

Τ.Ε.Ι. Πατρών
Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πτυχιακή Εργασία

**ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ
ΣΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Επιμέλεια:

Αλεξοπούλου Ασημίνα
Αποστολοπούλου Θεοφανώ
Σπουδάστριες

Επιβλέπων:

Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Αντί-προλόγου.....	4
Εισαγωγή.....	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΝΟΜΙΚΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ

1.1. Νομοθετικό πλαίσιο.....	9
1.2. Η αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης.....	11
1.3. Εμπόριο οργάνων.....	13
1.3.1. Παύση του εμπορίου οργάνων και ιστών.....	14
1.3.2. Η θέση του E.O.M.....	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

2.1. Γενικά-Ορισμός.....	17
2.2. Αίτια εγκεφαλικού θανάτου.....	17
2.3. Κριτήρια εγκεφαλικού θανάτου	18
2.4. Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου	18
2.4.1. Προϋποθέσεις διάγνωσης.....	19
2.4.2. Κλινικά κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.....	19
2.4.3. Κλινικές δοκιμασίες.....	19
2.5. Σημείο Λαζάρου.....	20
2.6. Διάκριση μεταξύ εγκεφαλικού θανάτου και φυτικής κατάστασης- κόματος.....	21
2.7. Το ηθικό δίλλημα του εγκεφαλικού θανάτου	22
2.7.1. Το δίλλημα της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου.....	22
2.7.2. Φιλοσοφική αμφισβήτηση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου.....	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ

3.1. Συναίνεση.....	26
3.2. Ενημέρωση του δότη και του λήπτη	27
3.3. Η υποχρέωση της προσφοράς οργάνων.....	28
3.4. Η υποχρέωση της αποδοχής οργάνων.....	29
3.5. Λίστες αναμονής.....	30
3.6. Ευαισθητοποίηση.....	30
3.7. Ανεγκέφαλα βρέφη.....	32

3.7.1. Το πρόβλημα των ανεγκέφαλων βρεφών.....	32
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ

4.1. Ιατρική πρόοδος.....	34
4.2. Νομικά προβλήματα.....	34
4.3. Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας.....	37
4.4. Λήψη απόφασης.....	38
4.5. Ευθύνη του ιατρού-νοσηλευτή σε περίπτωση άρνησης.....	41
4.5.1. Ψυχολογική άρνηση από τους οικείους του ασθενούς.....	41
4.5.2. Ψυχολογική άρνηση από τον ασθενή.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΔΙΑΘΡΗΣΚΕΙΑΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

5.1. Γενικά.....	43
5.2. Θέσεις θρησκειών.....	44
5.2.1. Ορθόδοξη Εκκλησία.....	44
5.2.2. Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία.....	46
5.2.3. Προτεσταντικές ομολογίες.....	46
5.2.4. Ινδουισμός.....	47
5.2.5. Ιουδαϊσμός.....	47
5.2.6. Βουδισμός.....	48
5.2.7. Ισλαμισμός.....	49
5.2.8. Άλλες αντιλήψεις.....	50

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

Υλικό και μέθοδος.....	53
Αποτελέσματα.....	54
Συζήτηση.....	70
Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	73
Περίληψη.....	75

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΕΙΕΣ.....	77
---------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	80
------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	85
------------------	----

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

*Τιμή σε εκείνους, όπου στη ζωή των ώρισαν και φυλάγουν Θερμοπόλες, ποτέ από
το χρέος μη κινούντες δίκαιοι και ίσοι σε όλες των τες πράξεις.*

Κ.Π. ΚΑΒΑΦΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της έρευνάς μας είναι να προσεγγιστούν, σε όποιο βαθμό είναι εφικτό, τα ηθικά διλλήματα, οι προβληματισμοί καθώς και η στάση του ευρύτερου κοινού της χώρας μας, απέναντι στη δωρεά οργάνων.

Με την ανακάλυψη του συστήματος των ομάδων αίματος από τον Jean Dausset, ή ακριβέστερα των ιστολογικών ομάδων, των αποκαλούμενων HLA, προσδιορίστηκαν οι συνθήκες της απαιτούμενης συμβατότητας και άνοιξε ο δρόμος για τις μεταμοσχεύσεις και τις εμφυτεύσεις μοσχευμάτων οργάνων και ιστών. Τα τελευταία τριάντα χρόνια διακρίνονται δύο μεγάλα ρεύματα που διαφοροποιούνται μεταξύ τους: ως προς τα όργανα, ως προς τις αρχές και τους τρόπους (από την γαλλική και βρετανική ηθική αυστηρότητα έως το ανεξέλεγκτο εμπόριο που παρατηρείται σε πολλές λατινοαμερικάνικες χώρες), ως προς τις νομοθεσίες (άλλοτε αναχρονιστικές και άλλοτε πρωτοποριακές).

Ένα από τα πιο ανάγλυφα σημεία των καιρών μας είναι η ανάγκη των ανθρώπινων κοινωνιών να επαναπροσδιορίζουν το θάνατο. Η νομοθεσία πολλών χωρών προσδιορίζει το θάνατο με τη διαπίστωση διαφόρων συμπτωμάτων που μαρτυρούν τη νέκρωση του εγκεφάλου στην ομοιόμορφη εμφάνιση δύο διαδοχικών ΗΕΓ. Όμως, η αφαίρεση οργάνων αμφισβητείται. Επιτρέπεται άραγε να παραβιάσει κανείς το νόμο του θανάτου, να αποκόψει και να αφαιρέσει ένα τμήμα από ένα πτώμα; Μία πανάρχαια ιαπωνική παράδοση απαγορεύει να ανοιχθεί το πτώμα στη διάρκεια της εβδομάδας που ακολουθεί το θάνατο. Η αφαίρεση οργάνων από ένα νεκρό, στο βαθμό που γίνει αποδεκτή πράγμα που συνέβη στη Γαλλία, προϋποθέτει την ικανοποίηση δύο όρων: την επιβεβαίωση του θανάτου και τη συναίνεση.¹

Η άδεια αφαίρεσης ενός οργάνου χωρίς την ύπαρξη συναίνεσης μπορεί να παρασχεθεί εφαρμόζοντας την υπάρχουσα νομοθεσία. Τέτοιος είναι στη Γαλλία ο νόμος Cailliet της 22ας Δεκεμβρίου 1976. Στην πραγματικότητα ένας νόμος, οποιοσδήποτε και αν είναι, δε ρυθμίζει τα πάντα. Δεν είναι τόσο εύκολο από ηθική άποψη να αφαιρεθεί ένα όργανο χωρίς τη συγκατάθεση της οικογένειας του θανόντος, που όμως συντρίβεται από τον ξαφνικό θάνατο του αγαπημένου της προσώπου. Η καλύτερη μέθοδος είναι η προγενέστερη συγκατάθεση ενός μεγάλου αριθμού πολιτών, κατάλληλα προετοιμασμένων και πληροφορημένων, μια συγκατάθεση που ο καθένας θα δέχεται να ισχύσει και για τον ίδιο, όταν πεθάνει. Έτσι γίνεται σεβαστή η θέληση που είχε εκφράσει ο νεκρός όσο ήταν στη ζωή.

Διάφορα όργανα ή ιστοί προερχόμενα από νεκρό έμβρυο μπορεί να αποβούν πολύ χρήσιμα στη θεραπευτική. Η χρησιμοποίησή τους προκάλεσε αντιπαραθέσεις γιατρών- που ο σκοπός τους είναι η διάσωση του ασθενούς που τους έδειξε την εμπιστοσύνη του- και κάποιων εκπροσώπων πνευματικών συλλόγων, οι οποίοι φοβούνται ότι αυτό θα οδηγήσει σε αύξηση των περιπτώσεων σκόπιμης διακοπής της κυοφορίας. Ακόμα και διώξεις ασκήθηκαν εναντίον γιατρών. Εδώ μπορούμε να διακρίνουμε δυο περιπτώσεις: α) δικαίωμα αφαίρεσης, όταν το μόσχευμα του ήπατος ενός νεκρού εμβρύου (το ήπαρ στο εμβρυακό στάδιο ανάπτυξης σχηματίζει τα αιμοσφαίρια) επιτρέπει τη διάσωση της ζωής ενός νεογέννητου από σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος, β) απαγόρευση αφαίρεσης, όταν από τους κυτταρικούς ιστούς του εμβρύου πρόκειται να παρασκευαστούν διάφορα προϊόντα αισθητικής, καλλυντικά, αλοιφές κ.λπ..²

Όργανα που αφαιρούνται από ζώντα δότη είναι το νεφρό, ο μυελός των οστών και το ήπαρ. Μέχρι σήμερα είναι πολύ συχνή η θεραπεία με νεφρό προερχόμενο από νεκρό παρά από ζώντα δότη. Η αφαίρεση μυελού των οστών από έφηβο αφορά τις περιπτώσεις ενός κυτταρικού ιστού, που χρειάζεται να αναγεννηθεί. Η μεταμόσχευση σε παιδί ενός τμήματος του ήπατος, το οποίο έχει αφαιρεθεί από έναν γονέα του φαίνεται ότι οδηγεί σε καλά αποτελέσματα.

Για την περίπτωση που οι δότες είναι έφηβοι, έχουν προσδιοριστεί και οι όροι τόσο της προσφοράς με συναίνεση, όσο και της αποδοχής της προσφοράς. Ο δότης που τις περισσότερες φορές ανήκει στο στενό οικογενειακό κύκλο του αρρώστου, οφείλει να έχει ενημερωθεί για τους κινδύνους στους οποίους εκτίθεται. Δεν επιτρέπεται να γίνεται αντικείμενο πιέσεων και είναι ευκατάρκεια μία ψυχολογική ανάλυση της κατάστασής του. Δεν επιτρέπεται η προσφορά του να γίνεται επ' αμοιβή. Το εμπόριο οργάνων δεν συμβιβάζεται με τα ήθη του πολιτισμού μας.¹

Οι περιπτώσεις ευγενικής προσφοράς οργάνων είναι συχνές ενώ οι αρνήσεις είναι σπάνιες και οφείλονται σε πολύ διαφορετικές αιτίες. Άρνηση από καταζητούμενο, ο οποίος αφήνει τον αδελφό του να πεθάνει ενώ θα μπορούσε να τον σώσει προσφέροντας τον μυελό των οστών του. Άρνηση γυναίκας, η οποία ενώ είχε αποδεχθεί να δώσει μυελό των οστών για το παιδί της αρνείται να γίνει δότης για άλλο παιδί που είναι καταδικασμένο να πεθάνει λόγω ανεπάρκειας μυελού των οστών. Άρνηση μιας γυναίκας επειδή μάλωσε με την ετοιμοθάνατη αδελφή της κ. λπ..

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι δότες είναι παιδιά. Επίσης, παιδιά πλήττονται συνήθως από αρρώστιες οι οποίες θεραπεύονται με μόσχευμα μυελού των οστών. Δότης που

να συμπίπτει σύμφωνα με το σύστημα ομάδων HLA είναι ένας αδελφός ή μία αδελφή, συνεπώς πάλι για παιδί πρόκειται. Επιτρέπεται άραγε, να εκτεθεί ένα παιδί στον ελαχιστοποιημένο, έστω, αλλά όχι μηδενικό κίνδυνο της γενικής αναισθησίας, χωρίς να μπορεί εκ των πραγμάτων να δώσει τη συγκατάθεσή του; Αρκεί η συγκατάθεση των γονέων- που οπωσδήποτε είναι και αυτή απαραίτητη; Το ζήτημα αυτό αποτελεί το αντικείμενο ενός νομοσχεδίου που έχει υποβληθεί στο γαλλικό Κοινοβούλιο.^{1 2}

Για αρκετά χρόνια οι μεταμοσχεύσεις βρίσκονταν σε πειραματικό στάδιο, μέχρι να καταλήξουν να είναι η επιθυμητή λύση για πολλούς ασθενείς που έπασχαν από ανίατες ασθένειες όπως η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η κίρρωση ήπατος, τα κακοήγη νεοπλάσματα κ.α.. Πολλοί ήταν οι ασθενείς που χάρη σε μια μεταμόσχευση κατάφεραν να απαλλαγούν από την ψυχοφθόρο διαδικασία της αιμοκάθαρσης ή και από τον φόβο επικείμενου θανάτου, χαρίζοντας τους μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Για να φτάσουμε όμως στο σημείο αυτό, πολλοί επιστήμονες κλήθηκαν να δώσουν απάντηση στο πρόβλημα της ιστοσυμβατότητας καθώς και στην ακριβή έννοια και διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, ενώ σε συνεχή εξέλιξη βρίσκονται χειρουργικές τεχνικές και μέθοδοι ώστε να υπάρχει περισσότερη ασφάλεια, συνεπώς και μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας της μεταμοσχευτικής δραστηριότητας.

Σύμφωνα με τον EOM (Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων), το 2008 πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα 155 μεταμοσχεύσεις νεφρού, 15 μεταμοσχεύσεις καρδιάς, 2 μεταμοσχεύσεις πνευμόνων, 54 μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών και 24 μεταμοσχεύσεις ήπατος. Παρά το αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι μεταμοσχεύσεις σώζουν ζωές, η χώρα μας παρουσιάζει έλλειμμα σε δωρηθέντα όργανα, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται το έργο και η συνέχιση της επιστήμης καθώς μεγάλο ποσοστό των ασθενών καταφεύγει σε χώρες του εξωτερικού για επίλυση του προβλήματός του. Η πραγματικότητα αυτή, που θέλει τους Έλληνες τελευταίους στις λίστες δωρεάς οργάνων της Ευρώπης, οφείλεται κυρίως στην ελλιπή ενημέρωση του κοινού, για όσα αφορούν τις μεταμοσχεύσεις, τα κέντρα μεταμοσχεύσεων, τη σημαντικότητα και ανάγκη για δωρεά οργάνων.

Χιλιάδες άνθρωποι ελπίζουν να ζήσουν με μόνη σανίδα σωτηρίας μια μεταμόσχευση. Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα πάνω από 1100 άνθρωποι βρίσκονται στις λίστες αναμονής. Ανεξάρτητα με το αν συμφωνούμε ή όχι με τη μετά θάνατον χρησιμοποίηση οργάνων, η αλήθεια είναι ότι το να συμφωνήσει κάποιος να δωρίσει

κάποιος τα όργανά του μετά το θάνατό του είναι η απόλυτη απόδειξη της αγάπης του για τον άνθρωπο και τη ζωή, επιβεβαιώνοντας έτσι τα λόγια του Αλβέρτου Σβάιτσερ:

«Ο άνθρωπος εξαρτάται από τον άνθρωπο

Ο άνθρωπος στηρίζεται στον άνθρωπο

Ο άνθρωπος είναι μέρος του ανθρώπου»

Οι μεταμοσχεύσεις στην πορεία τους συγκρούστηκαν με ηθικά διλλήματα, ήρθαν σε αντιπαράθεση με θρησκείες, κάποιες φορές ξεπέρασαν τα νομικά πλαίσια, αφήνοντας στην κοινή γνώμη ένα ερωτηματικό για το αν τελικά οι μεταμοσχεύσεις και η δωρεά οργάνων είναι ένα δώρο ζωής...

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

«Νομικά ηθικά διλλήματα»

1.1. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Στην Ελλάδα μέχρι το 1978 δεν υπήρχε νομοθετικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις. Κάποιες διατάξεις αναφέρονται στο νομοθετικό διάταγμα 3372/1965 «περί κερατοπλαστικών εγχειρήσεων», το οποίο εκδόθηκε κατά το πρότυπο αντίστοιχου γαλλικού διατάγματος του 1947. όμως το νομοθετικό αυτό διάταγμα παρέμεινε ανεφάρμοστο, γιατί δεν εκδόθηκαν οι εκτελεστικές του διατάξεις, που προέβλεπαν τη σύσταση και λειτουργία τράπεζας οφθαλμών.

