, ενδοκρινείς ιστοί και ενδοκρινικά κύτταρα, νευρικά κύτταρα,

---

<sup>16</sup> Αγρογιάννης Β. Μέθοδοι υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Στο Ζερεφός, Ν. (επιμ.). Παθολογία. Από το διδακτικό & ερευνητικό προσωπικό του τομέως Παθολογίας Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια. Παθήσεις νεφρών. Εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδη, 2002, σελ 11-13

αιμοποιητικά κύτταρα κ.α.<sup>17</sup>.

Ο μυελός των οστών εντοπίζεται στις εσωτερικές κοιλότητες των οστών και είναι υπεύθυνος για την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των περισσότερων εκ των λευκών αιμοσφαιρίων. Σε περίπτωση που ο μυελός των οστών δεν λειτουργεί σωστά τότε οι συνέπειες είναι πολύ σοβαρές για τον άνθρωπο. Η παραγωγή αιμοσφαιρίων μπορεί να μην είναι πια φυσιολογική και μπορεί να προκληθούν ανεπάρκειες που οδηγούν σε αναιμία, αιμορραγικές διαταραχές και ευπάθεια σε λοιμώξεις<sup>18</sup>.

Σε ένα παιδί που είναι μικρό, τα οστά εμπεριέχουν ενεργό μυελό που παράγει αιμοσφαίρια. Όσο το άτομο μεγαλώνει, ο ενεργός μυελός που παράγει αίμα βρίσκεται μόνο στα οστά της σπονδυλικής στήλης, του κρανίου, των πλευρών και της πυέλου. Όμως, αν το σώμα χρειάζεται επιπλέον αιμοσφαίρια, μπορεί να διεγερθεί ο μυελός στα χέρια και στα πόδια, για να επανέλθει σε ενεργό παραγωγή. Σε περίπτωση που ο γιατρός θεωρήσει ότι ο ασθενής έχει διαταραχή του μυελού των οστών, είναι πιθανό να αφαιρέσει ένα δείγμα του μυελού μέσω μιας λεπτής βελόνας που θα εισαχθεί σε ένα οστό<sup>19</sup>.

Πριν από τη διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης της μεταμόσχευσης πραγματοποιείται η αξιολόγηση της υγείας του δότη. Αποκλειστικά υπεύθυνος για την αξιολόγηση αυτή είναι ο ιατρός. Πλην του ιατρού που πραγματοποιεί τη διάγνωση της υγείας του δότη, υπεύθυνος ιατρός είναι και εκείνος που θα προβεί στη χειρουργική επέμβαση της μεταμόσχευσης. Ο δότης έχει το δικαίωμα να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του και αν κριθεί ότι δεν είναι υγιής θα πρέπει να μην προβεί στη διαδικασία. Σε περίπτωση που ο δότης κριθεί μη υγιής και παρόλα αυτά προβεί στη διαδικασία τότε η πράξη αυτή θεωρείται ανήθικη. Πέρα από ανήθικη η πράξη αυτή θεωρείται παράνομη

---

<sup>17</sup> Γερολουκά-Κωστοπαναγιώτου Γ. "Δότης οργάνων, Εγκεφαλικός θάνατος και φροντίδα του δότη οργάνων στην μονάδα εντατικής θεραπείας και το χειρουργείο" Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2002, σελ 21-23

<sup>18</sup> Bejar, R., Stevenson, K., Abdel-Wahab, O., Galili, N., Nilsson, B., Garcia-Manero, G., & Ebert, B. L. Clinical effect of point mutations in myelodysplastic syndromes. *New England Journal of Medicine*, 2011, 364(26), p.2496-2506

<sup>19</sup> Malcovati, L., Della Porta, M. G., Pascutto, C., Invernizzi, R., Boni, M., Travaglini, E. & Lazzarino, M. Prognostic factors and life expectancy in myelodysplastic syndromes classified according to WHO criteria: a basis for clinical decision making. *Journal of Clinical Oncology*, 2005, 23(30), 7594-7603.

που αντίκειται στις διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας, αλλά και στο άρθρο 12, παρ. 2γ του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Η ηθικά δικαιολογημένη ιατρική πράξη που αφορά στη μεταμόσχευση είναι αυτή στην οποία υπάρχει αναλογία μεταξύ της βλάβης του δότη και της ωφέλειας του λήπτη. Συγκεκριμένα θα πρέπει ο λήπτης να μην έχει άλλη θεραπευτική μέθοδο ανάλογης αποτελεσματικότητας και ο δότης να μην υποστεί σοβαρή παροντική και μελλοντική σωματική βλάβη<sup>20</sup>.

Ο ιατρός που θα προβεί στην εγχείρηση διαπράττει ιατρικό σφάλμα αν γνωρίζει ότι ο δότης δεν είναι σε κατάσταση να προβεί στην εγχείρηση αλλά παρόλα αυτά το επιθυμεί και αναλαμβάνει ο ίδιος ο δότης την ευθύνη για την μελλοντική κατάσταση της υγείας του. Επίσης ο ιατρός που θα προβεί στην εγχείρηση οφείλει να ενημερώσει αναλυτικά αλλά στα πλαίσια μιας επιστημονικής ενημέρωσης τις μετεγχειρητικές συνέπειες και τους κινδύνους που συνεπάγεται για την υγεία του δότη η συγκεκριμένη επέμβαση. Ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει το δότη όχι μόνο για τους συνήθεις κινδύνους από τη στέρηση του συγκεκριμένου ιστού ή οργάνου, αλλά και γι' αυτούς που μπορεί να προ- κύψουν στο μέλλον από αστάθμητους παράγοντες, π.χ. σε περίπτωση ατυχήματος. Τέλος, ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον δότη και για τις παροδικές συνέπειες της επέμβασης, όπως π.χ. αίσθημα πόνου, κόπωσης κ.λπ., καθώς και για το απαιτούμενο στάδιο ανάρρωσης<sup>21</sup>.

### **Ιστορία των μεταμοσχεύσεων**

Οι μεταμοσχεύσεις είναι ένα από τα πλέον θαυμαστά επιτεύγματα της νεώτερης ιατρικής, αλλά ως ιδέα, ως προσπάθεια, είναι πολύ παλαιά. Ανάγεται σε εποχές όπου οι ιστορικές μαρτυρίες συγχέονται ακόμη με τη μυθολογία ή καλύτερα πολύ πριν ο γοητευτικός κόσμος του μύθου παραχωρήσει τη θέση του στις τεκμηριωμένες αναφορές του ιστορικού γίνεσθαι.

Ο ίδιος ο Πλάστης, στη δημιουργική, του Κόσμου και της ζωής, μεγαλο-

---

<sup>20</sup> Βάρκα Αδάμη, Α. & Αδάμης, Σ. Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς Η περίπτωση του υποψήφιου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2008, 25(5), σελ 580

<sup>21</sup> Βάρκα Αδάμη, Α. & Αδάμης, Σ. οπ.π. σελ 580

σύνη του, φέρει Εκείνος το μήνυμα της γένεσης μιας νέας ζωής από άλλο αντίστοιχο ζώντα, δημιουργώντας από την πλευρά του Αδάμ, ένα νέο κύτταρο, μια νέα οντότητα, μια νέα ζωή, την Εύα<sup>22</sup>.

Κι ο Δαίδαλος δίνει φτερά στον Ίκαρο. Κατασκευάζει και εμφυτεύει φτερά στο γιο του, που του επιτρέπουν να πετάξει μακριά. Κατασκευάζει και εμφυτεύει κάποιο όργανο για να εξυπηρετήσει κάποιο σκοπό. Πράξη η οποία, ανεξαρτήτως του αποτελέσματος που είχε, δίδει μια σαφή και ολοκληρωμένη εικόνα μιας προσπάθειας, μιας ανθρώπινης σκέψης που προσπαθεί να συμπληρώσει τη Δημιουργία εμφυτεύοντας ακόμη και όργανα που δεν υπάρχουν προκειμένου να εξυπηρετήσουν ένα εξίσου ύψιστο με τη ζωή αγαθό, όπως είναι η ελευθερία.

Αντίστοιχες αναφορές βρίσκονται στη μυθολογία και στην ιστορία κάθε λαού με μακρά παράδοση, όπως επίσης και σε όλες τις μεγάλες θρησκείες, με διαφορετική μεν, αλλά σαφή, δογματική μάλιστα, τοποθέτηση και κοινή συλλογιστική. Η απάλυνση του πόνου, η επανόρθωση κάποιας ανθρώπινης συμφοράς. Σ' ένα κινέζικο π.χ. κείμενο, γραμμένο το 300 π.Χ., αναφέρεται ότι ο χειρουργός Pien Chiao έκανε αμοιβαία μεταμόσχευση καρδιάς μεταξύ δύο ανθρώπων. Ανάλογες αναφορές υπάρχουν και για τους Αιγυπτίους οι οποίοι από τα στοιχεία που έχουν συγκεντρωθεί φαίνεται ότι είχαν αποπειραθεί πράξεις μιας προηγμένης, ακόμη και για τη σημερινή εποχή, ιατρικής, όπως λ.χ. τις κρανιοανατρήσεις για την «απελευθέρωση των ... κακών πνευμάτων»<sup>23</sup>.

Κλασική είναι ακόμη, μεταγενέστερα, η ιστορική αναφορά στους Αγίους Κοσμά και Δαμιανό, στους οποίους αποδίδεται η μεταμόσχευση της κνήμης ενός Μαυριτανού σε ένα λευκό, θέμα το οποίο ενέπνευσε πολλούς αγιογράφους της Αναγέννησης. Και σειρά ολόκληρη άλλων εγχειρημάτων στα οποία βεβαίως ο μύθος διαπλέκεται με την πραγματικότητα, αλλά οπωσδήποτε καταδεικνύουν ότι η σημερινή επιστημονική βάση της μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων στηρίζεται σε πρωτοποριακές πράγματι μελέτες πολλών και

---

<sup>22</sup> Κουτσελίνης, Α. Σ. *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης*. Αθήνα : Μαρία Γρ. Παρισιάνου, 1999, σελ 21-23

<sup>23</sup> Κουτσελίνης, οπ.π., σελ 25-27

μεγάλων ερευνητών.

Οι μεταμοσχεύσεις ιστών βρίσκονται σε άμεση σχέση με την πλαστική χειρουργική. Ήδη από το 700 π.Χ., υπάρχουν κείμενα Ινδών γιατρών, οι οποίοι περιγράφουν τεχνικές αποκατάστασης ελλειμμάτων της μύτης και των ώτων, εγχειρήσεις που είναι προσόμοιες με εκείνες-που εφαρμόζονται σήμερα<sup>24</sup>.

Ο γνωστός Ιταλός πλαστικός του 16ου αιώνα Gasparo Tagliacozzi, έγινε διάσημος με τη μέθοδο ρινοπλαστικής κατά την οποία ελάμβανε μόσχευμα από το βραχίονα, τεχνική η οποία είναι γνωστή μέχρι και σήμερα ως ιταλική μέθοδος. Σύμφωνα ακόμη με άλλες περιγραφές, κατά το 19<sup>ο</sup> αιώνα πραγματοποιήθηκαν, είτε σε πειραματικό είτε σε κλινικό επίπεδο και άλλες μεταμοσχεύσεις, όπως τενόντων, δέρματος, νεύρων, χόνδρων, κερατοειδούς, επινεφριδίων, θυρεοειδούς, παραθυρεοειδών, ωοθηκών, λίπους, καθώς και τμημάτων του γαστρεντερικού και ουροποιητικού συστήματος.

Η Εγχειρητική αναπτύσσεται ραγδαία, αλλά παράλληλα αναπτύσσεται και η Βιολογία η οποία θα παίζει πλέον σημαντικό ρόλο με την καλλιέργεια ιστών και κυττάρων που άρχισε κυρίως στις αρχές του 20ού αιώνας, με τις εργασίες του Ross Harrison<sup>25</sup>.

Πρέπει επίσης να αναφερθεί, ότι οι μεταμοσχεύσεις οργάνων συνδέονται άρρηκτα και με τις εργασίες του πρωτοπόρου Γάλλου ερευνητή και μεγάλου φιλοσόφου και ανθρωπιστή, Alexis Carrel, που καθιέρωσαν μια νέα τεχνική που περιόριζε τον κίνδυνο των θρομβώσεων, αίτιο που οδήγησε τις προηγούμενες προσπάθειες μεταμοσχεύσεων σε αποτυχία. Ο ίδιος ερευνητής προείδε, ότι όργανα προερχόμενα από άτομα-θύματα τροχαίων ατυχημάτων θα ήταν τα πλέον κατάλληλα<sup>26</sup>.

Πέρασαν όμως πολλές δεκαετίες, μέχρις ότου οι μεταμοσχεύσεις οργάνων γίνουν πραγματικότητα στην κλινική πράξη, έτσι όπως είναι σήμερα. Κι αυτό διότι έπρεπε, στο μεταξύ, πολυάριθμοι ερευνητές να λύσουν πολλαπλά προβλήματα και να αναπτυχθούν άλλοι τομείς της Ιατρικής, όπως η

---

<sup>24</sup> Κουτσελίνης, οπ.π., σελ 25-27

<sup>25</sup> Κουτσελίνης, οπ.π. , σελ 25-27

<sup>26</sup> Cooper, D.K., 2017. The First Transplant Surgeon: The Flawed Genius of Nobel Prize Winner, Alexis Carrel, by David Hamilton, World Scientific, London, 2017, 561-563

Ανοσολογία και οι αντιμικροβιακοί παράγοντες<sup>27</sup>.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, σε διεθνές επίπεδο καταγράφεται ότι την 1 Αυγούστου του 2016, υπάρχουν 120.004 άνθρωποι στις ΗΠΑ, οι οποίοι περιμένουν μεταμοσχεύσεις οργάνων προκειμένου να σώσουν τη ζωή τους<sup>28</sup>. Ενώ οι απόψεις για τη δωρεά οργάνων είναι θετική υπάρχει ένα μεγάλο χάσμα μεταξύ των αριθμών των εγγεγραμμένων δωρητών σε σύγκριση με εκείνους που περιμένουν δωρεές οργάνων σε παγκόσμιο επίπεδο<sup>29</sup>.

Στην Ιρλανδία το 1993 ξεκίνησε το Πρόγραμμα Μεταμοσχεύσεων Εθνικού ήπατος στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο St. Vincent στο Δουβλίνο. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα μεταμόσχευσης ήπατος που απευθύνεται μόνο σε ενήλικες. Για τα παιδιά οι ιατροί απευθύνονται στο νοσοκομείο Kings College στο Ηνωμένο Βασίλειο. Μέχρι σήμερα, έχουν σχεδόν πραγματοποιηθεί 1.000 μεταμοσχεύσεις ήπατος σε ενήλικες. Το 93% των ασθενών αυτών επιβιώνουν για 1 έτος και το 79% για 5 έτη. Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται πλήρως από την κυβερνητική υπηρεσία υγείας. Παραδοσιακά, τα ποσοστά δωρεάς οργάνων είναι υψηλά στην Ιρλανδία. Ωστόσο, η ζήτηση για μεταμόσχευση ήπατος έχει αυξηθεί κατά τα τελευταία 20 χρόνια, και οι λίστες αναμονής είναι σήμερα μεγάλες<sup>30</sup>.

Ευρωπαϊκές χώρες όπως η Βουλγαρία, η Ουγγαρία, η Τσεχία και η Κροατία, έχουν επιδείξει σημαντική βελτίωση στο θέμα των μεταμοσχεύσεων τα τελευταία χρόνια. Συγκεκριμένα, συνεργασία Βουλγαρίας Γαλλίας, που ξεκίνησε το 2012, έχει οδηγήσει στην επιμόρφωση των ιατρών και των νοσηλευτών στη Βουλγαρία σε θέματα μεταμοσχεύσεων, με αποτέλεσμα να έχει αυξηθεί ο αριθμός των ζώντων και πτωματικών μεταμοσχεύσεων. Επίσης παρ' όλες τις αλλαγές στις κυβερνήσεις ο τομέας των μεταμοσχεύσεων δεν έχει επηρεαστεί. Η Κροατία έχει προχωρήσει σε μεταμοσχεύσεις πνεύμονα τη

---

<sup>27</sup> Κουτσελίνης, οπ.π. , σελ 25-27

<sup>28</sup> Tong A, Sautenet B, Chapman JR, Harper C, MacDonald P, Shackel N, Crowe S, Hanson C, Hill S, Synnot A, Craig JC. Research priority setting in organ transplantation: a systematic review. *Transplant International*. 2017 Apr 1;30(4):327-43.

<sup>29</sup> Truog, F. G. Miller, and S. D. Halpern, "The dead-donor rule and the future of organ donation", *New England Journal of Medicine*, 2013, 369,1287-1289.

<sup>30</sup> Masood, I., Elrayah, E. Traynor, O., McCormick A. Liver transplantation in Ireland. *Liver Transplantation* 22, 2016, 1014–1018

στιγμή που η Ελλάδα έχει μείνει πίσω και ασθενείς που χρειάζονται μεταμόσχευση πνεύμονα αναγκάζονται να ταξιδέψουν στο εξωτερικό.

Άξια ειδικής μνείας είναι, η Ισπανία, η οποία, κατά τα τελευταία χρόνια, βρίσκεται σταθερά στην πρώτη θέση της παγκόσμιας κατάταξης ως προς τη δωρεά οργάνων. Συγκεκριμένα στην Ισπανία κατά το 2016 διεξήχθησαν συνολικά 4.818 μεταμοσχεύσεις οργάνων. Το 2015 ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων οργάνων ανήλθε στις 4.769. Από τις 4.818 μεταμοσχεύσεις οργάνων οι 2.994 αφορούσαν νεφρά, οι 1.159 ήπαρ, οι 281 καρδιά, οι 307 πνεύμονες, οι 73 πάγκρεας και 4 έντερο<sup>31</sup>.

Η θέση αυτή δεν κατακτήθηκε φυσικά τυχαία, αλλά είναι αποτέλεσμα της ειδικής οργάνωσης του μεταμοσχευτικού συστήματος της χώρας αυτής. Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (National Transplant Organization -ONT) το 1989 από το υπουργείο Υγείας σήμαινε ότι ένας φορέας ήταν υπεύθυνος για την εποπτεία και τον συντονισμό των πολιτικών δωρεάς και μεταμόσχευσης σε όλες τις περιοχές και υπερδιπλασίασε τον αριθμό των δωρεών οργάνων μέσα σε μια δεκαετία από τη δημιουργία του. Το ισπανικό μοντέλο βασίζεται επίσης στον ορισμό κατάλληλων επαγγελματιών (κυρίως γιατρών εντατικής θεραπείας) για να διασφαλιστεί ότι οι δωρεές θα γίνονται γρήγορα όταν ο ασθενής πεθαίνει σε συνθήκες που επιτρέπουν τη δωρεά οργάνων<sup>32</sup>.

Οι επαγγελματίες που υποστηρίζουν στο έργο τους τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων και τα περιφερειακά γραφεία συντονισμού έχουν επίσης εκπαιδευτεί ώστε να εντοπίζουν τις ευκαιρίες δωρεάς έξω από τις μονάδες εντατικής θεραπείας, στα τμήματα έκτακτης ανάγκης και στα νοσοκομεία. Ενώ ορισμένα έθνη καλύπτουν την ηλικία κατά την οποία οι χορηγοί πληρούν τις προϋποθέσεις, η Ισπανία επιχειρεί τη δωρεά οργάνων από άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών - και στην πραγματικότητα το 10% των

---

<sup>31</sup> Govan, F. (2017). How Spain became the world leader in organ transplants. Ανακτημένο από: <https://www.thelocal.es/20170915/how-spain-became-world-leader-at-organ-transplants> [πρόσβαση 29-9-2017]

<sup>32</sup> Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E, Mahillo B, Marazuela R. How Spain reached 40 deceased organ donors per million population. American Journal of Transplantation. 2017, 99-102



δωρητών οργάνων στην Ισπανία είναι άνω των 80 ετών-. Επιπλέον, η Ισπανία επιτρέπει τη δωρεά μετά από κυκλοφοριακό θάνατο, στην οποία έχουν σταματήσει η κυκλοφορία του αίματος, ο καρδιακός ρυθμός και η αναπνοή (σε αντίθεση με τον εγκέφαλο θάνατο, στον οποίο έχουν σταματήσει όλες οι λειτουργίες του εγκεφάλου), ακόμη και όταν ο θάνατος συμβεί με ξαφνική καρδιακή ανακοπή στο δρόμο<sup>33</sup>.

### **Η ιστορία των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας**

Στην Ελλάδα η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη από τον Καθηγητή Κ. Τούντα και τους συνεργάτες του το 1968 και στην Αθήνα από τον Καθηγητή Γρ. Σκαλκέα και τον συνεργάτη του Ι. Χωματά το 1971. Η πρώτη διπλή μεταμόσχευση παγκρέατος-νεφρού έγινε από τον Καθηγητή Γρ. Σκαλκέα και τον συνεργάτη του Α. Κωστάκη το 1989 στο Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών. Οι μεταμοσχεύσεις καρδιάς στην Ελλάδα ξεκίνησαν το 1990. Η πρώτη μεταμόσχευση έγινε στο νοσοκομείο «Υγεία» αλλά ο ασθενής δεν επέζησε πέρα από ορισμένες ώρες. Η δεύτερη έγινε από τους Τόλη και τους συνεργάτες του τον Απρίλιο του 1990 στο ΓΝΑ «Ευαγγελισμός» κι ο ασθενής επέζησε και εξήλθε του νοσοκομείου<sup>34</sup>. Στην Ελλάδα μεταμοσχεύσεις έχουν πραγματοποιηθεί στα παρακάτω νοσοκομεία όπου λειτούργησαν/ουν ως, μεταμοσχευτικά κέντρα:

Στην Αθήνα:

- Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
- ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»
- Θεραπευτήριο «Υγεία»

Στην Θεσσαλονίκη:

- ΓΝΘ «Παπανικολάου»
- ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

---

<sup>33</sup> Gouan, οπ.π.

<sup>34</sup> Ακύρου, Δ. *Εγχειρίδιο Καρδιολογικής Νοσηλευτικής*, Γ΄ έκδοση, Αθήνα, 2005, σελ 41-43

Ωστόσο από το 2015 η Ελλάδα παρουσιάζει τη χειρότερη επίδοση στον τομέα των μεταμοσχεύσεων καθώς υπήρχαν μόλις 3,5 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Το πρόβλημα που τίθεται στην έλλειψη δοτών στην Ελλάδα είναι ότι η κοινωνία δεν εμπιστεύεται το ιατρικό σύστημα. Παράλληλα, δεν υπάρχει υποδομή για τη δωρεά οργάνων. Λείπουν πάρα πολλά κρεβάτια μονάδων εντατικής θεραπείας όπου βρίσκεται διασωληνωμένος ο εγκεφαλικά νεκρός και χρειάζεται μεγαλύτερη φροντίδα από τους άλλους ασθενείς. Επιπλέον απαιτείται ενίσχυση για τον συγκεκριμένο χώρο με προσλήψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων αποτελούν σήμερα και στη χώρα μας μια πραγματικότητα. Η άρνηση, σε ένα τέτοιο εγχείρημα, συχνή σε παλαιότερες εποχές, δεν μπορεί να αιτιολογηθεί σήμερα, αφού η πράξη αυτή, της λήψης και της χρησιμοποίησης ιστικών μοσχευμάτων, τόσο από ζωντανό δότη, όσο και από πτωματικό έχει γίνει αποδεκτή όχι μόνο από τους γιατρούς, αλλά και από νομικούς, κοινωνιολόγους, και θεολόγους. Με την αυστηρή βέβαια προϋπόθεση ότι ο θάνατος θα έχει προηγουμένως διαγνωσθεί κατά τρόπο επιστημονικά δόκιμο και αδιάβλητο. Και μια τέτοια εξασφάλιση προσφέρει η επιστήμη και κατοχυρώνει ο νόμος. Κριτήρια θεσπίζει η επιστήμη, κριτήρια με βάση τα οποία ο θάνατος διαγιγνώσκεται και επιβεβαιώνεται κατά τρόπο ασφαλή, κατά τρόπο που να μην επιτρέπει κάποια παρεξήγηση ή έστω βιαστική και επιπόλαια σκέψη, ότι ο γιατρός για χάρη της επιστήμης του ενήργησε πρόωρα, και τα κριτήρια αυτά καθιερώνονται και προστατεύονται με νόμο.

Η νομική λοιπόν κατοχύρωση φαίνεται να αποτελεί μια από τις πρώτες και τις βασικές προϋποθέσεις για τη διευκόλυνση της Χειρουργικής των μεταμοσχεύσεων. Εξασφαλίζει άλλωστε και την τήρηση ορισμένων βασικών δεοντολογικών κανόνων, για παραβίαση των οποίων εύκολα μπορεί, ιδιαίτερα στις μεταμοσχεύσεις, ο γιατρός να κατηγορηθεί<sup>35</sup>. Σήμερα, το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο αποτυπώνεται στο ν.3984/2011, ο οποίος αναλύεται σε επόμενο κεφάλαιο.

Επίσης, οι γνώσεις μας στους μηχανισμούς της ανοσολογικής

---

<sup>35</sup> Κουτσελίνης, οπ.π. , σελ 29

αντίδρασης, η χρήση των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, των κυκλοσπορινών, μονοκλωνικών αντισωμάτων κ.λπ., παράλληλα με τις καταπληκτικές πράγματι προόδους της εγχειρητικής τείνουν να πραγματοποιήσουν τα πλέον τολμηρά οράματα χαρίζοντας ελπίδα και ζωή σε χιλιάδες ανθρώπους. Η φθορά από το χρόνο είναι δυστυχώς αναπότρεπτη. Κι έως ότου βρεθεί - αν ποτέ βρεθεί - αποτελεσματικός τρόπος πρόληψης των νόσων φθοράς, η μόνη δυνατότητα παράτασης της ζωής είναι η αντικατάσταση των καταστρεφόμενων ιστών και οργάνων. Έτσι, φαίνεται ότι οι μεταμοσχεύσεις, με την προοδευτική βελτίωση όλων των προαναφερθέντων συντελεστών, θα αποτελούν την τελευταία γραμμή άμυνας της Ιατρικής προ του τέλους .



## Κεφάλαιο 1 Η θέση των θρησκειών στο θέμα των μεταμοσχεύσεων

Οι συζητήσεις για τις μεταμοσχεύσεις ενέχουν τον κίνδυνο του αποπροσανατολισμού του ανθρώπου από τον σκοπό της ύπαρξής του, αν δεν ληφθούν υπόψη οι θεολογικές παράμετροι του θέματος. Συζητήσεις σχετικές με την παράταση μιας ζωής που αναγκαστικά κάποτε θα τελειώσει, όταν αυτονομούνται ορισμένες «αξίες» και «αρχές» ή θεωρείται ο άνθρωπος αποκλειστικά και μόνο στο πλαίσιο των βιολογικών του λειτουργιών, δεν μπορούν να επιτύχουν τίποτε περισσότερο από το να εγκλωβίζουν τον άνθρωπο και να περιορίζουν τη ζωή του μέχρι τον θάνατο και την ταφή του<sup>36</sup>.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι αυτό που προβάλλεται πολλές φορές ως απορία ή επιχείρημα από ορισμένους απλοϊκούς Χριστιανούς, για το πώς δηλαδή θα εξευρεθούν τα δανεικά μέλη ή όργανα του σώματος κατά την κοινή ανάσταση των σωμάτων και την Δευτέρα Παρουσία, είναι μετέωρο θεολογικά. Ο Θεός που μπορεί από τους λίθους να εγείρει υιούς Αβραάμ και να δίνει νεύρα, σάρκα και ζωή στα «ξηρά οστά», σύμφωνα με την προφητεία του Ιεζεκιήλ που διαβάζεται μετά την περιφορά και την είσοδο του Επιταφίου στους ναούς το βράδυ της Μ. Παρασκευής, δεν θα έχει κανένα πρόβλημα να δώσει το μάτι, την καρδιά, τους πνεύμονες ή τα νεύρα σε κάποιους δότες<sup>37</sup>.

Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνει λόγος για την τοποθέτηση της Εκκλησίας στις μεταμοσχεύσεις και η αναμφισβήτητη και πολύτιμη πραγματικά συμβολή της στην εξοικείωση του κοινού με την ιδέα της παραχώρησης οργάνων μετά το θάνατο και την ιερότητα μιας τέτοιας προσφοράς.

Αρχικά βεβαίως υπήρξαν επιφυλάξεις, ίσως μάλιστα πολλές να διατηρούνται ακόμη σε ορισμένους εκκλησιαστικούς κύκλους. Ο καθένας άλλωστε έχει δικαίωμα να έχει τις οποιοσδήποτε επιφυλάξεις και με σύνεση να

---

<sup>36</sup> Miller, J. M. A Typology of Legal Transplants: Using Sociology, Legal History and Argentine Examples to Explain the Transplant Process. *The American Journal of Comparative Law*, 2003, 51(4), 839-885.

<sup>37</sup> Otte, J. B. History of pediatric liver transplantation. Where are we coming from? Where do we stand?. *Pediatric transplantation*, 2002, 6(5), 378-387.