Ακολούθησαν τρία νομοθετικά πλαίσια που προέβλεπαν μεταμοσχεύσεις πολλαπλών οργάνων, ο νόμος 821/1978 που αντικαταστάθηκε από τον ισχύοντα σήμερα νόμο 2737/1999.

Ο νόμος 2737/99 επιτρέπει τις αφαιρέσεις ιστών ή οργάνων από ζώντες ή νεκρούς δότες με σκοπό τη μεταμόσχευση αποκλειστικά και μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς, ενώ απαγορεύει ρητά κάθε συναλλαγή και κάθε αντάλλαγμα μεταξύ των εμπλεκόμενων προσώπων, προβλέπει δε αυστηρές κυρώσεις για την παραβίαση των διατάξεων του.

Η διάταξη αυτή παρόμοια της οποίας υπήρχε και σε όλους τους προηγούμενους νόμους, είναι εναρμονισμένη με τη βασική αρχή της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική, που ρητά απαγορεύει κάθε οικονομικό όφελος από τη διάθεση τμημάτων του ανθρώπινου σώματος.³ Πρόσφατα, τον Μάρτιο του 2005, προτάθηκε τροποποίηση και συμπλήρωση του Νόμου 2737/1999 περί μεταμοσχεύσεων ανθρωπίνων ιστών και οργάνων. Ποιο συγκεκριμένα ζητήθηκε να:

- Αυξηθούν οι ζώντες δότες με την διεύρυνση των βαθμών συγγένειας μέχρι και τον 4^ο βαθμό καθώς επίσης να επιτραπεί σε άτομα που συνδέονται συναισθηματικά με τον ασθενή να είναι δότες μετά από άδεια του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (EOM),

- Επιτραπεί σε όσους αδυνατούν να δώσουν μόσχευμα σε συγγενείς λόγω ασυμβατότητας να κάνουν δωρεά στον ΕΟΜ έναντι προτεραιότητας του συγγενούς ασθενή στη λίστα αναμονής,
- Μείωση του ορίου συνταξιοδότησης των δοτών οργάνων κατά 5 χρόνια
- Καθιέρωση του 2006 σαν έτους δωρητών ιστών και οργάνων. ⁴

Ο ισχύων νόμος 2737/1999 αντιμετωπίζει αυτό το ζήτημα με επάρκεια εξαντλώντας μάλλον τα περιθώρια που παρέχει σε κάθε σχετική νομοθετική πρωτοβουλία ο σεβασμός των δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Η χώρα μας, σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά στοιχεία, αντιμετωπίζει κυρίως πρόβλημα μεταμοσχεύσεων από νεκρούς δότες. Αντίθετα, στις μεταμοσχεύσεις από ζώντες δότες η Ελλάδα καταλαμβάνει μία από τις πρώτες θέσεις στην Ε.Ε. Επομένως, κύριος στόχος για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων δεν μπορεί να είναι οι τελευταίες. Αυτό ισχύει, πολύ περισσότερο, όταν η μεταμόσχευση από ζώντα δότη αποτελεί την έσχατη λύση, όταν δεν υπάρχει εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ή δεν είναι δυνατό η μεταμόσχευση από νεκρό. Πρόκειται για μία διεθνώς καθιερωμένη γενική αρχή, η οποία ισχύει ακριβώς λόγω του αυξημένου κινδύνου προσβολής της αξιοπρέπειας, της σωματικής ακεραιότητας, της προσωπικότητας και άλλων ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που διατρέχει εκ των πραγμάτων ο ζων δότης.⁵

Η διεύρυνση του κύκλου των δυνητικών ζώντων δοτών μεγιστοποιεί αυτούς τους κινδύνους. Όσο απομακρύνεται κανείς από τους στενούς συγγενείς, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εκμετάλλευσης του δυνητικού δότη, αφού το αλτρουιστικό κίνητρο του τελευταίου είναι αντικειμενικά αδύναμο και σε κάθε περίπτωση, δύσκολο να αποδειχθεί. Ήδη, άλλωστε, το κίνητρο αυτό δεν είναι καν δεδομένο για τους στενούς συγγενείς, απλώς η σύγχρονες νομοθεσίες τεκμηριώνουν ότι υπάρχει, σύμφωνα με τα δεδομένα της κοινής πείρας.⁵

Από την άποψη αυτή, η πρόταση νόμου προβαίνει σε μία διεύρυνση του κύκλου των δυνητικών δοτών, χωρίς να αξιολογεί το ενδεχόμενο αθέμιτου εκβιασμού της θέλησης συγγενών απώτερων βαθμών. Ο ίδιος εκβιασμός, αλλά με πολύ σκληρότερους όρους οικονομικής πια εκμετάλλευσης, μπορεί να ασκηθεί σε μη συγγενικά πρόσωπα. Η «απόδειξη» της συναισθηματικής σχέσης αυτών των προσώπων με τον ασθενή, ενώπιον οποιουδήποτε οργάνου (π.χ. της επιτροπής δεοντολογίας του ΕΟΜ), θα είναι πάντοτε εύκολη, αν έχει προηγηθεί ένας τέτοιος εκβιασμός.

Ο κίνδυνος εκμετάλλευσης του δυνητικού δότη. Ιδίως από το στενό συγγενικό περιβάλλον είναι υπαρκτός και εν όψει του «ανταλλάγματος» της πρόταξης στην εθνική λίστα υποψηφίων ληπτών κάποιου κοινού συγγενικού προσώπου. Το συγκεκριμένο μέτρο, όμως, αγνοεί ιδίως ότι σε όλες τις χώρες το σύστημα των μεταμοσχεύσεων θεμελιώνεται στην αρχή της ισότητας και στην τήρηση των κριτηρίων της διανεμητικής δικαιοσύνης. Εξαιρέσεις για χάρη προσώπων που εξασφαλίζουν όργανα του EOM, θα οδηγούσαν στη ουσιαστική απώλεια κάθε ελπίδας εκείνων που δεν τυχαίνει να βρίσκουν διαθέσιμους δότες. Το τυχαίο αυτό κριτήριο όμως, δημιουργεί μία προφανή δυσμενή διάκριση, καταργώντας τον κοινωνικό χαρακτήρα του συστήματος. Το νομοθετικό πλαίσιο θωρακίζει, εκτός των άλλων, και τις ενέργειες των γιατρών και νοσηλευτών, ‘όπως θα αναλύσουμε σε επόμενο κεφάλαιο.⁶

1.2. Η ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΕΙΚΑΖΟΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Η αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης αναφέρεται στο νέο νομοσχέδιο που αναμένεται να εφαρμοστεί και στην Ελλάδα. Βρίσκεται σε συμφωνία με το άρθρο 10 της αποφάσεως 78 του 1978 για την εναρμόνιση των νομοθετικών ρυθμίσεων των κρατών μελών της Ευρώπης σχετικά με την αφαίρεση, μεταμόσχευση ανθρωπίνων ιστών, για ένα ομοιόμορφο μοντέλο στην Ε.Ε.. Η ανωτέρω αρχή επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων από νεκρό άτομο σε όλες τις περιπτώσεις με την εξαίρεση εκείνων κατά τις οποίες ο θανών είχε εκφράσει την αντίρρησή του κατά τη διάρκεια της ζωής του.⁷

Εν τούτοις περισσότερο προσεκτική εξέταση των αντίστοιχων εθνικών νομοθετημάτων αποδεικνύει ότι διαφέρουν τόσο πολύ μεταξύ τους από απόψεως λεπτομερειών, ώστε δεν θα ήταν ορθό να θεωρήσουμε ότι υπάρχει τάση για ένα ομοιόμορφο μοντέλο στους νόμους της Ευρώπης.⁸

Η ενδεχόμενη καθιέρωση του συστήματος της εικαζόμενης συναίνεσης, για την εξασφάλιση μοσχευμάτων από νεκρούς δότες, θα δυσκολέψει μάλλον παρά θα διευκολύνει αυτόν το σκοπό.

Οι μεταμοσχεύσεις σήμερα βασίζονται στον θεσμό της δωρεάς οργάνων και για αυτό το λόγο περιβάλλονται με ιδιαίτερη κοινωνική αίγλη. Αν στο θεσμό της δωρεάς υποκατασταθεί μια απόλυτη κρατική επιταγή που επιβάλλει την αφαίρεση των οργάνων, αγνοώντας τα πρόσωπα που συνδέονται με το νεκρό, αλλά ακόμα και τα

συναισθήματα όσων είχαν την ευθύνη της υγείας του, οι μεταμοσχεύσεις μοιραία θα στερηθούν αυτή την αίγλη.⁵

Το αποτέλεσμα θα είναι η μεν εικαζόμενη συναίνεση να μείνει πρακτικά ανεφάρμοστη (αφού κανείς ιατρός δεν είναι πιθανό να προβεί σε αφαίρεση οργάνων χωρίς τη συναίνεση των συγγενών), η δε Πολιτεία να κινδυνεύσει να επαναπαυθεί σε ένα απλό θεσμικό «πυροτέχνημα».

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι μόνο μια μικρή μειονότητα χωρών καθιστούν την σαφώς διατυπωμένη βούληση του θανόντα ως το μοναδικό κριτήριο για την αφαίρεση οργάνων. Στις περισσότερες χώρες είναι δυνατόν να διατυπωθεί η αντίρρηση από τους πλησιέστερους συγγενείς, παρά το γεγονός ότι δεν είναι πάντοτε σαφές εάν αυτό αποτελεί την πραγματική θέληση του θανόντα ή έκφραση της δικής τους βουλήσεως.⁵

Η Αυστρία είναι μία από τις χώρες στην οποία εφαρμόζεται η αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης χωρίς κανένα συμβιβασμό. Η αφαίρεση οργάνων εφαρμόζεται πάντοτε, εάν δεν ανευρίσκεται δήλωση του θανόντα με την οποία εκφράζει την αντίρρησή του. Οι τρόποι των λεπτομερειών της άρνησης δεν ρυθμίζονται με ειδικά νομοθετήματα και οι εμπλεκόμενοι ιατροί δεν είναι υποχρεωμένοι να συμβουλευθούν ούτε να ενημερώσουν τον πλησιέστερο συγγενή, ούτε να λαμβάνουν υπ' όψην εάν οι πλησιέστεροι συγγενείς ισχυρίζονται ότι ο θανών θα είχε αρνηθεί τη συναίνεσή του. Κατά συνέπεια σε περίπτωση αμφιβολιών επιτρέπεται η αφαίρεση οργάνων. Οι ανωτέρω νομοθετικές ρυθμίσεις ισχύουν και για άτομα άλλης εθνικότητας που αποθνήσκουν στην Αυστρία.⁸

Κάθε πολιτική για την εξασφάλιση μοσχευμάτων πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη τον ευαίσθητο χαρακτήρα του ζητήματος, ιδίως όσον αφορά τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Οι μεταμοσχεύσεις δεν είναι ένα απλό τεχνοκρατικό ζήτημα, ούτε υπάγονται σε μια μονοσήμαντη ανταποδοτική λογική, οικονομική ή άλλη. Ο λόγος που απασχολούν σήμερα διεθνώς τη βιοηθική είναι ότι η προώθησή τους συνδέεται απόλυτα με την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας.

Ο νόμος 2737/1999 έχει προσανατολισθεί στην ευαισθητοποίηση αυτή, προβλέποντας ποικίλες δυνατότητες δραστηριοποίησης της πολιτείας. Κρίσιμοι θεσμοί όπως αυτός του « συντονιστή μεταμοσχεύσεων» πρέπει να αναπτυχθούν και να λειτουργήσουν πλήρως στο «μικροκοινωνικό» επίπεδο των μονάδων της εντατικής θεραπείας. Παράλληλα με τις αναγκαίες εκστρατείες ενημέρωσης της κοινής γνώμης, ο ΕΟΜ και το αρμόδιο υπουργείο είναι ανάγκη να επικεντρώσουν ιδίως εκεί τις

προσπάθειές τους, κάτι που αποδείχτηκε «κλειδί» της επιτυχίας σε πολλές χώρες της Ε.Ε..⁵⁶

1.3. ΕΜΠΟΡΙΟ ΟΡΓΑΝΩΝ

Το εμπόριο οργάνων είναι η αγοραπωλησία ανθρώπινων οργάνων με τελικό σκοπό τη μεταμόσχευσή τους σε αρρώστους. Η πρακτική είναι παράνομη στις περισσότερες χώρες, ωστόσο η πώληση του ενός νεφρού στο Ιράν, με σκοπό το κέρδος, επιτρέπεται, ενώ στην Κίνα συνηθίζεται να λαμβάνονται όργανα από νεκρούς ή εκτελεσμένους φυλακισμένους. Οι νεφροί είναι το πιο κοινό αντικείμενο του εμπορίου οργάνων, καθώς ο ανθρώπινος οργανισμός διαθέτει δυο από αυτούς και έτσι κάποιος που βρίσκεται σε ένδεια μπορεί να πωλήσει τον έναν. Τα χρήματα που λαμβάνουν οι δότες νεφρού αυτής της κατηγορίας κυμαίνονται από 800-10.000 δολάρια, ενώ ο λήπτης του οργάνου καταβάλει αρκετά περισσότερα χρήματα. Επίσης υπάρχουν κίνδυνοι για την υγεία τόσο του δότη όσο και του λήπτη, λόγω μετεγχειρητικών επιπλοκών ή ανοσολογικής ασυμβατότητας.

Το φαινόμενο έχει παρουσιαστεί επειδή η ζήτηση οργάνων προς μεταμόσχευση από ασθενείς είναι μεγαλύτερη από την προσφορά είτε από ζωντανούς είτε από νεκρούς δότες. Έτσι, το εμπόριο οργάνων ανθεί ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως στην Ινδία, το Πακιστάν, τη Βραζιλία και τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, που θεωρούνται "εξαγωγείς" οργάνων, ενώ κυριότεροι λήπτες ("εισαγωγείς") είναι χώρες όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Αυστραλία κ.α. Σε ορισμένες από αυτές τις χώρες ο αριθμός μεταμοσχεύσεων που γίνεται σε υπηκόους τους σε τρίτες χώρες ξεπερνά αυτόν των μεταμοσχεύσεων που γίνονται στο εσωτερικό τους. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται "τουρισμός μεταμοσχεύσεων", όρος που περιγράφει τη μετακίνηση είτε του δότη, είτε του λήπτη είτε και των δυο στο εξωτερικό προκειμένου να λάβει χώρα η μεταμόσχευση. Στη Βραζιλία και τη Νότια Αφρική έχει διαπιστωθεί ότι δραστηριοποιούνται κυκλώματα διακίνησης ανθρώπων (trafficking) με σκοπό το παράνομο εμπόριο οργάνων.⁹

Η αγοραπωλησία των οργάνων απαγορεύεται ρητά από το νόμο και μάλιστα κάθε παράβαση τιμωρείται με υψηλό πρόστιμο και φυλάκιση. Παρά ταύτα, κατά καιρούς εμφανίζονται υποστηρικτές της απόψεως ότι μια τέτοια δυνατότητα αφ ενός μεν αποτελεί δικαίωμα του κάθε ανθρώπου, αφ ετέρου δε θα έλυne το πρόβλημα της ελλείψεως μοσχευμάτων. Το διεθνές δίκαιο προστατεύει γενικότερα τις μεταμοσχεύσεις από την οικονομική εκμετάλλευση. Μάλιστα στη χώρα μας, η

προσπάθεια προστασίας των μεταμοσχεύσεων από τέτοιου είδους εκτροπές είχε ως αποτέλεσμα ο νέος νόμος να αποφεύγει και τη θέσπιση λογικών κινήτρων (π.χ. μία μονάδα εντατικής θεραπείας που προσφέρει περισσότερους δότες να επιχορηγείται περισσότερο) ή να αποκλείει περιπτώσεις που δεν έρχονται σε αντίθεση με βασικές ηθικές αρχές (π.χ. να προσδιορίσει ο δότης το λήπτη παραβιάζοντας τη σειρά που προβλέπει η λίστα). Με τον τρόπο αυτόν επιβάλλονται αυστηρά κριτήρια και περιοριστικές διατάξεις ώστε κατά το δυνατόν να αποκλεισθεί η περίπτωση εμπορευματοποίησης των μεταμοσχεύσεων. Παρά ταύτα, υπάρχουν χώρες, κυρίως του τρίτου κόσμου- όπου κάτι τέτοιο δεν είναι πρακτικά δυνατόν να ελεγχθεί. Το νομικό καθεστώς είναι τόσο χαλαρό ώστε συχνά αναφέρονται περιστατικά που ενδεείς άνθρωποι υποχρεώνονται να πουλήσουν κάποιο από τα διπλά τους όργανα (συνήθως ένα νεφρό) αντί, στις περισσότερες των περιπτώσεων, κάποιου εξευτελιστικού ανταλλάγματος προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις βασικές ανάγκες επιβίωσης τους.^{10 11}

Ενώ η απόρριψη του εμπορίου των οργάνων ακούγεται προφανής, είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτη η άποψη ορισμένων ηθικολόγων, οι οποίοι σε κάποιες περιπτώσεις δέχονται την επ' αμοιβή προσφορά των οργάνων και ιστών. Πιο συγκεκριμένα, πιστεύουν ότι το να αξιώσει η κοινωνία από έναν πτωχό να δωρίσει χωρίς αντάλλαγμα ένα πολύτιμο όργανο του εμπεριέχει κάποιο βαθμό εκμετάλλευσης, μια που κάτι τέτοιο εναποθέτει τεράστιο ηθικό βάρος στους ώμους ανθρώπων που συν τοις άλλοις υποφέρουν. Προχωρούν μάλιστα και υποστηρίζουν ότι, εφ' όσον η οικονομική επάρκεια συνδυάζεται με καλύτερης ποιότητας και μακροβιότερη ζωή, η δωρεά και μη οικονομική αξιοποίηση του οργάνου θα μπορούσε έμμεσα να σημαίνει και συντόμευση της ζωής του δότη!¹⁰

1.3.1. Παύση του εμπορίου οργάνων και ιστών

Το εμπόριο ανθρωπίνων ιστών και οργάνων αποτελεί μορφή διακίνησης ανθρώπων. Για τις εγκληματικές οργανώσεις αυτό αποτελεί μία διασυνοριακή προσοδοφόρο επιχείρηση. Η ΕΕ έχει διακηρύξει ότι θα καταπολεμήσει με αποφασιστικότητα τη σοβαρή αυτή παραβίαση των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου. Μία σχεδιαζόμενη απόφαση πλαίσιο θα υποχρεώσει τα κράτη της ΕΕ να καταστήσουν αδικήματα ποινικού κολασμού τα αντικείμενα που συναρτώνται με το εμπόριο οργάνων και ιστών. Σε αυτά συγκαταλέγονται όχι μόνο η αφαίρεση και η πώληση

τμημάτων σώματος, αλλά και η συνεργία στη μεταφορά, εισαγωγή, εξαγωγή και την διατήρηση.

Το ΕΚ έχει καταστήσει κατά τρόπο που δεν επιδέχεται παρανόηση σαφή τη θέση του επιδοκιμάζοντας τη σχεδιαζόμενη απόφαση πλαίσιο για την καταπολέμηση του εμπορίου οργάνων και ιστών. Ωστόσο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, παρά τη συναίνεσή του, έχει ζητήσει ορισμένες σημαντικές τροποποιήσεις. Έτσι επιθυμεί να επισημανθεί ο κίνδυνος που συνιστά το εγκληματικό εμπόριο οργάνων για τη δημόσια υγεία: υποστηρίζει ότι το άτομο από το οποίο επί παραδείγματι θα αφαιρεθούν όργανα και ιστοί με την άσκηση ψυχολογικής ή οικονομικής πίεσης ή ακόμη και με τη βία δεν θα δώσει ειλικρινείς πληροφορίες για ενδεχόμενες ασθένειες. Για τον αποδέκτη των εν λόγω τμημάτων σώματος ανακύπτουν κατ' αυτό τον τρόπο τεράστιοι κίνδυνοι για την υγεία, ενδεχομένως δε και θάνατος.¹²

1.3.2. Η θέση του ΕΟΜ

Αν και στην Ελλάδα δεν έχουν δημοσιευθεί περιπτώσεις εμπορευματοποίησης οργάνων, μέσα από περιστατικά εξαφάνισης παιδιών και προσφύγων έχει υπονοηθεί η ύπαρξη κυκλωμάτων παράνομου εμπορίου για εκμετάλλευση οργάνων. Προς καθυσύχαση των πολιτών ο ΕΟΜ δηλώνει τα εξής:

- Εμπόριο Οργάνων δεν γίνεται στην Ελλάδα. Το υπάρχον νομικό πλαίσιο, Νόμος 2737/1999, το καθιστά σαφώς παράνομο και θωρακίζει όλες τις διαδικασίες που διέπουν την Δωρεά Οργάνων και τη Μεταμόσχευση, αναφέροντας στο αρ.2 παρ.1 ότι «η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Απαγορεύεται κάθε συναλλαγή μεταξύ λήπτη, δότη και των οικογενειών τους καθώς και αυτών με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο».
- Στην Ελλάδα μεταμοσχεύσεις πραγματοποιούνται μόνο σε δημόσια εξειδικευμένα μεταμοσχευτικά κέντρα με μοσχεύματα που προέρχονται από αποβιώσαντες σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας εγκεφαλικά νεκρούς δότες ή ζώντες δότες με συγγένεια α' βαθμού με τον λήπτη. Ο Ε.Ο.Μ. διαμεσολαβεί, συντονίζει και διασφαλίζει όλες τις απαραίτητες διαδικασίες καθώς και διαχειρίζεται τις λίστες των ληπτών, οι οποίοι λαμβάνουν μόσχευμα βάσει απόλυτης σειράς προτεραιότητας και όπως ορίζεται από το νόμο.¹³

- Οι διαδικασίες λήψης και μεταμόσχευσης οργάνων είναι απόλυτα συμβατές με τις κατευθυντήριες γραμμές της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων του Συμβουλίου της Ευρώπης, καθώς και τον κώδικα δεοντολογίας Μεταμοσχεύσεων Ιστών και Οργάνων, οι οποίες και τηρούνται αυστηρά. Προτεραιότητα στις εργασίες του ως άνω Συμβουλίου αποτελεί η πάταξη ανάλογων φαινομένων εμπορίου οργάνων και ο E.O.M. μέσω των αντιπροσώπων του συνεργάζεται προς την κατεύθυνση αυτή.
- Το «Εμπόριο Οργάνων» πραγματοποιείται σε χώρες με εκτεταμένη φτώχεια, με δότες οικονομικά ασθενείς ανθρώπους οι οποίοι οικιοθελώς πωλούν το νεφρό τους. Μέχρι πρότινος στις χώρες αυτές δεν υπήρχε σχετικό νομικό πλαίσιο που να απαγορεύει τέτοιου είδους συναλλαγή. Τώρα, αρκετές από αυτές τις χώρες έχουν απαγορεύσει δια νόμου την αγοραπωλησία οργάνων, και για το λόγο αυτό οι αυτουργοί διώκονται ποινικά σήμερα.
- Οι Έλληνες που πιθανώς εμπλέκονται στην υπόθεση αυτή, εμπλέκονται ως ασθενείς που αναζητούν τη θεραπεία τους εκμεταλλευόμενοι το κενό νόμου που υπήρχε στις χώρες αυτές. Φεύγουν με δική τους πρωτοβουλία, με δικά τους έξοδα, χωρίς την ενημέρωση και τη μεσολάβηση του EOM.
- Ασθενείς καταφεύγουν στη λύση αυτή και θέτουν εαυτούς σε κίνδυνο λόγω της έλλειψης οργάνων παγκόσμια, αλλά ακόμα περισσότερο στην Ελλάδα.

Έργο και όραμα του EOM είναι να συμβάλλει στη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων και στην ανάπτυξη του μεταμοσχευτικού προγράμματος της Ελλάδας, έτσι ώστε «όλοι οι Έλληνες πάσχοντες να μπορούν να γίνουν κοινωνοί του αγαθού της μεταμόσχευσης».¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

«Εγκεφαλικός Θάνατος»

2.1. ΓΕΝΙΚΑ-ΟΡΙΣΜΟΣ

Στο χώρο της εντατικής θεραπείας και στο χώρο των επειγόντων περιστατικών η μάχη με τον θάνατο είναι άμεση. Η δυσκολία είναι μεγαλύτερη όταν ο γιατρός καλείται να θέσει μια διαχωριστική γραμμή μεταξύ θανάτου και ζωής, καθώς οι δεοντολογικοί και ηθικοί προβληματισμοί είναι πιο έντονοι και άμεσοι όταν πρέπει να ληφθούν αποφάσεις εντός μικρού χρονικού διαστήματος.¹⁴

Η ταχεία και αποτελεσματική ανάνηψη που εφαρμόζεται σήμερα σε ευρεία έκταση σώζει ζωές. Ωστόσο, επαναφέρει και ορισμένα άτομα των οποίων ο εγκέφαλος είναι τόσο βαριά καταστραμμένος που δεν θα ανακτήσουν ποτέ τις διανοητικές τους λειτουργίες. Ο εγκέφαλος θα παραμείνει νεκρός για όλες τις επικοινωνίες αλλά η καρδιά τους θα συνεχίσει να χτυπά και στο τέλος θα σταματήσει. Αυτοί πλέον οι ασθενείς μπορεί να λεχθεί ότι υπέστησαν εγκεφαλικό θάνατο.

Ο προσδιορισμός του εγκεφαλικού θανάτου έχει διπλή σημασία. Πρώτον, αν διαγνωστεί με βεβαιότητα ο εγκεφαλικός θάνατος, οι συγγενείς του ασθενούς θα πρέπει να ενημερωθούν πως δεν υπάρχει νόημα να συνεχίζεται η ανάνηψη και υποστήριξη της ζωής. Μετά από συζήτηση πιθανόν να κριθεί φρόνιμο να σταματήσει ο τεχνητός αερισμός. Δεύτερον, όταν η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι σίγουρη, πέρα από κάθε αμφιβολία, αναδύεται η πιθανότητα να χρησιμοποιηθούν τα όργανα για μεταμόσχευση.

Τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου πρέπει να είναι απόλυτα. Αν υπάρχει κάποια αμφιβολία, δεν πρέπει να τίθεται η διάγνωση. Ως εγκεφαλικός θάνατος προσδιορίζεται η πλήρης και μη-αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους από γνωστή αιτία.¹⁵

2.2 ΑΙΤΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Τα αίτια του εγκεφαλικού θανάτου μπορεί να προέρχονται από:

- 1.Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
 - ο Τροχαία ατυχήματα
 - ο Πυροβολισμό στο κεφάλι

- ο Ανθρωποκτονία ή αυτοκτονία
- 2.Νευρολογικές παθήσεις
- ο Υπαραχνοειδής αιμορραγία
 - ο Εγκεφαλικοί όγκοι
 - ο Ενδοκρανιακή αρτηριοφλεβική κάκωση
 - ο Εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια, συχνά ανευρύσματα
- 3.Διάφορα αίτια, όπως κατάχρηση φαρμάκων^{16 17}

2.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Οι μεταμοσχεύσεις όξυναν το πρόβλημα του «κριτηρίου θανάτου» γιατί η παράταση της αναπνοής και κυκλοφορίας για μεγάλο χρονικό διάστημα με τεχνητές συνθήκες, όταν το άτομο δεν εμφανίζει άλλα στοιχεία ζωής, αχρηστεύει οποιαδήποτε δυνατότητα λήψης μοσχευμάτων, αν λάβουμε υπόψη μας ότι π.χ. ο νεφρός επιβιώνει έως και 30-50' μετά την παύση της κυκλοφορίας, πράγμα που δεν επιτρέπει συνήθως να ληφθεί μόσχευμα νεφρού από πτωματικούς δότες.¹⁸

Κριτήρια Harvard

Το 1968 η ειδική επιτροπή του πανεπιστημίου Harvard καθόρισε τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, τα οποία σύμφωνα με την ειδική επιτροπή που όρισε ο Πρόεδρος των ΗΠΑ συνίστανται ως εξής:

- ο Απουσία λειτουργίας εγκεφάλου και στελέχους
- ο Η αιτία θανάτου να είναι γνωστή και να αποκλείεται ανάνηψη
- ο Η παύση της καρδιακής λειτουργίας θα πρέπει να διατηρείται μετά από ορισμένη περίοδο παράτασης και θεραπείας.¹⁶

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Η αφαίρεση οργάνων από πτωματικούς δότες προϋποθέτει ότι ο θάνατος έχει εξακριβωθεί με βεβαιότητα και πέραν πάσης αμφιβολίας. Παλαιότερα, η διαπίστωση του θανάτου συνδεόταν με την διακοπή της αναπνοής και της κυκλοφορίας του αίματος. Σήμερα όμως είναι γνωστό ότι δεν αποκλείεται η επαναφορά τους με τη χρησιμοποίηση ειδικών μεθόδων.^{8 18}

2.4.1. Προϋποθέσεις διάγνωσης

Η βασική μέθοδος διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου είναι η νευρολογική εξέταση συμπληρωμένη από ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις όπως ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, διακρανιακό υπερηχογράφημα- Doppler, αγγειογραφία, σπινθηρογράφημα εγκεφάλου, ανάλογα με τις ενδείξεις.