τις υποστηρίζει, να τις συζητά. Αρνητική όμως η εκκλησία δεν υπήρξε ποτέ. Βοήθησε εξ αρχής στη χώρα μας την προσπάθεια που είχε από παλαιότερα αναληφθεί και μάλιστα ήταν από τους πρώτους παράγοντες, πολύ πριν ακόμη και από τους νομικούς, που τάχθηκε κοντά στον άρρωστο και στις ανάγκες του και συγκατένευσε στη σωτηρία του με τη λήψη μοσχευμάτων<sup>38</sup>.

Αλλά, όπως ήδη αναφέρθηκε, σ' όλες σχεδόν τις μεγάλες θρησκείες βρίσκονται ανάλογες θετικές αναφορές και τοποθετήσεις στο θέμα των μεταμοσχεύσεων.

### 1.1 Χριστιανική θρησκεία

Ο Χριστιανισμός, θεωρεί τις μεταμοσχεύσεις ως ενέργεια που δηλώνει αγάπη στον συνάνθρωπο. Μια τέτοια αξιολόγηση βασίζεται σε δύο προϋποθέσεις. Η μία αφορά στην ανεκτίμητη αξία του ανθρώπου ως εικόνα του Θεού και η άλλη αφορά στην ανιδιοτελή αγάπη του ανθρώπου προς τον συνάνθρωπό του, χωρίς να διακρίνει φίλους και εχθρούς. Με βάση δε τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις μπορεί να διατυπωθούν και ορισμένοι κανόνες που τίθενται μάλλον και ως προϋπόθεση στην παραδοχή των μεταμοσχεύσεων. Έτσι<sup>39</sup>:

Κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης και της αφαίρεσης των οργάνων από τον δότη με την συγκατάθεσή του, η πράξη αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αυτοακρωτηριασμός, ο οποίος δεν επιτρέπεται βάσει των αρχών του χριστιανισμού.

Σύμφωνα με τις αρχές του χριστιανισμού η ζωή θεωρείται ότι δωρίθηκε από τον Θεό στον άνθρωπο και ως εκ τούτου δεν μπορεί να δωρηθεί σε έναν άλλο. Βάσει του παραπάνω η συγκατάθεση του δότη να δώσει ένα όργανό του δεν πρέπει να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του, καθώς τότε θα θεωρείται αυτοκτονία, η οποία δεν επιτρέπεται βάσει των αρχών του χριστιανισμού.

Βάσει του παραπάνω, όπως ακριβώς η ζωή δεν μπορεί να δωρηθεί καθώς

---

<sup>38</sup> Richmond, D. "How should Christians respond to proposals to legalise euthanasia and assisted suicide?." *Stimulus: The New Zealand Journal of Christian Thought and Practice* 21, no. 1, 2014,20.

<sup>39</sup> Richmond, οπ.π., σελ 20

μας δωρήθηκε από τον Θεό, έτσι και το σώμα του ανθρώπου δεν αποτελεί ιδιοκτησία του και ως εκ τούτου σε μια πρώτη ανάγνωση οι μεταμοσχεύσεις πρέπει να απαγορεύονται. Όμως επειδή στην περίπτωση των μεταμοσχεύσεων γίνεται λόγος για δωρεά προκειμένου να σωθεί ένας άνθρωπος, η πράξη αυτή θεωρείται γενναία και ηρωική.

Σύμφωνα με τον Χριστιανισμό η ανάσταση που αναμένεται στο μέλλον δεν αποτελεί εμπόδιο στις μεταμοσχεύσεις δεδομένου ότι κατά την ανάσταση των Νεκρών όλοι οι άνθρωποι θα εμφανιστούν διαφορετικού από τη σημερινή τους μορφή. Επίσης οι μεταμοσχεύσεις δεν πρέπει να θεωρούνται ενάντιες στο Θεό καθώς ο Θεός πρεσβεύει την εναντίωση του ανθρώπου στο κακό.

Πρέπει βεβαίως να αναφερθεί ότι οι ανωτέρω απόψεις δεν γίνονται απολύτως αποδεκτές από όλα τα άτομα που ασπάζονται τον χριστιανισμό. Υπάρχουν και αιρέσεις όπως ο Προτεσταντισμός, που εκφράζουν διαφορετικές απόψεις<sup>40</sup>.

Σήμερα, η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας απέναντι στις μεταμοσχεύσεις είναι- όπως από την αρχή υπήρξε - ξεκάθαρη και διάφανη. Οι σημερινές θέσεις της Εκκλησίας δεν στηρίχθηκαν μόνο στις ευαγγελικές αυτές ρήσεις, αλλά υπήρξαν αποτέλεσμα και μιας πλατειάς και σε βάθος έρευνας όλων των πτυχών του προβλήματος. Και με βάση την έρευνα αυτή έφθασε στο σημείο, σήμερα, όχι μόνο να πάρει θετική θέση, αλλά να διατυπώσει και ορισμένες αρχές, ως κανόνες που εξασφαλίζουν το μικρότερο πνευματικό και ηθικό κόστος, ενόψει πάντοτε της καιροφυλακτούσης ανθρώπινης αδυναμίας και της απειλουμένης παραβίασης θεμελιωδών κανόνων ηθικής συμπεριφοράς και ιατρικής δεοντολογίας.

Αρχές και κανόνες που κλείνουν μέσα τους κάθε ηθική και δεοντολογική υποχρέωση, στηριγμένη στις βασικές και ακατάλυτες αρχές της Βιοηθικής.

---

<sup>40</sup> Richmond, οπ.π., σελ 20

## 1.2 Ιουδαϊσμός

Πηγές του είναι, όπως είναι γνωστό, η γραπτή παράδοση, η Τορρά και η προφορική παράδοση, το Ταλμούδ το οποίο περιλαμβάνει τη Μισνά και τη Γεμάρρα, συλλογές νόμων, αποφάσεων και αποφθεγμάτων των ραββινικών Σχολών. Και οι δύο παραδόσεις μαζί ονομάζονται Χαλασά.

Για τον Ιουδαϊσμό και οι δύο παραδόσεις -γραπτή και προφορική - έχουν ίση αξία, ερμηνεύονται δε πάντοτε από τους ραββίνους, με ερμηνείες οι οποίες - όποιες και αν είναι - γίνονται δεκτές, ως αξίες μη επιδεχόμενες αμφισβήτηση. Και σύμφωνα με αυτές η προστασία της ζωής κάθε ανθρώπου διεκδικεί προτεραιότητα έναντι οιασδήποτε άλλης αξίας, και χάριν αυτής επιτρέπεται η χρησιμοποίηση κάθε μέσου. Οι Εβραίοι, πολλές φορές, κατά την ιστορική διαδρομή τους αναγκάστηκαν να διαλέξουν μεταξύ ζωής και βίας. Σε κάθε περίπτωση, η επιλογή τους υπήρξε η ζωή που την υπεράσπιζαν μάλιστα και με τη βία όταν κινδύνευε. Δεύτερη δε βασική αρχή του Ιουδαϊσμού αποτελεί η παραδοχή ότι επιβάλλεται η άμυνα και η υπεράσπιση της απαραβίαστης αξίας της φυσικής κατασκευής του ανθρώπου<sup>41</sup>.

Έτσι, με βάση τις αρχές αυτές, εύκολα διακρίνεται ότι στον Ιουδαϊσμό επιτρέπεται και επιβάλλεται η προσφορά, από ένα ζωντανό άνθρωπο, μέλους ή οργάνου του σώματος του, που δεν είναι απαραίτητο για τη διατήρηση της ζωής του, προκειμένου να σωθεί ένας άλλος άνθρωπος. Τη ζωή του δε μπορεί κανείς να τη θυσιάσει, παρά μόνο αν πρόκειται να σώσει τη ζωή κάποιου άλλου.

## 1.3 Θρησκεία Βουδιστών

Στο Βουδισμό δεν υπάρχουν δεδομένες αρχές και ειδικές αναφορές για τη μεταμόσχευση. Η Ντάρμα όμως, η βουδιστική διδασκαλία, περιέχει ορισμένα στοιχεία σε σχέση με το ανθρώπινο σώμα, που μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως κριτήρια για μια βουδιστική, τοποθέτηση απέναντι στις μεταμοσχεύσεις. Θεμελιώδης αντίληψη του Βουδισμού είναι ότι κάθε πράγμα

---

<sup>41</sup> Jotkowitz, A. B., Agbaria, R., & Glick, S. M. "Medical ethics in Israel—bridging religious and secular values." *The Lancet* 389, 10088, 2017, 2584-2586.



σ' αυτό τον κόσμο δεν είναι ανεξάρτητο από το άλλο. Όλα και όλοι βρίσκονται σε μια αλληλεξάρτηση, που γίνεται φανερή σε μια βαθύτερη διερεύνηση. Οι άνθρωποι, και αυτοί, τελούν σε εξάρτηση, σε συνάφεια με κάθε τι που υπάρχει στο σύμπαν, αυτή δε η εξάρτηση συνεπιφέρει τη συνεχή αλλαγή. Τίποτε δεν παραμένει αμετάβλητο. Μόνον έμμεσα και με κάποια σχετικότητα μπορεί κανείς να προσδιορίσει το εγώ του, τον εαυτό του. Ο κάθε άνθρωπος, με το σώμα του, θεωρείται ως ένα «όχημα» που κινείται προς την τελειότητα, περνώντας από διάφορα στάδια που οδηγούν στην ανώτερη βαθμίδα που είναι το φως. Και όποιος φθάσει εδώ στον «Οίκο του Βούδα» γίνεται πλέον ο ίδιος πηγή φωτός για τους άλλους. Μύθοι και παραβολές στο Βουδισμό ομιλούν για τέτοιες περιπτώσεις, περιπτώσεις ανθρώπων που δέχθηκαν να προσφέρουν το σώμα τους θυσία προκειμένου να φωτισθούν άλλοι άνθρωποι. Και εδώ μπορεί να στηρίξει κανείς τη βουδιστική άποψη για τις μεταμοσχεύσεις<sup>42</sup>.

Χωρίς αμφιβολία μια τέτοια πράξη είναι γενναία και ευγενής. Πρέπει όμως να πεισθούν τα άλλα μέλη της οικογένειας του δότη, πρέπει να πεισθούν ότι στην άλλη ζωή, στην αιωνιότητα, δεν είναι απαραίτητα τα αφαιρούμενα μέλη. Όταν ο Βούδας επρόκειτο να πεθάνει είπε στους μαθητές του: «Παιδιά μου, έφθασε η τελευταία μου ώρα, αλλά μη ξεχνάτε ότι ο θάνατος είναι η φθορά, αλλά η Βασιλεία του Φωτός θα υπάρχει πάντοτε. Όποιος βλέπει το σώμα μου, δεν βλέπει κατ' αλήθεια εμένα. Μόνον όποιος παραδέχεται τη διδασκαλία μου κατά αλήθεια με βλέπει». Κατά συνέπεια δεν είναι η φυσική κατάσταση του ανθρωπίνου σώματος εκείνη που συνιστά την ανθρώπινη ύπαρξη, αλλά η φωτισμένη πνευματική κατάσταση. Και μια τέτοια κατάσταση ευνοεί τη δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση προς ανακούφιση του «πόνου». Όσο πληθαίνουν οι φωτισμένοι, τόσο θα πολλαπλασιάζονται και οι δότες οργάνων, που με τη πράξη τους αυτή θα τονίζουν την αλληλεξάρτηση του ενός από τον άλλον και θα συμφιλιώνουν όλη τη δημιουργία «κλαίοντες μετά κλαιόντων και χαίροντες μετά χαιρόντων».

---

<sup>42</sup> Ganeri, J. "Buddhism & Bioethics." *Life, Body, Person and Self: A Reconsideration of Core Concepts in Bioethics from an Intercultural Perspective*, 2017, 176.

#### 1.4 Η θέση του ισλαμισμού

Για το Ισλάμ, παρά την απουσία κάθε μνείας περί μεταμοσχεύσεων τόσο στο Κοράνι, όσο και στους λόγους του Μωάμεθ, μπορεί να διακρίνει κανείς ότι πρωταρχικής αξίας αρχή είναι η πίστη στον άνθρωπο που βρίσκεται υπεράνω όλων των «κτισμάτων». Με βάση την αρχή αυτή, τεκμαίρεται απλώς ότι η αφαίρεση οργάνων ή ιστών από έναν άνθρωπο, ζωντανό ή νεκρό και η μεταμόσχευσή τους σε άλλο άνθρωπο, είναι αποδεκτή και καταξιωμένη όταν γίνεται για σοβαρούς λόγους υγείας και ζωής, χωρίς άλλη δυνατότητα θεραπείας, όχι όμως και για άλλες ανάγκες, όπως π.χ. για αισθητικούς λόγους, ενέργεια η οποία αποτελεί πράξη ασέβειας απέναντι στον άνθρωπο,·

Κανόνες και νομικές δεσμεύσεις για την παροχή, εν ζωή, συγκατάθεσης στην περίπτωση λήψεως πτωματικών μοσχευμάτων δεν υπάρχουν<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Alias, F., Muhammad, M., & Kassim, P. N. J. "The Legality of Euthanasia from the Malaysian and Islamic Perspectives: An Overview." *Med. & L.* 34, 2015, 509.

## Κεφάλαιο 2. Η ηθική στις μεταμοσχεύσεις

Η ηθική είναι ένας φιλοσοφικός κλάδος, ο οποίος ασχολείται με την αναζήτηση και την οριοθέτηση του τι είναι αποδεκτό κοινωνικά και θεωρείται σωστό και τι θεωρείται λάθος και μη πρόπον. Η ηθική εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνία στην οποία εφαρμόζεται και συνεπώς οι παράγοντες που επηρεάζουν τη κοινωνία επηρεάζουν και την ηθική που την διέπει.

Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες είναι<sup>44</sup>:

Το γεωγραφικό περιβάλλον, διότι η τοποθεσία στην οποία βιώνει μία κοινωνία μπορεί να διαμορφώσει τους κανόνες της ηθικής της, όπως για παράδειγμα άλλους ηθικούς κανόνες μπορεί να έχει ένας λαός που ζει στη Μεσόγειο και άλλους ένας λαός που ζει στη Βόρεια Ευρώπη.

Το τεχνολογικό περιβάλλον, διότι οι τεχνολογικές εξελίξεις και ανακαλύψεις μπορούν να επηρεάσουν την ηθική των λαών που τους απασχολεί το θέμα, για παράδειγμα το θέμα της κλωνοποίησης αφορά ιδιαίτερα τους δυτικούς λαούς που δείχνουν εξοικειωμένοι με το θέμα ενώ μία πρωτόγονη φυλή της Αυστραλίας που αγνοεί ακόμα και την ύπαρξη της, δεν θα δεχτεί καμία απολύτως επιρροή.

Το πολιτισμικό περιβάλλον διότι ο πολιτισμός επιδρά ιδιαίτερα στην ύπαρξη και τη διαμόρφωση ηθικών κανόνων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι άλλους ηθικούς κανόνες έχουν οι χώρες της Ανατολής όπως η Ιαπωνία και η Κίνα και εντελώς αντίθετους έχουν συνήθως οι δυτικές κοινωνίες.

Ένα κύριο χαρακτηριστικό της ηθικής είναι ότι δεν είναι στάσιμη αλλά εξελίσσεται συνεχώς παράλληλα με την εξέλιξη της κοινωνίας αφού για παράδειγμα στην αρχαία Ελλάδα ήταν ηθικά αποδεκτή η χρήση δούλων ενώ σήμερα κάτι τέτοιο θεωρείται απαράδεκτο και ανήθικο.

Επικρατεί ευρέως η άποψη ότι η ηθική έχει κάποιες αρχές που είναι παγκόσμιες και δεν αλλάζουν ασχέτως των παραγόντων που προαναφέρθηκαν.

---

<sup>44</sup> Lamb, D. (1990). *Organ Transplants and ethics*. London : Routledge, σελ 68-70

Αυτές οι αρχές είναι βασικές όπως αυτές που αφορούν την ελευθερία του ατόμου καθώς και αυτές που μας απαγορεύουν να προκαλέσουμε κακό σε άλλο άνθρωπο. Αυτές οι αρχές σχετίζονται άμεσα με την ανθρώπινη φύση και δεν αλλάζουν από τις ιδιαιτερότητες της κάθε κοινωνίας.

Η βιοηθική με τη σειρά της είναι ο επιστημονικός κλάδος που σχετίζεται με τα ηθικά ζητήματα και ειδικότερα με αυτά που προκύπτουν από τις επιστήμες της βιολογίας, της ιατρικής και της γενετικής<sup>45</sup>. Η περίπλοκη ιατρική πράξη της μεταμόσχευσης οργάνων συμπλέκεται βαθύτατα με τη βιοηθική και λαμβάνει το χαρακτήρα ενός ξεχωριστού πολιτισμικού φαινομένου, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ανάλογα με την κοινωνία μέσα στην οποία αναπτύσσεται. Ειδικότερα, η βιοηθική σχετίζεται με τον τρόπο διαχείρισης του γενετικού υλικού.

Η βιοηθική λόγω της στενής σχέσης της με την ιατρική επιστήμη, είναι ευρέως γνωστή και ως ιατρική ηθική. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι περιορίζεται αποκλειστικά σε αυτό τον τομέα αφού αφορά το σύνολο των βιοτεχνολογικών εφαρμογών και η ύπαρξη της εδραιώθηκε με την μεγάλη πρόοδο που επιτεύχθηκε σε τομείς όπως η βιοτεχνολογία, η βιοϊατρική και η φυσική<sup>46</sup>.

Η μεγάλη πρόοδος σε αυτούς τους τομείς επέφερε παράλληλα και ηθικά ζητήματα που όπως ήταν αναμενόμενο δημιούργησαν κοινωνικές αντιδράσεις και σε αρκετές περιπτώσεις, λόγω αυτών μέρος της κοινωνίας τάχθηκε εναντίον αυτών των επιτευγμάτων. Άλλοι πάλι αντιμετώπιζαν τα επιτεύγματα αυτά λόγω των ζητημάτων αυτών με επιφύλαξη<sup>47</sup>.

Η βιοηθική συνεπώς ακολούθησε την ίδια πορεία με τα βιοτεχνολογικά επιτεύγματα αφού αναδύθηκε μέσα από αυτά και αναπτύχθηκε παράλληλα με αυτά<sup>48</sup>. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι η οπτική αντιμετώπισης των ζητημάτων που περιλαμβάνει είναι νέα αφού ηθικά ζητήματα και ιδιαίτερα στην ιατρική

---

<sup>45</sup> Στη βιβλιογραφία επικρατεί η άποψη ότι τον όρο βιοηθική επινόησε ο Αμερικανός ογκολόγος Van Potter, ο οποίος έδωσε τον εξής ορισμό στο έργο του «Bioethics: Bridge to the future (1971): «Βιοηθική είναι ο συνδυασμός των βιολογικών γνώσεων και των ανθρώπινων αξιών»

<sup>46</sup> Φραγγίδης, Π., & Θεοφανίδης, Δ. Δεοντολογία και ηθική στο χώρο της υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 2003, 14, 44-47.

<sup>47</sup> Βέργουλας, Γ. *Μεταμόσχευση νεφρού*. Θεσσαλονίκη, 2000, σελ 37-39

<sup>48</sup> Κόϊος, Ν. *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα*. Αθήνα: Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, 2003, σελ 11-13

επιστήμη έχουν διατυπωθεί από την εποχή του Ιπποκράτη<sup>49</sup>.

Η βιοηθική όμως δεν περιορίζονται στους επαγγελματίες και στους λειτουργούς της υγείας στους οποίους καθορίζει τον τρόπο άσκησης του επαγγέλματος τους και αυτό σημαίνει ότι σε επιστημονικό επίπεδο δεν σχετίζεται αποκλειστικά από την ιατρική. Αντίθετα, η βιοηθική έχει σχέση και με άλλες επιστήμες όπως η νομική και η θεολογία, λόγω της σχέσης που οι επιστήμες αυτές έχουν με τον άνθρωπο αλλά και με την ηθική και από τις οποίες προκύπτουν σωρεία αντιδράσεων σε κάποια ζητήματα όπως θα διαφανεί και παρακάτω.

Η διοίκηση υγείας είναι ένας πολύ ευαίσθητος τομέας αφού και η νοσηλευτική και η ιατρική, που αποτελούν τις δύο κύριες επιστήμες της, ασχολούνται κυρίως με τον άνθρωπο και την ίδια τη ζωή. Αναμφισβήτητα λοιπόν πρέπει να διέπεται από υψηλές ηθικές αξίες και κανόνες αναφορικά με τον άνθρωπο και την υγεία του. Για τους επιστήμονες που ασχολούνται σε αυτό το τομέα, ιατρούς και νοσηλευτές, είναι λογικό ότι ο ασθενής και η υγεία του αποτελούν την μεγαλύτερη ηθική αξία<sup>50</sup>.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ηθική δέχεται διάφορες επιδράσεις. Αυτό δεν θα μπορούσε να μην συμβεί και σε αυτό τον τομέα. Ειδικά στις επιστήμες, που ασχολούνται κυρίως με τον άνθρωπο του οποίου η φύση διέπεται από παγκόσμιες ηθικές αξίες, κάτι τέτοιο δεν θα μπορούσε να αποφευχθεί<sup>51</sup>.

Μέσα από αυτές τις αναζητήσεις προέκυψε η επιστήμη της βιοηθικής στο τομέα υγείας για να αντιμετωπίσει τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν σε αυτόν και που η ανάπτυξη τους είναι παράλληλη με αυτή των τεχνολογικών εξελίξεων και της κοινωνίας<sup>52</sup>.

Ηθικά ζητήματα όπως το ποια είναι τα δικαιώματα του ασθενή, η διακοπή της τεχνητής υποστήριξης της ζωής, η ευθανασία, η επιστημονική ακεραιότητα, είναι θέματα που έχουν προκύψει τα τελευταία χρόνια αφού πριν

---

<sup>49</sup> Λυπουρλής, Δ. Ιπποκρατική ιατρική: Όρκος περί ιερής νούσου, περί αέρων, υδάτων, τόπων, Προγνωστικόν. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής, 1983, σελ 52-55

<sup>50</sup> Πελεγρίνης, Θ. *Ιατρική Ηθική*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, 2009, σελ 63-69

<sup>51</sup> Lamb, οπ.π., σελ 68-70

<sup>52</sup> Κουτσελίνης, οπ.π. 13-15

αρκετές δεκαετίες οι αποφάσεις αναφορικά με αυτά ήταν απόφαση των επιστημόνων υγείας και μόνο.

Αυτές οι αποφάσεις όμως ποίκιλλαν ανάμεσα σε λαούς με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο και διαφορετικές ηθικές και κοινωνικές αξίες. Σήμερα όμως κάθε χώρα και κοινωνία διέπεται από πολυπολιτισμικότητα που δυσκολεύει αυτές τις αποφάσεις. Επιπλέον, τα τεχνολογικά επιτεύγματα δίνουν μία πληθώρα επιλογών με αποτέλεσμα να συμμετέχει και η οικογένεια του ασθενή ή και ο ίδιος στη λήψη αποφάσεων για το τι είναι καλό γι' αυτόν<sup>53</sup>.

Στην Ελλάδα το 1992, με το νόμο 2071/92, άρθρο 61, ιδρύθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής, Ηθικής και Δεοντολογίας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Άρθρο 61 του Ν. 2071/92). Νομοθετικά επίσης προβλέφθηκε και η ίδρυση ανάλογων συμβουλίων σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας κάτι που δυστυχώς δεν έχει επιτευχθεί ολοκληρωτικά μέχρι σήμερα.

Επίσης, το 1998 με το νόμο 2667 δημιουργήθηκε η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Ελλάδας της οποίας σκοπός είναι (Νόμος 2667/1998) η παρακολούθηση και η επεξεργασία ηθικών, κοινωνικών και νομικών ζητημάτων που αναδεικνύει η ανάπτυξη των επιστημών της βιολογίας, της βιοϊατρικής, της γενετικής και της βιοτεχνολογίας, εκδίδοντας σχετικές εισηγήσεις.

Το 1992 θεσπίστηκε στην Ελλάδα ο Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας ο οποίος αφορά τα δικαιώματα μόνο του νοσοκομειακού ασθενούς<sup>54</sup>. Μεγάλης

---

<sup>53</sup> Giesen, D. *A comparative law study of civil liability arising from medical care*, International Medical Law (I.M.M.L). Spring, 1995, σελ33-36

<sup>54</sup> «**Άρθρο 8.** α) Ο γιατρός οφείλει απόλυτο σεβασμό στην τιμή και την προσωπικότητα του ανθρώπου. Δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη θεραπευτική ή χειρουργική επέμβαση ή πειραματισμός, ο οποίος μπορεί να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση των ασθενών, οι οποίοι δεν πάσχουν από πνευματική ασθένεια.

**Άρθρο 14.** Ο γιατρός δεν επιτρέπεται να αναμιγνύεται στις οικογενειακές υποθέσεις, παρά μόνο όταν ρητά του ζητηθεί. Ο γιατρός, με σεβασμό προς όλα τα δόγματα, βοηθά τους πελάτες του στην εκτέλεση του θρησκευτικού τους καθήκοντος και την επιδίωξη των ηθικών και υλικών συμφερόντων τους. Όταν ο άρρωστος ή οι οικείοι του επιθυμούν την επίκληση θρησκευτικού λειτουργού ή δημοσίου λειτουργού ή συμβολαιογράφου ο γιατρός οφείλει να υποδείξει την κατάλληλη στιγμή.

**Άρθρο 47.** Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική

σπουδαιότητα είναι ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), που ψηφίστηκε με το Ν. 3418/2005, και έχει γενικό χαρακτήρα<sup>55</sup>.

## 2.1 Ιατρική ηθική στις μεταμοσχεύσεις

Στις μεταμοσχεύσεις κεντρικό πρόσωπο είναι ο δότης, ο οποίος μπορεί να είναι νεκρός (πτωματικός, δηλ. δότης) ή εν ζωή. Ωστόσο, η δωρεά οργάνων από ζώντες δότες δημιουργεί ιδιαίτερους προβληματισμούς. Και τούτο, διότι, αφ' ενός αυτή αποτελεί μία πράξη τεράστιου αλτρουισμού και αφ' ετέρου αποτελεί μια ιατρική επέμβαση που διενεργείται σε άτομα που είναι υγιείς, με σκοπό τη βελτίωση της υγείας ενός συνανθρώπου τους, ενώ είναι συνυφασμένη παράλληλα με κινδύνους πρόκλησης σημαντικής βλάβης στο δότη.

Δεν αμφισβητείται πια από κανέναν ότι με την καθιέρωση των μεταμοσχεύσεων ως θεραπευτικής μεθόδου, οι κλασσικές αρχές ιατρικής ηθικής άρχισαν πολλές φορές να παραβιάζονται. Αυτό βέβαια δεν ισχύει μόνο για τις μεταμοσχεύσεις, αλλά αφορά και άλλους κλάδους της χειρουργικής και ιδιαίτερα της βιογενετικής. Πρόκειται για τα σημαντικότερα ηθικά προβλήματα, τα οποία προκύπτουν από την πρακτική των μεταμοσχεύσεων και ζητούν επίμονα λύση, αφού και στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο κερδίζει συνεχώς έδαφος η αντίληψη ότι η μεταμόσχευση οργάνων, παρά τις ευεργετικές συνέπειες για τους λήπτες, δεν μπορεί να αποτελεί προϋπόθετη επιδίωξη αποτελέσματος και αυτοσκοπό. Οφείλει, όπως άλλωστε και κάθε άλλη ιατρική πρακτική, να συντονίζεται με συνειδησιακούς κανόνες ηθικής και χριστιανικής δεοντολογίας<sup>56</sup>.

Εξαιτίας της πρακτικής που παρατηρείται σε πολλές περιπτώσεις

---

ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων».

<sup>55</sup> Στην αιτιολογική έκθεσή του αποτυπώνονται οι λόγοι που ώθησαν το νομοθέτη να προβεί στην ψήφισή του. Μεταξύ άλλων αναφέρονται : «οι μεταβολές στις οποίες υπόκεινται οι συνθήκες και η μορφή άσκησης της ιατρικής επιστήμης, η βελτίωση των επιστημονικών δεδομένων που έχει επέλθει λόγω της ραγδαίας εξέλιξης της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας, η γένεση νέων αντιλήψεων σχετικά με τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας, η γένεση νέων μορφών σχέσεων μεταξύ ιατρού και ασθενή, η δημιουργία νέων προβληματισμών και διλημάτων σχετικά με την άσκηση και τους σκοπούς της ιατρικής».

<sup>56</sup> Miller, οπ.π. 839-885

μεταμοσχεύσεων, σήμερα όλο και περισσότεροι γιατροί αλλά και άνθρωποι του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου προβληματίζονται σχετικά<sup>57</sup>:

α) Με το σύστημα διαθέσεως και τα ισχύοντα κριτήρια κατανομής των μοσχευμάτων στους αναμένοντες μεταμόσχευση ασθενείς, δοθέντος μάλιστα ότι οι λαμβανόμενες αποφάσεις μπορεί να συνεπάγονται τη σωτηρία του ενός από αυτούς που περιμένουν αλλά και την απώλεια της ζωής του άλλου,

β) Με τη μάστιγα διακινήσεως και εμπορίας μοσχευμάτων σε διάφορα μέρη του κόσμου και ιδιαίτερα στις λεγόμενες χώρες του τρίτου κόσμου, όπου κάποια προηγουμένως αποδεκτή και στον ιατρικό χώρο ηθική, άρχισε για κοινωνικούς, οικονομικούς και ωφελιμιστικούς λόγους στην πράξη να αμφισβητείται,

γ) Με την ιερότητα του σώματος του νεκρού και την αντιμετώπισή του, όταν δεν έχει προηγηθεί εκπεφρασμένη γνώμη πριν το θάνατό του.