Οι γιατροί που διαγιγνώσκουν τον εγκεφαλικό θάνατο πρέπει να είναι από ειδική ομάδα που δεν συμμετέχει στις μεταμοσχεύσεις, και να έχουν τις εξής ειδικότητες:

- Νευρολόγος ή νευροχειρουργός
- Αναισθησιολόγος
- Εντατικολόγος

Εκτός όμως από τις διαδοχικές κλινικές εκτιμήσεις προκειμένου να αποφανθεί για το θάνατο κάποιου ατόμου πρέπει να πληρούνται οι προϋποθέσεις που αναφέρονται παρακάτω:

- 1.Καθορισμός της αιτίας του κώματος.
- 2.Αποκλεισμός αναστρέψιμης αιτίας κώματος, όπως φάρμακα και νοσήματα.
- 3.Διαφορική διάγνωση από άλλα αίτια που μπορούν να μιμηθούν εγκεφαλικό θάνατο.
- 4.Διόρθωση κάθε αιτίας που μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.¹⁰

2.4.2.Κλινικά κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι καταρχάς κλινική. Παρακάτω αναφέρονται τα κλινικά κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου:

1. Κώμα (βαθμολογία 3 σύμφωνα με την κλίμακα Γλασκόβης)
2. Μόνιμη και διαρκής άπνοια.
- 3.Απουσία αντανάκλαστικών εγκεφαλικού στελέχους.¹⁹

2.4.3. Κλινικές δοκιμασίες

Οι κλινικές δοκιμασίες που προέχουν της διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου περιλαμβάνουν τον έλεγχο του εγκεφαλικού στελέχους και τη δοκιμασία άπνοιας.Η κλινική εκτίμηση της ακεραιότητας του εγκεφαλικού στελέχους γίνεται με

χαρακτηριστικές αντανακλαστικές κινήσεις που σχετίζονται με τους πυρήνες που εδρεύουν στο στέλεχος.¹⁹

Η τελική και σημαντικότερη κλινική εξέταση για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι η δοκιμασία άπνοιας ή ακριβέστερα δοκιμασία απνοϊκής οξυγόνωσης, η οποία πραγματοποιείται προκειμένου να επιβεβαιωθεί η μόνιμη απώλεια της αυθόρμητης αναπνοής. Η παρουσία διαρκούς άπνοιας επιβεβαιώνει την απουσία δραστηριότητας του εγκεφαλικού στελέχους. Αυτό το στοιχείο είναι επαρκές για να θέσει τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους και συνεπώς το θάνατο του ατόμου.¹⁰

2.5. ΣΗΜΕΙΟ ΛΑΖΑΡΟΥ

Μερικές φορές αν και πληρούνται τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, μπορεί να εμφανίζονται ανεξήγητες κινήσεις, όπως κινήσεις βάδισης, δραγμού (σαν να πιάνει κάτι), στροφής κεφαλής, συσπάσεις του προσώπου, καθώς και παραμένοντα αντανακλαστικά, όπως τενόντια ή κοιλιακά. Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν ασυνήθιστες κινήσεις, όπως σαν να θέλει να πιάσει τον τραχειοσωλήνα κατά τη στιγμή της διακοπής του μηχανικού αερισμού στην δοκιμασία άπνοιας, υπέρταση, εφίδρωση ή δακρύρροια. Οι αντανακλαστικές αυτές κινήσεις καλούνται τραγικά αντανακλαστικά ή σημείο Λαζάρου. Αποτελούν κινήσεις νωτιαίου αυτοματισμού και εκδηλώνονται όταν η ανασταλτική επίδραση των ανώτερων εγκεφαλικών κέντρων έχει διακοπεί. Η ακριβή αιτιολογία τους στον εγκεφαλικό θάνατο είναι άγνωστη, αλλά θεωρείται ότι είναι ανάλογη με των αντανακλαστικών που παρατηρούνται στους τετραπληγικούς. Εκτός από τον εγκεφαλικό θάνατο τα αντανακλαστικά αυτά μπορεί να παρατηρηθούν και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως στα φυσιολογικά νεογνά.

Η παρουσία αντανακλαστικών νωτιαίου αυτοματισμού και ανεξήγητων τέτοιων κινήσεων δεν αναιρεί τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, μπορεί όμως να δημιουργήσει σύγχυση σχετικά με την επιβεβαίωσή του, γι'αυτό απαιτείται περαιτέρω επιβεβαιωτικός εργαστηριακός έλεγχος, όπως το ισοηλεκτρικό ηλκτροεγκεφαλογράφημα ή η απουσία αιματικής ροής στις ενδοκράνιες αρτηρίες στην αγγειογραφία τεσσάρων αγγείων του εγκεφάλου. Όταν δεν υπάρχει δυνατότητα πραγματοποίησης τέτοιου εργαστηριακού ελέγχου, τότε παρατείνεται η περίοδος κλινικής παρατήρησης για τουλάχιστον 12 ώρες.²⁰

2.6. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΦΥΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ- ΚΩΜΑΤΟΣ

Στις αρχές της δεκαετίας του 50, όταν ήδη είχε αρχίσει η χρήση των αναπνευστήρων, περιγράφονται από διάφορους συγγραφείς, ασθενείς με βαριά εγκεφαλική βλάβη, είτε λόγω κακώσεων του εγκεφάλου, είτε λόγω ισχαιμικών αλλοιώσεων εξαιτίας καρδιακής ανακοπής με καθυστερημένη ανάνηψη, είτε λόγω εγκεφαλικής αιμορραγίας, οι οποίοι βρίσκονται σε μηχανική υποστήριξη αναπνοής. Οι συγγραφείς περιγράφουν ασθενείς που έχουν χάσει κάθε λειτουργία του εγκεφάλου, δηλαδή χωρίς να υπάρχει καμία ένδειξη οποιασδήποτε δραστηριότητας του εγκεφάλου διαπιστούμενης κλινικά ή εργαστηριακά. Τα νεκροτομικά ευρήματα επιβεβαίωσαν τη νέκρωση του εγκεφάλου. Για την περιγραφή αυτής της καταστάσεως οι συγγραφείς χρησιμοποιούν διάφορους όρους, όπως «νεκρωτική εγκεφαλοπάθεια», «κώμα πέραν του κώματος» ή «κώμα χωρίς επιστροφή». Σε όλες τις περιγραφές ήδη από τη δεκαετία του 50 είναι σαφές ότι οι συγγραφείς αναφέρονται σε μία κατάσταση τελείως διαφορετική των γνωστών νευρολογικών συνδρόμων και σαφώς διαχωρισμένη από το γνωστό ως τότε κώμα.¹⁴

Υπάρχει σαφέστατη διαφορά μεταξύ της φυτικής κατάστασης και του εγκεφαλικού θανάτου. Η φυτική κατάσταση είναι μια σοβαρότατη εγκεφαλική βλάβη, που όμως δεν σημαίνει θάνατο του ατόμου. Στη φυτική κατάσταση, ενώ διατηρείται ικανοποιητική η λειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους, μόνο ο εγκεφαλικός φλοιός είναι εκείνος που έχει πάψει να λειτουργεί. Στην περίπτωση αυτή το άτομο έχει αυτόματη αναπνοή και καρδιαγγειακή λειτουργία, αλλά στερείται συνείδησης. Μόνιμη φυτική κατάσταση οφείλεται σε σοβαρή βλάβη του εγκεφάλου και αντιστοιχεί σε μία υποτυπώδη μορφή ζωής. Κατά αυτήν ο ασθενής αν και έχει αποθέσει όλα εκείνα τα στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου, μπορεί με κατάλληλη φροντίδα να διατηρείται στη ζωή. έχει συμβεί σε σπάνιες περιπτώσεις ασθενών με ορατή εγκεφαλική βλάβη, να επέλθει ανάνηψη από αυτήν την κατάσταση.

Σε καμία περίπτωση τα άτομα με παρατεινόμενο κώμα ή φυτική κατάσταση μόνιμη, δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως εγκεφαλικά νεκρά ή ακόμα περισσότερο να θεωρηθούν δότες οργάνων.²⁰

2.7.ΤΟ ΗΘΙΚΟ ΔΙΛΛΗΜΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Η υπόθεση των μεταμοσχεύσεων είναι αδιάρρηκτα συνδεδεμένη με τη δυνατότητα λήψης ζωτικών οργάνων σε κατάλληλη κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι τα όργανα αυτά θα πρέπει να αφαιρεθούν από το δότη οπωσδήποτε πριν καταπαύσει η καρδιακή λειτουργία, διότι η κυκλοφορία του αίματος είναι αυτή που τα συντηρεί στη ζωή. Από την άλλη πλευρά, η αφαίρεση των οργάνων δεν επιτρέπεται να προκαλέσει τον θάνατο, με άλλα λόγια, προκειμένου περί απλών συμπαγών οργάνων (καρδιά, ήπαρ, πάγκρεας κ.λπ.) δεν μπορεί να γίνει ενόσω ο δότης είναι ακόμη ζωντανός. Η επινόηση του αναπνευστήρα έλυσε αυτό το αδιέξοδο, μια που στις περιπτώσεις εγκεφαλικά νεκρών ατόμων στάθηκε έτσι δυνατό να διατηρηθεί η κυκλοφορία του αίματος παρά τη νέκρωση του εγκεφάλου.²¹

2.7.1. Το δίλλημα της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου.

Απόρροια αυτού του παραδόξου ήταν να χρειασθεί ένας επαναπροσδιορισμός της έννοιας του θανάτου και να προβληθούν έντονα και λεπτά διλήμματα ηθικής φύσεως, που προκλήθηκαν από την πάλη ανάμεσα στη διάθεση προσφοράς στο λήπτη και σεβασμό του δότη. Η επικρατούσα άποψη μεταξύ των ειδικών επιστημόνων και αρμοδίων επιτροπών είναι ότι βιολογικός θάνατος είναι η απώλεια της λειτουργικής συνοχής του σώματος ως οργανισμού. Με άλλα λόγια ο θάνατος επέρχεται όταν έστω μία εκ των ζωτικών λειτουργιών (καρδιακή, εγκεφαλική, νεφρική, ηπατική, πεπτική, πνευμονική κ.λπ.) αδυνατεί να επιτελεστεί, διότι τότε η ζωή του οργανισμού ως συνόλου καταργείται, έστω κι αν με κάποιο υποστηρικτικό τρόπο συνεχίσουμε τη λειτουργία ορισμένων εκ των υπολοίπων. Το ερώτημα αν ένας οργανισμός είναι ζωντανός ή νεκρός, τη στιγμή που έχει παύσει μια ζωτική λειτουργία του και διατηρούνται οι υπόλοιπες, μέχρι πρόσφατα ήταν άνευ αντικειμένου, δεδομένου ότι κάτι τέτοιο δεν ήταν πρακτικά κατορθωτό, έως ότου ανακαλύφθηκε ο αναπνευστήρας.²¹ Η έννοια του θανάτου δεν είναι δυνατόν να αποτελεί θέμα ατομικής ερμηνείας. Πρέπει να είναι και είναι μια γενική έννοια και αυτό σημαίνει μία αντικειμενική θεώρηση βασιζόμενη σε βιολογικά κριτήρια.⁸

Δεν επιτρέπεται να γίνεται οποιαδήποτε επέμβαση που δεν είναι προς το συμφέρον του ασθενούς πριν από την αναγγελία του θανάτου. Μέχρις ότου επέλθει ο θάνατος, ο ασθενής δεν θεωρείται υποψήφιος δότης και δεν επιτρέπεται η λήψη μέτρων που αφορούν μόνο στη διασφάλιση οργάνων και τα οποία θα έβλαπταν τον ασθενή. Δεν επιτρέπεται επίσης η μεταφορά βαρέως τραυματία σε ειδικό νοσοκομείο που διαθέτει

τα μέσα για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, αν ο ασθενής κρίνεται ακατάλληλος για τη μεταφορά αυτή. Όπως επίσης ,ουδεμία εργαστηριακή εξέταση ιστοσυμβατότητας εν αναμονή της αφαιρέσεως οργάνων, ακόμη και όταν η παρέμβαση αυτή δεν καταπονεί τον ασθενή.⁸

Η περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου αναφέρεται σε ένα άτομο του οποίου η εγκεφαλική λειτουργία δεν επιτελείται διότι έχει ήδη αρχίσει η αποσύνθεση του εγκεφαλικού ιστού και έχει ήδη νεκρωθεί το εγκεφαλικό στέλεχος. Ο εγκέφαλος δεν αντικαθίσταται ούτε με βιολογικό μόσχευμα ούτε με τεχνητό όργανο. Αυτό σημαίνει ότι η εγκεφαλική λειτουργία, σε αντίθεση μάλιστα με την καρδιακή, ούτε αντικαταστάσιμη είναι ούτε αναστρέψιμη.²¹

Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την άποψη, ένας εγκεφαλικά νεκρός έχει περάσει οριστικά και αμετάκλητα στο θάνατο. Επί πλέον ο εγκέφαλος φιλοξενεί τη συνείδηση, τις ανώτερες λειτουργίες, το κέντρο του πόνου, τα κέντρα των αισθήσεων, τη λειτουργική αυτονομία των διαφόρων συστημάτων κ.α.. Από την πρώτη στιγμή που τέθηκε η ιδέα του εγκεφαλικού θανάτου, κατά την έβδομη δεκαετία του περασμένου αιώνα, και μάλιστα μεταξύ των ειδικών επιστημόνων που συμμετείχαν στην πρώτη Επιτροπή του Harvard, παρά την τελικά ομόφωνα απόφαση τους, εμφανίσθηκαν έντονες διαφοροποιήσεις. Και ήταν πολύ φυσικό, μια που είχε πλέον δημιουργηθεί μια νέα κατάσταση θανάτου, η οποία δεν θα ήταν αυταπόδεικτη, αλλά θα έπρεπε να πείσουμε γι' αυτήν.²¹

2.7.2. Φιλοσοφική αμφισβήτηση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου.

Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι και θα παραμείνει εκτεθειμένος σε φιλοσοφική αμφισβήτηση, τα δε βαθύτερα αίτια αμφισβήτησης του είναι τα εξής:

- Ο εγκεφαλικός θάνατος, σε αντίθεση με τον ως τώρα γνωστό φυσικό θάνατο, είναι ιατρογενής έννοια, συνεπεία όχι της φυσιολογικής εξέλιξης του ανθρώπινου οργανισμού αλλά της τεχνολογίας.
- Η υποψία ότι ο εγκεφαλικός θάνατος επινοήθηκε για να εξυπηρετήσει μια σκοπιμότητα, τις μεταμοσχεύσεις, που μπορεί μεν να είναι θεμιτή και καλή, αφού θεραπεύει, δεν παύει όμως να αποτελεί σκοπιμότητα.
- Η σύγχυση μεταξύ του εγκεφαλικού θανάτου και του κώματος ή της χρόνιας φυτικής κατάστασης.

- Ο φόβος ότι τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου δεν είναι ακριβή και συνεπώς η διάγνωση μπορεί να είναι εσφαλμένη και η κατάσταση αναστρέψιμη.

Η αντίληψη ότι οι εγκεφαλικά νεκροί ενδεχομένως να διατηρούν κάποιες ανώτερες λειτουργίες, τα δε εγκεφαλονωτιαία αντανακλαστικά αποτελούν αποδείξεις μη οριστικής επέλευσης του θανάτου.²¹

Οι επιφυλάξεις και αμφισβητήσεις του εγκεφαλικού θανάτου προέρχονται κυρίως από φιλοσοφικούς ή βιοηθικούς κύκλους και σε μικρότερο βαθμό από την ιατρική κοινότητα, παρά το γεγονός ότι η σχετική επιχειρηματολογία, σχεδόν στο σύνολο της, αντλείται από τους γιατρούς και παρουσιάζει επιστημονική αιτιολογία. Αξίζει να σημειωθεί ότι η επιστημονική αμφισβήτηση δεν βρίσκει εκπροσώπους μεταξύ των ειδικών εντατικολόγων και νευρολόγων. Εκτός τούτου, η αρχική αντίθεση στην ιδέα του εγκεφαλικού θανάτου είχε ως πηγή της την άποψη ότι το κριτήριο, αντί να περιορισθεί στο στέλεχος του εγκεφάλου, θα έπρεπε να επεκταθεί στα εγκεφαλικά ημισφαίρια και το θάλαμο. Με άλλα λόγια, οι διαφωνούντες εύρισκαν τα κριτήρια αρκετά αυστηρά και αδικαιολόγητα περιοριστικά. Όσοι διαφωνούν φιλοσοφικά διατυπώνουν ερωτήματα όπως: είναι δυνατόν να έχουμε μπροστά μας ένα νεκρό και αυτός να έχει ενδείξεις και εικόνα ζωντανού; Είναι δυνατόν ένας νεκρός να έχει όργανα που λειτουργούν και καρδιά που πάλλεται;¹⁴

Ο καθηγητής A.Shewmon αποτελεί τον κύριο εκφραστή της αμφισβήτησης του εγκεφαλικού θανάτου. Αν και υπήρξε υπέρμαχος του εγκεφαλικού θανάτου και υποστηρικτής των μεταμοσχεύσεων για χρόνια, η αμφισβήτησή του δεν αφορά την ακρίβεια ή την εγκυρότητα της διαπιστώσεως της μη αναστρέψιμης νεκρώσεως του εγκεφάλου, αλλά αμφισβητεί την ταύτιση του εγκεφαλικού θανάτου με τον θάνατο με την έννοια ότι δεν είναι δυνατόν η νέκρωση ενός μόνο οργάνου – όσο καίριο και αν είναι, ακόμα και του εγκεφάλου – να ταυτίζεται με τον θάνατο ολόκληρου του οργανισμού. Ο A.Shewmon υποστηρίζει ότι ο θάνατος επέρχεται μόνο μετά την μη αναστρέψιμη παύση της καρδιακής λειτουργίας. Υποστηρίζει ότι και μετά τον εγκεφαλικό θάνατο υπάρχουν κάποιες ολοκληρωμένες ρυθμιστικές λειτουργίες του οργανισμού. Σε ένα από τα άρθρα του περιγράφει χρόνια περιστατικά με εγκεφαλικό θάνατο που διατηρήθηκαν με μηχανική υποστήριξη πέραν της μιας εβδομάδος. Στο ίδιο άρθρο αναφέρεται περιστατικό εγκύου με εγκεφαλικό θάνατο που κυοφόρησε. Η απάντηση που δόθηκε για το άρθρο αυτό βασίζεται στο γεγονός ότι τα περισσότερα

από τα περιστατικά που περιελήφθησαν στη μελέτη δεν είχαν τεκμηριωμένα τηρηθεί τα κριτήρια της διαδικασίας της διαγνώσεως του εγκεφαλικού θανάτου.¹⁴

Τελικά η λεπτότητα του θέματος αφήνει και θα αφήνει πάντοτε χώρο για αμφισβήτηση και επιφυλάξεις εγκεφαλικός θάνατος είναι ιατρογενές φαινόμενο, αποτέλεσμα της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής. Τα εγκεφαλικά νεκρά άτομα εμφανίζουν στοιχεία που παραπέμπουν σε ζωή, καθώς είναι θερμά, έχουν καρδιακό παλμό και αιματική ροή, παράγουν ουρά και απορροφούν και μεταβολίζουν τις τροφές. Παράλληλα έχουν ιδιώματα οικεία με την κλασική αντίληψη του νεκρού, όπως δεν παρουσιάζουν καμία αντίδραση ούτε στους πιο έντονους ερεθισμούς, έχουν πλήρη άπνοια, δεν εκτελούν αυτόματες κινήσεις και δεν διατηρούν εσωτερικούς μηχανισμούς φυσιολογικής ομοιόστασης, επί πλέον δε δεν συντηρούν καμία βάσιμη ελπίδα αποκατάστασης.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

«Ατομικά και κοινωνικά ηθικά διλλήματα»

3.1. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

Με τον όρο συναίνεση εννοείται η συγκατάθεση του ασθενούς προκειμένου να πραγματοποιηθεί στον ίδιο οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Η συγκατάθεση εξασφαλίζεται μετά από σχετική ενημέρωση του ασθενούς που τον καθιστά αυτεξούσιο, δίνοντας του την δυνατότητα να διαχειρίζεται τον εαυτό του ως αυτοδύναμο.²²

Όταν το άτομο που επιθυμεί να γίνει δωρητής οργάνων του, έχει προβεί στις παραπάνω διαδικασίες, τότε η συναίνεσή του και η επιθυμία του είναι ευνόητες. Αν όχι, σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου, την απόφαση καλείται να πάρει η οικογένεια. Την έγκριση, κατά σειρά προτεραιότητας δίνουν: ο-η σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς, ο συνοδός του εγκεφαλικά νεκρού, οποιοσδήποτε έχει αναλάβει την ευθύνη της σωρού.¹⁶

Η απόφαση που καλείται να λάβει η οικογένεια για τη δωρεά οργάνων διακρίνεται από κάποια χαρακτηριστικά που την κάνουν ιδιαίτερα ξεχωριστή. Με τον όρο απόφαση εννοούμε την ενσυνείδητη επιλογή μεταξύ δύο τουλάχιστον εναλλακτικών ενεργειών. Η αποχή από μία ενέργεια αποτελεί και αυτή μία απόφαση. Η απόφαση στην περίπτωση της δωρεάς οργάνων θεωρείται κρίσιμη επειδή:

- Ø Περιλαμβάνει τρεις εναλλακτικές επιλογές. Τη συναίνεση για λήψη όλων των οργάνων, τη συναίνεση για συγκεκριμένα όργανα και την άρνηση.
- Ø Αποτελεί μία μη αναστρέψιμη απόφαση.
- Ø Λαμβάνεται κάτω από συνθήκες έντονου στρες ή κρίσης και σε εξαιρετικά περιορισμένο χρονικό διάστημα.
- Ø Συμμετέχει συνήθως όλη η οικογένεια στη διαδικασία λήψης απόφασης.
- º Παρόλο που δεν υπάρχει άμεσο κόστος ή όφελος για τον ίδιο τον υποψήφιο δότη, η οικογένεια εκλαμβάνει τη συναίνεση για τη δωρεά οργάνων ως απώλεια και της τελευταίας ελπίδας να επανέλθει ο άνθρωπος στη ζωή.²³

Μια έρευνα που δημοσιεύτηκε στις 4 Ιουλίου 2001 στο ιατρικό περιοδικό «Journal of the American Medical Association» που έγινε στο Οχάιο από το 1994 μέχρι το 1999

στις οικογένειες 420 ατόμων που ήταν υποψήφιοι δότες, είχε σαν στόχο να βρει τι ήταν εκείνο που επηρέαζε τους συγγενείς στο να επιτρέψουν τη λήψη οργάνων από τα αγαπημένα τους πρόσωπα για σκοπούς μεταμόσχευσης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν καθοριστικά την απόφαση των οικογενειών είναι η διαφώτιση για το θέμα και η επιθυμία του ασθενούς να είναι ή όχι δότης. Οι γιατροί βρήκαν ότι οι οικογένειες στις οποίες είχε συζητηθεί και αναλυθεί το θέμα της δωρεάς οργάνων πριν συμβεί το μοιραίο για το αγαπημένο τους πρόσωπο, έδιναν πιο εύκολα τη συγκατάθεσή τους. Επίσης συμφωνούσαν συχνότερα να δώσουν όργανα για μεταμόσχευση, στις περιπτώσεις που γνώριζαν εκ των προτέρων ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο είχε εκφράσει την επιθυμία να είναι δότης.²⁴

3.2. Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΚΑΙ ΤΟΥ ΛΗΠΤΗ

Ένα από τα πιο σημαντικά θέματα της ηθικής των μεταμοσχεύσεων είναι η ενημέρωση αμφοτέρων, τόσο του δότη όσο και του λήπτη περί της διαδικασίας, των κινδύνων, του ποσοστού επιτυχίας, του ενδεχομένου απόρριψης του μοσχεύματος, των πιθανών επιπλοκών κ.λπ. Στην περίπτωση που η μεταμόσχευση γίνεται από ζώντα δότη, στην ουσία, προκειμένου να θεραπευθεί ο λήπτης, γίνεται ασθενής ο δότης με συνέπειες απρόβλεπτες και στη φύση και στο χρόνο και στο μέγεθος τους. Έτσι για παράδειγμα, αν κάποιος δωρίσει τον ένα νεφρό του και του συμβεί στο μέλλον κάποιο ατύχημα ή προσβληθεί από μία νεφρική ασθένεια, ασφαλώς θα αντιμετωπίσει προβλήματα και κινδύνους που είναι αναγκαίο να έχει υπόψη του και να έχει σταθμίσει δεόντως πριν προβεί στη δωρεά του οργάνου του. Επειδή μάλιστα η πράξη της δωρεάς, ιδίως μεταξύ συγγενών, λαμβάνει χώρα κάτω από συνθήκες ιδιαίτερης συναισθηματικής έντασης και δικαιολογημένης πολλές φορές άγνοιας, είναι απόλυτα επιβεβλημένο ο αρμόδιος και έμπειρος γιατρός να ενημερώσει λεπτομερώς το δότη πριν αποφασίσει τη δωρεά του.

Παράλληλα, βέβαια, πρέπει να είναι ενήμερος και για το απόμακρο ενδεχόμενο μιας εσφαλμένης ή ελλιπούς διαγνώσεως της καταστάσεως του ή ακόμη και κάποιων απρόβλεπτων επιπλοκών κατά την αφαίρεση του οργάνου, όπως και της πιθανότητας η μεταμόσχευση να αποτύχει ή το όργανο να απορριφθεί και τελικά να χαθεί και για το δότη και για το λήπτη. Αναγκαίο επίσης είναι να έχουν σταθμισθεί εκ των προτέρων, τα οφέλη που θα προκύψουν για το λήπτη από τη μεταμόσχευση σε σχέση με την αναπόφευκτη βλάβη και τους κινδύνους στους οποίους θα εκτεθεί η υγεία του

δότη. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει η μεταμόσχευση να αποτελεί μοναδική θεραπευτική λύση και ελπίδα για το λήπτη, οι δε κίνδυνοι της υγείας του δότη να θεωρούνται ασήμαντοι. Για τους λόγους αυτούς, δεν είναι λίγοι αυτοί που προτείνουν ότι καλό είναι παράλληλα με τη δήλωση συναίνεσης που κάνει ο δότης να αναφέρεται και το όνομα του υπεύθυνου ιατρού που επιφορτίστηκε με το έργο της ενημέρωσης του. Ανάλογα πρέπει να ενημερώνεται και ο λήπτης. Αυτός πρέπει να γνωρίζει βασικές λεπτομέρειες της μεταμοσχευτικής διαδικασίας την οποία θα υποστεί, τις πιθανότητες επιτυχίας, το ενδεχόμενο απόρριψης του μοσχεύματος και επανάληψης της επέμβασης, στατιστικά δεδομένα της συγκεκριμένης τεχνικής και περιπτώσεως, το αν η μέθοδος είναι δοκιμαστική ή πειραματική κ.ά.¹⁰

3.3. Η ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Οι συνθήκες υπό τις οποίες γίνονται οι μεταμοσχεύσεις υποβάλλουν τους υποψήφιους δότες και τις οικογένειές τους σε ισχυρές εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις για να κάνουν τέτοια δωρεά. Αυτό είναι εξαιρετικά εμφανές στην περίπτωση μεταμοσχεύσεων από ζωντανούς δότες, που συνήθως αφορούν τη δωρεά ενός νεφρού σε έναν από τους γονείς, αδερφό ή τέκνο που ασθενεί βαρέως με τελικό στάδιο κάποιας νόσου.

Οι περισσότερες μεταμοσχευτικές ομάδες αποφεύγουν προσεκτικά να ζητήσουν ευθέως από τους βιολογικούς συγγενείς να προσφερθούν οι ίδιοι ως δότες. Έτσι πληροφορούν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους ότι ένα νεφρικό μόσχευμα από έναν συγγενή που παρουσιάζει καλή ιστοσυμβατότητα, είναι πιθανό να έχει καλύτερη πρόγνωση από ένα πτωματικό μόσχευμα από έναν άσχετο δότη.⁸

Πέρα των βιοϊατρικών λόγων που ευνοούν τη μεταμόσχευση από ζωντανό δότη, η συμβολική της έννοια στην πραγματικότητα, υποχρεώνει κάθε μέλος της οικογένειας να σκέφτεται να κάνει μια τέτοια δωρεά. Η ακεραιότητα, ο οικογενειακός δεσμός και η γενναιοδωρία της οικογένειας εμπλέκονται με την ατομική και καθολική επιθυμία να δώσουν κάτι δικό τους σε έναν συγγενή με τελικό στάδιο νόσου.

Είναι εύκολο να κατανοήσει κανείς ότι επειδή τα πτωματικά όργανα προέρχονται από άτομα που είναι άγνωστα στους λήπτες, τέτοια δωρεά είναι απαλλαγμένη από εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις. Παραταύτα, στις περιπτώσεις δωρεάς πτωματικών οργάνων, οι οικογένειες των θανόντων αισθάνονται συναισθηματικά και πνευματικά

αναγκασμένοι να κάνουν ένα τέτοιο δώρο ζωής όταν τους προτείνεται από την ομάδα συγκομιδής οργάνων.⁸

3.4. Η ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ο υποψήφιος λήπτης, στον οποίο προσφέρεται ένα όργανο από ζωντανό ή πτωματικό δότη υποβάλλεται σε συμπληρωματικές πιέσεις για να το αποδεχθεί. Άσχετα με το αν οι επιφυλάξεις του υποψηφίου λήπτη αφορούν μόνο το μόσχευμα, η μεγάλη απροθυμία ή η ρητή άρνηση να αποδεχθεί το όργανο που του προσφέρεται, συμβολικά σημαίνει την απόρριψη δότη και των σχέσεων του δότη προς τον λήπτη.⁸

Είναι πολλοί οι λόγοι για τους οποίους ο λήπτης μπορεί να είναι απρόθυμος να αποδεχθεί ένα δωριζόμενο όργανο.

- Είναι πιθανό ο λήπτης να μην επιθυμεί ένας ζωντανός συγγενής δότης να υποβληθεί στο βαθμό κινδύνου και θυσίας που συνδέεται με το μόσχευμα.
- Ο λήπτης μπορεί να αισθάνεται ότι λαμβάνοντας ένα όργανο από το άτομο αυτό να έκανε τις μεταξύ τους σχέσεις συναισθηματικώς περίπλοκες και δύσκολες.
- Ανεξαρτήτως εάν το προσφερόμενο όργανο προέρχεται από ζωντανό συγγενή ή θανάτο ξένο, ο λήπτης είναι δυνατό να υποφέρει από τη συνειδητοποίηση ότι ένα τέτοιο δώρο δεν θα μπορούσε να το ξεπληρώσει.
- Μπορεί να έχει μεγάλη ανησυχία ή κατανόηση σχετικά με την ενσωμάτωση του δωριζόμενου τμήματος ενός άλλου γνωστού ή άγνωστου προσώπου στο σώμα του, στην προσωπικότητά του και στη ζωή του.

Μεταξύ των υποσυνείδητων συναισθημάτων που οι λήπτες αυτοί φαίνεται να συμμερίζονται, είναι η πεποίθηση ότι μερικές από τις ψυχικές και κοινωνικές όπως επίσης και τις σωματικές ιδιότητες του δότη, μεταφέρονται μαζί με τα όργανά του στο πρόσωπο στο οποίο μεταμοσχεύονται. Το χαρακτηριστικό ενδιαφέρον που οι λήπτες των πτωματικών οργάνων και οι συγγενείς τους δείχνουν για να μάθουν τι είδους πρόσωπο ήταν ο δότης (π.χ. το φύλλο του δότη, την ηλικία, την ειδικότητα, την οικογενειακή κατάσταση, μόρφωση, επάγγελμα, θρήσκευμα, χαρακτήρα και ιστορία της ζωής του) και σε τι είδους οικογένεια ανήκε έχει σχέση με το ίδιο φαινόμενο.⁸

3.5. ΛΙΣΤΕΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ

Το κύριο πρόβλημα στον τομέα της μεταμόσχευσης αφορά την έλλειψη δωριζόμενων οργάνων. Κάθε μέρα σχεδόν 10 άνθρωποι πεθαίνουν στην Ευρώπη αναμένοντας ένα όργανο. Το ποσοστό θνησιμότητας των ασθενών που αναμένουν μόσχευμα καρδιάς, ήπατος ή πνεύμονα κυμαίνεται μεταξύ 15% και 30%. Σήμερα υπάρχουν περίπου 40.000 ασθενείς στην Ευρώπη σε καταλόγους αναμονής για μεταμόσχευση οργάνων.²⁵

Ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι επιτροπές δεοντολογίας είναι η συγκρότηση της λίστας αναμονής των ληπτών για κάθε είδους μεταμόσχευση με κριτήρια κατά το δυνατό αδιάβλητα και αξιοκρατικά. Η λίστα πρέπει να είναι δίκαιη, να περιλαμβάνει όλες τις περιπτώσεις και για κανένα λόγο να μην παραβιάζεται. Οι υποψήφιοι λήπτες εγγράφονται στη λίστα αναμονής και η κατανομή των μοσχευμάτων γίνεται με βάση τα στοιχεία ιστοσυμβατότητας, το χρόνο αναμονής, την ηλικία (τα νεότερα άτομα έχουν προτεραιότητα), τη γεωγραφική απόσταση από το μόσχευμα και το επείγον της κατάστασης.