δ) Με την εγγραφή στις λίστες δωρητών για μετά θάνατο προσφορά οργάνων σώματος, όταν είναι παγκοσμίως γνωστό και ιατρικά παραδεκτό ότι τα πτωματικά μοσχεύματα δεν έχουν καμία αξία για τις μεταμοσχεύσεις και κυρίως

ε) Με το πότε πεθαίνει ο άνθρωπος και τί σημαίνει ο λεγόμενος «εγκεφαλικός θάνατος».

## **2.2 Ηθικά κοινωνικο-οικονομικά διλήμματα στις μεταμοσχεύσεις**

Η μεταμόσχευση θέτει ορισμένα ηθικά ζητήματα, μεταξύ των οποίων, το σημαντικότερο είναι εκείνο της «εμπορίας οργάνων», αλλά και γενικότερα το κοινωνικό-οικονομικό πλαίσιο στο οποίο μπορεί να συμβεί η προμήθεια ή η μεταμόσχευση οργάνων<sup>58</sup>.

Εντοπίζονται έρευνες που αναφέρουν ότι κριτήριο για την ένταξη ενός ασθενή στη λίστα μεταμοσχεύσεων μπορούν να αποτελούν άλλα κριτήρια όπως

---

<sup>57</sup> Κεσελόπουλος, Α. *Εκ του θανάτου εις την ζωήν. Θεολογική προσέγγιση στις προκλήσεις της βιοηθικής*. Θεσσαλονίκη: Πουρνάρα, 2003, σελ 22-25

<sup>58</sup> Τακούδας, οπ.π., σελ 33-35



τα φυλετικά και εθνικά μέσω των οποίων εντοπίζονται ανισότητες. Η Churak<sup>59</sup>, υποστηρίζει ότι, τουλάχιστον στις ΗΠΑ, ο παράγοντας φυλή έχει μία ανεξήγητη και αρνητική επίδραση στο να μπει κάποιος στη λίστα για μεταμόσχευση. Σημειώνεται δε ότι οι μαύροι θεωρούνται ως λιγότερο πιθανοί να ενταχθούν στη λίστα από τους λευκούς ακόμα και μετά από τις αναπροσαρμογές που γίνονται στο τομέα υγείας για να μειωθούν οι ανισότητες. Στη πραγματικότητα, οι νέοι και πιο υγιείς μαύροι υποψήφιοι παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη ανισότητα συγκριτικά με τους λευκούς και γι' αυτούς είναι 40 με 50% λιγότερο πιθανό να ενταχθούν στη λίστα.

Οι μαύροι αποτελούν μία μειονότητα που παρουσιάζει μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης. Από την άλλη, η πιθανότητα να επιβιώσουν οι μαύροι μετά από μία μεταμόσχευση είναι μικρότερη συγκριτικά με αυτή των λευκών. Οι παράγοντες αυτοί αν ερμηνευθούν λάθος δημιουργούν την πεποίθηση ότι η μεταμόσχευση δεν είναι τόσο κατάλληλη για τους μαύρους όσο για τους λευκούς και σε κάποιες περιπτώσεις δεν προσφέρεται καν αυτό το ενδεχόμενο θεωρώντας ότι οι μαύροι θα επιβιώσουν και χωρίς αυτή<sup>60</sup>.

Ιδιαίτερο πρόβλημα στις μεταμοσχεύσεις παρουσιάζεται όταν ο ασθενής έχει διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις και αρνείται τη χορήγηση θεραπείας που θα του σώσει τη ζωή. Οι μουσουλμάνοι ασθενείς για παράδειγμα, έχουν αρκετές διαφορές λόγω της θρησκείας από τους υπόλοιπους ασθενείς. Επιπλέον, οι μουσουλμάνοι πιστεύουν ότι ο Θεός προκαλεί ότι συμβαίνει τόσο στον άνθρωπο όσο και στην φύση. Μία σοβαρή ασθένεια θεωρείται από αυτούς ως θέλημα Θεού. Αυτός είναι και ο λόγος που δεν θυμώνουν και πολλοί μουσουλμάνοι δέχονται την ασθένεια με υπομονή και προσευχή αφού θεωρούν ότι μπορεί να είναι και κάποια μορφή τιμωρίας για κάποια αμαρτία τους. Έτσι οι περισσότεροι θεωρούν ότι αφού ο Θεός προκάλεσε την ασθένεια τους μόνο αυτός μπορεί να την θεραπεύσει. Παρά το γεγονός ότι πολλοί μουσουλμάνοι εκτιμούν την σύγχρονη φαρμακολογία και αναζητούν την φροντίδα υγείας, υπάρχει το ενδεχόμενο κάποιοι από αυτούς να

---

<sup>59</sup> Churak, J. M. Racial and ethnic disparities in renal transplantation. *Journal of the National Medical Association*, 97(2), 153-160, 2005

<sup>60</sup> Churak, οπ.π. σελ., 157

μην δέχονται την θεραπεία ή την ιατρική φροντίδα και παρέμβαση<sup>61</sup>.

Οι κανόνες που πρέπει να ακολουθηθούν κατά την διάρκεια της παροχής γενικής φροντίδας σε έναν μουσουλμάνο ασθενή, θα πρέπει<sup>62</sup>:

- Να γίνονται κατανοητές οι ανησυχίες του ασθενή και της οικογένειας του και να μεταφέρονται στους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στην διαδικασία λήψεως αποφάσεων.
- Να ερμηνεύεται το Κοράνι με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένες ανησυχίες του ασθενή.
- Ο ασθενής θα πρέπει να συμβουλευεται και να προτρέπεται, τόσο αυτός όσο και η οικογένεια του, να δέχονται την παρούσα κατάσταση σαν θέλημα του Αλλάχ και να προσεύχονται για μία καλύτερη ζωή μετέπειτα.
- Να παρέχεται φροντίδα και στις ανάγκες της οικογένειας, πνευματική, ψυχολογική και οικονομική, μετά τον θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου.

Επιπλέον, στην περίπτωση που θα πρέπει να ληφθούν κάποιες ιδιαίτερες ιατρικές αποφάσεις, που εμπλέκουν ζητήματα βιοηθικής, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να κατανοήσει ότι λόγω της θρησκείας του ο μουσουλμάνος ασθενής και η οικογένεια του διαφοροποιούνται στα παρακάτω<sup>63</sup>:

- Οι μεταγγίσεις αίματος επιτρέπονται μόνο μετά από προσεκτική εξέταση.
- Απαγορεύεται η παροχή βοήθειας στην αυτοκτονία και την ευθανασία.
- Η αυτοψία δεν επιτρέπεται εκτός αν υπάρχει νομικό αίτημα.

---

<sup>61</sup> Lawrence, P., & Rozmus, C. Culturally sensitive care of the Muslim patient. *Journal of Transcultural Nursing*, 2001, 12(3), 228-233.

<sup>62</sup> Rassool, G. H. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of advanced nursing*, 2000, 32(6), 1476-1484.

<sup>63</sup> Rassool οπ.π., σελ 1478-1481

- Δεν ενθαρρύνεται η διατήρηση ασθενή στην ζωή με την βοήθεια μηχανικής υποστήριξης.
- Η έκτρωση δεν επιτρέπεται εκτός αν υπάρχει ανάγκη επιβίωσης της μητέρας.
- Η τεχνητή γονιμοποίηση επιτρέπεται μόνο ανάμεσα σε νόμιμο ζευγάρι και υπό την προϋπόθεση χρήσης των δικών τους ωαρίων και σπερμάτων.
- Και τέλος, η μεταμόσχευση σε γενικές γραμμές επιτρέπεται με κάποιους περιορισμούς όπως θα αναλυθεί εκτενέστερα παρακάτω.

Οι μουσουλμάνοι επίσης θεωρούν την μεταμόσχευση απαραίτητη μόνο εάν υπάρχει πρόβλημα για τη ζωή του ασθενή. Στο Κοράνι δεν υπάρχει καμία αναφορά περί μεταμοσχεύσεως. Θεωρείται ασεβής πράξη η αφαίρεση οργάνων ή ιστών από άνθρωπο νεκρό ή ζωντανό, εκτός αν δεν υπάρχει άλλη δυνατότητα σωτηρίας για τον ασθενή. Αυτό κάνει περιττή και τη συγκατάθεση του δότη που απαιτείται σε άλλες περιπτώσεις. Η μεταμόσχευση είναι επιτρεπτή στη περίπτωση που τηρούνται οι κάτωθι προϋποθέσεις<sup>64</sup>:

- Μεταμόσχευση μπορεί να γίνεται μόνο σε περιπτώσεις ανάγκης.
- Καμία άλλη δυνατότητα θεραπείας να μην υπάρχει για τον δέκτη.
- Ο δότης πρέπει να είναι νεκρός.

Οι Ισπανόφωνοι Αμερικανοί είναι λιγότερο πιθανό να δωρίσουν τα όργανα τους. Σε διάστημα 20 ετών, μόνο το 10,6% των νεκρών δωρητών ήταν ισπανόφωνοι, σε σχέση με 73,9% των λευκών και το 12,4% των μαύρων. Ισχυρές πεποιθήσεις που σχετίζονται με την καθολική πίστη εντοπίζονται σε πολλούς ισπανόφωνους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένης της πίστης σε ένα θαύμα που καθυστερεί τον θάνατο. Μέχρι να γίνει η τελική δήλωση θανάτου, οι ισπανόφωνες οικογένειες μπορεί να μην είναι δεκτικοί σε μια συζήτηση σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Στην πραγματικότητα, πολλοί Ισπανοί δεν θέλουν να μιλάνε για το θάνατο και κρατούν μια αποστροφή στο σχεδιασμό για

---

<sup>64</sup> Sajoo, A. B. *Muslim ethics: Emerging vistas*. IB Tauris, 2008, Padela AI, Zaganjor H. Relationships between Islamic religiosity and attitude toward deceased organ donation among American Muslims: a pilot study. *Transplantation*. 2014, 27;97(12):1292-9.

γεγονότα που περιβάλλουν τον θάνατο. Μερικοί πιστεύουν ότι μιλώντας για θάνατο μπορεί να προκληθεί η εμφάνισή του.

Οι δηλώσεις που προέρχονται από το Βατικανό δείχνουν ότι οι μεταμοσχεύσεις είναι ηθικά και δεοντολογικά αποδεκτές και η δωρεά οργάνων ενθαρρύνεται ως γνήσια πράξη αγάπης και φιλανθρωπίας. Πολλοί Ισπανοί, ωστόσο, δεν συνειδητοποιούν ότι η Καθολική Εκκλησία υποστηρίζει τη δωρεά οργάνων. Για τους ισπανόφωνους που δεν είναι καθολικοί, οι δηλώσεις θέσης από την πλειοψηφία των θρησκευτών υποδεικνύουν υποστήριξη για δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων<sup>65</sup>.

Οι Καυκάσιοι και άτομα με υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης είναι περισσότερο θετικοί στη δωρεά οργάνων<sup>66</sup>. Μελέτες σε άλλους πληθυσμούς έχουν εντοπίσει ανισότητες καταγραφής των δωρεών οργάνων μεταξύ συγκεκριμένων φυλετικών και εθνοτικών ομάδων. Σε σύγκριση με τους Καυκάσιους, οι Αφροαμερικανοί είναι λιγότερο πρόθυμοι να δώσουν τα δικά τους όργανα και ανέφεραν μεγαλύτερη δυσπιστία στην ισότητα του συστήματος δωρεάς και ανησυχίες σχετικά με την αξιοπιστία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης<sup>67</sup>. Οι ασιατικοί Αμερικανοί βρέθηκαν να έχουν πιο αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων και μικρότερη συμμετοχή σε προγράμματα χορηγών οργάνων σε σύγκριση με τους Ευρωπαίους Αμερικανούς<sup>68</sup>. Μια μελέτη του Breitkopf αποκάλυψε ότι οι Ισπανοί Αμερικανοί είναι λιγότερο πρόθυμοι να δώσουν τα όργανα τους, αλλά ενώ η στάση τους απέναντι στη δωρεά είναι ευνοϊκή, η δυσπιστία του ιατρικού επαγγέλματος και οι αντιλήψεις για την ανισότητα στην κατανομή των δωρεών οργάνων αποτελούν εμπόδια στη δωρεά των δικών τους οργάνων για

---

<sup>65</sup> Breitkopf CR. Attitudes, Beliefs and Behaviors Surrounding Organ Donation among Hispanic Women. *Current opinion in organ transplantation*. 2009;14(2):191-195.

<sup>66</sup> Regalia K, Zheng P, Sillau S, Aggarwal A, Bellevue O, Fix OK, Prinz J, Dunn S, Biggins SW. Demographic factors affect willingness to register as an organ donor more than a personal relationship with a transplant candidate. *Digestive diseases and sciences*. 2014 Jul 1;59(7):1386-91.

<sup>67</sup> Brown ER. African American present perceptions of organ donation: a pilot study. *ABNF J*. 2012;23:29-33

<sup>68</sup> Morgan M, Kenten C, Deedat S, Donate Programme Team. Attitudes to deceased organ donation and registration as a donor among minority ethnic groups in North America and the UK: a synthesis of quantitative and qualitative research. *Ethnicity & health*. 2013, 1;18(4):367-90.

μεταμόσχευση<sup>69</sup>.

Τα παραπάνω προβλήματα συν το γεγονός ότι κάποιοι άνθρωποι με τη βοήθεια του νόμου κατόρθωσαν να θεσμοθετήσουν τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγεία τους, οδήγησαν στη δημιουργία επιτροπών ηθικής με σκοπό να αποφευχθούν και να μελετούνται καλύτερα και πολυπλοκότερα τα παραπάνω<sup>70</sup>.

Αυτές οι επιτροπές επίσης φροντίζουν για τη τήρηση της δεοντολογίας και αποτελούνται από ιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επιστήμονες υγείας, χωρίς να συμμετέχουν όμως αυτοί που είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία κάθε ασθενή. Για να εξασφαλιστούν όλες οι ιδιαιτερότητες που μπορεί να υπάρξουν στις επιτροπές αυτές συμμετέχουν επίσης επιστήμονες της νομικής, της θεολογίας και της φιλοσοφίας. Η σύσταση αυτών των επιτροπών μπορεί να διαφέρει όχι μόνο από χώρα σε χώρα αλλά και από ίδρυμα σε ίδρυμα<sup>71</sup>.

Παρόλο που οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες λόγω της Ευρωπαϊκής Ένωσης διέπονται, λίγο-πολύ από τους παρεμφερείς κανόνες δεοντολογίας και ηθικής, η αντιμετώπιση περιπτώσεων από χώρα σε χώρα ποικίλει λόγω των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων που προαναφέρθηκαν. Για παράδειγμα, στο θέμα της ευθανασίας του ασθενή, στην Ολλανδία επιτρέπεται υπό αυστηρές προϋποθέσεις, στη Γαλλία και στη Μεγάλη Βρετανία δεν το δέχονται και τιμωρείται ποινικά. Στη χώρα μας η ενεργητική ευθανασία δεν επιτρέπεται, καθώς ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ορίζει ότι: «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». Όμως ενώ ο ιατρός υποχρεούται να παράσχει ανακουφιστική αγωγή ακόμα και όταν όλα τα θεραπευτικά περιθώρια έχουν εξαντληθεί, οποιαδήποτε ιατρική πράξη πρέπει

---

<sup>69</sup> Breitkopf CR. Attitudes, beliefs and behaviors surrounding organ donation among Hispanic women. *Curr Opin Organ Transplant*. 2009;14:191-195

<sup>70</sup> Lamb, οπ.π. σελ 75-77

<sup>71</sup> Πελεγρίνης, οπ.π., σελ 71-75

να γίνεται μόνο μετά από συγκατάθεση του ασθενούς, επιτρέποντας την άρνηση της ιατρικής υποστήριξης<sup>72</sup>.

### **2.3 Η έννοια του θανάτου ως ηθικό δίλημμα**

Αν και οι μεταμοσχεύσεις έγιναν μέρος της καθημερινής ιατρικής πρακτικής, εξακολουθούν να μην αποτελούν συνηθισμένες εγχειρήσεις. Η αδυναμία της ιατρικής επιστήμης να προσδιορίσει με ακρίβεια τη στιγμή του θανάτου, όσο και η συνακόλουθη σύγχυση και πολυγνωμία μεταξύ των γιατρών, δημιουργούν τις κύριες δυσκολίες στην αντιμετώπιση του θέματος αυτού. Ενώ πριν λίγες δεκαετίες η παύση λειτουργίας της καρδιάς αποτελούσε την κλασική ένδειξη του βιολογικού θανάτου, σήμερα -με εξαίρεση τη Δανία- όλες οι δυτικές χώρες έχουν αποδεχθεί τον λεγόμενο «εγκεφαλικό θάνατο»<sup>73</sup>.

Ωστόσο δεν είναι λίγοι εκείνοι που ισχυρίζονται ότι δεν υπάρχει στην ιστορία της ιατρικής άλλος όρος που να προκάλεσε τόση σύγχυση-ενίοτε και παραπληροφόρηση ή εξαπάτηση- της κοινής γνώμης, αφού, σύμφωνα με την άποψη αυτή ο εγκεφαλικός ή ο κλινικός θάνατος είναι ένας επικείμενος θάνατος. Είναι επίσης χαρακτηριστικό ότι ο όρος αυτός απαντάται στην ιατρική βιβλιογραφία μόλις τα τελευταία πενήντα χρόνια<sup>74</sup>.

Ιδιαίτερα από τη δεκαετία του '50 αναπτύχθηκαν στα νοσοκομεία οι μονάδες ανανήψεως ή εντατικής παρακολούθησης, όπου με τον καιρό κατέστη δυνατή η διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών ενός αρρώστου που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση με την αποκλειστική βοήθεια ειδικών μηχανημάτων. Δεν είναι πάντοτε γνωστό στο ευρύτερο κοινό ότι στον «εγκεφαλικό θάνατο» διατηρούνται η κυκλοφορία του αίματος και οι κτύποι της καρδιάς του, τη στιγμή μάλιστα που του αφαιρούνται χωρίς νάρκωση τα όργανα. Υπάρχουν εξάλλου επιστήμονες που ισχυρίζονται ότι ο εγκεφαλικός θάνατος, ακόμη και με παρατεταμένο εγκεφαλικό κώμα αλλά με το στέλεχος σε λειτουργία, θα

---

<sup>72</sup> Τακούδας οπ.π., σελ 61-63

<sup>73</sup> Novitzky D. Early organ injury following experimental brain death. Bulletin of the International Scientific Surgical Association. 2017, σελ 25-27

<sup>74</sup> Χριστοδουλίδης, Κ. *Μεταμοσχεύσεις Λύση ή πρόβλημα*, Αθήνα: Υπακοή, 1995, σελ 31-33

πρέπει να θεωρηθεί αρκετός για τον ορισμό του θανάτου. Και αυτό διότι έτσι υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί ο αριθμός των δοτών και θα καταστεί δυνατή η λήψη οργάνων από ανεγκέφαλα νεογνά, που έχουν εγκεφαλικό στέλεχος<sup>75</sup>.

Από την πλευρά αυτή τίθεται διαρκώς το ζήτημα της αναθεώρησης του ορισμού του εγκεφαλικού θανάτου με προοπτική τη διεύρυνση του πλαισίου που τον καθορίζει, για να περιλαμβάνονται όλο και περισσότερες κατηγορίες ασθενών, που ουσιαστικά θα «ανταλλάσσουν» τη ζωή τους με τη ζωή κάποιου λήπτη. Όμως από την άλλη πλευρά, ενώ αναγνωρίζεται η απόλυτη ανάγκη να εξασφαλισθούν όργανα προς μεταμόσχευση, ζωντανά και υγιή, χωρίς τα όποια οι μεταμοσχεύσεις καταργούνται, διαφαίνεται ταυτόχρονα και ο κίνδυνος της διακοπής της ζωής του δότη και η επίσπευση του θανάτου του -σε περιπτώσεις μάλιστα που ο ίδιος δεν έχει προηγουμένως συγκατατεθεί γι' αυτό- εν ονόματι ακριβώς της εξασφάλισης των ποθητών αυτών οργάνων<sup>76</sup>.

Θεωρητικά, η έννοια του θανάτου περιλαμβάνει και αφορά τη νέκρωση όλων των κυττάρων ενός ζωντανού οργανισμού (μη αντιστρεπτή κατάργηση της ανταλλαγής της ύλης των κυττάρων), νέκρωση που, όπως είναι γνωστό, δεν συμβαίνει ταυτόχρονα, αλλά διαδοχικά και προοδευτικά, από τα περισσότερο (γρηγορότερα) στα λιγότερο (αργότερα) ευαίσθητα ή και διαφοροποιημένα κύτταρα. Οι λειτουργίες, εξάλλου, της αναπνοής και της κυκλοφορίας είναι γνωστό ότι εξυπηρετούν άμεσα τη διατήρηση της ζωής των κυττάρων σε τρόπο ώστε, αναστολή των λειτουργιών αυτών να τεκμαίρεται και ως θάνατος<sup>77</sup>.

Είναι όμως φανερό, ότι ο «κυτταρικός» θάνατος επέρχεται αργότερα από το «σωματικό», γεγονός που σημαίνει ότι ορισμένοι ζωικοί ιστοί μπορούν μεμονωμένα να διατηρήσουν, για αρκετό χρονικό διάστημα, μετά τον επιστημονικά βεβαιωμένο «σωματικό» θάνατο τη ζωτικότητα και την ικανότητά τους να αντιδρούν σε εξωτερικά ερεθίσματα, ιδιότητα που μπορεί να

---

<sup>75</sup> Varelas PN, Brady P, Rehman M, Afshinnik A, Mehta C, Abdelhak T, Wijdicks EF. Primary Posterior Fossa Lesions and Preserved Supratentorial Cerebral Blood Flow: Implications for Brain Death Determination. *Neurocritical Care*. 2017;21:1-8.

<sup>76</sup> Κεσελόπουλος οπ.π., σελ 31-33

<sup>77</sup> Nolin T, Mårdh C, Karlström G, Walther SM. Identifying opportunities to increase organ donation after brain death. An observational study in Sweden 2009–2014. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2017, 1;61(1):73-82.

είναι πολύτιμη στη θεραπευτική και συγκεκριμένα στη χρησιμοποίηση των ιστών αυτών ως μοσχευμάτων<sup>78</sup>. Σημαντική ακόμη υπήρξε η διαπίστωση, ότι η αναπνοή και η κυκλοφορία είναι δυνατό να διατηρηθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, με τεχνητές συνθήκες, χωρίς το άτομο να εμφανίζει άλλα στοιχεία ζωής και το σημαντικότερο, χωρίς να υπάρχει περίπτωση να επανέλθουν και μελλοντικά, σημεία ζωής<sup>79</sup>.

Οι γνώσεις αυτές μαζί με τη διερεύνηση των δυνατοτήτων της χειρουργικής των μεταμοσχεύσεων και της χρησιμοποίησης στις επεμβάσεις αυτές πτωματικού υλικού, επέβαλαν τελικά και τη διαφοροποίηση του παλαιού ορισμού του θανάτου, που είναι φανερό ότι εξυπηρετεί μόνο νομικές διαδικασίες παρεπόμενες του φαινομένου. Έτσι, σήμερα, μετά από συζητήσεις, προτάσεις και αντιρρήσεις, υιοθετήθηκε ευρύτητα και καθιερώθηκε η έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου»<sup>80</sup>.

Ταυτόχρονα, με τον καθορισμό και την υιοθέτηση των νέων αυτών «κριτηρίων» διάγνωσης του θανάτου, συζητήθηκε και το επίσης μεγάλης σημασίας θέμα του «χρόνου αναμονής» του χρόνου δηλαδή που θα πρέπει να περιμένει κανείς προκειμένου να βεβαιωθεί οριστικά για τη διάγνωση. Τα «κριτήρια» του θανάτου και ο προσδιορισμός του «χρόνου αναμονής», καθορίζουν τελικά τη «στιγμή του θανάτου», του χρόνου δηλαδή που πέρα από αυτόν θα είναι επιτρεπτή η διακοπή της μηχανικής αναζωογόνησης ή της λήψης πτωματικού υλικού για θεραπευτικούς σκοπούς<sup>81</sup>.

Είναι φανερό, ότι ο «χρόνος αναμονής» είναι άμεσα συναρτημένος με τα «κριτήρια» που καθορίζουν αμέσως, κατά τρόπο ασφαλή, επιστημονικά τεκμηριωμένο και αδιάβλητο, τη στιγμή του θανάτου. Η διαδικασία για την

---

<sup>78</sup> Schicktanz S, Pfaller L, Hansen SL, Boos M. Attitudes towards brain death and conceptions of the body in relation to willingness or reluctance to donate: results of a student survey before and after the German transplantation scandals and legal changes. *Journal of Public Health*. 2017, 1;25(3):249-56.

<sup>79</sup> Κουτσελίνης οπ.π., σελ 41-43

<sup>80</sup> Aslan A, Tan B, Ulger F, Öztürk ÇE, Kucuk MP. Factors Affecting Diagnosis of Brain Death and Process of Organ Donation in a University Hospital in Turkey. *Transplantation*. 2017, 1;101:S2.

<sup>81</sup> Κουτσελίνης οπ.π., σελ 41-43



πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου περιλαμβάνει<sup>82</sup>:

1. Ιστορικό ή ευρήματα φυσικής εξέτασης που παρέχουν μια σαφή αιτιολογία της δυσλειτουργίας του εγκεφάλου.

Ο προσδιορισμός του θανάτου του εγκεφάλου απαιτεί τον προσδιορισμό της γενεσιουργού αιτίας και μη αναστρέψιμο κώμα. Πιθανές αιτίες της μη αναστρέψιμης απώλειας της λειτουργίας του εγκεφάλου περιλαμβάνουν: σοβαρή βλάβη στο κεφάλι, υπερτασική ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, ανευρυσματική υποαραχνοειδή αιμορραγία, υποξικές-ισχαιμικές προσβολές του εγκεφάλου και αιφνίδια ηπατική ανεπάρκεια.

Η αξιολόγηση ενός δυνητικά μη αναστρέψιμου κώματος θα πρέπει να περιλαμβάνει, ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση, κλινικές ενδείξεις ή νευροαπεικόνιση που υποδεικνύουν την βαριά καταστροφή του ΚΝΣ που είναι συμβατή με την κλινική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

2. Αποκλεισμός οποιασδήποτε πάθησης που θα μπορούσε να συγχύσει την επακόλουθη εξέταση της λειτουργίας του φλοιού ή του εγκεφαλικού στελέχους. Οι παθήσεις που μπορούν να επηρεάσουν την κλινική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι:

1) σοκ/υπόταση

2) υποθερμία-θερμοκρασία <32°C

3) φάρμακα που είναι γνωστό ότι μεταβάλλουν την νευρολογική και νευρομυϊκή λειτουργία και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, όπως αναισθητικοί παράγοντες, νευροπαραλυτικά φάρμακα, μεθακουαλόνη, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, υψηλή δόση βρετυλίου, αμιτρυπτιλίνη, μεπροβαμάτη, τριχλωροαιθυλένιο, αλκοόλες

4) εγκεφαλίτιδα του εγκεφαλικού στελέχους

5) Σύνδρομο Guillain-Barre

---

<sup>82</sup> Goila A.K. & Pawar M. The diagnosis of brain death. *Indian J Crit Care Med*, 2009, 13(1): 7–11, Schiff, N.D. & Fins, J.J.. Brain death and disorders of consciousness. *Curr Biol.*, 2016, 26(13):R572-6.

6) Εγκεφαλοπάθεια που σχετίζεται με ηπατική ανεπάρκεια, ουραιμία και υπερωσμωτικό κώμα

7) Σοβαρή υποφωσφαταιμία.

3. Εκτέλεση μίας πλήρους νευρολογικής εξέτασης. Τα στοιχεία μίας πλήρους νευρολογικής εξέτασης περιλαμβάνουν:

1) Εξέταση του ασθενούς, απουσία αυθόρμητης κίνησης, επιληπτικές κρίσεις, ρίγη, αντίδραση σε λεκτικά ερεθίσματα και αντίδραση σε επιβλαβή ερεθίσματα τα οποία χορηγούνται μέσω της οδού ενός κρανιακού νεύρου.

Κατά την διάρκεια της εξέτασης μπορεί να εμφανιστούν νωτιαία αντανακλαστικά.

2) Απουσία του αντανακλαστικού της κόρης για να κατευθύνει και να αντιδρά στο φως, οι κόρες δεν χρειάζεται να είναι ίσες ή σε διαστολή. Το αντανακλαστικό της κόρης μπορεί να μεταβάλλεται επιλεκτικά από τραύμα στο μάτι, καταρράκτη, υψηλή δόση ντοπαμίνης, γλουτεθιμιδίου, σκοπολαμίνης, ατροπίνης, αναστολείς οξειδάσης μονοαμίνης ή βρετυλίου.

3) Απουσία αντανακλαστικών κερατοειδούς, οφθαλμοκεφαλικά, βήχα και πνιγμού. Το αντανακλαστικό του κερατοειδούς μπορεί να μεταβληθεί ως αποτέλεσμα αδυναμίας του προσώπου.

4) Απουσία οφθαλμοιθουσαίων αντανακλαστικών στην έκπλυση με 20 έως 50 ml παγωμένου νερού που προστίθεται σε ένα εξωτερικό ακουστικό πόρο χωρίς κυψελίδα ωτός και μετά από ανύψωση της κεφαλής του ασθενούς για 30'. Δαιδαλικός τραυματισμός ή ασθένεια, αντιχολινεργικά, αντισπασμωδικά, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και μερικά ηρεμιστικά μπορούν να μεταβάλλουν την αντίδραση.

5) Αποτυχία του καρδιακού ρυθμού να αυξηθεί κατά περισσότερο από 5 παλμούς ανά λεπτό μετά από 1- 2 mg. ατροπίνης ενδοφλεβίως. Αυτό δείχνει ότι απουσιάζει η λειτουργία του πνευμονογαστρικού νεύρου και των πυρήνων.

6) Απουσία προσπαθειών αναπνοής παρουσία υπερκαπνίας

Γενικά, η εξέταση της άπνοιας πραγματοποιείται μετά την δεύτερη

εξέταση των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους. Η εξέταση της άπνοιας χρειάζεται να πραγματοποιηθεί μόνο μία φορά, όταν τα αποτελέσματά της θα είναι πειστικά. Πριν από την εξέταση της άπνοιας, ο ιατρός πρέπει να προσδιορίσει ότι ο ασθενής πληροί τα ακόλουθα<sup>83</sup>:

- Θερμοκρασία  $\geq 36,5$  ° C ή 97,7 ° F
- Καλή αιματική ροή. Προαιρετικά: θετικό ισοζύγιο υγρών κατά τις προηγούμενες 6 ώρες
- Κανονική πίεση PCO<sub>2</sub>. Προαιρετικά: αρτηριακή PCO<sub>2</sub>  $\geq 40$  mm Hg
- Κανονική PO<sub>2</sub>. Προαιρετικά: προ-οξυγόνωση με αρτηριακή πίεση PO<sub>2</sub>  $\geq 200$  mm Hg

Μετά τον προσδιορισμό ότι ο ασθενής πληροί τις παραπάνω προϋποθέσεις, ο ιατρός θα πρέπει να πραγματοποιήσει την εξέταση της άπνοιας ως εξής:

1. Σύνδεση ενός παλμικού οξύμετρου και αποσύνδεση του αναπνευστήρα.
2. Χορήγηση 100% O<sub>2</sub>, 6 l/min, εντός της τραχείας. Προαιρετικά: τοποθέτηση ενός καθετήρα στο επίπεδο της τρόπιδας.
3. Προσεκτικός έλεγχος για τυχόν αναπνευστικές κινήσεις (έκπτυξη κοιλίας ή στήθους που παράγει επαρκεί αναπνεόμενους όγκους).
4. Μετρήστε την αρτηριακή πίεση PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub> και το pH μετά από περίπου 8 λεπτά και επανασυνδέστε τον αναπνευστήρα.
5. Εάν δεν υπάρχουν αναπνευστικές κινήσεις και η αρτηριακή πίεση PCO<sub>2</sub> είναι  $\geq 60$  mm Hg (προαιρετικά: αύξηση 20 mm Hg της PCO<sub>2</sub> σε μια βασική φυσιολογική PCO<sub>2</sub>), το αποτέλεσμα της εξέτασης της άπνοιας είναι θετικό (δηλαδή υποστηρίζει την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου).

---

<sup>83</sup> Bodart O, Gosseries O, Wannez S, Thibaut A, Annen J, Boly M, Rosanova M, Casali AG, Casarotto S, Tononi G, Massimini M. Measures of metabolism and complexity in the brain of patients with disorders of consciousness. *NeuroImage: Clinical*. 2017, 31;14:354-62.

6. Εάν παρατηρηθούν αναπνευστικές κινήσεις, το αποτέλεσμα της εξέτασης της άπνοιας είναι αρνητικό (δηλαδή δεν υποστηρίζει την κλινική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου).

7. Ο αναπνευστήρας πρέπει να συνδεθεί, εάν κατά την διάρκεια της εξέτασης<sup>84</sup>:

- η συστολική αρτηριακή πίεση γίνεται <90 mm Hg (ή κάτω τα κατάλληλα όρια για την ηλικία σε παιδιά κάτω των 18 ετών)
- το παλμικό οξύμετρο υποδεικνύει σημαντικό αποκορεσμό οξυγόνου,
- αναπτυχθεί καρδιακή αρρυθμία

Αμέσως πρέπει να παρθεί ένα δείγμα αρτηριακού αίματος και να αναλυθούν τα αέρια του αρτηριακού αίματος.

• Εάν η PCO<sub>2</sub> είναι ≥ 60 mm Hg ή η αύξηση της PCO<sub>2</sub> είναι ≥ 20 mm Hg πάνω από την αρχική τιμή της κανονικής PCO<sub>2</sub>, το αποτέλεσμα της εξέτασης της άπνοιας είναι θετικό (υποστηρίζει την κλινική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου).

• Εάν η PCO<sub>2</sub> είναι <60 mm Hg και η αύξηση της PCO<sub>2</sub> είναι <20 mm Hg πάνω από την αρχική τιμή της κανονικής PCO<sub>2</sub>, το αποτέλεσμα είναι απροσδιόριστο και θα πρέπει να γίνει εξέταση επιβεβαίωσης.

• Όπου κρίνεται κατάλληλο, μία 10λεπτη εξέταση της άπνοιας μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά από προοξυγόνωση για 10 λεπτά με ένα FI<sub>O2</sub> του 1,0 και ομαλοποίηση των ασθενών με PaCO<sub>2</sub> στα 40 mmHg

## **2.4 Το ηθικό ζήτημα της συναίνεσης του ασθενούς**

Η έννοια της συναίνεσης του ασθενούς μέχρι και τη δεκαετία του 1960 ήταν άγνωστη στην ιατρική. Μέχρι τότε ο ιατρός ήταν ο αποκλειστικά υπεύθυνος που έπαιρνε αποφάσεις για την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Από το

---

<sup>84</sup> Vanhoecke J, Hariz M. Deep brain stimulation for disorders of consciousness: Systematic review of cases and ethics. Brain Stimulation. 2017, σελ S1935-1937

1960 και έπειτα ξεκίνησε ο προβληματισμός αναφορικά με την εξουσία του ιατρού, ο οποίος δε λάμβανε υπόψη την αυτονομία και την αυτοδιάθεση του αρρώστου. Το 1981 εκδίδεται η Διακήρυξη της Λισσαβόνας στην οποία αποτυπώνονται τα δικαιώματα του ασθενούς, θεσμοθετούνται κώδικες ιατρικής δεοντολογίας, αποτυπώνεται το δικαίωμα του ασθενούς να πληροφορείται για την υγεία του αλλά και να συναινεί ή να διαφωνεί στην θεραπεία που του προτείνει ο ιατρός του<sup>85</sup>.

Στην Ελλάδα το δικαίωμα της συναίνεσης αποτυπώνεται εμμέσως στις διατάξεις των άρθρων 2 παρ. 1, 5 και 7, παρ. 2 του Συντάγματος, βάσει των οποίων προστατεύεται η αξία του ανθρώπου και η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. Παράλληλα απαγορεύεται σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του και γενικά κάθε προσβολή της αξιοπρέπειάς του.

Ο Νόμος 2071/92 και συγκεκριμένα το άρθρο 4 αναφέρεται στο δικαίωμα του νοσοκομειακού μόνο ασθενούς να πληροφορείται για την κατάσταση της υγείας του αλλά και για όλες τις ενδεχόμενες επιπτώσεις που θα έχουν τυχόν θεραπευτικές διαδικασίες. Ο Νόμος 2619/98 επέκτεινε το δικαίωμα της ενημέρωσης σε όλους τους ασθενείς για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής. Το άρθρο 10 παράλληλα αναφέρεται στο δικαίωμα των ασθενών που δεν επιθυμούν την ενημέρωση αυτή. Το άρθρο 5 του ίδιου νόμου καθιερώνει την ελεύθερη συναίνεση του ασθενούς για κάθε θεραπεία που προτείνει ο ιατρός (σκοπός θεραπείας, φύση θεραπείας και ενδεχόμενοι κίνδυνοι)<sup>86</sup>.

Σε όλα τα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ν 3418/2005), τα άρθρα 11 και 12 του οποίου αναφέρονται στο δικαίωμα του ασθενούς να ενημερωθεί και να συναινέσει σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη.

Η συναίνεση του ασθενούς επεκτείνεται και στις ειδικές διατάξεις και νόμους που αφορούν εξειδικευμένες επεμβάσεις, όπως είναι οι

---

<sup>85</sup> Βάρκα Αδάμη, οπ.π. σελ., 579

<sup>86</sup> Βάρκα Αδάμη, οπ.π. σελ., 579

μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων.

Σήμερα έχει ενταθεί η ανησυχία για τη μεταμόσχευση από θανόντα δότη. Από την 1<sup>η</sup> Ιουνίου του 2013 επικρατεί η άποψη ότι όλοι οι άνθρωποι είναι «εν δυνάμει δότες» που σημαίνει ότι όταν ένας άνθρωπος πεθάνει, με την προϋπόθεση ότι δεν έχει εκφραστεί αντίθετα, κατά τη διάρκεια της ζωής του, για τη μεταμόσχευση οργάνου του, μπορεί να γίνει δότης, χωρίς να έχει ερωτηθεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Και ενώ οι παλαιότεροι νόμοι απαιτούσαν την έγγραφη συναίνεση του ασθενούς ή της οικογένειάς του ο νέος Νόμος 3984/2011, προκειμένου να αυξηθεί ο αριθμός των δοτών όρισε ότι μπορεί να αφαιρεθεί ένα ή περισσότερα όργανα από ενήλικα που έχει πεθάνει εφόσον κατά τη διάρκεια της ζωής του δεν είχε εκφραστεί αντίθετα. Δεν είχε απαγορεύσει δηλαδή τη μεταμόσχευση οργάνων του. Η παραπάνω διαδικασία είναι γνωστή ως εικαζόμενη ή τεκμαιρόμενη συναίνεση. Στη συνέχεια στον νόμο 4075/2012 προστέθηκε και η γνώμη της οικογένειας του θανόντος, η οποία έπρεπε και αυτή να συναινέσει για τη μεταμόσχευση<sup>87</sup>. Επομένως, σήμερα η εικαζόμενη ή τεκμαιρόμενη συναίνεση στην Ελλάδα δεν ισχύει με τον τρόπο που υφίσταται σε άλλα κράτη της Ευρώπης (Αυστρία, Βέλγιο, Βουλγαρία, Γαλλία, Εσθονία, Ισπανία, Ιταλία, Κροατία, Λουξεμβούργο, Νορβηγία, Ρουμανία, Σουηδία, Φινλανδία, Πολωνία, Ουγγαρία).

Με το παραπάνω συμφωνεί και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005) σύμφωνα με τον οποίο για να θεωρηθεί η μεταμόσχευση νόμιμη θα πρέπει να έχει συναινέσει ο ασθενής, ο οποίος θα πρέπει να έχει πληροφορηθεί έγκαιρα και έγκυρα για την κατάσταση της υγείας του. Σύμφωνα επίσης με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ανήλικα άτομα και άτομα με ψυχικές ή διανοητικές διαταραχές δεν μπορούν να συναινέσουν στο θέμα της μεταμόσχευσης. Στην περίπτωση των ανήλικων, συναινούν τα άτομα που έχουν τη γονική μέριμνα του ατόμου ή την επιμέλειά του. Το παραπάνω δημιουργεί προβλήματα καθώς ένας γονιός μπορεί να ασκεί μέρος της γονικής μέριμνας και όχι εξολοκλήρου την επιμέλεια. Στην περίπτωση των ατόμων με

---

<sup>87</sup> Νόμος 3984/2011 (ΦΕΚ 150/τ. Α'/27-06-2011). Περιγραφή: Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις.

ψυχικές ή διανοητικές διαταραχές τη συναίνεση ασκούν οικεία πρόσωπα, εφόσον δεν έχει οριστεί δικαστικός συμπαραστάτης<sup>88</sup>.

#### 2.4.1 Συμμετοχή στη λήψη απόφασης

Στο πρόσφατο παρελθόν, ο ρόλος των ασθενών και η αλλαγή στις σχέσεις γιατρού-ασθενή έχουν λάβει όλο και περισσότερη προσοχή. Το επίκεντρο ήταν η βελτίωση της υγείας των ασθενών με την συμμετοχή τους στη διαδικασία της ιατρικής θεραπείας. Το μοντέλο της κοινής λήψης αποφάσεων αναπτύχθηκε στη δεκαετία του 1980, στην αγγλο-αμερικανική αρένα και χαρακτηρίζεται από αμοιβαία ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, καθώς και από κοινές συναντήσεις για ιατρικές αποφάσεις<sup>89</sup>.

Πιθανά, και συχνά βραχυπρόθεσμα, στα αποτελέσματα της κοινής λήψης αποφάσεων στη διαδικασία της ιατρικής θεραπείας εντάσσεται η μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη θεραπεία, λιγότερος φόβος, μη εμφάνιση κατάθλιψης, λιγότερες συγκρούσεις, καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία και υψηλότερη ποιότητα ζωής<sup>90</sup>.

Υπάρχουν σημαντικές προκλήσεις για την αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στην λήψη αποφάσεων στην θεραπεία της μεταμόσχευσης. Οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν όλες τις πληροφορίες κατά την στιγμή της διάγνωσης και να συνεργαστούν με πολλούς διαφορετικούς κλινικούς ιατρούς στο σχεδιασμό της θεραπείας. Η έρευνα δείχνει ότι υπάρχει σημαντική διακύμανση στην επιθυμία των ασθενών για συμμετοχή σε διάφορες αποφάσεις για τη θεραπεία της μεταμόσχευσης, καθώς όλοι οι ασθενείς δεν επιθυμούν ενεργό ρόλο σε όλες τις αποφάσεις<sup>91</sup>.

---

<sup>88</sup> Βλ. άρθρα 11 και 12 του Κώδικα Ιατρική Δεοντολογίας (ν. 3418/2005)

<sup>89</sup> Flynn KE, Smith MA, Vanness D. A typology of preferences for participation in healthcare decision making. *Soc Sci Med*; 2006, 63:1158–1169, Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes, at least two to tango). *Soc Sci Med*; 1997, 44:681–692

<sup>90</sup> Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. (2005). Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *JGIM*;20:531–5.

<sup>91</sup> Levinson, et al. σπ.π. 534, Ford S, Schofield T, Hope T. (2003). Are patients' decision-making preferences being met? *Health Expect*;6:72–80, Janz NK, Wren PA, Copeland LA, Lowery JC, Goldfarb SL, Wilkins EG. (2004). Patient-physician concordance: preferences, perceptions, and

Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών αναφέρει ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ του πραγματικού τους έναντι του προτιμητέου τους ρόλου σε χειρουργικές θεραπευτικές αποφάσεις. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι έχουν μικρότερο ποσοστό συμμετοχής από αυτό που πραγματικά επιθυμούν<sup>92</sup>. Η αναντιστοιχία αυτή συνδέεται με το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών τόσο με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων όσο και με την επιλογή της θεραπείας<sup>93</sup>.

Υπάρχει εξαιρετικά μικρή έρευνα σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων και σχεδόν κανένας δεν έχει αποκαλύψει τους παράγοντες εκείνους που συνδέονται με την επίτευξη ταιριάσματος μεταξύ προτιμώμενης και πραγματικής συμμετοχής στις αποφάσεις της θεραπείας.

Οι λίγες μελέτες που έχουν γίνει, δεν εξέτασαν κλινικούς παράγοντες ή παράγοντες υγείας του συστήματος που μπορεί να συνδέονται με τη συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η κατανόηση παραγόντων που σχετίζονται με τον ρόλο των ασθενών στη θεραπεία της μεταμόσχευσης και της λήψης αποφάσεων για αυτό, μπορούν να χρησιμοποιούνται στις στρατηγικές για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών με τη φροντίδα και την ποιότητα της επικοινωνίας των ασθενών με τον πάροχο<sup>94</sup>.

Υπάρχουν πολλές απόψεις για την ιδέα της συμμετοχής των ασθενών. Μια άποψη υποστηρίζει την συμμετοχή του ατόμου σε αποφάσεις που λαμβάνεται για δικά του ζητήματα υγείας<sup>95</sup>. Σε μια άλλη άποψη, η συμμετοχή του ασθενούς σημαίνει συμμετοχή του ασθενούς κατά την ανταλλαγή πληροφοριών, συναισθημάτων και αποδοχή οδηγιών των γιατρών και των

---

factors influencing the breast cancer surgical decision. *J Clin Oncol*;22: 3091–3098.

<sup>92</sup> Ford S, Schofield T, Hope T. (2003). Are patients' decision-making preferences being met? *Health Expect*;6:72–80.

<sup>93</sup> Janz NK, Wren PA, Copeland LA, Lowery JC, Goldfarb SL, Wilkins EG. (2004). Patient-physician concordance: preferences, perceptions, and factors influencing the breast cancer surgical decision. *J Clin Oncol*;22: 3091–3098.

<sup>94</sup> Sjostrom B, Plos KA. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nurs Forum*.;43(1):2–11.

<sup>95</sup> Thompson AG. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Soc Sci Med*.;64(6):1297–310.



νοσηλευτών<sup>96</sup>.

Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκαλύπτει ότι η συμμετοχή των ασθενών στην υγειονομική περίθαλψη έχει συσχετιστεί με βελτίωση των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Η υπογράμμιση της σημασίας της συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων παρακινεί τον πάροχο υπηρεσιών και την ομάδα υγειονομικής περίθαλψης να προωθήσουν τη συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων της θεραπείας.

Οι προσπάθειες αυτές περιλαμβάνουν τη βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών στα πολύπλευρα συστήματα και εργαλεία που παρέχουν πληροφορίες που βοηθούν τους ασθενείς στη λήψη αποφάσεων. Με ενισχυμένη συμμετοχή των ασθενών, και λαμβάνοντας υπόψη τους ασθενείς ως ισότιμους εταίρους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων της υγειονομικής περίθαλψης οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ενεργά στη δική τους διαδικασία θεραπείας και να ακολουθούν τη θεραπευτική αγωγή τους<sup>97</sup>.

Γενικά οι παρακάτω παράγοντες έχουν περιγραφεί ως παράγοντες επιρροής για επιθυμία στη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων θεραπείας: νεαρή ηλικία, υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, υψηλότερη ικανότητα σε θέματα υγείας<sup>98</sup>.

Ωστόσο οι παράγοντες χωρίζονται σε κατηγορίες. Πιο συγκεκριμένα:

- Παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή : α) δημογραφικά χαρακτηριστικά<sup>99</sup>, β) προσωπικά χαρακτηριστικά (διαβάζει πολύ, είναι διανοητικά καλά, μπορεί να εκφράζεται)<sup>100</sup>, γ) επίπεδο εκπολιτισμού<sup>101</sup>

---

<sup>96</sup> Rafii F, Soleimani M, Seyed-Fatemi N. (2010). Concept Analysis of Participation of Patient with Chronic Disease: Use of Hybrid Model. *Iran J Nurs.*;23(67):35–48.

<sup>97</sup> Kremer H, Ironson G, Schneiderman N, Hautzinger M. (2007). "It's my body": does patient involvement in decision making reduce decisional conflict? *Med Decis Making.*;27(5):522–32.

<sup>98</sup> Janz NK, Wren PA, Copeland LA, Lowery JC, Goldfarb SL, Wilkins EG. (2004). Patient-physician concordance: preferences, perceptions, and factors influencing the breast cancer surgical decision. *J Clin Oncol*;22: 3091–3098.

<sup>99</sup> Johnstone MJ, Kanitsaki O. (2009). Engaging patients as safety partners: some considerations for ensuring a culturally and linguistically appropriate approach. *Health Policy.*;90(1):1–7.

<sup>100</sup> Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. (2007) Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns.*;68(1):33–42

<sup>101</sup> Johnstone MJ, Kanitsaki O. (2009). Engaging patients as safety partners: some

(πολιτιστική γνώση,<sup>102</sup> πεποιθήσεις, αξίες και πρακτικές που αφορούν την υγεία και την περίθαλψη<sup>103</sup>, σωματική ικανότητα, και συναισθηματική σχέση με τους άλλους<sup>104</sup>).

- Παράγοντες που σχετίζονται με την πάθηση

α) Συμπτώματα της νόσου, β) στάδιο της νόσου, γ) βαρύτητα της νόσου, δ) εμπειρίες και νόημα της ασθένειας<sup>105</sup>, δ) προσδοκίες για την υγεία<sup>106</sup>, ε) είδη των ασθενειών<sup>107</sup>.

- Παράγοντες που σχετίζονται με τους εμπειρογνώμονες Φροντίδας Υγείας

α) Διαπροσωπικές δεξιότητες επικοινωνίας του επαγγελματία (πολιτισμική επάρκεια), β) γνώση επαγγελματικής φροντίδας της υγείας (να γνωρίζει πώς να ασκήσει και να ενημερωθεί με αρμόδιο τρόπο)<sup>108</sup>, γ) πεποιθήσεις και αξίες (πολιτιστική, ηθική και επαγγελματική στάση με σεβασμό προς τους ασθενείς και εθνοτικές μειονότητες), δ) συμπεριφορά (πολιτιστικές δεξιότητες και ικανότητα να σχηματίζουν θεραπευτικά αποτελεσματικές σχέσεις, συμμετοχή σε διαπολιτισμική επικοινωνία, συνέντευξη και αξιολόγηση των ασθενών που ανήκουν σε εθνοτικές μειονότητες, αντιμετώπιση σύγκρουσης, διαπραγμάτευση, διαχείριση των υποθέσεων με πολιτισμικά ενημερωμένο και κατάλληλο τρόπο), ε) ήθος σε συναντήσεις υγειονομικής περίθαλψης (φιλοξενία, ευγένεια, διευκόλυνση εισφορών), στ) να ακούει και να δίνει πληροφορίες<sup>109</sup> (επαγγελματίες που συμμετέχουν στις απόψεις των ασθενών και οι ασθενείς αισθάνονται πως τους ακούνε, επαγγελματίες που δίνουν σαφείς εξηγήσεις με βάση την

---

considerations for ensuring a culturally and linguistically appropriate approach. *Health Policy*;90(1):1–7.

<sup>102</sup> Bastiaens et al . οπ.π. σελ 39

<sup>103</sup> Bastiaens et al . οπ.π. σελ 39

<sup>104</sup> Bastiaens et al . οπ.π. σελ 39

<sup>105</sup> Bastiaens et al . οπ.π. σελ 40, Johnstone MJ, Kanitsaki οπ.π. σελ 5

<sup>106</sup> Bastiaens et al . οπ.π. σελ 40, Johnstone MJ, Kanitsaki οπ.π. σελ 5

<sup>107</sup> Thompson οπ. π. σελ 1298

<sup>108</sup> Gagliardi AR, Lemieux-Charles L, Brown AD, Sullivan T, Goel V. (2008). Barriers to patient involvement in health service planning and evaluation: an exploratory study. *Patient Educ Couns*.;70(2):234–41

<sup>109</sup> Bastiaens et al . οπ.π. σελ 40

επαγγελματική τους γνώση λαμβάνοντας υπόψη τον ασθενή ως άτομο<sup>110</sup>, επαγγελματίες που αναγνωρίζουν τις γνώσεις των ασθενών<sup>111</sup>).

- Παράγοντες που σχετίζονται με τις ρυθμίσεις Φροντίδας Υγείας

α) Πολιτιστική καταλληλότητα και επάρκεια του συστήματος και της οργάνωσης, μεταξύ των οποίων: το είδος και η τοποθεσία των υπηρεσιών, διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης, οι διαδικασίες και κανονισμοί, το είδος και η τοποθεσία της εισόδου<sup>112</sup>, η πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια φροντίδα<sup>113</sup>.

- Παράγοντες που σχετίζονται με τις Εργασίες του παρόχου υγείας.

α) Πολιτιστική καταλληλότητα και επάρκεια ενεργειών για την ασφάλεια, β) κατάλληλες συμπεριφορές<sup>114</sup>, γ) ασφάλεια των ασθενών<sup>115</sup>.

## 2.6 Ο ρόλος της Εκκλησίας στα ηθικά ζητήματα

Αν η Εκκλησία έχει σε κάτι να συμβάλει στο θέμα των μεταμοσχεύσεων για να βοηθήσει στην απεμπλοκή από τα διλήμματα των μεταμοσχεύσεων, αυτό είναι η τοποθέτηση και προβολή κριτηρίων, που πηγάζουν από το Ευαγγέλιο και τη διδασκαλία της. Δεν είναι αναγκαίο μήτε και φρόνιμο να εμπλέκεται σε σχολαστικούς προσδιορισμούς ιατρικών θεμάτων, για τα οποία μάλιστα δεν υπάρχει πολλές φορές ομόφωνη άποψη στον ιατρικό χώρο. Αλλά και η θεολογία και χριστιανική ηθική στην ενασχόλησή τους με τα θέματα αυτά δεν μπορούν να προβάλλουν ένα σύστημα ή κώδικα ηθικής -ή πολύ περισσότερο ιατρικής- δεοντολογίας<sup>116</sup>.

Τα κριτήρια που μπορεί η Εκκλησία από τη θεολογία της για το θέμα να θέτει και να προβάλλει, είναι ο σεβασμός στη μοναδική και ανεπανάληπτη

---

<sup>110</sup> Graziadei, M οπ.π. σελ 732

<sup>111</sup> Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nurs Ethics.*;13(5):503–14.

<sup>112</sup> Johnstone MJ, Kanitsaki O. (2009). Engaging patients as safety partners: some considerations for ensuring a culturally and linguistically appropriate approach. *Health Policy.*;90(1):1–7.

<sup>113</sup> Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. (2007). Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect.*;10(3):259–67.

<sup>114</sup> Johnstone MJ, Kanitsaki, οπ.π. σελ 5.

<sup>115</sup> Davis et al, οπ.π. σελ 266

<sup>116</sup> Κεσελόπουλος οπ.π., σελ 41-43

αξία του ανθρώπινου προσώπου, αλλά και η χωρίς ιδιοτέλεια και σκοπιμότητα αγάπη προς τον πλησίον -αγάπη που φθάνει μέχρι και τον εχθρό- και οδηγεί τον άνθρωπο στην προσφορά και την αυτοθυσία. Στα δύο αυτά κριτήρια αποτυπώνονται ουσιαστικά η αγάπη προς τον Θεό και προς τον κατ' εικόνα Εκείνου δημιουργηθέντα άνθρωπο και συνοψίζεται ολόκληρη η χριστιανική διδασκαλία, στην προοπτική αυτή, ο άνθρωπος δικαιούται να προσδιορίζει ακόμα και το τέλος της ζωής του με την αυτοθυσία, που διαφέρει ριζικά στα κίνητρα και βρίσκεται στον αντίποδα της αυτοκτονίας, αφού η αυτοθυσία δεν νοείται ως κατάφαση στην ιδιοτέλεια και το θέλημα του ανθρώπου, αλλά ως ανταπόκριση στο θέλημα του Θεού<sup>117</sup>.

Άλλωστε στη χριστιανική ηθική δεν υπάρχουν αυταξίες ούτε πράξεις αφ' εαυτών ηθικές και μη ηθικές. Η δυνατότητα των μεταμοσχεύσεων, όπως και κάθε άλλο ανθρώπινο επίτευγμα μπορεί να γίνει θεία δωρεά, ευλογία και χάρισμα ή να αποβεί ύβρη (με την αρχαιοελληνική έννοια του όρου) και διάθεση βέβηλης και αδιάκριτης υποκαταστάσεως του Θεού.

Όπως η αυτόβουλη διακοπή της ζωής μπορεί άλλοτε να σημαίνει διάθεση προσφοράς και αυτοθυσία και άλλοτε να υπογραμμίζει την τραγικότητα της φιλαυτίας και του εγωκεντρισμού, που εκφράζεται με την έσχατη απόγνωση, την ευθανασία και την αυτοκτονία, κατά παρόμοιο τρόπο και η μεταμόσχευση μπορεί να αποτελεί έκφραση ανιδιοτελούς αγάπης και στοργής προς τον συνάνθρωπο ή να συνιστά ενέργεια περιφρονήσεως της ελευθερίας και μοναδικότητας του προσώπου του και έσχατης συναλλαγής.