Στην Ελλάδα η μοριοποίηση και συνεπώς η κατάσταση των ληπτών στην Εθνική Λίστα έχει οριστεί με υπουργική απόφαση του 1996 και το δε άρθρο 7 παρ.3 του νόμου 2737/1999 προσδιορίζει τα βασικά κριτήρια της. Αν τα κριτήρια είναι ισοδύναμα, προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει, πριν παρουσιαστεί για αυτά η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από το θάνατό τους.²⁶

3.6. ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Εκτός από την οργάνωση, η αύξηση της δωρεάς εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αποδοχή της ιδέας των μεταμοσχεύσεων από το κοινό. Το ενημερωμένο κοινό είναι η ασφαλέστερη πηγή προσφοράς μοσχευμάτων. Η ενημέρωση, οπότε, πρέπει να είναι συνεχής και πολύπλευρη. Ιδιαίτερα σημαντικός στην ανάπτυξη αυτού του προγράμματος, θεωρείται ο ρόλος των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού των μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων καθώς και των Συλλόγων που έχουν ως στόχο τους τη διάδοση της ιδέας δωρεάς ιστών και οργάνων.^{22 26}

Τόσο ο έντυπος όσο και ο ηλεκτρονικός τύπος παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης σε θέματα υγείας. Οι καμπάνιες ενημέρωσης δύσκολα πείθουν τους Έλληνες. Αυτό που δεν κατορθώνεται με τις καμπάνιες, ενίοτε

επιτυγχάνεται με τη δημοσιοποίηση μέσω των ΜΜΕ προβλημάτων υγείας διάσημων προσώπων. Σε πολλές περιπτώσεις λειτουργούν ως κινητήριοι μοχλοί, ευαισθητοποιώντας έναν διόλου ευκαταφρόνητο αριθμό υποψήφιων δωρητών. Είναι ενδεικτική η περίπτωση του μακαριστού Χριστόδουλου. Η πολύμηνη περιπέτειά του έφερε στο προσκήνιο το μείζον ζήτημα της έλλειψης μοσχευμάτων αλλά και νέους υποψήφιους δωρητές οργάνων στον ΕΟΜ. Ως θετικό καταγράφεται στον ΕΟΜ το γεγονός ότι μέσα στο πρώτο τρίμηνο του 2008 υπήρξε αύξηση στον αριθμό των πτωματικών δοτών από 20 σε 31.²⁹ Ενώ όμως τα ΜΜΕ ενημερώνουν, μόνο η διαπροσωπική επικοινωνία μπορεί να επιτύχει την «αλλαγή συμπεριφοράς».²⁶

Ενημέρωση του προσωπικού των νοσοκομείων. Η Eurotransplant, το 1990, διαπίστωσε ότι στις χώρες τις οποίες εξυπηρετεί παρατηρήθηκε μείωση των δωρεών οργάνων. Για το λόγο αυτό, δημιούργησε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης των νοσοκομείων-δοτών, στο οποίο συμμετείχαν επαγγελματίες από διάφορες ειδικότητες εμπλεκόμενες στις μεταμοσχεύσεις. Μεταξύ του 1992 και 1995 πάνω από 330 επαγγελματίες από διάφορα κράτη συμμετείχαν στο πρόγραμμα αυτό. Περισσότεροι των 90% των συμμετασχόντων δήλωσαν ότι αισθάνονταν καλύτερα προετοιμασμένοι για την προσέγγιση του προβλήματος, ότι το πρόγραμμα αυτό είναι χρήσιμο και ότι πενταπλασιάστηκε η ικανότητα τους να προσεγγίσουν τους συγγενείς του υποψήφιου δότη.²⁶

Εκπαίδευση στα σχολεία. Μεταξύ των μελών μιας κοινωνίας, οι νέοι αποτελούν μια μεγάλη ομάδα ατόμων που μπορεί να έχουν σημαντική επιρροή στη διαμόρφωση των απόψεων του κοινωνικού συνόλου, στο παρόν και στο μέλλον. Στην Αυστραλία έχει δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα ενημέρωσης των μαθητών (κατά προτίμηση ηλικίας 13-14 ετών). Μέσα σε μια τριετία, το πρόγραμμά εφαρμόστηκε στο 25% των σχολείων της χώρας και υπολογίζεται ότι κάθε έτος τουλάχιστον 5500 μαθητές συμμετέχουν στο πρόγραμμα και μεταφέρουν την εμπειρία τους στην οικογένειά τους. Οι πρώτες εκτιμήσεις δείχνουν εξαιρετικά ενθαρρυντικά στοιχεία.²⁶

Είναι αλήθεια ότι, Για να γίνει η επαύριον της ζωής πάλι ζωή, (Οδ. Ελύτης), χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια ευαισθητοποίησης, γνώσης, ενεργούς συμμετοχής και δράσης. Τελικός στόχος θα είναι βέβαια όχι μόνο η παθητική αλλαγή στάσης αλλά

ενεργή και συγκεκριμένη πράξη, που δεν είναι άλλη, από αυτή της συνειδητής και έγκαιρης δήλωσης δωρεάς ιστών η οργάνων

3.7. ΑΝΕΓΚΕΦΑΛΑ ΒΡΕΦΗ

Ενώ η παιδιατρική μεταμόσχευση δίνει όλο και περισσότερες ελπίδες για επιβίωση και υγιή ζωή σε παιδιά με σοβαρές παθήσεις, το τεράστιο έλλειμμα μοσχευμάτων της περιορίζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα. Οι περιπτώσεις μικρών παιδιών εγκεφαλικά νεκρών είναι προφανώς πολύ λίγες. Γι' αυτό η σκέψη να χρησιμοποιηθούν βρέφη με συγγενή ανεγκεφαλία ως δότες οργάνων σε βρέφη με άλλες σοβαρές παθήσεις συχνά εμφανίζεται στο προσκήνιο.⁶

Τα ανεγκέφαλα βρέφη αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία πηγής μοσχευμάτων, εξαιρετικά σπάνια, που αφορά σε βρέφη που γεννώνται χωρίς να έχουν αναπτυχθεί τα εγκεφαλικά τους ημισφαίρια, ενώ τα λοιπά όργανα έχουν φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία. Τα ανεγκέφαλα βρέφη συνήθως πεθαίνουν ύστερα από λίγες ώρες ή εβδομάδες από τη γέννησή τους, σπάνια, μπορεί να επιβιώσουν για κάποιες εβδομάδες ή μήνες. Ευτυχώς, σήμερα με την ανάπτυξη της προγεννητικής υπερηχογραφίας, έχουν περιορισθεί οι περιπτώσεις τέτοιων γεννήσεων. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που ενώ έχει γίνει προγεννητικός έλεγχος και η μητέρα γνώριζε το πρόβλημα, δεν διέκοψε την κύηση, ώστε να δωρίσει τα όργανα του παιδιού της. Τα βρέφη αυτά υποστηρίζονται σε ΜΕΘ μέχρι να επέλθει ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους και κατόπιν υποβάλλονται στα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, προκειμένου να ληφθούν όργανα για μεταμόσχευση. Στη θέα της έλλειψης οργάνων για μεταμόσχευση, νεφρά από ανεγκέφαλα βρέφη θα μπορούσαν να είναι δώρο ζωής για κάποια παιδιά και παράλληλα να δώσουν στους γονείς ένα αίσθημα ικανοποίησης να βγαίνει από την τραγική εμπειρία τους. Αν και έχουν πραγματοποιηθεί επιτυχείς μεταμοσχεύσεις από τέτοιους δότες, υφίστανται αντιρρήσεις για την ορθότητα της αξιοποίησης αυτών των μοσχευμάτων.²⁷

3.7.1. Το πρόβλημα των ανεγκέφαλων βρεφών

Ο αντίλογος στην αποδοχή της χρήσεως των οργάνων αυτών των παιδιών είναι ότι τα παιδιά που γεννιούνται με συγγενή ανεγκεφαλία όλο και λιγοστεύουν για το λόγο ότι ο προγεννητικός έλεγχος που προηγείται, στην περίπτωση που διαγνωσθεί η πάθηση, οδηγεί σχεδόν πάντοτε σε διακοπή της κύησης.

Παράλληλα, η βελτίωση των όρων ζωής σταδιακά περιορίζει τις πιθανότητες τέτοιων συμβάντων. Κάτι τέτοιο:

α) θα μπορούσε να διευρύνει επικίνδυνα την κατηγορία των δοτών, από άτομα μόνον εγκεφαλικά νεκρά που τώρα περιλαμβάνει, σε άτομα χρόνιας φυτικής καταστάσεως ή με μεγάλες ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού συστήματος ή σε παρατεταμένο κώμα, δεδομένου ότι τα ανεγκέφαλα βρέφη διαθέτουν εγκεφαλικό στέλεχος σε λειτουργία.

β) θα κλόνιζε την εμπιστοσύνη προς τους παιδίατρους που φροντίζουν το παιδί

γ) θα απασχολούσε ασύμφορα τις ήδη φορτωμένες ΜΕΘ, χωρίς αντίστοιχα μεγάλο πρακτικό όφελος

δ) επειδή τα παιδιά αυτά δεν θα μπορούσαν ποτέ να συναινέσουν ή να αρνηθούν, θα ήταν αδύνατο να στηριχθούν νομικά, αυτού του είδους οι μεταμοσχεύσεις, ακόμη και στην εικαζόμενη συναίνεση.

ε) Τέλος, θα πρόσθετε στο δράμα της γεννήσεως αυτών των παιδιών την εντελώς χρηστική και ωφελμιστική θεώρηση τους από την κοινωνία. Αντί, στις λίγες στιγμές της επιβιώσεως τους, να τα αγκαλιάσει η κοινωνία με σύμπνοια και στοργή, θα τα περιέβαλλε με ψυχρές και συμφεροντολογικές σκέψεις. Αντί να τους τονίσει την ιδιαίτερη υπόσταση και το πρόσωπο, θα τους τα εξαφάνιζε εντελώς.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

«Επαγγελματικά ηθικά διλήματα»

4.1. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΟΔΟΣ

Χάρη στη διαρκή πρόοδο της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας, οι δυνατότητες παρεμβάσεων μας ,έχουν προχωρήσει ,σε βαθμό που δεν μπορούσε κανείς να διανοηθεί έως πριν λίγα χρόνια. Ακραία περίπτωση αποτελεί η διατήρηση βασικών βιολογικών λειτουργιών ,μεταξύ των οποίων και η λειτουργία της καρδιάς, σε άτομα των οποίων έχει διαπιστωθεί εγκεφαλικός θάνατος. Οι παρεμβάσεις αυτές σημαίνουν ότι οι στοιχειώδεις βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού μπορούν να παρατείνονται τεχνητά, ακόμη και για σημαντικό διάστημα, χωρίς να αναμένεται οποιοδήποτε θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Μεταξύ συμβατών αγωγών από τις οποίες προσδοκείται θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή και παρεμβάσεων όπως οι παραπάνω ,οι οποίες επί πλέον δεν συνεπάγονται αποδεκτή ποιότητα ζωής (ιδίως σε καταστάσεις που συνοδεύονται από μη ανακουφιζόμενο αφόρητο πόνο ,με προθανάτια αγωνία του προσώπου ή όταν δεν υπάρχουν ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες) διακρίνουμε μια «γκρίζα» περιοχή που δεν καλύπτεται από την ιατρική δεοντολογία. Η εξακολούθηση των ιατρικών παρεμβάσεων σε περιστατικά αυτής της γκρίζας περιοχής είναι αμφιλεγόμενη. Έτσι, οι τελικές αποφάσεις καταλήγουν να είναι αποτέλεσμα υποκειμενικών αξιολογήσεων. Ωστόσο, στις περιπτώσεις αυτές, η εξακολούθηση ή μη της παρέμβασης δεν πρέπει να επαφίεται μόνο στην κρίση του γιατρού.⁵

4.2. ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Όπως προαναφέραμε, η μεταμόσχευση και η δωρεά οργάνων όσο χρήσιμη και αν είναι, άλλο τόσο μπορεί να γίνει και επικίνδυνη, αν δεν χειριστεί κατάλληλα. Απαραίτητη θεωρείται η θωράκιση όλων των ιατρικών-νοσηλευτικών παρεμβάσεων από το νομικό πλαίσιο, ώστε να μην προκύπτουν προβλήματα κατά την άσκηση αυτών.

Η μορφή των νομικών προβλημάτων βασικά θα εξαρτηθεί από το αν η αφαίρεση του οργάνου που θα μεταμοσχευθεί γίνει από ζώντα ή νεκρό δότη. Κατά συνέπεια, θα

εξεταστούν τα προβλήματα που προκύπτουν: α) κατά την αφαίρεση οργάνου από ζώντα δότη β) την αφαίρεση από νεκρό δότη.²⁸

Αφαίρεση οργάνου από ζώντα δότη.

Τα νομικά προβλήματα, κατά την αφαίρεση ενός οργάνου από ζώντα δότη προκύπτουν από το ότι, με την ενέργεια αυτή ο ιατρός από πρόθεση βάζει σε κίνδυνο τη ζωή του δότη είτε με την χειρουργική επέμβαση που δεν αποβλέπει σε κάποιο θεραπευτικό σκοπό είτε με τη βλάβη που ενδεχόμενα μπορεί να του προκαλέσει στο μέλλον, η αφαίρεση του οργάνου του. Όταν λ.χ. από τον δότη ο ιατρός αφαιρεί έναν νεφρό, εκτός από τον κίνδυνο της νεφρεκτομής όπως είναι ευνόητο προκαλεί και στο δότη και μία μόνιμη βλάβη εφόσον πλέον έχει έναν μόνο νεφρό. Κατά συνέπεια, η «από πρόθεση» αφαίρεση ενός οργάνου αποτελεί, σύμφωνα με την έννοια του Π.Κ. «από πρόθεση σωματική βλάβη».

Παρ' όλα αυτά όμως η παράγραφος 2 του ίδιου άρθρου αποδεικνύει την ποινική ανευθυνότητα του ιατρού, εφ' όσον με τη πράξη του αυτή αποσκοπεί στην εκπλήρωση κάποιου υψηλού σκοπού, που στην προκειμένη περίπτωση είναι η σωτηρία ενός αρρώστου από κάποιον αναπότρεπτο κίνδυνο. Αυτή δηλαδή η ενέργεια του ενσαρκώνει την έννοια των «χρηστών ηθών» και εκτός από αυτό γίνεται με τη συναίνεση του δότη.²⁸

Ανάλογα με το όργανο που αφαιρείται η βλάβη χαρακτηρίζεται ως απλή ή ως επικίνδυνη ή βαριά. Η πρώτη τιμωρείται με το άρθρο 308 του ΠΚ που τιμωρεί την «από πρόθεση» απλή σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας, ενώ η επικίνδυνη τιμωρείται αντίστοιχα με τα άρθρα 309 και 310 του ΠΚ. Τέλος, η θανατηφόρος βλάβη τιμωρείται με το άρθρο 311.