Ωστόσο ο σεβασμός στο ανθρώπινο πρόσωπο και η αγάπη προς τον πλησίον προϋποθέτουν το σεβασμό, την ελευθερία του ανθρώπου και απομάκρυνση από ωφελιμιστικές πρακτικές. Όπως είναι η παραβίαση της ελευθερίας του ανθρώπου, η χωρίς την προηγούμενη δήλωση και συγκατάθεση του δότη λήψη των οργάνων του σώματός του για μεταμόσχευση, ή η θεώρηση της μη αρνήσεώς του ως συναινέσεως, άλλο τόσο προβληματική κρίνεται η

---

<sup>117</sup> Lai Q, Vitale A, Iesari S, Finkenstedt A, Mennini G, Spoletini G, Hoppe-Lotichius M, Vennarecci G, Manzia TM, Nicolini D, Avolio AW. Intention-to-treat survival benefit of liver transplantation in patients with hepatocellular cancer. *Hepatology*. 2017

χρησιμοποίηση για τον ίδιο σκοπό προϊόντων κλωνοποίησης ή ανεγκέφαλων βρεφών ως «ανταλλακτικών». Τα ανεγκέφαλα βρέφη, επειδή δεν στερούνται στελέχους δεν είναι εγκεφαλικά νεκρά και, επειδή στερούνται συνειδήσεως, δεν έχουν τη δυνατότητα εκφράσεως ελεύθερης συγκαταθέσεως, που κανείς φυσικά δεν μπορεί να προεξοφλήσει και να εικάσει<sup>118</sup>.

Η θεώρηση του ανθρώπου από τη σύγχρονη ιατρική είναι σε πάρα πολλές περιπτώσεις μηχανιστική. Περιορίζεται ουσιαστικά στο σώμα του ανθρώπου αγνοώντας την ψυχή του. Όμως μια τέτοια ανθρωπολογία είναι ουσιαστικά ξένη προς τη χριστιανική. Για την Εκκλησία και τη θεολογία της η ανθρώπινη ζωή βρίσκεται σε μια απείρως ευρύτερη προοπτική, αφού παραμένει ανοικτή στην προοπτική της αιωνιότητας.

Εδώ η ζωή του ανθρώπου δεν περιορίζεται στο πλαίσιο της διατηρήσεως των σωματικών και βιολογικών του λειτουργιών, αλλά επεκτείνεται απεριόριστα στη σχέση και την κοινωνία με την πηγή της ζωής, που είναι ο Θεός. Αντίστοιχα και ο θάνατος του ανθρώπου δεν προσδιορίζεται από την παύση των βιολογικών του λειτουργιών, αλλά με την αποκοπή του με την πηγή της ζωής, τον Θεό. Ταυτίζεται με την αμαρτία, που νεκρώνει πνευματικά τον άνθρωπο, απομακρύνοντας τον από τον Θεό. Γι' αυτό και η φρίκη των συνεπειών, που κρύβει ο θάνατος, συνοψίζεται από τους Πατέρες της Εκκλησίας στη στέρηση της κοινωνίας με τον Θεό. Με δεδομένο τον πνευματικό θάνατο η βιολογική διατήρηση της ζωής έχει δευτερεύουσα σημασία<sup>119</sup>.

Ο σεβασμός στις τελευταίες στιγμές της επίγειας ζωής του ανθρώπου, που είναι άλλωστε ιδιαίτερα ιερές και καθοριστικές για την πορεία του προς την αιωνιότητα, επιβάλλει να μην επιταχύνεται ο θάνατος. Ο Θεός δεν καταργεί καμιά κτιστή πραγματικότητα, προκειμένου να σώσει κάποια άλλη. Όμως, όπως δεν δικαιούται ο άνθρωπος να επισπεύδει τον θάνατο, δεν δικαιούται και να τον παρατείνει. Έχει χρέος να τον αποδεχθεί και να τον σεβαστεί. Γιατί δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις, κατά τις οποίες η μηχανική υποστήριξη δεν σημαίνει

---

<sup>118</sup> Κεσελόπουλος οπ.π., σελ 41-43

<sup>119</sup> Lai et al. οπ.π.

τίποτε περισσότερο από παράταση της διαδικασίας του θανάτου<sup>120</sup>.

Οι μεταμοσχεύσεις έχουν νόημα όταν ενταχθούν στην παραπάνω προοπτική. Όπως κανείς δεν μπορεί να συστήσει σε πάσχοντες συνανθρώπους - και μάλιστα όταν αυτοί είναι νέοι- που περιμένουν τον σωτήριο δότη, να παραιτηθούν από αυτή την αναμονή και να επιλέξουν το θάνατο, κατά παρόμοιο τρόπο δεν μπορεί να υποχρεώσει άλλους να δωρίσουν μέλη του σώματός τους ή, πολύ περισσότερο, να βιάσουν τη θέλησή τους για να εξυπηρετήσουν κάποιες σκοπιμότητες.

Θα πρέπει λοιπόν να αρθούν όλα τα προβλήματα που συνδέονται με την παθολογία των μεταμοσχεύσεων, για να μπορούν αυτές να λειτουργούν πάντοτε ευεργετικά προς όλους, χωρίς να επισωρεύουν συνειδησιακά διλήμματα και ηθικό κόστος ούτε σε εκείνους πού τις πραγματοποιούν αλλά ούτε και σε εκείνους πού τις υφίστανται<sup>121</sup>.

---

<sup>120</sup> Miller, οπ.π. σελ 881.

<sup>121</sup> Κεσελόπουλος οπ.π., σελ 41-43

## **Κεφάλαιο 3. Οι μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα**

### **3.1 Το έργο του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.)**

Ο Ε.Ο.Μ. είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, το οποίο εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η ίδρυσή του υπάγεται στον νόμο 2737/1999 (ΦΕΚ 174Α') «Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις». Βασικός σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι να βοηθήσει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προκειμένου να χαράξει την εθνική πολιτική στο ζήτημα της μεταμόσχευσης.

Για να εκπληρωθεί ο στόχος αυτός μεριμνά την εισήγηση των όρων, των προϋποθέσεων και των διαδικασιών των μεταμοσχεύσεων και του Κώδικα Δεοντολογίας προκειμένου να λειτουργήσουν οι Μονάδες Μεταμοσχεύσεων και οι Τράπεζες Ιστών των Μεταμοσχεύσεων. Παράλληλα, έργο του Ε.Ο.Μ. είναι η οργάνωση και ο συντονισμός, σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο, της διακίνησης μοσχευμάτων, μεταξύ των οποίων και του μυελού των οστών. Άλλη δραστηριότητά του αποτελεί η καταγραφή των δωρητών, των δυνητικών και όσων μπορούν να αξιοποιηθούν ως δότες αλλά και των ληπτών των μοσχευμάτων. Ο ΕΟΜ προτείνει στον κάθε Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να χορηγηθεί άδεια προκειμένου να ιδρυθεί Μονάδα Μεταμόσχευσης ή Τράπεζα Ιστών προς Μεταμόσχευση.

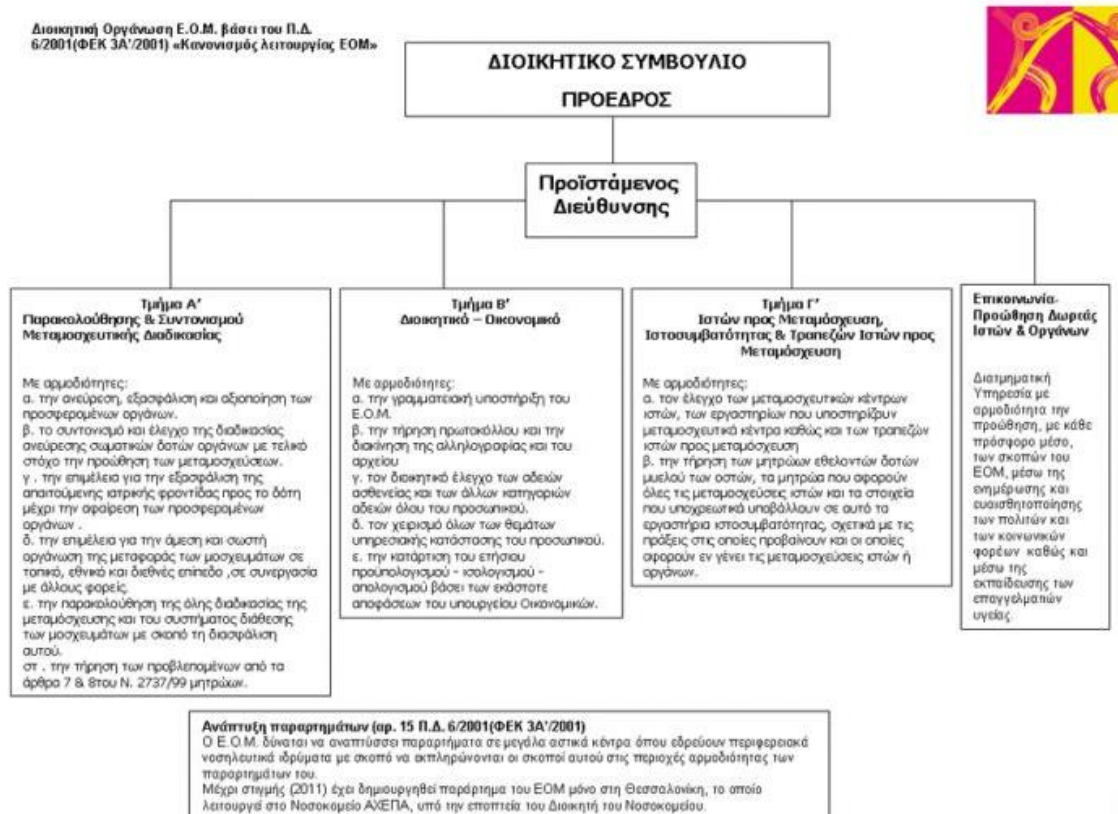
Επίσης κάθε χρόνο αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί κάθε Μονάδα Μεταμόσχευσης και τα αποτελέσματά της υποβάλλοντας αναφορά στο Υπουργείο. Ο ΕΟΜ έχει αναπτύξει συνεργασία με Οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής προκειμένου να προμηθεύεται και να ανταλλάσσει μοσχεύματα. Βασική αρμοδιότητα του ΕΟΜ είναι επίσης να υποστηρίζει ψυχικά και κοινωνικά τους λήπτες, τους δότες και τους συγγενείς των δοτών. Τέλος εξίσου σημαντική αρμοδιότητα του ΕΟΜ είναι να πληροφορεί και να ευαισθητοποιεί την κοινή γνώση στο θέμα της μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων.

Το όραμα του ΕΟΜ είναι να επιτύχει για κάθε Έλληνα ασθενή που έχει ή θα έχει μελλοντική ανάγκη μεταμόσχευσης την ύπαρξη διαθέσιμων οργάνων και

ιστών. Έργο του είναι να οργανώσει ένα εύρυθμο, αποτελεσματικό και αξιόπιστο μεταμοσχευτικό Εθνικό Σύστημα, να διασφαλίσει τη δημόσια εμπιστοσύνη, να ευαισθητοποιήσει και να ενημερώσει την ιατρονοσηλευτική κοινότητα για τα οφέλη της μεταμόσχευσης, να αξιοποιήσει τον μέγιστο αριθμό μοσχευμάτων από εκλιπόντες δότες, αλλά και να καταστήσει αυτάρκες τις ελληνικές δεξαμενές των δοτών μυελού των οστών. Τέλος ο ΕΟΜ παρακολουθεί όλες τις πρόσφατες επιστημονικές εξελίξεις στο θέμα των Μεταμοσχεύσεων και ευθυγραμμίζει την εθνική πολιτική με την ευρωπαϊκή νομοθεσία<sup>122</sup>.

Στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζεται η οργανωτική δομή του ΕΟΜ

**Σχήμα 3-1 Οργανωτική δομή του ΕΟΜ**



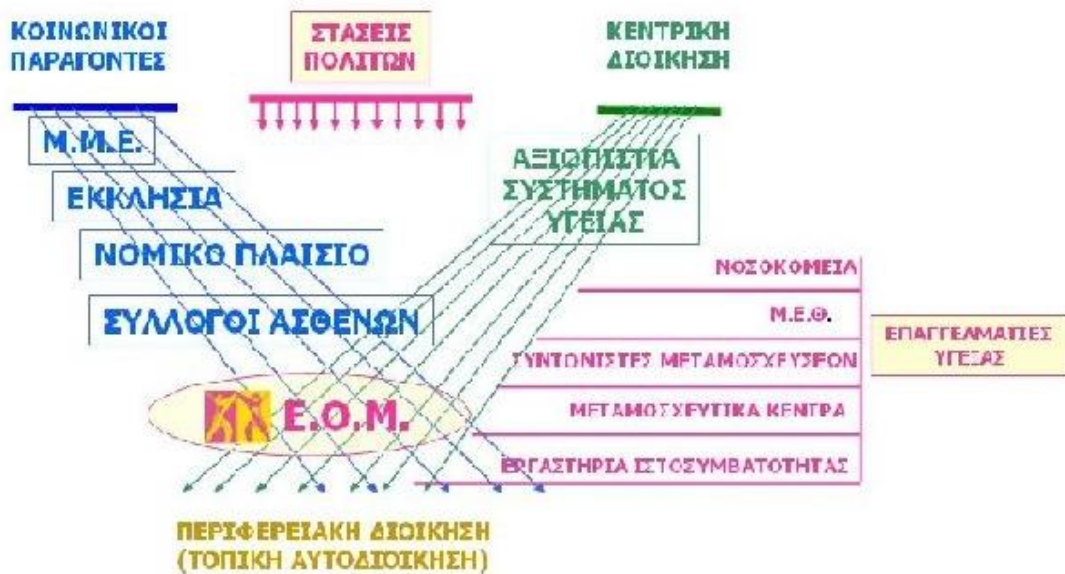
Πηγή: ΕΟΜ (2017). Ανακτημένο από: [http://www.eom.gr/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=6&Itemid=29&lang=el](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=6&Itemid=29&lang=el) [πρόσβαση 9-10-2017]

122 ΕΟΜ (2017). Ανακτημένο από: [http://www.eom.gr/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=14&Itemid=132&lang=el](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=14&Itemid=132&lang=el) [πρόσβαση 9-10-2017]



Στο ακόλουθο σχήμα παρουσιάζονται οι θεσμικοί και κοινωνικοί παράγοντες που συμμετέχουν και καθορίζουν τους δείκτες της Δωρεάς Ιστών και Οργάνων:

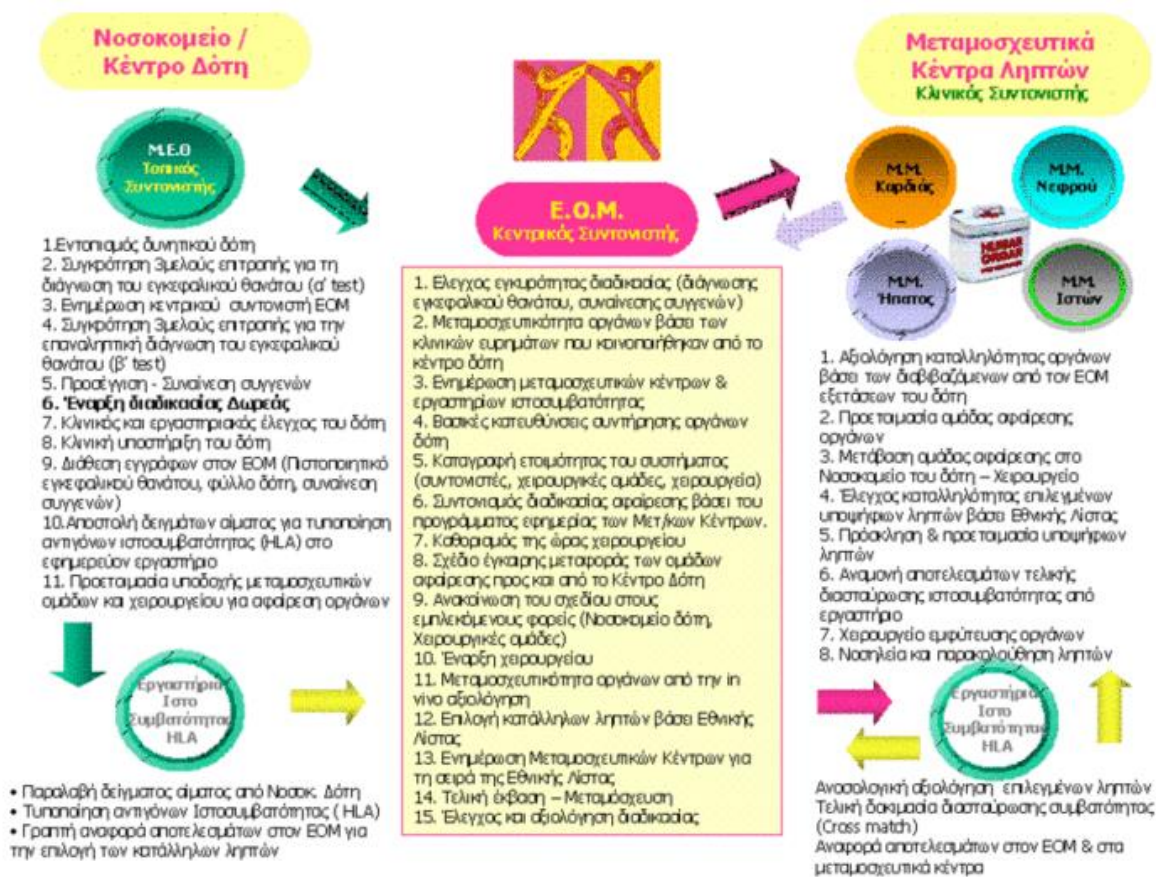
**Σχήμα 3-2 Θεσμικοί και κοινωνικοί παράγοντες που συμμετέχουν και καθορίζουν τους δείκτες της Δωρεάς Ιστών και Οργάνων**



Πηγή: ΕΟΜ (2017). Ανακτημένο από: [http://www.eom.gr/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=8&Itemid=31&language=el](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=8&Itemid=31&language=el) [πρόσβαση 9-10-2017]

Τέλος στο ακόλουθο σχήμα παρουσιάζεται ο ρόλος του ΕΟΜ στη διαδικασία της δωρεάς:

Σχήμα 3-3 Ο ρόλος του EOM στη διαδικασία της δωρεάς



Πηγή: EOM (2017). Ανακτημένο από: [http://www.eom.gr/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=131&Itemid=129&lang=el](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=131&Itemid=129&lang=el) [πρόσβαση 9-10-2017]

### 3.2 Στατιστικά μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων από τη στιγμή που ιδρύθηκε, το 2001, έχει επιτύχει περισσότερες από 3.000 μεταμοσχεύσεις σώζοντας τη ζωή πολλών ανθρώπων. Την εξαετία 2004-2010 πραγματοποίησε τις περισσότερες μεταμοσχεύσεις ενώ το 2008 πραγματοποίησε 318 μεταμοσχεύσεις, αριθμός πολύ ικανοποιητικός για το μέγεθος του πληθυσμού της Ελλάδας.

Πίνακας 3-1 Δότες Οργάνων

Δότες Οργάνων														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ανοφερθέντες Εγκαταλείπει Θάνατοι	47	76	89	86	227	179	168	176	110	57	109	204	146	88
Αξιοσηφάνεις ως Δότες	40	65	71	66	89	79	64	98	71	45	79	77	62	40
Δείκτης Διαρετές Οργάνων (Δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού)	3,6	5,9	6,5	6,0	8,1	7,2	5,8	8,9	6,5	4,1	7,2	7,0	5,6	3,6
Μεταμοσχεύσεις Συμπανίων Οργάνων														
Από πτωματικά δότη	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Νεφρού	74	107	134	116	157	144	101	186	116	76	137	130	107	74
Ήπατος	18	21	24	29	34	27	32	58	33	25	40	47	31	19
Καρδιά	5	9	5	6	9	7	5	16	8	5	6	18	9	9
Πνευμόνων	0	0	0	0	1	1	2	3	3	2	0	0	0	0
Δεξιά Νεφρού -Παγκρέατος	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	1	0	0	0
Δεξιά Νεφρού -Ήπατος	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>97</b>	<b>137</b>	<b>163</b>	<b>151</b>	<b>211</b>	<b>179</b>	<b>140</b>	<b>266</b>	<b>163</b>	<b>108</b>	<b>185</b>	<b>195</b>	<b>147</b>	<b>103</b>
Από ζώντα δότη Νεφρού (ενταύμιση στοιχείων από δότη)	87	85	79	76	69	63	87	52	34	32	46	41	44	33
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>184</b>	<b>222</b>	<b>242</b>	<b>227</b>	<b>280</b>	<b>242</b>	<b>227</b>	<b>318</b>	<b>197</b>	<b>140</b>	<b>231</b>	<b>236</b>	<b>191</b>	<b>136</b>
Τελευταία ενημέρωση στοιχείων: 10/10/2014														

Πηγή: Κωστάκης, Α. (2014). Σε πτώση ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα. Ανακτημένο από: <http://www.iatronet.gr/ygeia/xeiroyrgiki/article/28776/se-ptwsi-o-arithmos-twn-metamosxfsewn-stin-ellada.html> [πρόσβαση 20-7-2017]

Ωστόσο σήμερα η Ελλάδα έχει πολύ μικρό ποσοστό δοτών, σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων. Συγκεκριμένα στο παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός δοτών από το 2006 έως και το 2013 σε κάθε νοσοκομείο.

Πίνακας 3-2 Δότες Οργάνων 2006-2013 (1)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΔΟΤΕΣ 2006	ΔΟΤΕΣ 2007	ΔΟΤΕΣ 2008	ΔΟΤΕΣ 2009	ΔΟΤΕΣ 2010	ΔΟΤΕΣ 2011	ΔΟΤΕΣ 2012	ΔΟΤΕΣ 2013
Γ.Ν.Α. Παιδων "ΑΓ. ΣΟΦΙΑ"	2	0	0	0	2	0	1	1
Α.Ο.Ν.Α. "ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ"	0	0	1	0	0	1	0	1
Γ.Ν.Α. Παιδων "Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	1	1	0	0	1	1	0	0
Γ.Ν.Α. "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	1	0	3	1	2	2	6	1
Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο"	0	1	0	0	0	0	0	1
Γ.Ν.Α. ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	1	0	2	0	3	0	4	1
Γ.Ν.Α. "ΛΑΪΚΟ"	0	0	0	0	0	1	0	0
Γ.Ν. Ν. Ιωνίας "Η Αγ. Όλγα"	0	1	3	2	0	0	0	0
Γ.Ν. Ασκληπείων Βούλας	0	1	1	2	0	0	1	1
Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς"	2	4	4	6	2	0	0	1
Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ	0	0	2	1	0	0	0	0
Γ.Ν. Αττικής "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	1	0	0	2	0	1	2	0
Γ.Ν. Π.Θ. ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	0	0	0	0	0	0	1	0
Θριάσιο (Λάτσιο)	0	0	0	0	0	2	2	0
Γ.Ν. Ελευσίνας "Θριάσιο"	1	3	3	2	0	2	2	1
Γ.Αντικαρκ Ν Πειρ. "Μεταξά"	0	0	1	0	0	0	0	0
Γ.Ν. Νίκαιας "Αγ. Παντελεήμων"	0	0	1	1	0	1	0	1
Γ.Ν. Πειραιά Τζάνειο	0	0	4	0	0	0	1	0
Νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν"	13	3	11	2	1	1	1	0
Γ Ν ΔΥΤ ΑΤΤΙΚΗΣ "ΑΤΤΙΚΟΝ"	0	1	3	0	0	0	2	1
401 Γ.Σ.Ν.Α.	1	1	0	2	1	2	0	0
251 Γ.Ν.Α.	1	0	1	0	0	1	0	0
Ν.Ν.Α.	0	3	0	0	0	1	0	0
Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.	1	0	2	0	0	2	1	0
ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ	0	0	0	0	0	0	0	1
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ	0	0	1	0	1	1	1	0
Ιατρικό Αθηνών Κλ. Αμαρουσίου	0	0	0	1	0	1	0	1
Ιατρικό Αθηνών Κλ. Π. Φαλήρου	0	0	0	1	0	0	0	0
Metropolitan Hospital	0	1	2	1	0	1	1	0
Υγεία	1	0	3	0	3	1	0	0
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ	0	0	0	0	1	1	0	1
MEDITERANNEO	0	0	1	0	0	0	1	0
ΜΗΤΕΡΑ	0	0	0	1	1	0	0	0
ΝΕΟΝ ΑΘΗΝΑΙΟΝ	0	0	0	1	0	0	0	0

Πίνακας 3-3 Δότες Οργάνων 2006-2013 (2)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΔΟΤΕΣ 2006	ΔΟΤΕΣ 2007	ΔΟΤΕΣ 2008	ΔΟΤΕΣ 2009	ΔΟΤΕΣ 2010	ΔΟΤΕΣ 2011	ΔΟΤΕΣ 2012	ΔΟΤΕΣ 2013
ΩΚΚ	0	0	1	0	0	0	0	0
ΑΙΓΗΠΤΕΙΟ	0	0	0	0	0	1	0	1
Γ.Ο.Ν.Κ. ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ								1
<b>Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ</b>	4	8	6	7	2	2	1	2
Γ.Ν.Θ. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	1	0	1	1	2	3	0	1
Γ.Ν.Θ. "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"	14	6	4	8	1	5	6	2
Π.Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπαγεωργίου"	3	6	3	4	2	9	5	4
Γ.Ν. "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"	0	0	0	0	0	1	0	0
Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσ/κης 424 Γ.Σ.Ν.Θ	1	1	0	2	1	1	1	0
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝ. Π. "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"	0	0	0	0	0	0	2	2
'EUROMEDICA' ΚΥΛΗΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	0	0	0	1	0	0	0	0
ΚΛΗΡΙΚΗ "ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ"	0	0	0	1	0	0	0	0
<b>Γ.Ν. Σερρών</b>	0	0	3	0	1	1	0	0
Γ.Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	0	0	1	0	0	0	0	1
Η.Γ.Ν.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ	0	0	0	2	0	0	1	0
Π.Γ.Ν.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	0	2	0	0	1	1	3	1
Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ	0	0	0	0	0	0	1	0
Γ.Ν. Δράμας	0	0	1	1	0	0	0	0
Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ Αγιος Σύλας	0	1	0	0	2	2	2	1
<b>Γ.Ν. Λαμίας</b>	2	0	1	3	2	4	2	1
Γ.Ν. Βόλου "Αχιλλοπούλειο"	2	1	2	1	0	1	1	0
Γ.Ν. Λάρισας "Κουτλιμπάνειο"	0	0	0	1	0	3	2	1
Π.Γ.Ν. Λάρισας	3	2	1	2	1	3	1	1
<b>Π.Γ.Ν. Πατρών</b>	4	3	9	1	2	2	5	2
Θερ. Ολύμπιον Πάτρας	1	0	0	0	0	0	0	0
Γ.Ν ΑΓΡΙΝΙΟΥ	0	0	0	0	0	1	0	0
Γ.Ν. ΆΡΤΑΣ	0	1	2	1	1	1	1	0
Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων	3	3	1	4	1	2	1	1
Γ.Ν. Ιωαννίνων "Γ.Χατζηκώστα"	1	1	1	0	0	1	1	0
Γ.Ν. Τρίπολης "Η Ευαγγελίστρια"	2	1	1	1	0	0	3	1
Γ.Ν Καλαμάτας	0	0	0	1	0	1	0	0
<b>Γ.Ν. Αγ. Νικολάου</b>	0	0	0	1	2	0	0	0
ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν. Ηρακλείου	3	6	1	1	4	5	7	2
Γ.Ν. Ηρακλείου "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ"	2	1	5	0	0	2	2	1
Γ.Ν. Χανίων "Ο Άγιος Γεώργιος"	3	0	5	0	2	2	0	1
Γ.Ν. Ρεθύμνου	0	1	0	0	0	0	0	0
<b>Γ.Ν Σύρου</b>	1	0	0	0	0	0	0	0
Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ "Ανδρέας Παπανδρέου"	1	0	0	1	0	0	0	0
Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	2	0	0	0	0	1	1	1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>79</b>	<b>64</b>	<b>98</b>	<b>72</b>	<b>45</b>	<b>79</b>	<b>77</b>	<b>45</b>

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (2017). Στατιστικά στοιχεία. Ανακτημένο από: [http://www.eom.gr/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=138&Itemid=169&lang=el](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=138&Itemid=169&lang=el) [πρόσβαση 20-7-2017]

Από τα παραπάνω δεδομένα αναδεικνύεται το μεγάλο πρόβλημα σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις, που είναι ο εξαιρετικά περιορισμένος αριθμός μοσχευμάτων που υπάρχουν για την διενέργειά τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να ανθεί η εμπορία ανθρώπινων οργάνων, στο πλαίσιο της οποίας διαπράττονται αποτρόπαιες πράξεις.

Ειδικά στην περίπτωση των νεφρικών μεταμοσχεύσεων, μεγάλο μέρος των μοσχευμάτων προέρχεται από χώρες όπου υπάρχει μεγάλη ανέχεια και φτώχεια και άνθρωποι πουλάνε τα όργανα τους προκειμένου να επιβιώσουν<sup>123</sup>. Τέτοιου είδους φαινόμενα έχουν αρχίσει τα τελευταία χρόνια να κάνουν την εμφάνισή τους και στην Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης με ανθρώπους να ζητούν να πουλήσουν τα νεφρά τους<sup>124</sup>. Το φαινόμενο όμως δεν είναι νέο αφού αρκετοί Έλληνες νεφροπαθείς μαρτυρούν ότι πήγαν στο εξωτερικό για να υποβληθούν σε μεταμόσχευση νεφρού γνωρίζοντας ότι το μόσχευμα προέρχεται από αγοραπωλησία και καταβάλλοντας φυσικά μεγάλο αντίτιμο. Το πρόβλημα αυτό, προσπάθησε να επιλύσει ο νομοθέτης με το άρθρο 323Α του Ποινικού μας Κώδικα (ν. 3064/2002), σύμφωνα με το οποίο τιμωρείται όποιος με τη χρήση βίας, απειλής ή άλλου εξαναγκαστικού μέσου ή την επιβολή ή κατάχρηση εξουσίας, προσλαμβάνει, μεταφέρει, προωθεί εντός ή εκτός της επικράτειας, κατακρατεί, υποθάλπει, παραδίδει με ή χωρίς αντάλλαγμα σε άλλον ή παραλαμβάνει από άλλον, πρόσωπο με σκοπό την αφαίρεση "κυττάρων", ιστών ή οργάνων του σώματος του ή για να εκμεταλλευτεί ο ίδιος ή άλλος την εργασία ή την επαιτεία του. Ακολούθως, τιμωρείται και όποιος, προκειμένου να επιτύχει τον ως άνω σκοπό, αποσπά τη συναίνεση προσώπου με τη χρήση απατηλών μέσων ή το παρασύρει, εκμεταλλευόμενος την ευάλωτη θέση του, με υποσχέσεις, δώρα, πληρωμές ή παροχή άλλων ωφελημάτων.

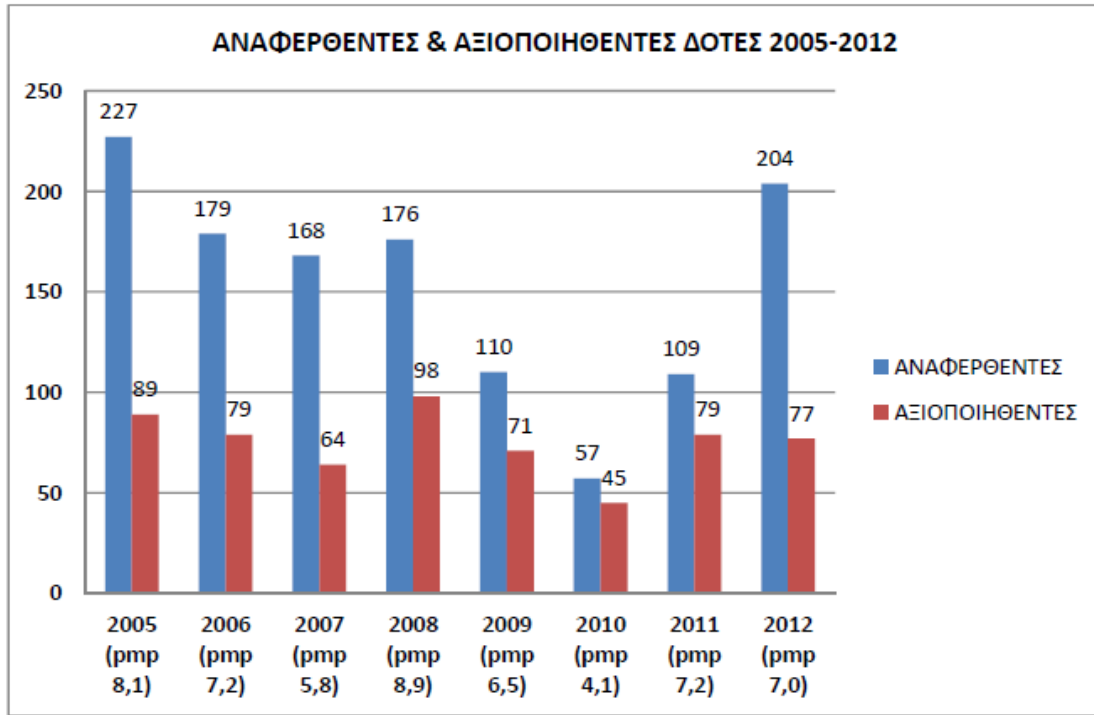
Στο κάτωθι σχήμα παρουσιάζεται ο αριθμός των αναφερθέντων και των αξιοποιηθέντων δοτών την περίοδο 2005-2012

---

<sup>123</sup> Αλεξόπουλος, Ε.. Η εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων και η διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης. *Ελληνική Νεφρολογία*, 2008, 20 (4), 237-240.

<sup>124</sup> Φυντανίδου, Ε. «Πωλείται νεφρό» λόγω χρεών....2009, *Το Βήμα*, Ανακτημένο από: <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=343195>[πρόσβαση 10-7-2017]

**Σχήμα 3-4 Αριθμός των αναφερθέντων και των αξιοποιηθέντων δοτών (2005-2012)**

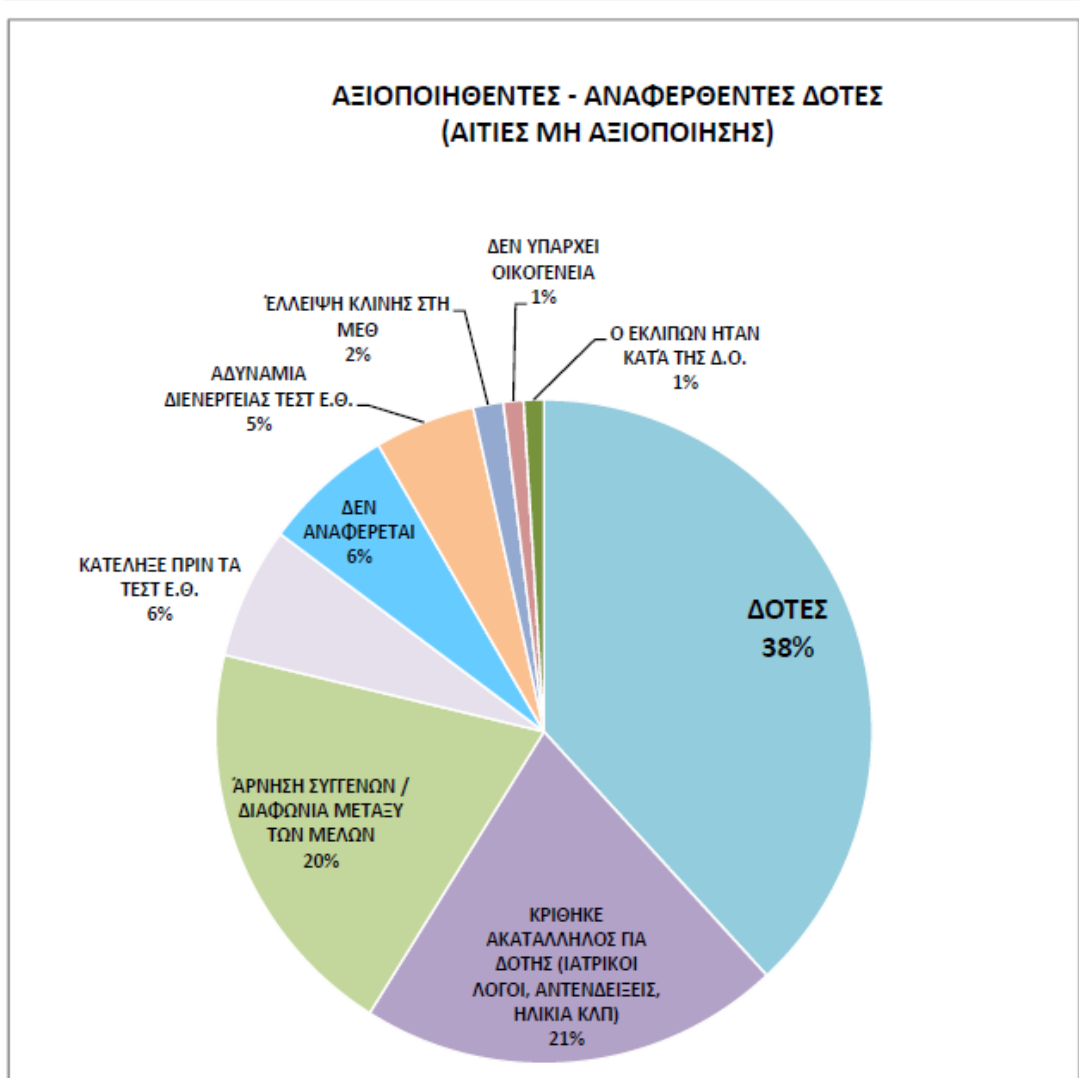


Πηγή: EOM (2017). *Αναφερθέντες και Αξιοποιηθέντες Δότες 2005-2102..* Ανακτημένο από: [http://www.eom.gr/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=323&Itemid=169&lang=el](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=323&Itemid=169&lang=el) [πρόσβαση 9-10-2017]

Από το παραπάνω γράφημα συμπεραίνεται ότι το 2012 μειώθηκε ο αριθμός των ατόμων που δεν αξιοποιήθηκαν ως δότες, γεγονός θετικό για το θέμα των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα.

Στο κάτωθι σχήμα παρουσιάζονται τα αίτια για τα οποία δεν αξιοποιήθηκαν οι ασθενείς ως δότες.

Σχήμα 3-5 Αξιοποιηθέντες - Αναφερθέντες Δότες (Αιτίες μη αξιοποίησης)



Πηγή: EOM (2017). *Αξιοποιηθέντες - Αναφερθέντες Δότες (Αιτίες μη αξιοποίησης)*. Ανακτημένο από:

[http://www.eom.gr/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=323&Itemid=169&lang=el](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=323&Itemid=169&lang=el) [πρόσβαση 9-10-2017]

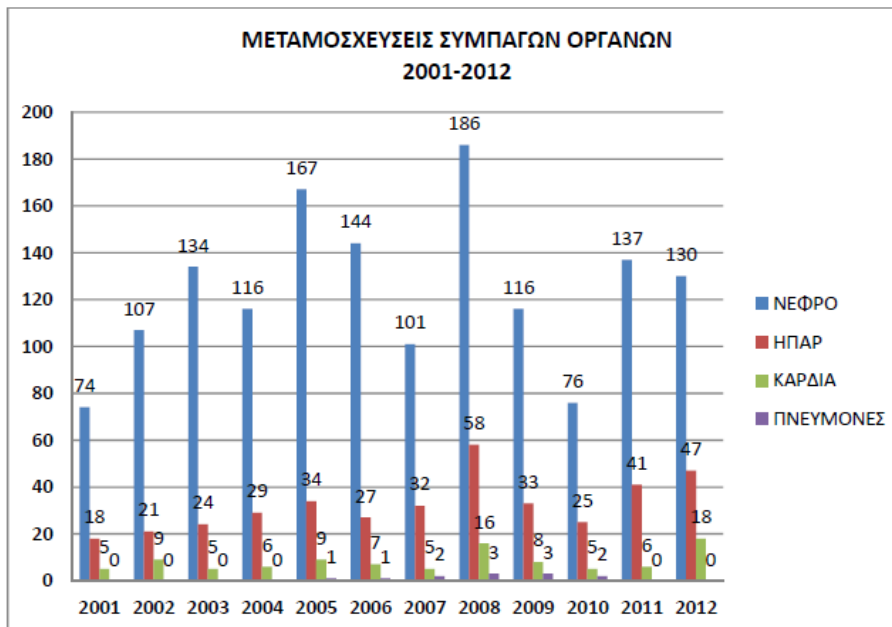
Από το παραπάνω σχήμα συμπεραίνεται ότι ένα ποσοστό της τάξης του 21% κρίθηκε ακατάλληλα για δότης ενώ ακολουθεί ένα 20% όπου είτε οι συγγενείς αρνήθηκαν είτε υπήρξε διαφωνία μεταξύ τους.

Στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται οι μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων. Όπως φαίνεται τον μεγαλύτερο αριθμό κατέχουν οι μεταμοσχεύσεις



νεφρού, οι οποίες σημείωσαν τον μεγαλύτερο αριθμό το 2008.

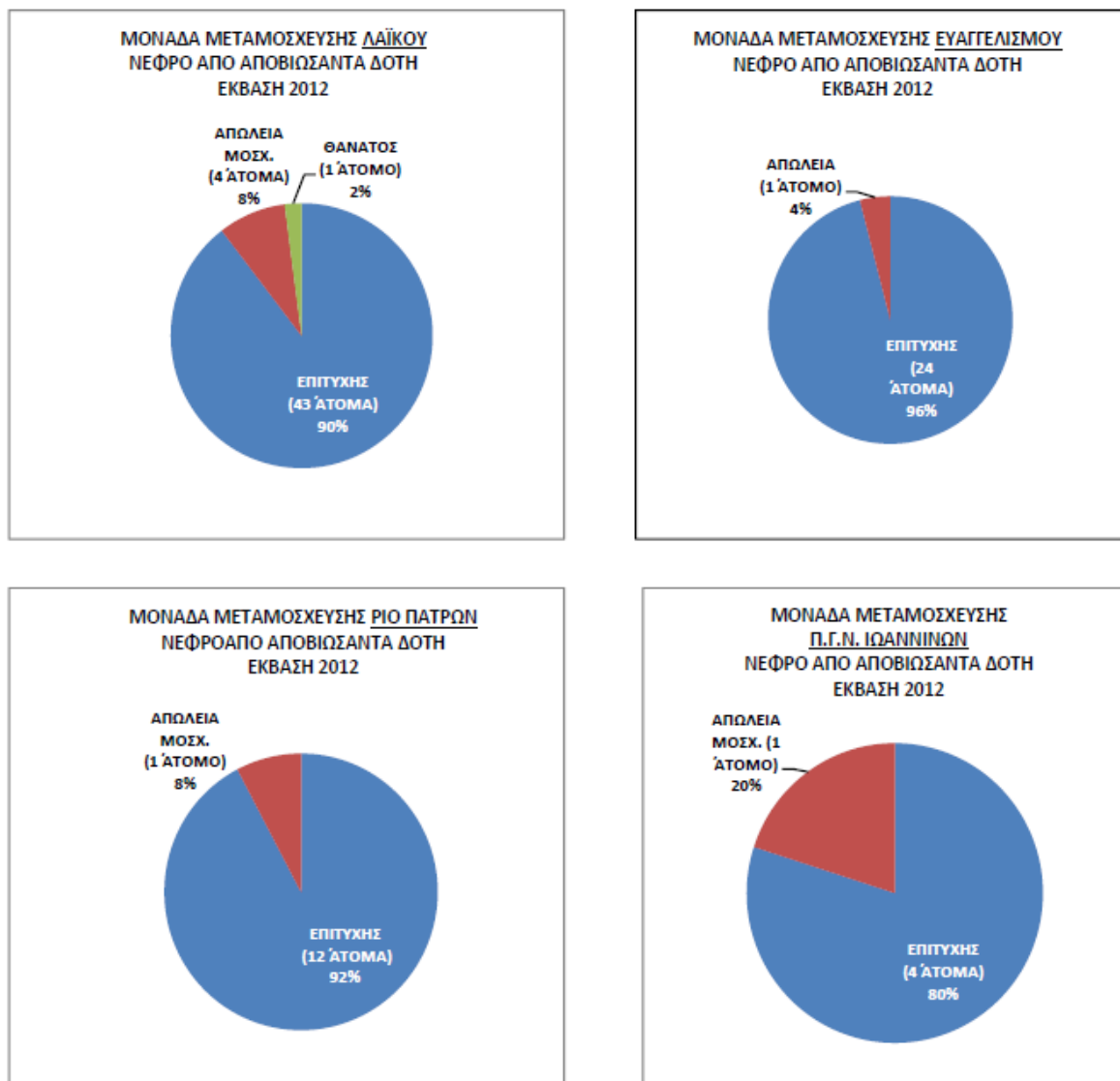
### Σχήμα 3-6 Μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων



Πηγή: ΕΟΜ (2017). *Μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων*. Ανακτημένο από: [http://www.eom.gr/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=323&Itemid=169&lang=el](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=323&Itemid=169&lang=el) [πρόσβαση 9-10-2017]

Οι μεταμοσχεύσεις νεφρού στην πλειοψηφία τους είναι επιτυχημένες και εξασφαλίζουν τη ζωή στον λήπτη. Το παραπάνω αποδεικνύεται στα ακόλουθα σχήματα, που παρουσιάζουν τα ποσοστά επιβίωσης μεταμοσχευμένων το 2012.

**Σχήμα 3-7 Ποσοστά επιβίωσης μεταμοσχευμένων το 2012**



Πηγή: ΕΟΜ (2017). *Μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων*. Ανακτημένο από: [http://www.eom.gr/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=323&Itemid=169&lang=el](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=323&Itemid=169&lang=el) [πρόσβαση 9-10-2017]

### 3.2 Το νομοθετικό πλαίσιο και η διαχρονική εξέλιξή του

Το πρώτο νομοθετικό πλαίσιο που επέτρεπε τη μεταθανάτια δωρεά στην Ελλάδα εκδόθηκε το 1978. Το 1968 έγινε η πρώτη μεταμόσχευση πτωματικού νεφρού, αλλά στα επόμενα χρόνια (1971-1981), ενώ είχε μεσολαβήσει ο νόμος

που επέτρεπε τη μεταθανάτια δωρεά κι ενώ έγιναν αρκετές (313) μεταμοσχεύσεις νεφρού, μόνο στη μία από τις εννέα περιπτώσεις τα μοσχεύματα προέρχονταν από νεκρούς δότες. Στις υπόλοιπες προέρχονταν από ζωντανούς δότες, συγγενείς εξ αίματος των νεφροπαθών<sup>125</sup>.

Αυτή η αρνητική στάση των Ελλήνων στη μεταθανάτια δωρεά προς τον ξένο συνάνθρωπο, μια στάση που ίσχυσε για πολλά χρόνια, έρχεται μάλλον να επιβεβαιώσει και στον τομέα της υγείας τα όσα έχουν καταγράψει οι ανθρωπολογικές μελέτες της εποχής για την εν πολλοίς αναγκαία κυριαρχία της πυρηνικής οικογένειας και της μεταξύ συγγενών αλληλοϋποστήριξης σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής. Πράγματι, σύμφωνα με τα όσα έχουν υποστηρίξει οι ανθρωπολόγοι, που μελέτησαν τη μεταπολεμική ελληνική κοινωνία, που τότε ήταν ως επί το πλείστον αγροτική, οι Έλληνες ήταν στραμμένοι μονομερώς στα συμφέροντα της οικογένειας και των συγγενών τους και δεν εμπορούνταν από τα λεγόμενα «οικουμενικά ιδεώδη», που προϋποθέτουν και συμβαδίζουν με την ανάπτυξη της ατομικής, αυτόβουλης και «αλτρουιστικής» προσφοράς δώρων προς τον «ξένο» συνάνθρωπο.

Το 1979 η αιμοδοσία από χρηματική συναλλαγή μετατρέπεται σε αυτόβουλη και ανιδιοτελή δωρεά, και ψηφίζεται ο πρώτος ξεχωριστός νόμος για τη δωρεά και τις μεταμοσχεύσεις (1978). Συγχρόνως ιδρύεται ο πρώτος σύλλογος εθελοντών δωρητών οργάνων σώματος στο Αίγιο (1978).

Ο πρώτος αυτός νόμος, ενώ παρακολουθούσε την εξωστρεφή διασπορά των Ελλήνων από τις οικογενειακές εστίες τους, συγχρόνως έδινε πρωταρχική έμφαση στις συγγενικές σχέσεις εξ αίματος και εξ αγχιστείας. Ενώ δηλαδή για πρώτη φορά νομιμοποιούνταν ρητά η αυτόβουλη, ανιδιοτελής και ανώνυμη δωρεά πτωματικών οργάνων ή ολόκληρου του σώματος προς τον «ξένο» συνάνθρωπο, συγχρόνως άφηνε εξ ολοκλήρου το θέμα της συγκατάθεσης για τη δωρεά οργάνων στους συγγενείς. Πιο συγκεκριμένα, επειδή ο νόμος δεν προέβλεπε τον τρόπο που θα δήλωνε τη συναίνεση ή την αντίρρησή του ο δωρητής, μετέθετε το βάρος απόδειξης της εικαζόμενης αντίρρησης ή θέλησής του στους συγγενείς του με προκαθορισμένη σειρά - σύζυγος, ενήλικα παιδιά, γονείς, αδέρφια και σε περίπτωση ανηλίκων, οι έχοντες την επιμέλειά τους.

---

<sup>125</sup> Βάρκα Αδάμη, οπ.π., σελ 577-583

Αυτή η αντιφατικότητα και ασάφεια του νόμου ως προς την πτωματική δωρεά μεταξύ αγνώστων είχε ως αποτέλεσμα να γίνουν μόνο δεκαέξι πτωματικές μεταμοσχεύσεις στα έτη μεταξύ 1978 και 1983, από τις οποίες μόνον οι τέσσερις έγιναν με μοσχεύματα από Έλληνες νεκρούς δότες, ενώ οι υπόλοιπες δώδεκα με μοσχεύματα «ξένα από το εξωτερικό»<sup>126</sup>.

Κατά τους Έλληνες νομικούς, οι διατάξεις που ανέθεταν την τελική συγκατάθεση της πτωματικής δωρεάς στους συγγενείς του νεκρού, ήταν «παράνομες», διότι, κατ' αυτούς, το αν κάποιος θα «προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο» μέρος ή όλο το νεκρό σώμα του «αποτελεί ιδίαν υπόθεση του κάθε ανθρώπου [ατόμου], στα πλαίσια του δικαιώματος της ελεύθερης προσωπικής λήψης αποφάσεων που εδράζεται στην αυτονομία». Ο επόμενος νόμος του 1983 και η πολιτική που τον πλαισίωσε, χωρίς να αναιρούν την ισχύ της συγγένειας, φαίνεται να έλαβαν πολύ περισσότερο υπόψη τους όχι μόνο «το δίκαιο» αλλά και το πρωτόγνωρο πνεύμα περί «ατομικής ελευθερίας», που αναπτύχθηκε στην Ελλάδα ως κορυφαίο ιδεώδες από τη δεκαετία του '80 και εξής για τους παρακάτω λόγους.

Το 1983 η Πολιτεία θέσπισε το νέο περί μεταμοσχεύσεων νόμο, (Ν. 1383/83), ο οποίος για πρώτη φορά καθιέρωνε ως κανόνα τη ρητή συναίνεση του ίδιου του ατόμου, που αποφάσιζε για τη μεταθανάτια αυτοδιάθεση του σώματός του στο κοινωνικό σύνολο. Λίγο αργότερα συγκροτήθηκε η Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων (ΥΣΕΜ), θεσπίστηκαν τα αμερικανικής προέλευσης κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά ο θεσμός της «κάρτας του δότη», που, ως άλλη «πιστωτική κάρτα» πιστοποιούσε την ταυτότητα του ατόμου ως δυνητικού καταναλωτή-δωρητή και του έδινε πίστωση χρόνου, για να «επιλέξει» περαιτέρω και μέχρι το «τέλος», αν θα κατανάλωνε-δώραζε ή αν θα ανακαλούσε. Την ίδια χρονική περίοδο, στις αστικές και ημιαστικές περιοχές οι σύλλογοι δωρητών οργάνων σώματος ιδρύονταν ο ένας μετά τον άλλον - παράλληλα προς τους αθρούς «πολιτιστικούς» (κατά πολύ κομματικούς) συλλόγους και τα παραρτήματα ποικίλων οργανώσεων, κινήσεων και κινημάτων- και διαφήμιζαν αυτό το πρωτότυπο και αμιγές «δώρο ζωής», με διαλέξεις και ενημερωτικά φυλλάδια.

---

<sup>126</sup> Βάρκα Αδάμη, οπ.π., σελ 577-583

Συγχρόνως, έγινε για πρώτη φορά σε εθνικό επίπεδο καμπάνια για τη δωρεά οργάνων και ιστών, με διαφημιστικά-ενημερωτικά φυλλάδια και αφίσες, που τοιχοκολλούνταν στις δημόσιες υπηρεσίες και άλλους φορείς. Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν η κατακόρυφη αύξηση των δηλωμένων δυνητικών δωρητών ιστών και οργάνων -48.385 άτομα μεταξύ 1985 και 1992<sup>127</sup>. Βέβαια, το ελληνικό κοινό είχε αρχίσει πλέον να διαμορφώνει μια «κοινή» γνώση και γνώμη, μέσω του δημοσιογραφικού λόγου, για τις «θαυματουργές» μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων, ζωικών και τεχνητών οργάνων και ιστών που γίνονται στο εξωτερικό, για μερικές από τις αρνητικές συνέπειες τους - εμπόριο οργάνων- καθώς και για την ανεπάρκεια μοσχευμάτων σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες της χώρας και παγκοσμίως.

Σύμφωνα με το Ν. 1383/83, η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζωντανό ή νεκρό δότη και η προσφορά ολόκληρου του νεκρού σώματος γίνονταν «μόνο χαριστικά» και απαγορευόταν «οποιαδήποτε οικονομική συναλλαγή μεταξύ δότη, λήπτη, των οικογενειών τους ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου» (Ν. 1383/83 αρ. 2, παρ. 1). Για να διατηρηθεί ο «χαριστικός» και εθελούσιος χαρακτήρας της πτωματικής δωρεάς, ο ελληνικός νόμος –όπως άλλωστε και οι νόμοι των άλλων χωρών- απαιτούσε την «τήρηση ανωνυμίας» μεταξύ δοτών και ληπτών και πρόβλεπε την «ανάκληση» της δήλωσης των δωρητών ανά πάσα στιγμή (αρ. 8).

Στη συνέχεια ψηφίστηκε ο ν.2737/1999 «για τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων» στον οποίο γίνεται για πρώτη φορά αναφορά στη συναίνεση όλων των εμπλεκόμενων στη μεταμοσχευτική διαδικασία<sup>128</sup>. Η συναίνεση αποφασίζεται αφού πρώτα όλα τα εμπλεκόμενα μέλη έχουν ενημερωθεί για τη διαδικασία. Ιδιαίτερη σημασία κατέχει η ενημέρωση του υποψήφιου δότη, ο οποίος θα δωρίσει το όργανο ή τον ιστό όχι για να θεραπευθεί ο ίδιος αλλά για να βοηθήσει κάποιον άλλον. Ως εκ τούτου η εξειδικευμένη πληροφόρησή του για το εγχείρημα αυτό καθίσταται εξαιρετικής σημασίας. Ο ίδιος οφείλει να καταλάβει τη σοβαρότητα του

---

<sup>127</sup> Βάρκα Αδάμη, οπ.π., σελ 577-583

<sup>128</sup> Βλ. για το Ν. 2737/99, Κούρτη Μ. Αστικό Δίκαιο Μεταμοσχεύσεων, 27 επ., Ψαρούλη Δ./Βούλτσο Π., Ιατρικό Δίκαιο- Στοιχεία Βιοηθικής, 411 επ., , Καϊάφα- Γκμπάντι Μ., Μεταμοσχεύσεις, 25 επ.,

εγχειρήματος, να εξισορροπήσει τις συνέπειες του εγχειρήματος αυτού στο παρόν και το μέλλον για την υγεία του αλλά και να εξισορροπήσει την ψυχική του οδύνη σχετικά με την απειλούμενη απώλεια ενός αγαπητού του προσώπου. Υπό αυτές τις διαδικασίες ο δότης θα λάβει την ορθότερη απόφαση, η οποία είναι αμετάκλητη. Πλην του δότη βασικό δικαίωμα ενημέρωσης έχει και ο λήπτης, στο σώμα του οποίου θα γίνει η μεταμόσχευση<sup>129</sup>.

Ο Νόμος 2737/99 ωστόσο αναφερόταν ρητά μόνο στο δικαίωμα ενημέρωσης του υποψήφιου δότη και όχι του λήπτη σε αντίθεση με τον Νόμο 1383/83, στο άρθρο 5, παρ. 3 του οποίου αναφερόταν ότι: «οι υπεύθυνοι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν με κάθε λεπτομέρεια τον υποψήφιο δότη και λήπτη για τις δυνατές συνέπειες της αφαίρεσης και της μεταμόσχευσης». Αυτό ίσως οφείλεται στο ότι το δικαίωμα ενημέρωσης του λήπτη αναφέρεται και ως εκ τούτου καλύπτεται από τις διατάξεις των νόμων 2619/98, 2071/92 και του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι ο λήπτης του μοσχεύματος, βάσει του δικαιώματός του της αυτοδιάθεσης, μπορεί να αρνηθεί τη μεταμόσχευση από συγγενικό του πρόσωπο, ειδικά αν γνωρίζει ότι μια τέτοια διαδικασία θα έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία του δότη και παράλληλα μικρή αποτελεσματικότητα στη δική του υγεία<sup>130</sup>.

Η νομική κατοχύρωση φαίνεται να αποτελεί μια από τις πρώτες και τις βασικές προϋποθέσεις για τη διευκόλυνση της Χειρουργικής των μεταμοσχεύσεων<sup>131</sup>. Σήμερα, το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο αποτυπώνεται στο ν.3984/2011 (όπως τροποπ. από το Ν 4271/2014), ο οποίος αναλύεται στην επόμενη ενότητα.