Ο ιατρός, την ποινική του ανευθυνότητα, για την απλή «από πρόθεση» σωματική βλάβη μπορεί να εξασφαλίσει μόνο με τη συναίνεση του δότη, ενώ αντίθετα, για τις περιπτώσεις της βαριάς «από πρόθεσης» σωματικής βλάβης η συναίνεση του δότη δεν είναι αρκετή για να αναιρέσει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης του.²⁸

Βασική αρχή, στις περιπτώσεις αυτές εκτός βέβαια από την συναίνεση του δότη, είναι ότι ο κίνδυνος που θα διατρέξει αυτός θα πρέπει να είναι ανάλογος με το επιδιωκόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη πιθανή επιτυχία της μεταμόσχευσης. Η βαριά βλάβη, δηλαδή, του δότη θα πρέπει να είναι σε είδος και σε σπουδαιότητα κατώτερη της ζωής του λήπτη που κινδυνεύει. Η αρχή αυτή είναι απόλυτα λογική,

γιατί διαφορετικά θα έπρεπε στην κυριολεξία να θυσιάσουμε τη ζωή του δότη πράγμα που είναι αντίθετο με την καλή έννοια της αυτοθυσίας και την έννοια του νόμου.

Οι θεμελιώδεις όροι που συνδέονται με τη χρησιμοποίηση της μεταμοσχεύσεως οργάνων από ζώντες αντικατοπτρίζουν την προσήλωση στην Ιπποκρατική αρχή του «μη βλάπτειν». Εκεί όπου υπάρχουν διαθέσιμες άλλες πηγές οργάνων, πρέπει να προτιμώνται από τους ζωντανούς δότες, λόγω της υποχρέωσης της μη πρόκλησης βλάβης.

Οι νομικοί όροι πάντως που τυπικά συνοδεύουν της μεταμοσχεύσεις από ζωντανούς δότες είναι ασαφής και υπαγορεύουν τη χρησιμοποίηση ευρείας κριτικής ικανότητας.⁸

Η δικαιολογία για την πραγματοποίηση μεταμοσχεύσεων από ζωντανούς δότες, οφείλεται στα πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα που σταθερά επιτυγχάνονται και στην έλλειψη πτωματικών μοσχευμάτων και άλλης προέλευσης οργάνων. Αν υπήρχαν αμέσως διαθέσιμα όργανα για πτωματική μεταμόσχευση και η μεταμόσχευση από ζωντανό δότη θα πρόσφερε όμοια αλλά όχι καλύτερα αποτελέσματα και πάλι δεν θα υπήρχε ηθική δικαιολογία να προχωρήσει κανείς στη χρησιμοποίηση ζωντανού δότη, διότι σε τέτοια περίπτωση η δωρεά από ζωντανό δότη δε θα αντιπροσώπευε την έσχατη θεραπευτική λύση.⁸

Αφαίρεση οργάνου από νεκρό δότη

Η αφαίρεση οργάνου για μεταμόσχευση από νεκρό δότη έχει να αντιμετωπίσει σοβαρά ιατρικά και νομικά προβλήματα. Παρ' όλα αυτά προσφέρεται περισσότερο, γιατί από το πτώμα μπορούν να αφαιρεθούν ακόμα και πολύτιμα όργανα όπως είναι η καρδιά, το ήπαρ κτλ. Το πρώτο νομικό πρόβλημα αφορά την κατοχύρωση της επέλευσης του θανάτου. Την κατοχύρωση δηλαδή του « νομικώς» νεκρού ατόμου. Αντιλαμβάνεται κανείς ότι η διαπίστωση του κλινικού θανάτου ήταν ένα από τα πιο φλέγοντα προβλήματα, γιατί σε διαφορετική περίπτωση δεν θα ήταν δυνατό να προστατευθούν οι νοσηλευόμενοι στα διάφορα νοσηλευτικά κέντρα που διαθέτουν τμήματα μεταμοσχεύσεων, από μια πρόωγη δήλωση θανάτου

Έτσι η δυσκολία του προβλήματος ήταν ο ακριβής προσδιορισμός του χρονικού ορίου μέχρι του οποίου θα έπρεπε να αγωνιστεί ο ιατρός με τα διάφορα μέσα αναζωογόνησης, ώστε μετά από αυτό να μπορεί να θεωρήσει τον άρρωστο που περιέπεσε σε κόμα ως νεκρό, με αλλά λόγια ότι δεν επιδέχεται πλέον ζωή.²⁸

Το δεύτερο σοβαρό πρόβλημα ήταν ο ακριβής προσδιορισμός του χρόνου, κατά τον οποίο, μετά το θάνατο θα μπορούσε ο ιατρός να προβεί στην αφαίρεση των οργάνων. Η νομική επιβεβαίωση του θανάτου αποτελεί βασική προϋπόθεση για να αποκλειστεί το άδικο της πράξης του ανατόμου ιατρού. Πρέπει λοιπόν να μην βιαστεί, ώστε πρόωρα και σε βάρος του δότη να προβεί στην έκδοση του πιστοποιητικού του θανάτου αλλά και να μην χαθεί πολύτιμος χρόνος, μέχρι την ανατομή του πτώματος. Η πτωματική εκδήλωση, ως επιβεβαίωση του θανάτου, θα καθιστούσε τα όργανα ακατάλληλα από την ερχόμενη σήψη.²⁸

4.3. ΚΩΔΙΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Ο νόμος και ο κώδικας δεοντολογίας των νοσηλευτών για τις μεταμοσχεύσεις είναι σαφής: «Όταν ένας ασθενής βρίσκεται στο στάδιο κατά το οποίο είναι αδύνατη η αντιστροφή της τελειωτικής διαδικασίας για την παύση των ζωτικών λειτουργιών, οι οποίες διατηρούνται με τεχνητά μέσα, οι γιατροί προκειμένου να προβούν σε αφαίρεση οργάνων, πιστοποιούν το θάνατό(πριν να πεθάνει) του λαμβάνοντας υπόψη τα πλέον σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης.¹⁸

Έργο του Νοσηλευτή που μετέχει στη διαδικασία είναι η συνδρομή του ιατρικού έργου καθώς και η λήψη κάθε απαραίτητου μέτρου για τη διαπίστωση ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις, το απόρρητο, καθώς και ότι ο δότης ουδέποτε εκδήλωσε αντίθετη βούληση είτε γραπτά, είτε διαμέσου των συγγενών του.

Είναι σύμφωνο με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων, να μπορεί να αρνηθεί να παρέμβει στις διαδικασίες αφαίρεσης οργάνων» Και εγείρονται ερωτήματα. Εφόσον λοιπόν δεν αντίκειται στην ηθική η μεταμόσχευση οργάνων, γιατί πριν ο ασθενής καταλήξει, οι γιατροί πιστοποιούν τον θάνατό του;

Υπάρχει ή όχι πρόβλημα ηθικής αφού κατά την άποψη κάποιων, ο ασθενής είναι εγκεφαλικά νεκρός και συνεπώς άχρηστος; Γιατί ο νόμος προβλέπει και διασφαλίζει το δικαίωμα του νοσηλευτή να αρνηθεί να πάρει μέρος στη διαδικασία αφαίρεσης των οργάνων, αφού η προσφορά ζωτικών οργάνων είναι μια πράξη που προωθείται ως απόλυτα ηθική και ανθρωπιστική; Γιατί ορίζει ο νόμος ότι ο μελλοθάνατος αν έστω και προφορικά έχει εκδηλώσει αντίθετη βούληση να είναι δότης η θέληση του είναι σεβαστή; Όπως γίνεται σεβαστή η διαθήκη με τα άλλα υπάρχοντά του.²⁹

4.4. ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Η απόφαση για την ιατρική περίθαλψη ασθενών που βρίσκονται σε μη αναστρέψιμο στάδιο είναι εξαιρετικά κρίσιμη, αφού επηρεάζει τόσο την διάρκεια όσο και την ποιότητα ζωής που τους απομένει. Παράλληλα, η απόφαση για δωρεά οργάνων πρέπει να λαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή, εφόσον αυτός είναι σε θέση να εκφράσει την γνώμη του, ή από τους οικείους του, που αναλαμβάνουν τη νομική και ηθική ευθύνη των αποφάσεων αυτών.³⁰

Ως ικανότητα λήψης αποφάσεων ορίζεται η δυνατότητα του ασθενή να

- δέχεται και να κατανοεί μία αναλυτική ενημέρωση
- αντιδρά στην ενημέρωση με κατάλληλο τρόπο
- μεταφέρει την απόφαση και τις επιθυμίες του στον θεράποντα γιατρό

Η ευθύνη του γιατρού και του νοσηλευτή επικεντρώνεται στη στήριξη και ενημέρωση του ασθενούς ή των οικείων του, ούτως ώστε να λάβουν αποφάσεις σύμφωνες προς το συμφέρον του πάσχοντος με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Για τη στήριξη του ασθενούς, ο ρόλος του νοσηλευτή παραμένει υποστηρικτικός, ενώ κρίνεται αναγκαίος σε όλες τις φάσεις πριν και μετά τη μεταμόσχευση αλλά και σε επίπεδο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Προϋπόθεση αποτελεί η ολιστική φροντίδα, για τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας αυτών των ατόμων.³¹ Η προσέγγιση των συγγενών του υποψήφιου δότη διακρίνεται στα εξής στάδια:

1.Ενημέρωση των συγγενών όσον αφορά τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή από τους γιατρούς της Μονάδας.

Σύμφωνα με την αρχή της «συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση» η απόφαση του ασθενούς ή των οικείων του προϋποθέτει την προηγούμενη κατάλληλη ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό. Συνεπώς, χρέος του είναι να δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες για την σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς, καθώς επίσης ο ίδιος έχει και τη νομική και ηθική ευθύνη αυτής της ενημέρωσης. Το ίδιο ισχύει και στις εξεταζόμενες δύο περιπτώσεις, όταν δηλαδή η κατάσταση του ασθενούς είναι με βεβαιότητα μη αναστρέψιμη και είτε α) ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο της

ασθένειας είτε β) δεν μπορεί να προσδιοριστεί εάν βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ασθένειας.³²

- **Ασθενής σε τελικό στάδιο**

Στις περιπτώσεις αυτές η ενημέρωση περιλαμβάνει οπωσδήποτε τα αντικειμενικά δεδομένα του μη αναστρέψιμου της κατάστασης του ασθενούς και της διαπίστωσης ότι αυτός βρίσκεται σε τελικό στάδιο. Όταν υπάρχουν αυτά τα αντικειμενικά δεδομένα, έχει πλέον εκλείψει ο θεραπευτικός σκοπός της ιατρικής παρέμβασης και υπό την έννοια αυτή, κάθε περαιτέρω αγωγή εμπίπτει στην κατηγορία του ιατρικώς ματαίου (medical futility). Συνεπώς, στο περιεχόμενο της ενημέρωσης, αυτό το συμπέρασμα πρέπει να διατυπώνεται με σαφήνεια από το θέρáποντα, στο μέτρο της ψυχολογικής αντοχής του ασθενούς και στους οικείους του.

Ακόμα και όταν κάθε θεραπευτικό όφελος έχει με βεβαιότητα αποκλειστεί, η σχέση ασθενούς και ιατρού-νοσηλεύτη εξακολουθεί να διατηρείται. Η διαπίστωση του «ιατρικώς ματαίου», δεν συνεπάγεται την εγκατάλειψη του ασθενούς από το θέρáποντα-νοσηλεύτη. Αυτό, επίσης πρέπει να καθίσταται σαφές στο πλαίσιο της ενημέρωσης.

Όταν δεν υπάρχει θεραπευτικό όφελος, ο στόχος της ιατρικής παρέμβασης εξακολουθεί να διέπεται από τη θεμελιώδη αρχή του «ωφελείν, μη βλάπτει». Τότε ως αναμφισβήτητο όφελος του ασθενούς παραμένει μόνο η ανακούφιση από τον πόνο και την ταλαιπωρία. Αντίθετα, η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών, χωρίς ελπίδα θεραπείας, μπορεί να θεωρηθεί «βλάβη» και να βιώνεται από τον ασθενή ως τέτοια.³²

- **Ασθενής σε μη τελικό στάδιο**

Εφόσον δεν υπάρχει ελπίδα ίασης του ασθενούς αλλά η επιδείνωση της κατάστασης του είναι αργή και ενδέχεται η τεχνητή διατήρηση στη ζωή να μπορεί να παραταθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, η ενημέρωση από το θέρáποντα οφείλει να καθιστά σαφές τόσο το μη αναστρέψιμο της κατάστασης του ασθενούς, όσο και την αβεβαιότητα ως προς το χρόνο επέλευσης του θανάτου, λαμβάνοντας υπόψη πάντα τις ψυχολογικές αντοχές του ασθενούς. Αν ο θέρáπων κρίνει ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δεχτεί αυτή την ενημέρωση, τότε οφείλει να ενημερώσει τους οικείους του.

Όταν η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών του ασθενούς παρατείνει τον πόνο και την προθανάτια αγωνία ή δεν σέβεται την αυτονομία του, και σε αυτή την περίπτωση ενδέχεται να συνιστά βλάβη. Ο θεράπων ιατρός έχει και πάλι τόσο τη νομική όσο και την ηθική υποχρέωση να προτείνει την εναλλακτική επιλογή ανακουφιστικής αγωγής, με δεδομένο το μη αναστρέψιμο της κατάστασης και το γεγονός ότι η τεχνητή παράταση ζωής μπορεί να συνιστά βλάβη.³²

2) Ενημέρωση των συγγενών από τους γιατρούς για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Στις υποχρεώσεις του νοσηλευτή ακολουθεί η ολοκληρωμένη πληροφόρηση σχετικά με την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Η ελπίδα των συγγενών ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο τελικά θα ζήσει, πάντα υπάρχει.. Συνεπώς σκοπός της ενημέρωσης είναι να μειωθούν οι αμφιβολίες των συγγενών και να νιώσουν εμπιστοσύνη και ασφάλεια. Επίσης οι συγγενείς ενημερώνονται για την χρήση οργάνων και ιστών και για τα κριτήρια καταλληλότητας

Επίσης ο νοσηλευτής οφείλει να τηρήσει την εχεμύθεια μεταξύ του δότη και του λήπτη, να ενημερώσει την οικογένεια ότι είναι απαλλαγμένη από κάθε κόστος και να συστήσει στην οικογένεια τον κατάλληλο κοινωνικό φορέα.⁵

3) Συνέντευξη - Ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών πριν από την έκκληση για δωρεά οργάνων.

Η συνέντευξη της οικογένειας του δότη προηγείται της ενημέρωσης και είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη της όποιας διαδικασίας. Περιλαμβάνει:

- Την άποψη για την έννοια του θανάτου κατά την οικογένεια
- Συζήτηση για το ρόλο του υποψήφιου δότη στην οικογένεια
- Ποια είναι η σημασία του θανάτου στην οικογένεια
- Ποια η κατανόηση και αισθήματα για τις μεταμοσχεύσεις
- Ποια η σημασία της δωρεάς στην οικογένεια
- Αν είναι γνωστή η επιθυμία του θανόντος για δωρεά
- Ποιο είναι το θρήσκευμά τους¹⁶

4. Πρόταση για συναίνεση των συγγενών στην προσφορά οργάνων και ιστών σώματος.