---

<sup>129</sup> Βάρκα Αδάμη ο.π., σελ 577-583

<sup>130</sup> Βάρκα Αδάμη ο.π., σελ 577-583

<sup>131</sup> Κουτσελίνης ο.π., σελ 243

### **3.3 Το Ισχύον Νομικό Πλαίσιο των Μεταμοσχεύσεων/ Οι Νόμοι 3984/2011 και 4272/2014**

#### **3.3.1 Ο Ν. 3984/2011**

Κατ' αρχήν θα πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι, η μεταμόσχευση ανθρώπινων ιστών και οργάνων αποτελεί μία ειδική ιατρική πράξη. Για το λόγο αυτό διέπεται τόσο από τα νομοθετήματα που ρυθμίζουν τις ιατρικές πράξεις γενικότερα, δηλαδή από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική του Συμβουλίου της Ευρώπης (Σύμβαση Οβιέδο του 1997), που κυρώθηκε στην Ελλάδα με το Ν. 2619/1999 και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο οποίος έλαβε τη σημερινή του μορφή με τον Ν. 3418/2005, αλλά και τον ειδικότερο Ν. 3984/2011 για τη «δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις», ο οποίος ενσωμάτωσε την Οδηγία 2010/53/ΕΕ (αρχικά 2010/45/ΕΕ) και αντικατέστησε τον Ν. 2737/1999 για τις «μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις» Ο νόμος αυτός συμπληρώθηκε τελευταία με το Ν. 4272/2014, με τον οποίο ενσωματώθηκε στο εθνικό δίκαιο και η οδηγία 2012/25/ΕΕ.

Ειδικότερα, η ανάγκης ενσωμάτωσης της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία 2010/53/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 7ης.7.2010 «για τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας των ανθρωπίνων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση» οδήγησε στη θέσπιση του Ν.3984/2011. Έτσι, ψηφίστηκε ο νόμος 3984/2011 που αφορά τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων και είναι σχετικά πρόσφατος. Στόχος του νομοθέτη είναι η εξασφάλιση περισσότερων μοσχευμάτων και η προστασία της υγείας τόσο του δότη όσο και του λήπτη με την έννοια της εξέτασης της καταλληλότητας του μοσχεύματος και την αποδοχή του μοσχεύματος από αυτόν (το λήπτη). Περαιτέρω, επιδιώκεται η καταπολέμηση της «εμπορίας» ανθρώπων<sup>132</sup>. Αυτό εξασφαλίζεται με την πρόβλεψη διαφανών διαδικασιών

---

<sup>132</sup> Βλ αιτιολογική έκθεση Ν.3984/2011, Κεφάλαιο Α' αναφορά στο άρθρο 1, αιτιολογική έκθεση της οδηγίας 2010/53 αρ. 7, στην οποία σημειώνεται ότι παρότι πρωταρχικός στόχος της Οδηγίας είναι η ασφάλεια και η ποιότητα των οργάνων, εντούτοις έμμεσα συμβάλει στην

αφαίρεσης και λήψης οργάνων και την επιβολή αυστηρότερων ποινών.

Η συναίνεση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στις μεταμοσχεύσεις, Έτσι, για τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης μεταμόσχευσης, απαιτείται προηγουμένως να έχει εξασφαλισθεί η ελεύθερη και κατόπιν πλήρους ενημέρωσης συναίνεση του ασθενούς. Η συναίνεση του ασθενούς, συνιστά, δηλαδή, ένα νομιμοποιητικό λόγο της ιατρικής πράξης στην οποία προβαίνει ο γιατρός σεβόμενος το δικαίωμα αυτοκαθορισμού και αυτονομίας του ασθενούς<sup>133</sup>.

Ο νόμος αποσαφηνίζει πολλές επιμέρους διαστάσεις της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων. Με το άρθρο 4 καθορίζεται ότι ο λόγος της αφαίρεσης των οργάνων ως θεραπευτικός και μόνο και υπάρχει ειδική μνεία σε ποιες περιπτώσεις γίνεται αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη (βλ. παράρτημα 1). Κατά συνέπεια, οιοσδήποτε άλλος σκοπός, όπως, ενδεχομένως, ερευνητικός, εκπαιδευτικός, αισθητικής βελτίωσης του λήπτη δεν είναι δυνατό να αποτελέσει αποκλειστικό αντικείμενο της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.

Το άρθρο 5 εξασφαλίζει την αφιλοκερδή διάσταση της δωρεάς οργάνων. Στο πλαίσιο της προστασίας από την εμπορευματοποίηση, ξεκαθαρίζει ότι απαγορεύεται η παροχή ανταλλάγματος και τι ορίζεται επίσης ως οικονομικό αντάλλαγμα (βλ. παράρτημα 2).

Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι στην περίπτωση του ζώντα δότη δεν επιτρέπεται η χορήγηση δαπάνης ως αποζημίωση. Η αποζημίωση αυτή θεωρείται ως εύλογη αφού λόγω της μεταμόσχευσης μπορεί να υπάρχουν απώλειες που αν δεν αντισταθμιστούν, θα αποθαρρύνουν τους μελλοντικούς δότες.

Στο άρθρο 6 του νόμου αποσαφηνίζονται όλες οι περιπτώσεις που ο δότης δικαιούνται αποζημίωση, ποιος καλύπτει τις δαπάνες καθώς και

---

καταπολέμηση της εμπορίας οργάνων, με τη θέσπιση αρμοδίων αρχών, τη χορήγηση άδειας λειτουργίας σε κέντρα μεταμόσχευσης, την καθιέρωση των όρων αφαίρεσης και την εφαρμογή συστημάτων ιχνηλασιμότητας.

<sup>133</sup> Η υποχρέωση ενημέρωσης προβλέπεται και στο άρθρο 11 του Ν. 3418/2005 (Κ.Ι.Δ.) ενώ προβλεπόταν και στο άρθρο 5 του Ν. 2619/98. Με το νέο νόμο προβλέπεται, ωστόσο, ότι η ενημέρωση θα αποδεικνύεται από ένα προδιατυπωμένο έντυπο-ενημέρωσης, προκειμένου να εξασφαλίζεται η τήρηση της σχετικής υποχρέωσης αλλά και το υποχρεωτικό συγκεκριμένο περιεχόμενο του εγγράφου.



ενδεχόμενο αποζημίωσης της οικογένειας του δότη σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου (βλ. παράρτημα 3).

Στην περίπτωση του ζώντα δότη, ο νόμος καθορίζει με σαφήνεια ότι δεν επιτρέπει την δωρεά οργάνων από άνθρωπο άγνωστο προς το λήπτη που δεν τους συνδέει κάποιος δεσμός ή σχέση. Αυτό γίνεται προφανώς για να εξασφαλιστεί ότι πίσω από τη δωρεά οργάνων δεν υποκρύπτεται κάποια οικονομική συναλλαγή. Απαγορεύει επίσης στους ανήλικους να είναι δότες, χωρίς τη συναίνεση του ασκούντος την επιμέλειά τους. Έτσι, όπως ισχύει στις ιατρικές πράξεις γενικότερα, η αφαίρεση ιστών και οργάνων επιτρέπεται μόνο αν συναινούν οι ασκούντες τη γονική μέριμνα του ανηλίκου, άλλως εν ελλείψει αυτών ο επίτροπος<sup>134</sup>. Ο νέος νόμος ρυθμίζει επίσης και τα νομικά ζητήματα της συναίνεσης (βλ. παράρτημα 4).

Το άρθρο 9 καθορίζει τη διαδικασία αφαίρεσης οργάνων από θανόντα δότη<sup>135</sup>. Ο νόμος αυτός έχει μία ιδιαιτερότητα σε σχέση με τους προηγούμενους νόμους. Αυτή είναι ότι ορίζει ότι όλοι είναι δότες και μπορούν να αφαιρεθούν τα όργανα τους εκτός αν δηλώσουν στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (EOM) το αντίθετο. Δε χρειάζεται δηλαδή πλέον δήλωση για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων αλλά δήλωση για να μην γίνει. Ορίζει επίσης με σαφήνεια πότε ακριβώς γίνεται η αφαίρεση οργάνων, δηλαδή πότε ο δότης θεωρείται ως νεκρός και τι ισχύει για την περίπτωση των ανηλίκων (βλ. παράρτημα 5).

Τέλος, ο νόμος δίνει ιδιαίτερα τήρηση στην έμφαση της ανωνυμίας επιτρέποντας τη δημοσιοποίηση πληροφοριών που αφορούν μόνο την έκβαση της μεταμόσχευσης και απαγορεύει τη δωρεά οργάνων σε συγκεκριμένο λήπτη παρακάμπτοντας με αυτό τον τρόπο τον λίστα προτεραιότητας.

---

<sup>134</sup> Ειδικότερα, το άρθρο 9 παρ. 1 του Ν. 3984/2011 ορίζει ότι «Η αφαίρεση από ανήλικο επιτρέπεται εάν συναινούν σε αυτό οι γονείς ή ο γονέας, που έχουν την επιμέλεια του τέκνου. Εάν δεν υπάρχουν ή έχουν εκπέσει από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον επίτροπο».

<sup>135</sup> Ειδικότερα, το άρθρο 9 παρ. 2 του Ν. 3984/2011 ορίζει ότι : «Η αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από ενήλικο, θανόν πρόσωπο πραγματοποιείται εφόσον, όσο ζούσε, δεν είχε εκφράσει την αντίθεση του σύμφωνα με την παράγραφο 3 και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειάς του».

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η υιοθέτηση του συστήματος της μη αντίρρησης είχε αποτελέσει αίτημα μεγάλης μερίδας της θεωρίας πολύ πριν τη θέσπισή του με τον Ν. 3984/2011, καθώς επιτρέπει την αποτύπωση της αληθούς βούλησης του πολίτη, και ταυτόχρονα, πιστεύεται ότι συμβάλλει καθοριστικά στην αύξηση του αριθμού των μοσχευμάτων. .

### 3.3.2 Ο Ν. 4272/2014

Ο πιο πάνω νόμος ίσχυσε για μία τριετία χωρίς να μεσολαβήσει κάποια σοβαρή νομοθετική αλλαγή. Ωστόσο, οι ραγδαίες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης καθιστούν αναγκαίο το διαρκή εκσυγχρονισμό του μεταμοσχευτικού νομοθετικού πλαισίου. Την ανάγκη αυτή ήλθε να καλύψει η ψήφιση του ν.4272/2014. Ειδικότερα, με τις διατάξεις του των άρθρων 1 έως 8 του ν.4272/2014 ενσωματώθηκε στο εθνικό μας δίκαιο η Οδηγία 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής της 9ης Οκτωβρίου 2012 για τη θέσπιση διαδικασιών ενημέρωσης σχετικά με την ανταλλαγή, μεταξύ των κρατών μελών ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 1 του ν.4272/2014 το πεδίο εφαρμογής του νόμου, συνίσταται στη διασυνοριακή ανταλλαγή ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση εντός του πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το βασικότερο όμως ζήτημα που αλλάζει σε σχέση με τον Ν. 3984/2011 είναι ο ρόλος της οικογένειας του θανόντος στην συναίνεση αυτού, όπου σε περίπτωση έλλειψης προηγούμενης ρητής αντίθεσης του θανόντος σχετικά με την δωρεά των οργάνων του μετά τον θάνατό του, αποφασίζουν οι συγγενείς του για την τύχη αυτών. Αρχικά, η παρ. 2 του άρθρου 9 του Ν. 3984/2011 εισήγαγε το σύστημα της τεκμαιρόμενης συναίνεσης, σύμφωνα με την οποία, η αφαίρεση ενός οργάνου, πραγματοποιούνταν εφόσον ο θανών δότης κατά τη διάρκεια της ζωής του, δεν είχε εκφράσει την αντίθεσή του. Η εν λόγω όμως διάταξη δεν έγινε δεκτή από μερίδα της κοινωνίας και του νομικού κόσμου. Έτσι, λοιπόν, ο Ν. 4075/2012, με το άρθρο 55 παρ. 4, ανέτρεψε τα δεδομένα σχετικά με την συναίνεση του θανόντος, καθώς με την εν λόγω διάταξη προστέθηκε, στην παράγραφο 2 του άρθρου 9 του Ν. 3984/2011, η φράση «και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειας», η οποία περιέπλεξε το ζήτημα της συναίνεσης στην περίπτωση των πτωματικών μεταμοσχεύσεων, αναιρώντας ουσιαστικά το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού του νεκρού δότη, δημιουργώντας παράλληλα σύγχυση σχετικά με τον προσδιορισμό της έννοιας «οικογένεια», που καλούνταν να συναινέσει ή όχι στην δωρεά των οργάνων του θανόντος.

### 3.4 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Νόμος 3418 ΦΕΚ Α'287/28-11-2005) είναι σαφής για το ρόλο που πρέπει να έχει ο ιατρός στη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων. Στο άρθρο 32 αναφέρει ότι ο ιατρός πρέπει να παροτρύνει και να ενθαρρύνει τη δωρεά οργάνων ώστε να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες που υπάρχουν στην εύρεση μοσχευμάτων. Αυτό θα πρέπει να γίνεται στο πλαίσιο της εθελοντικής συνεισφοράς και να παρέχεται στον μελλοντικό δωρητή η κατάλληλη ενημέρωση που θα του αποσαφηνίσει τυχόν απορίες και αμφιβολίες. Εξάλλου, μεγάλο μέρος της απροθυμίας δωρεάς οργάνων οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι φοβούνται ότι αν γίνουν πτωματικοί δότες υπάρχει το ενδεχόμενο να αποφασιστεί εκ μέρους των ιατρών η πρόωση έλευση του θανάτου τους προκειμένου να λάβουν τα όργανα. Παράλληλα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η τήρηση του απορρήτου εκ μέρους του ιατρού, ώστε να μην υπάρχουν άλλου είδους αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο δωρητή και στον λήπτη<sup>136</sup>:

### 3.5 Δωρεά Οργάνων

Η δωρεά οργάνων ενώ αρχικώς ήταν μία πράξη όχι ιδιαίτερα διαδομένη, η κατανόηση του ότι μπορεί να σώσει ζωές οδήγησε πολλούς ανθρώπους να λαμβάνουν αυτή την απόφαση κινούμενοι από ανθρωπιστικά, κοινωνικά αλλά και ηθικά κίνητρα ξέροντας ότι με αυτό τον τρόπο μπορούν να σωθούν άνθρωποι<sup>137</sup>. Παρά τη γενικότερη αποδοχή των μεταμοσχεύσεων, ως αναγκαία διαδικασία, και παρά τη δωρεά οργάνων που έχει αρχίσει να εδραιώνεται ιδεολογικά, η έλλειψη μοσχευμάτων αποτελεί παγκοσμίως ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα<sup>138</sup>. Η μεγάλη πλειοψηφία των μοσχευμάτων προέρχεται από πτωματικό δότη και ακολουθούν οι ζώντες δότες που συνήθως είναι συγγενείς και σε πολύ μικρότερο ποσοστό μη συγγενείς, παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν όργανα από ζώντα δότη έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο επιβίωσης.

<sup>136</sup> Νόμος 3418 ΦΕΚ Α'287/28-11-2005

<sup>137</sup> Σπυράκη, Χ., Φραγκιαδάκη, Ε., Σταματάκη, Γ., Καραγεώργος, Γ., & Καμπάνι, Σ. Μεταμόσχευση οργάνων και ενήμερη συναίνεση. *Επιθεώρηση Υγείας*, 2007, 18, 35-40.

<sup>138</sup> Cecka οπ.π., σελ 21-23

Στην περίπτωση του μοσχεύματος ως πτωματικός δότης θεωρείται αυτός που είναι εγκεφαλικά νεκρός. Αυτό έχει εγείρει πολλές ενστάσεις όμως από αυτούς που δεν αποδέχονται ότι ο εγκεφαλικά νεκρός είναι και βιολογικά νεκρός και συνεπώς θεωρούν την αφαίρεση οργάνων ως ένα είδος ευθανασίας ή αν είναι με τη συναίνεση του δότη ως ένα είδος αυτοκτονίας παρόλο που η κατάσταση του ασθενή είναι μη αναστρέψιμη. Η ελπίδα όμως και η δυσπιστία πολλές φορές οδηγούν την οικογένεια του ασθενή να αρνείται την κατάσταση του ασθενή και να μη συναινεί στη δωρεά οργάνων πιστεύοντας ότι μπορεί να επανέλθει στη ζωή. Η κατάσταση επιδεινώνεται από τη συνωμοσιολογία που επικρατεί ιδιαίτερα στο διαδίκτυο με πολλά δημοσιεύματα να υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς κρίνονται από τους ιατρούς ως εγκεφαλικά νεκροί ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι για να χρησιμοποιηθούν τα όργανα τους σε μεταμοσχεύσεις δημιουργώντας στην ουσία με αυτό τον τρόπο ένα κίνημα ενάντια στις μεταμοσχεύσεις.

Το γεγονός ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει κουλτούρα δωρεάς οργάνων, έχει οδηγήσει στην έλλειψη μοσχευμάτων, ένα φαινόμενο που προσπαθεί να σταματήσει η νέα νομοθεσία. Την ίδια στιγμή, ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων έχει ανάγκη αυτά τα όργανα για να σώσει τη ζωή του. Το ίδιο ισχύει όμως και σε άλλες χώρες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα εδώ και πολλά χρόνια να έχει αναπτυχθεί μία μεγάλη αντιπαράθεση για την νομιμότητα και την ηθική διάσταση που μπορεί να έχει η εμπορευματοποίηση των οργάνων στο πλαίσιο της προσφοράς και της ζήτησης. Δηλαδή να παροτρυνθεί η δωρεά οργάνων μέσω της προσφοράς κάποιας αποζημίωσης στον λήπτη. Όπως είναι αναμενόμενο αυτό προκάλεσε μία σειρά αντιδράσεων αφού η εισαγωγή χρηματικού αντιτίμου, ασχέτως του μεγέθους του, θα μετατρέψει τις μεταμοσχεύσεις σε αντικείμενο συναλλαγής<sup>139</sup>.

Για να επιλυθεί το πρόβλημα της αγοραπωλησίας οργάνων δεν απαιτείται μόνο νομοθεσία. Απαιτείται αύξηση της δωρεάς οργάνων και εντατική καλλιέργεια της κουλτούρας αυτής προκειμένου να αυξηθούν οι δότες και να επιλυθούν στο μέγιστο δυνατό πολλά από τα προβλήματα που

---

<sup>139</sup> Παπαγαρουφάλη, Ε. Δώρα ζωής μετά θάνατον . Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, 2008, σελ 260-263

προκύπτουν στον ηθικό τομέα. Βασικό σημείο της καλλιέργειας αυτής πρέπει να προκαλέσει το γεγονός ότι οι μεταμοσχεύσεις μπορούν να σώσουν ζωές ενώ παράλληλα με τη δωρεά οργάνων παύουν και τα φαινόμενα εκμετάλλευσης και εμπορευματοποίησης τους<sup>140</sup>.

Η δωρεά οργάνων βασίζεται στους πυλώνες του αλτρουισμού. Όταν η ηθική αξία των ενεργειών ενός ατόμου εστιάζονται κυρίως στην ευεργετική επίδραση σε άλλα άτομα, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι συνέπειες για το ίδιο το άτομο, οι δράσεις του ατόμου θεωρούνται αλτρουιστικές. Ο Auguste Comte επινόησε την λέξη «αλτρουισμός» (στα γαλλικά altruisme, από την λέξη autrui: «άλλοι άνθρωποι» και επίσης από την λατινική λέξη alter που σημαίνει τους «άλλους»). Υπήρξε ο Γάλλος ιδρυτής του θετικισμού και οι απόψεις του περιγράφονται στο *Catéchisme Positiviste*, όπου το να ζει κανείς για τους άλλους ήταν «αλτρουισμός»<sup>141</sup>. Ο αλτρουισμός μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε δύο τύπους: υποχρεωτικός και πέραν του δέοντος. Ο υποχρεωτικός αλτρουισμός ορίζεται ως το ηθικό καθήκον να βοηθούμε τους άλλους. Ο πέραν του δέοντος αλτρουισμός ορίζεται ως ηθικά καλός, αλλά δεν απαιτείται σε ηθικό επίπεδο να ξεπερνά κανείς το καθήκον του. Η πράξη που μεγιστοποιεί τις καλές συνέπειες για το σύνολο της κοινωνίας είναι γνωστή ως ωφελιμισμός<sup>142</sup>.

---

<sup>140</sup> Giesen, οπ.π., σελ 33-36

<sup>141</sup> Ninham BW, Larsson K, Nostro PL. Two Sides of the Coin. Part 2. Colloid and Surface Science meets real Biointerfaces. *Colloids and Surfaces B: Biointerfaces*. 2017, σελ 394-404

<sup>142</sup> Πελεγγρίνης, οπ.π., σελ 71-75



## Κεφάλαιο 4. Οι μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες

Η Ελλάδα βρίσκεται στη μέση μιας σοβαρής χρηματοπιστωτικής κρίσης που έπληξε τη χώρα το 2008, με αποτέλεσμα την πολιτική αστάθεια, τις φτωχές γενικές οικονομικές προοπτικές και τις μειώσεις των δημόσιων δαπανών<sup>143</sup>. Πολλά είναι τα προβλήματα, τα οποία έχουν αναγνωριστεί εδώ και πολύ καιρό από το Εθνικό Σύστημα Υγείας λόγω της οικονομικής κατάστασης μεταξύ των οποίων είναι και η ταχεία μείωση των ποσοστών δωρεάς οργάνων κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες<sup>144</sup>.

Η Ελλάδα έχει τις λιγότερες δωρεές οργάνων σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες και ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων από αποθανόντες δότες μειώθηκε από 255 (8,9 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού) το 2008 σε 185 (7,2 ανά εκατομμύριο πληθυσμού) το 2011 και σε 147 (4,6 ανά εκατομμύριο κατοίκων) το 2014. Οι περισσότερες επίσης δωρεές οργάνων στην Ελλάδα προήλθαν από νεκρούς δωρητές.

Η τάση για μεταμόσχευση από ζώντες δότες ήταν παρόμοια, παρόλο που ήταν διαθέσιμα μόνο δεδομένα από μεταμόσχευση νεφρού. Το 2008-14, η Ισπανία παρουσίασε ελαφρά αύξηση των ποσοστών δωρεάς και του αριθμού των μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων τόσο από αποβιώσαντες όσο και από ζωντανούς δότες<sup>145</sup>.

Η Πορτογαλία ενέκρινε τον ισπανικό νομικό πλαίσιο το 1993 και ήταν σταθερά η δεύτερη υψηλότερη χώρα στην κατάταξη δωρεάς οργάνων σε 27 ευρωπαϊκές χώρες το 2008-14 με 27,7 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού και 682 μεταμοσχεύσεις στερεών οργάνων από νεκρούς δότες το 2014.

Η Ιταλία είχε επίσης ικανοποιητικά ποσοστά δωρεάς (23 δωρητές ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2014), τα οποία είχαν αυξηθεί από σχεδόν 0 ζώντες δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 1992 σε σχεδόν 4,2 ανά εκατομμύριο

---

<sup>143</sup> Kontos, M, Moris, D, Zografos, N, and Liakakos, T. The Greek financial crisis: maintaining medical education against the odds. *Postgrad Med J.* 2015; 91: 609–611

<sup>144</sup> Kentikelenis, A, Karanikolos, M, Papanicolas, I, Basu, S, McKee, M, and Stuckler, D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet.* 2011; 378: 1457–1458

<sup>145</sup> Midolo, E, Minacori, R, Panocchia, N et al. The legislation on living organ donation in western Europe: legal and ethical analysis and impact on clinical practice. *Transplant Proc.* 2013; 45: 2576–2579

πληθυσμού το 2014.

Η δωρεά οργάνων στις χώρες αυτές ήταν σχετικά ανεπηρέαστη από την οικονομική κρίση του 2008, κυρίως επειδή οι σχετικές πολιτικές τους ήταν σε θέση να διατηρήσουν υψηλά ποσοστά δωρεάς και να ενθαρρύνουν τη συμβολή των ζώντων δωρητών. Η κρίση της δωρεάς οργάνων στην Ελλάδα δεν αντιπροσωπεύει αποκλειστικά τις άμεσες αρνητικές συνέπειες της χρηματοπιστωτικής κρίσης, αλλά αντικατοπτρίζει την υποκείμενη ανεπάρκεια του συστήματος υγείας και τη στάση των ανθρώπων απέναντι στη δωρεά οργάνων<sup>146</sup>.

#### **4.1 Το κόστος της μεταμόσχευσης στην περίπτωση νεφρών**

Η μεταμόσχευση νεφρού είναι ιδιαίτερα αποδοτική από πλευράς κόστους, συγκριτικά με την αιμοκάθαρση. Το ενδεικτικό κόστος διατήρησης ενός ασθενούς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου στη θεραπεία υποκατάστασης με νεφρική λειτουργία (αιμοκάθαρση) είναι £17.500 ανά ασθενή ετησίως για έναν ασθενή σε περιτοναϊκή κάθαρση και £ 35.000 ανά ασθενή το χρόνο για έναν ασθενή σε νοσοκομειακή αιμοκάθαρση.

Υπάρχουν περισσότεροι από 37.800 ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σχεδόν 21.000 ασθενείς βρίσκονται σε αιμοκάθαρση, ενώ το υπόλοιπο έχει κάνει μεταμόσχευση. Από αυτούς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, το 76% βρίσκεται σε αιμοκάθαρση και το 24% σε περιτοναϊκή κάθαρση.

Το μέσο κόστος της αιμοκάθαρσης είναι £ 30,800 ανά ασθενή ανά έτος. Το 3% του προϋπολογισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας δαπανάται για υπηρεσίες νεφρικής ανεπάρκειας.

Το ενδεικτικό κόστος μιας μεταμόσχευσης νεφρού είναι £ 17.000 ανά ασθενή ανά μόσχευμα. Η ανοσοκαταστολή που απαιτείται από έναν ασθενή με μεταμόσχευση κοστίζει £ 5,000 ανά ασθενή ανά έτος. Επομένως η μεταμόσχευση νεφρών οδηγεί σε ένα οικονομικό όφελος.

---

<sup>146</sup> Moris D, Zavos G, Menoudakou G, Karampinis A, Boletis J. Organ donation during the financial crisis in Greece. *The Lancet*. 2016 9;387(10027):1511-2.



Το κόστος από τη μεταμόσχευση νεφρού σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση σε διάστημα δέκα ετών (ο μέσος χρόνος επιβίωσης μεταμόσχευσης) είναι £ 241.000 ή £ 24.100 ετησίως για κάθε έτος που ο ασθενής έχει λειτουργούν μεταμοσχευμένο νεφρό.

Το 2008-09, 2,497 άνθρωποι έλαβαν μεταμόσχευση νεφρού. Αυτές οι μεταμοσχεύσεις εξοικονόμησαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας £ 50,3 εκατομμύρια. Το 2008-09, χορηγήθηκαν 215 περισσότερες μεταμοσχεύσεις νεφρών από ό, τι το προηγούμενο έτος. Αυτές οι μεταμοσχεύσεις εξοικονόμησαν £ 4,5 εκατομμύρια.

Στα τέλη Μαρτίου 2009, το Μητρώο Μεταμοσχεύσεων του Ηνωμένου Βασιλείου είχε αρχεία άνω των 23.000 ατόμων με λειτουργική μεταμόσχευση νεφρού. Σε αυτό το έτος, αυτοί οι ασθενείς εξοικονόμησαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας πάνω από 512 εκατομμύρια.

Την 1η Απριλίου 2009 υπήρχαν 6.920 ασθενείς που περίμεναν μεταμόσχευση νεφρού η πλειοψηφία των οποίων έκανε αιμοκάθαρση, κοστίζοντας περίπου 193 εκατομμύρια ετησίως.

Εάν όλοι αυτοί οι ασθενείς προέβαιναν σε μεταμόσχευση, το κατά προσέγγιση κόστος θα ήταν £41 εκατ. ετησίως, γεγονός που αντιπροσωπεύει εξοικονόμηση για το Εθνικό Σύστημα Υγείας ύψους £152 εκατ. ετησίως<sup>147</sup>.

---

<sup>147</sup> NKF (2017). Transplantation Cost Effectiveness. Ανακτημένο από: <http://www.kidney.org.uk/archives/news-archive-2/campaigns-transplantation-trans-cost-effect/> [πρόσβαση 9-10-2017]



## Συμπεράσματα

Από το σύνολο της παρούσης μελέτης συμπεραίνεται ότι τη σημερινή εποχή τα συστήματα αξιών που πρέπει να διέπουν τις σχέσεις των ατόμων και η διαδικασία κοινωνικοποίησης οφείλουν να τάσσονται υπέρ του αλτρουϊσμού και της αίσθησης ότι είμαστε συνάνθρωποι και όχι απλά και μόνο εγωπαθητικές φιγούρες. Το θέμα της μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων θεωρείται πολυεπίπεδο και πολυσύνθετο. Συγκεκριμένα στηρίζεται σε τρεις άξονες.

Όσοι είναι αρνητικοί στο θέμα της μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων επηρεάζονται από συναισθηματικά και πολιτισμικά κριτήρια αλλά και από την άποψη περί αρτιμέλειας του σώματος, άποψη που συγγέεται συχνά με κάποιους μεταφυσικούς προβληματισμούς περί μεταθανάτιας αρτιμέλειας. Επίσης η αρνητική στάση οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωσή τους, ή στην μη σωστή ενημέρωσή τους αλλά και στην καχύποπτη στάση που κρατούν απέναντι στους ιατρούς.

Για το λόγο αυτό απαιτείται έγκυρη ενημέρωση προς όλους τους ανθρώπους για τα θετικά οφέλη της μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων έργο που στην Ελλάδα έχει αναλάβει ο Ε.Ο.Μ. Μια πιο ειδική ανάλυση του θέματος από άποψη κοινωνιολογική και ψυχολογική, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι όλοι οι άνθρωποι είναι εφήμερα όντα και μέσα στη ζωή υπάρχει και το αναπόφευκτο, το μοιραίο, ο θάνατος.

Όλοι οι άνθρωποι οφείλουν να συνειδητοποιήσουν πως αν αγαπούν πραγματικά τη ζωή οφείλουν να γίνονται δωρητές οργάνων όταν πεθάνουν. Άνθρωποι που αγαπούν τη ζωή οφείλουν και να τη χαρίζουν.



## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

- Αγρογιάννης Β. Μέθοδοι υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Στο Ζερεφός, Ν. (επιμ.). Παθολογία. Από το διδακτικό & ερευνητικό προσωπικό του τομέως Παθολογίας Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια. Παθήσεις νεφρών. Εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδη, 2002
- Ακύρου, Δ. *Εγχειρίδιο Καρδιολογικής Νοσηλευτικής*, Γ΄ έκδοση, Αθήνα, 2005
- Αλεξόπουλος, Ε.. Η εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων και η διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης. *Ελληνική Νεφρολογία*, 2008, 20 (4), 237-240.
- Βάρκα Αδάμη, Α. & Αδάμης, Σ. Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς Η περίπτωση του υποψήφιου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2008, 25(5), 577-583
- Βέργουλας, Γ. *Μεταμόσχευση νεφρού*. Θεσσαλονίκη, 2000
- Γαβρίδου-Ε.Ευαγγελάτου – Β.Ντεβέ, Δημόσιο Δίκαιο και πολιτικές στη Βιοϊατρική, Σάκκουλας 2007, σελ. 15.
- Γερολουκά-Κωστοπαναγιώτου Γ. "Δότης οργάνων, Εγκεφαλικός θάνατος και φροντίδα του δότη οργάνων στην μονάδα εντατικής θεραπείας και το χειρουργείο" Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2002
- EOM (2017). Ανακτημένο από: [http://www.eom.gr/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=14&Itemid=132&lang=el](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=14&Itemid=132&lang=el) [πρόσβαση 9-10-2017]
- Καιάφα- Γκμπάντι,, «Μεταμοσχεύσεις: Παρόν και μέλλον του νομικού πλαισίου σε: Μεταμοσχεύσεις, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής», Σάκκουλα Αθήνα-Θεσσαλονίκη, ,2008, σελ.29
- Cecka, M. *Trends in kidney transplantation based on registry data*. 13<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Νεφρολογίας, Ρόδος, 2004
- Κεσελόπουλος, Α. *Εκ του θανάτου εις την ζωήν. Θεολογική προσέγγιση στις προκλήσεις της βιοηθικής*. Θεσσαλονίκη: Πουρνάρα, 2003
- Κόϊος, Ν. *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα*. Αθήνα: Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, 2003
- Κούρτη Μ. Αστικό Δίκαιο Μεταμοσχεύσεων, 27 επ., Ψαρούλη Δ./Βούλτσο Π., Ιατρικό

Δίκαιο- Στοιχεία Βιοηθικής, 411

- Κούρτης, Μ. Αστικό δίκαιο των μεταμοσχεύσεων (σύμφωνα με το ν.2737/1999). Μελέτες ιδιωτικού Δικαίου. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2002
- Κουτσελίνης, Α. Σ. *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης*. Αθήνα : Μαρία Γρ. Παρισιάνου, 1999
- Λυπουρλής, Δ. Ιπποκρατική ιατρική: Όρκος περί ιερής νόσου, περί αέρων, υδάτων, τόπων, Προγνωστικόν. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής, 1983
- Παπαγαρουφάλη, Ε. Δώρα ζωής μετά θάνατον . Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, 2008
- Πελεγρίνης, Θ. *Ιατρική Ηθική*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, 2009
- Σπυράκη, Χ., Φραγκιαδάκη, Ε., Σταματάκη, Γ., Καραγεώργος, Γ., & Καμπάνι, Σ. Μεταμόσχευση οργάνων και ενήμερη συναίνεση. *Επιθεώρηση Υγείας*, 2007, 18, 35-40.
- Τακούδας, Δ. Μεταμοσχεύσεις οργάνων «από το μύθο στην πραγματικότητα, σε : *Μεταμοσχεύσεις, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής*. Αθήνα - Θεσσαλονίκη : Σάκκουλας, 2008
- Φραγγίδης, Π., & Θεοφανίδης, Δ. Δεοντολογία και ηθική στο χώρο της υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 2003, 14, 44-47.
- Φυντανίδου, Ε. «Πωλείται νεφρό» λόγω χρεών...2009, *Το Βήμα*, Ανακτημένο από: <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=343195>[πρόσβαση 10-7-2017]
- Χριστοδουλίδης, Κ. *Μεταμοσχεύσεις Λύση ή πρόβλημα*, Αθήνα: Υπακοή, 1995

## Ξενόγλωσση

- Alias, F., Muhammad, M., & Kassim, P. N. J. (2015). The Legality of Euthanasia from the Malaysian and Islamic Perspectives: An Overview. *Med. & L.*, 34, 509.
- Aslan A, Tan B, Ulger F, Öztürk ÇE, Kucuk MP. Factors Affecting Diagnosis of Brain Death and Process of Organ Donation in a University Hospital in Turkey. *Transplantation*. 2017, 1;101:S2.
- Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. (2007) Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns.*;68(1):33–42
- Bejar, R., Stevenson, K., Abdel-Wahab, O., Galili, N., Nilsson, B., Garcia-Manero, G., & Ebert, B. L. Clinical effect of point mutations in myelodysplastic syndromes. *New England Journal of Medicine*, 2011, 364(26), p.2496-2506
- Bhattacharya, Niranjana, and M. K. Chettri. "Human Heterotopic Fetal Cardiac Tissue Transplant in Patients with Varying Degrees of Cardiomyopathy with Ischemic Heart Disease and Diabetes Mellitus: A Report of 7 Cases." In *Human Fetal Tissue Transplantation*, pp. 347-356. Springer London, 2013.
- Bodart O, Gosseries O, Wannez S, Thibaut A, Annen J, Boly M, Rosanova M, Casali AG, Casarotto S, Tononi G, Massimini M. Measures of metabolism and complexity in the brain of patients with disorders of consciousness. *NeuroImage: Clinical*. 2017, 31;14:354-62.
- Breitkopf CR. Attitudes, Beliefs and Behaviors Surrounding Organ Donation among Hispanic Women. *Current opinion in organ transplantation*. 2009;14(2):191-195.
- Breitkopf CR. Attitudes, beliefs and behaviors surrounding organ donation among Hispanic women. *Curr Opin Organ Transplant*. 2009;14:191–195
- Brown ER. African American present perceptions of organ donation: a pilot study. *ABNF J*. 2012;23:29–33
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes, at least two to tango). *Soc Sci Med*; 1997, 44:681–692
- Churak, J. M. Racial and ethnic disparities in renal transplantation. *Journal of*

*the National Medical Association*, 97(2), 153-160, 2005

- Cooper, D.K., 2017. *The First Transplant Surgeon: The Flawed Genius of Nobel Prize Winner, Alexis Carrel*, by David Hamilton, World Scientific, London, 2017. 587 pages.
- Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. (2007). Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect.*;10(3):259–67.
- Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nurs Ethics.*;13(5):503–14.
- Ellis, L., Lehet, K., Ku, S., Azabdaftari, G., & Pili, R. Generation of a syngeneic orthotopic transplant model of prostate cancer metastasis. *Oncoscience*, 2014, 1(10), 609.
- Flynn KE, Smith MA, Vanness D. A typology of preferences for participation in healthcare decision making. *Soc Sci Med*; 2006, 63:1158–1169
- Ford S, Schofield T, Hope T. (2003). Are patients' decision-making preferences being met? *Health Expect*;6:72–80
- Gagliardi AR, Lemieux-Charles L, Brown AD, Sullivan T, Goel V. (2008). Barriers to patient involvement in health service planning and evaluation: an exploratory study. *Patient Educ Couns.*;70(2):234–41
- Ganeri, J. (2017). Buddhism & Bioethics. *Life, Body, Person and Self: A Reconsideration of Core Concepts in Bioethics from an Intercultural Perspective*, 176.
- Ganzel, C., Mathews, V., Alimoghaddam, K., Ghavamzadeh, A., Kuk, D., Devlin, S., & Rowe, J. M. Autologous transplant remains the preferred therapy for relapsed APL in CR2. *Bone marrow transplantation*, 2016
- Giesen, D. *A comparative law study of civil liability arising from medical care*, International Medical Law (I.M.M.L). Spring, 1995
- Goila A.K. & Pawar M. The diagnosis of brain death. *Indian J Crit Care Med*, 2009, 13(1): 7–11, Schiff, N.D. & Fins, J.J.. Brain death and disorders of consciousness. *Curr Biol.*, 2016, 26(13):R572-6.
- Govan, F. (2017). How Spain became the world leader in organ transplants. Ανακτημένο από: <https://www.thelocal.es/20170915/how-spain-became-world->



leader-at-organ-transplants [πρόσβαση 29-9-2017]

- Graziadei, M. Legal transplants and the frontiers of legal knowledge. *Theoretical Inquiries in Law*, 2009, 10(2), 723-743.
- Janz NK, Wren PA, Copeland LA, Lowery JC, Goldfarb SL, Wilkins EG. (2004). Patient-physician concordance: preferences, perceptions, and factors influencing the breast cancer surgical decision. *J Clin Oncol*;22: 3091–3098.
- Johnstone MJ, Kanitsaki O. (2009). Engaging patients as safety partners: some considerations for ensuring a culturally and linguistically appropriate approach. *Health Policy.*;90(1):1–7.
- Jotkowitz, A. B., Agbaria, R., & Glick, S. M. (2017). Medical ethics in Israel—bridging religious and secular values. *The Lancet*, 389(10088), 2584-2586.
- Kentikelenis, A, Karanikolos, M, Papanicolas, I, Basu, S, McKee, M, and Stuckler, D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011; 378: 1457–1458
- Knight, B. *Legal aspects of medical practice*. London: Churchill Livingstone, 1992
- Kontos, M, Moris, D, Zografos, N, and Liakakos, T. The Greek financial crisis: maintaining medical education against the odds. *Postgrad Med J*. 2015; 91: 609–611
- Kremer H, Ironson G, Schneiderman N, Hautzinger M. (2007). "It's my body": does patient involvement in decision making reduce decisional conflict? *Med Decis Making.*;27(5):522–32.
- Lai Q, Vitale A, Iesari S, Finkenstedt A, Mennini G, Spoletini G, Hoppe-Lotichius M, Vennarecci G, Manzia TM, Nicolini D, Avolio AW. Intention-to-treat survival benefit of liver transplantation in patients with hepatocellular cancer. *Hepatology*. 2017
- Lamb, D. (1990). *Organ Transplants and ethics*. London : Routledge
- Lawrence, P., & Rozmus, C. Culturally sensitive care of the Muslim patient. *Journal of Transcultural Nursing*, 2001, 12(3), 228-233.
- Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. (2005). Not all patients want to participate in decision making. A national study of public references.

*JGIM*;20:531–5.

- Luger SM, Ringdén O, Zhang MJ, Pérez WS, Bishop MR, Bornhauser M, Bredeson CN, Cairo MS, Copelan EA, Gale RP, Giralt SA. Similar outcomes using myeloablative vs reduced-intensity allogeneic transplant preparative regimens for AML or MDS. *Bone marrow transplantation*. 2012, 1;47(2):203-11.
- Lupașcu C, Lerut J. Technical improvements in domino liver transplantation. *Jurnalul de Chirurgie*. 2013, 1;9(4).
- Malcovati, L., Della Porta, M. G., Pascutto, C., Invernizzi, R., Boni, M., Travaglino, E., ... & Lazzarino, M. Prognostic factors and life expectancy in myelodysplastic syndromes classified according to WHO criteria: a basis for clinical decision making. *Journal of Clinical Oncology*, 2005, 23(30), 7594-7603.
- Masood, I., Elrayah, E. Traynor, O., McCormick A. Liver transplantation in Ireland. *Liver Transplantation* 22, 2016, 1014–1018 2016 AASLD
- Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E, Mahillo B, Marazuela R. How Spain reached 40 deceased organ donors per million population. *American Journal of Transplantation*. 2017 Jan 1.
- Midolo, E, Minacori, R, Panocchia, N et al. The legislation on living organ donation in western Europe: legal and ethical analysis and impact on clinical practice. *Transplant Proc*. 2013; 45: 2576–2579
- Miller, J. M. A Typology of Legal Transplants: Using Sociology, Legal History and Argentine Examples to Explain the Transplant Process. *The American Journal of Comparative Law*, 2003, 51(4), 839-885.
- Morgan M, Kenten C, Deedat S, Donate Programme Team. Attitudes to deceased organ donation and registration as a donor among minority ethnic groups in North America and the UK: a synthesis of quantitative and qualitative research. *Ethnicity & health*. 2013, 1;18(4):367-90.
- Moris D, Zavos G, Menoudakou G, Karampinis A, Boletis J. Organ donation during the financial crisis in Greece. *The Lancet*. 2016 9;387(10027):1511-2.
- Ninham BW, Larsson K, Nostro PL. Two Sides of the Coin. Part 2. Colloid and Surface Science meets real Biointerfaces. *Colloids and Surfaces B: Biointerfaces*. 2017
- NKF (2017). Transplantation Cost Effectiveness. Ανακτημένο από: <http://www.kidney.org.uk/archives/news-archive-2/campaigns-transplantation-trans-cost-effect/> [πρόσβαση 9-10-2017]

- Nolin T, Mårdh C, Karlström G, Walther SM. Identifying opportunities to increase organ donation after brain death. An observational study in Sweden 2009–2014. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2017, 1;61(1):73-82.
- Novitzky D. Early organ injury following experimental brain death. *Bulletin of the International Scientific Surgical Association*. 2017
- Otte, J. B. History of pediatric liver transplantation. Where are we coming from? Where do we stand?. *Pediatric transplantation*, 2002, 6(5), 378-387.
- Padela AI, Zaganjor H. Relationships between Islamic religiosity and attitude toward deceased organ donation among American Muslims: a pilot study. *Transplantation*. 2014, 27;97(12):1292-9.
- Rafii F, Soleimani M, Seyed-Fatemi N. (2010). Concept Analysis of Participation of Patient with Chronic Disease: Use of Hybrid Model. *Iran J Nurs.*;23(67):35–48.
- Rassool, G. H. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of advanced nursing*, 2000, 32(6), 1476-1484.
- Regalia K, Zheng P, Sillau S, Aggarwal A, Bellevue O, Fix OK, Prinz J, Dunn S, Biggins SW. Demographic factors affect willingness to register as an organ donor more than a personal relationship with a transplant candidate. *Digestive diseases and sciences*. 2014 Jul 1;59(7):1386-91.
- Richmond, D. (2014). How should Christians respond to proposals to legalise euthanasia and assisted suicide?. *Stimulus: The New Zealand Journal of Christian Thought and Practice*, 21(1), 20.
- Sajoo, A. B. *Muslim ethics: Emerging vistas*. IB Tauris, 2008
- Schicktanz S, Pfaller L, Hansen SL, Boos M. Attitudes towards brain death and conceptions of the body in relation to willingness or reluctance to donate: results of a student survey before and after the German transplantation scandals and legal changes. *Journal of Public Health*. 2017, 1;25(3):249-56.
- Sjostrom B, Plos KA. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nurs Forum.*;43(1):2–11.
- Thompson AG. (2007). The meaning of patient involvement and participation in

health care consultations: a taxonomy. *Soc Sci Med.*;64(6):1297–310.

Tong A, Sautenet B, Chapman JR, Harper C, MacDonald P, Shackel N, Crowe S, Hanson C, Hill S, Synnot A, Craig JC. Research priority setting in organ transplantation: a systematic review. *Transplant International*. 2017 Apr 1;30(4):327-43.

Truog, F. G. Miller, and S. D. Halpern, "The dead-donor rule and the future of organ donation", *New England Journal of Medicine*, 2013, 369,1287-1289.

Vanhoecke J, Hariz M. Deep brain stimulation for disorders of consciousness: Systematic review of cases and ethics. *Brain Stimulation*. 2017.

Varelas PN, Brady P, Rehman M, Afshinnik A, Mehta C, Abdelhak T, Wijdicks EF. Primary Posterior Fossa Lesions and Preserved Supratentorial Cerebral Blood Flow: Implications for Brain Death Determination. *Neurocritical Care*. 2017;21:1-8.

## **Παραρτήματα**

.....

### **Νόμος ν.3984/2011**

#### **Άρθρο 4**

«1. Η αφαίρεση οργάνων από ζώντα ή θανόντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση πραγματοποιείται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς.

2. Ειδικά η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται εφόσον δεν διατίθενται όργανα από θανόντα πρόσωπα, μέχρι τη στιγμή της αφαίρεσης του οργάνου, δεν υφίσταται εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανάλογης αποτελεσματικότητας και η μεταμόσχευση δεν συνεπάγεται προφανή, σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του δότη».

.....

### **Νόμος ν.3984/2011**

#### **Άρθρο 5**

«1. Η δωρεά ανθρώπινων οργάνων από νεκρούς και ζώντες δότες γίνεται εθελοντικά και χωρίς αμοιβή. Για να εξασφαλιστεί ότι η προμήθεια οργάνων πραγματοποιείται σε μη κερδοσκοπική βάση απαγορεύεται η λήψη οποιουδήποτε οικονομικού ανταλλάγματος από τον δότη, πριν ή μετά την αφαίρεση του οργάνου, η χορήγηση οικονομικού ανταλλάγματος από τον λήπτη του οργάνου ή την οικογένειά του στον δότη ή στην οικογένειά του ή στους ιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στην αλυσίδα από την αφαίρεση του οργάνου έως τη μεταμόσχευση, όπως και κάθε οικονομική συναλλαγή μεταξύ δότη και λήπτη είτε άμεσα είτε με τη διαμεσολάβηση τρίτων προσώπων.

2. Δεν υπάγονται στην έννοια του οικονομικού ανταλλάγματος οι περιπτώσεις δαπανών και αποζημιώσεων του άρθρου 6, καθώς και η οφειλόμενη αποζημίωση συνεπεία σφάλματος κατά τη διαδικασία της

αφαίρεσης οργάνου και της μεταμόσχευσης.

3. Απαγορεύεται η γνωστοποίηση της ανάγκης ή της διαθεσιμότητας ανθρώπινων οργάνων όταν αυτή γίνεται με σκοπό την προσφορά ή την αναζήτηση αντίστοιχα οικονομικού οφέλους ή συγκριτικού πλεονεκτήματος».

.....

## **Νόμος ν.3984/2011**

### **Άρθρο 6**

«1. Η αρχή της δωρεάν προσφοράς δεν εμποδίζει τη χορήγηση αποζημίωσης στον ζώντα δότη, υπό την προϋπόθεση ότι η αποζημίωση αυτή περιορίζεται αυστηρά στην αντιστάθμιση των δαπανών και της απώλειας εισοδήματος που σχετίζονται με τη δωρεά, ώστε να μη δημιουργείται οικονομικό κίνητρο ή όφελος για τον δυνητικό δότη.

2. Οι δαπάνες για την αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από ζώντα ή θανάοντα δότη, τη συντήρηση, τη μεταφορά και τη μεταμόσχευσή τους, βαρύνουν τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Εάν αυτός είναι ανασφάλιστος, καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε ειδικό κωδικό αριθμό.

3. Ειδικά όσον αφορά τον ζώντα δότη, οι δαπάνες της παραγράφου 2 αφορούν:

α) τις ιατρικές και παραϊατρικές πράξεις πριν και μετά την αφαίρεση οργάνου,

β) τη φαρμακευτική αγωγή,

γ) τα υλικά μέσα αποκατάστασης της υγείας ή ανακούφισης,

δ) τη νοσηλεία πριν και μετά την αφαίρεση οργάνου,

ε) την απασχόληση αποκλειστικής νοσοκόμας,

στ) τα έξοδα μετακίνησης προς τον Οργανισμό Αφαίρεσης και διαμονής του δότη,

ζ) κάθε θετική ζημία εξαιτίας της αποχής από την εργασία του,

η) αμοιβές για εργασία που στερήθηκε, προκειμένου να προετοιμαστεί και να πραγματοποιηθεί η αφαίρεση και να αποκατασταθεί η υγεία του.

4. Όσον αφορά τον θανόντα δότη οι δαπάνες της παραγράφου 2 αφορούν:

α) τις ιατρικές και παραϊατρικές πράξεις πριν την αφαίρεση οργάνου,  
β) την αναγκαία νοσηλεία και μεταφορά για την αφαίρεση οργάνου [...].

6. Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψήφιου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων ή από την προετοιμασία και τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις, καταβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποζημίωση, πέραν των παροχών των ασφαλιστικών οργανισμών, που προβλέπονται στις παραγράφους 2 έως 4, στον ίδιο ή στους δικαιούχους διατροφής από αυτόν [...].».

.....

### **Νόμος ν.3984/2011**

#### Νομικά ζητήματα συναίνεσης

«1. Η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση:

α) στον σύζυγο του,

β) σε ασθενή με τον οποίο ο δότης συνδέεται με σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο ν. 3719/2008, άνω των τριών χρόνων,

γ) σε συγγενή μέχρι και τον τέταρτο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή,

δ) σε συγγενή μέχρι το δεύτερο βαθμό εξ αγχιστείας,

ε) σε πρόσωπο με το οποίο έχει προσωπική σχέση και συνδέεται συναισθηματικά. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται άδεια με δικαστική

απόφαση, που εκδίδεται με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, ύστερα από έλεγχο όλων των προϋποθέσεων αφαίρεσης οργάνου από ζώντα πρόσωπο και επιπλέον της ψυχικής υγείας του δυνητικού δότη, της προσωπικής σχέσης και του συναισθηματικού δεσμού του με τον υποψήφιο λήπτη, όπως και της ανιδιοτέλειας της προσφοράς,

στ) αν ο σύζυγος ή συγγενής με τον ανωτέρω βαθμό συγγένειας, ασθενούς, που χρήζει μεταμόσχευσης, επιθυμούν να κάνουν δωρεά του αναγκαίου οργάνου, αλλά δεν υπάρχει ιστοσυμβατότητα, πραγματοποιείται η αφαίρεση του οργάνου και ταυτόχρονα ο ασθενής προτάσσεται στην κατάταξη στο Εθνικό Μητρώο,

ζ) εάν δεν υπάρχει ιστοσυμβατότητα μεταξύ δύο υποψήφιων ληπτών μοσχεύματος και του ζώντα συζύγου τους ή συγγενή τους με βαθμό συγγένειας ως άνω, αλλά υπάρχει ιστοσυμβατότητα μεταξύ του ενός υποψήφιου λήπτη και του ζώντα συζύγου ή συγγενή του άλλου, επιτρέπεται η δωρεά οργάνων αμοιβαία, με απόφαση του Εθνικού Οργανισμού μεταμοσχεύσεων.

2. Η αφαίρεση γίνεται μόνο από ενήλικο πρόσωπο.

3. Η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνον εφόσον δεν τελεί υπό δικαστική συμπαράσταση και έχει δικαιοπρακτική ικανότητα, ύστερα από ενημέρωση, σύμφωνα με το άρθρο 7.

4. Η συναίνεση παρέχεται με έναν από τους ακόλουθους τρόπους:  
α) με συμβολαιογραφικό έγγραφο,

β) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται η γνησιότητα της υπογραφής του δότη. Η συναίνεση πρέπει να είναι ρητή και ειδική. Τα έγγραφα υπό α' και β' φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο του δότη.

5. Η συναίνεση του δότη είναι ελευθέρως ανακλητή, έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η ιατρική πράξη της αφαίρεσης του οργάνου. Η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο».

.....



## **Νόμος ν.3984/2011**

### **Άρθρο 9**

«1. Η αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από θανόν πρόσωπο πραγματοποιείται εφόσον είναι ενήλικο και συντρέχουν οι προϋποθέσεις της επόμενης παραγράφου. Η αφαίρεση από ανήλικο επιτρέπεται εάν συναινούν σε αυτό οι γονείς ή ο γονέας, που έχουν την επιμέλεια του τέκνου. Εάν δεν υπάρχουν ή έχουν εκπέσει από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον επίτροπο. Η συναίνεση δίνεται:

α) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται η γνησιότητα της υπογραφής,  
β) με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο, το οποίο τηρείται στον Οργανισμό Αφαίρεσης ή στη Μονάδα Μεταμόσχευσης. Κατά τη δήλωση παρίστανται δύο μάρτυρες, οι οποίοι συνυπογράφουν στο ειδικό βιβλίο. Η συναίνεση πρέπει να είναι ρητή και ειδική. Τα έγγραφα υπό α' και β' φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο του δότη.

2. Η αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από ενήλικο, θανόν πρόσωπο πραγματοποιείται εφόσον, όσο ζούσε, δεν είχε εκφράσει την αντίθεσή του σύμφωνα με την παράγραφο 3. Η έναρξη ισχύος της παρούσας παραγράφου αρχίζει από 1.6.2013 προκειμένου στο διάστημα αυτό να υπάρξει πλήρης ενημέρωση των πολιτών μέσω εφαρμογής συγκεκριμένης ενημερωτικής εκστρατείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται ο τρόπος και κάθε τεχνική λεπτομέρεια σχετικά με την εκδήλωση θετικής ή αρνητικής δήλωσης του κάθε ατόμου και ο τρόπος συγκέντρωσης αυτών από τον ΕΟΜ.

3. Στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων τηρείται αρχείο όπου καταχωρίζονται οι δηλώσεις των πολιτών περί αντίθεσής τους στην αφαίρεση οργάνων τους μετά θάνατον. Κάθε ενήλικος πολίτης μπορεί να αποστέλλει στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων σχετική δήλωσή του, με βεβαιωμένο το γνήσιο της υπογραφής. Για τη δήλωση δεν απαιτείται συγκεκριμένος τύπος, αρκεί να συνάγεται ρητά και αβίαστα η ακριβής βούληση του προσώπου. Η δήλωση αυτή είναι ελεύθερα ανακλητή. Η ανάκληση γίνεται με νεότερη δήλωση ανάκλησης, η οποία αποστέλλεται ομοίως στον Εθνικό Οργανισμό

Μεταμοσχεύσεων. Η αρχική δήλωση διαγράφεται από το αρχείο και θεωρείται ως μη γενόμενη.

4. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων που εμπεριέχονται στο αρχείο της παραγράφου 3 υπάγεται στις διατάξεις του ν. 2472/1997. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διαφύλαξη του απορρήτου των πληροφοριών αυτών. Η πρόσβαση στο αρχείο αυτό επιτρέπεται μόνο στους αρμόδιους υπαλλήλους του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων και τους Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων.

5. Η αφαίρεση οργάνων από θανόντα δότη διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, κριτήριο για την οποία είναι η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους, σύμφωνα με τα ευρέως αποδεκτά και σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης, όπως ορίζεται στην απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ. περί διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου (απόφαση 9 της 21/20.3.1985). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται επακριβώς το κριτήριο επέλευσης του θανάτου, κατόπιν γνώμης του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Με όμοιο τρόπο θεσπίζεται «Κώδικας Πρακτικής», σχετικά με τη διαδικασία διάγνωσης και επιβεβαίωσης του εγκεφαλικού θανάτου.

6. Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον η λειτουργία ορισμένων οργάνων διατηρείται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και έναν νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Στη συνέχεια, ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει σχετικά, χωρίς καθυστέρηση, τον Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, εφόσον υφίσταται στο νοσοκομείο και τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, προκειμένου να ενημερωθεί εάν το ενήλικο, θανόν πρόσωπο έχει δηλώσει την άρνησή του να γίνει δωρητής οργάνων μετά θάνατον. Εάν ο θανών είναι ανήλικος, ο θεράπων ιατρός από κοινού με τον Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, εφόσον υφίσταται στο νοσοκομείο, υποχρεούται να μεριμνήσει για την ανεύρεση των προσώπων που είναι αρμόδια να συναινέσουν

στην αφαίρεση των οργάνων, για την ενημέρωσή τους και τη λήψη της συναίνεσής τους. Εφόσον λάβει τη συναίνεση, ενημερώνει σχετικά, χωρίς καθυστέρηση, τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων. Εάν πρόκειται να πραγματοποιηθεί η μεταμόσχευση, συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη του θανόντος προσώπου.

7. Η αφαίρεση οργάνων από θανόντα δότη γίνεται με τον προσήκοντα σεβασμό στο σώμα του νεκρού. Ειδική μέριμνα λαμβάνεται για την αποκατάσταση της εικόνας του».