Τελευταίο στάδιο είναι αυτό της πρότασης των συγγενών για προσφορά οργάνων και ιστών σώματος. Οι συγγενείς είναι αρκετά έτοιμοι να ακούσουν την πρόταση των ιατρών, ακόμα και να συναινέσουν, καθώς έχει προηγηθεί η κατάλληλη προσέγγιση.¹⁶

4.5. ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ.

Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό πρέπει πάντα να είναι προετοιμασμένο και για την άρνηση, καθώς σε πρακτικό επίπεδο, υπάρχει διάχυτη. Οι κυριότεροι λόγοι που κάποιος μπορεί να είναι αρνητικός στη δωρεά είναι φοβίες απέναντι στο θέμα του θανάτου και σχετικά με τις αντιλήψεις για την ύπαρξη εμπορίου οργάνων, καχυποψία σχετικά με τη μη τήρηση προταιρεότητας στη λίστα ληπτών και όσον αφορά το χρηματικό κέρδος των γιατρών, έλλειψη ενημέρωσης, καθώς και ύπαρξη αδιαφορίας σε συνδυασμό με την έλλειψη ευρύτερης παιδείας και πολιτιστικού επιπέδου.

Για όλες τις παραπάνω περιπτώσεις ο ιατρός και ο νοσηλευτής πρέπει να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι και για την άρνηση στην πρόταση της δωρεάς και να πράξουν ανάλογα.

4.5.1. Ψυχολογικής άρνηση από τους οικείους του ασθενούς.

Στο ενδεχόμενο αυτό, οι οικείοι του ασθενούς δεν αποδέχονται τη γνωμάτευση του θεράποντα ή την αποδέχονται, αλλά δεν βρίσκονται σε ψυχολογικά πρόεπουσα κατάσταση για να αποφασίσουν. Εδώ η γνώμη δευτέρου ιατρού και η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης κρίνονται ως καταλληλότερες λύσεις.

Εάν η αντίθεση μεταξύ θεράποντος-νοσηλευτή και συγγενών είναι έντονη, τότε ο θεράπων-νοσηλευτής οφείλουν να αποχωρήσουν, αφού εξασφαλίσουν την παρακολούθηση του ασθενούς από άλλον ιατρό της επιλογής των οικείων.⁵

4.5.2. Ψυχολογική άρνηση από τον ασθενή

Εν προκειμένω, ο ασθενής συνήθως επιθυμεί να δοκιμάσει κάποια άλλη θεραπευτική αγωγή, η οποία όμως κρίνεται ιατρικώς μάταια, δεν είναι έτοιμος να αποδεχτεί την σοβαρότητα της κατάστασής του, καθώς επίσης να ενημερωθεί για

προσφορά των οργάνων του. Οι συγκρούσεις τέτοιου είδους θέτουν σε κίνδυνο τη σχέση εμπιστοσύνης ιατρού-νοσηλευτή και ασθενούς. Ως εκ τούτου, η γνώμη δευτέρου ιατρού ή η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση του προβλήματος.

Εάν η αντίθεση αυτή είναι έντονη, ώστε να καταλύεται τελικά η σχέση εμπιστοσύνης, τότε ο θεράπων-νοσηλευτής ,οφείλει και πάλι να αποχωρίσει αφού εξασφαλίσει την παρακολούθηση του ασθενούς από άλλον ιατρό.⁵

Αυτονόητο το γεγονός πως μια μεταμόσχευση δεν αποτελεί μια καθαρά ιατρική πράξη. Η συναλλαγή μεταξύ ζωής και θανάτου, προϋποθέτουν και ενδύουν τους ανθρώπους με υπερβολική δύναμη, ενώ παράλληλα δημιουργούν τεράστιες δυνατότητες και φέρνουν σε σύγκρουση δικαιώματα και υποχρεώσεις. Εκείνο όμως που σίγουρα δεν μπορεί να αμφισβητηθεί το γεγονός πως οι μεταμοσχεύσεις συνδέονται με πληθώρα ερωτημάτων ηθικών και δεοντολογικών, και αυτό γιατί συνδέονται με λεπτές έννοιες όπως η ζωή, ο θάνατος, το ανθρώπινο αυτεξούσιο, η επί μέρους μας εξουσία κ.λπ., που δεν είναι τόσο εύκολο να απαντηθούν. Έτσι, κάπου εδώ, καλούνται οι κοινωνικές ομάδες να απαντήσουν σε αυτά τα δύσκολα ερωτήματα και να προβούν σε ρυθμίσεις λεπτές, οι οποίες θα διασφαλίσουν και τον ανθρώπινο σεβασμό αλλά και το δικαίωμα στην υγεία και τη ζωή, ενώ θα προφυλάξουν και θα προστατεύσουν την ισορροπία των ανθρωπίνων σχέσεων.³³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

«Διαθηρησκειακή θεώρηση των μεταμοσχεύσεων»

5.1. ΓΕΝΙΚΑ

Οι περισσότερες θρησκείες, παρά τις ποικίλες ευαισθησίες τους στα θέματα του σώματος και του θανάτου και τη δυσκολία τους να αποδεχθούν άνευ όρων το επιστημονικό τόλμημα, ή να υιοθετήσουν απερίφραστα τη διείσδυση της επιστήμης σε μεταφυσικούς χώρους, διαβλέποντας μια έντονη έκφραση ανθρώπινης αγάπης και αλληλεγγύης, γενικώς αποδέχονται την ιδέα και την πρακτική των μεταμοσχεύσεων. Τα δύο βασικά προβλήματα που θα έπρεπε η κάθε θρησκεία να ξεπεράσει προκειμένου να συναινέσει στην δωρεά σώματος και τις μεταμοσχεύσεις είναι αφ' ενός μεν το κατά πόσον οι νέες αυτές χειρουργικές πρακτικές τραυματίζουν τον σεβασμό προς το σώμα, αφ' ετέρου δε το αν ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με τον θάνατο του ανθρώπου.³⁴

Παρά ταύτα το γεγονός του θανάτου εκτός από τον καθαρά ιατρικό χαρακτήρα του έχει έντονα συναισθηματική, προσωπική και μεταφυσική διάσταση που ιδιαίτερα αφορά τις θρησκείες. Για τον λόγο αυτόν και συχνά στον προσδιορισμό του παρεμβάλλονται λόγοι συνειδήσεως. Από την άλλη πλευρά πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν ότι μία ενημέρωση και άμεση εμπειρία του τι σημαίνει εγκεφαλικός θάνατος συντελεί ουσιαστικά στην κατανόησή και στην ορθότερη στη συνέχεια θεολογική τοποθέτησή. Το 1996, έγινε στο Colorado των ΗΠΑ μία έρευνα μεταξύ 183 θρησκευτικών ηγετών, κληρικών, νοσοκομειακών ιερέων και ιεροσπουδαστών σχετικά με την δωρεά οργάνων και τον εγκεφαλικό θάνατο. Στο πρώτο ερώτημα της δωρεάς οργάνων σχεδόν όλοι συναίνεσαν. Στο δεύτερο, σχετικά με το αν η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου σημαίνει ότι το άτομο είναι νεκρό, ενώ μόνο το 62% των κληρικών και το 77% των ιεροσπουδαστών συμφώνησαν, το ποσοστό των νοσοκομειακών ιερέων, που φυσικά είχαν περισσότερη εμπειρία του γεγονότος, ήταν 90%.³⁵

Αυτό που κατά κύριο λόγο διευκολύνει τις θρησκευτικές συνειδήσεις να ξεπεράσουν τους δισταγμούς τους στα παραπάνω θέματα, είναι η αξιοποίηση της ελεύθερης συνείδησης και η καλλιέργεια της αγάπης. Αν δηλαδή κάποιος έχει συνειδητά συναινέσει στην δωρεά των οργάνων του σώματός του και επί πλέον

επικαλείται λόγους αγάπης και συναλληλίας, τότε αυτά θεωρούνται ισχυρός λόγος για να ξεπερασθεί κάθε συνειδησιακή αναστολή στο θέμα της δωρεάς οργάνων.³⁵

5.2. ΘΕΣΕΙΣ ΘΡΗΣΚΕΙΩΝ

5.2.1. Ορθόδοξη Εκκλησία

Μέχρι πρόσφατα, η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν είχε τοποθετηθεί με επίσημα κείμενα, παρά μόνο έμμεσα με συγκεκριμένες ενέργειες επισήμων εκπροσώπων της, ορισμένοι εκ των οποίων ήταν οι γνωστοί δωρητές οργάνων ή και αποδέκτες της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.

Τα τελευταία, όμως, χρόνια είδαν το φως συνοδικές αποφάσεις ή και εγκύκλια γράμματα, μέσα από τα οποία διαφαίνεται μία υπό όρους αποδοχή των μεταμοσχεύσεων.³⁶

Στο θέμα των μεταμοσχεύσεων, το πρώτο πνευματικό ερώτημα είναι αυτό της αυτοδιαθέσεως του σώματος, όχι φυσικά σε νομική αλλά σε θεολογική και πνευματική βάση: Είναι το σώμα μας κάτι δικό μας που μπορούμε να το προσφέρουμε ή κάτι που δεν μας ανήκει και δεν δικαιούμαστε να το εκχωρούμε; Οι μεταμοσχεύσεις θα μπορούσαν να αποτελέσουν μοναδική ευκαιρία ώστε η μεταξύ μας κοινωνία και η συγγενεία μας ως ανθρώπων να βρει την απόλυτη έκφρασή της στη ζωή μας.

Το δεύτερο βασικό ερώτημα που αναδύεται είναι το πότε ακριβώς επισυμβαίνει ο θάνατος. Το γεγονός του θανάτου έχει επακριβή χρονική στιγμή ή αποτελεί κατάσταση που απαιτεί κάποια χρονική διαδικασία και την οποία προσδιορίζουμε με βιολογικές παραμέτρους; Αν είναι στην εξουσία του ανθρώπου η παράταση της ζωής, είναι ταυτόχρονα και η προσπάθεια καθυστέρησης του θανάτου ή υπό ορισμένους όρους και η επίσπευση της στιγμής του;

Ο εγκεφαλικά νεκρός μοιάζει με ζωντανό, αναπνέει, η καρδιά του χτυπάει, είναι σχετικά ζεστός, δεν εμφανίζει εικόνα αποσυνθέσεως, τα όργανά του ακόμη λειτουργούν με αποτέλεσμα οι συγγενείς του να διατηρούν ελπίδες, να λειτουργούν στη λογική του λίγο ακόμα, του μήπως έχει γίνει λάθος ή του μήπως γίνει θαύμα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η εμφάνιση των εγκεφαλικά νεκρών να γεννά εσφαλμένες μεν αλλά δικαιολογημένες αμφιβολίες.³⁶

Αυτό δυσκολεύει τις θρησκείες να προβούν σε συγκεκριμένες τοποθετήσεις περί του θανάτου, ο οποίος από θεολογικής απόψεως αποτελεί αψηλάφητο μυστήριο. Οι θρησκείες είναι αναρμόδιες και απρόθυμες να εκφυλίζουν με επιστημονικούς ορισμούς θέματα και έννοιες που θεωρούν στη φύση τους ιερά. Αυτός είναι ο λόγος που προτιμούν να στέκονται με δέος και σιωπή μπροστά στο άγνωστο του θανάτου.

Απ' ότι φαίνεται ο εγκεφαλικός θάνατος θα παραμείνει εκτεθειμένος στην αμφισβήτηση. Αυτό όμως δεν δημιουργεί από πνευματικής πλευράς ηθικά προβλήματα στις μεταμοσχεύσεις. Ίσως να είναι και καλύτερα, γιατί μας μεταφέρει από το ηθικό του ασφαλούς στο ηθικό του ρίσκου, στο οποίο όμως η πιθανότητα να ανακαλύψουμε την δύναμη της αγάπης και την ζωντάνια της πνευματικής ελευθερίας είναι μεγαλύτερη.³⁶

Εκκλησία της Ελλάδος

Η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος είναι η πρώτη μεταξύ των Ορθοδόξων Εκκλησιών που με επίσημο κείμενό της τοποθετήθηκε στο θέμα των μεταμοσχεύσεων κατά τη συνεδρία της Ιεραρχίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, την 7η Οκτωβρίου του 1999. Στο κείμενο αυτό, που περιλαμβάνει 55 άρθρα, καταναμημένα σε δώδεκα θεματολογικές ενότητες, παρουσιάζονται οι γενικές και ειδικές αρχές που διέπουν τον προβληματισμό της Εκκλησίας σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις και τον ρόλο της ιατρικής επιστήμης. Η Εκκλησία, τονίζεται, αντικρίζει τις μεταμοσχεύσεις μόνο στη βάση της υπέρβασης του ατομικισμού και της φιλοζωίας με την αγάπη, τη συναλληλία ή και την καλλιέργεια αυτοθυσιαστικού φρονήματος. Η προστασία του δότη, τον οποίο περιβάλλει με ιδιαίτερη ευαισθησία και ως πρόσωπο και ως έννοια, και που εκφράζεται με το σεβασμό στην ελευθερία του και την τιμή στο πρόσωπο και τις τελευταίες στιγμές του, προέχει στην Ορθόδοξη εκκλησιαστική συνείδηση και ως αξία βαραίνει περισσότερο από όσο η παράταση της βιολογικής ζωής του λήπτη.³⁷

Σχετικά με το θέμα του εγκεφαλικού θανάτου, δεν παρουσιάζεται μία αναλυτική θεολογική ερμηνεία, η οποία ταυτίζει τον εγκεφαλικό θάνατο με το χωρισμό ψυχής και σώματος. Στην πραγματικότητα αποφεύγεται κάτι τέτοιο. Παρά ταύτα, στο επίσημο κείμενο τονίζεται ότι η Εκκλησία της Ελλάδος αν και δεν είναι αρμόδια, θα μπορούσε να δεχθεί την διεθνώς ομόφωνη άποψη ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το αμετάκλητο βιολογικό τέλος του ανθρώπου. Η διατύπωση αυτή εξυπνοεί ότι αφ ενός, μεν, η Εκκλησία δεν δογματίζει επί του θέματος του εγκεφαλικού θανάτου, αφού δεν είναι αρμόδια για κάτι τέτοιο, αφ ετέρου, δε,

απέναντι στην ομόφωνη ιατρική άποψη στέκεται με σεβασμό και διάθεση θετική, όχι όμως και με ανεπιφύλακτη ταύτιση.³⁷

5.2.2. Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένα επίσημο κείμενο γενικής αποδοχής σχετικό με τις μεταμοσχεύσεις, η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία έχει ευλογήσει την δωρεά οργάνων ως πράξη ύψιστης αγάπης και φιλαλληλίας. Ο Πάπας Πίος ο 12ος έχει αναφερθεί θετικά στην δωρεά οργάνων ως πράξη ιδιαίτερα «ευγενή», ο δε Πάπας Ιωάννης Παύλος ο 2ος την χαρακτηρίζει «υπηρεσία στη ζωή».³⁵

Όσον αφορά στον εγκεφαλικό θάνατο, κατά την παρελθούσα δεκαετία, τρεις ποντιφικές σύνοδοι και Ακαδημίες ανέλαβαν το έργο της γνωμοδοτήσεως περί αυτού και κατέληξαν σε κείμενα αποδοχής του ως σύμφωνου με την πίστη και διδασκαλία της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας. Επί πλέον, σε επίσημη ομιλία του στο 18ο Διεθνές Συνέδριο της Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων, που έλαβε χώρα στις 29 Αυγούστου του 2000, στη Ρώμη, ο Πάπας Ιωάννης Παύλος ο 2ος υιοθέτησε τον εγκεφαλικό θάνατο.

Το αξιοσημείωτο είναι πάντως ότι σε όλα αδιακρίτως τα Ρωμαιοκαθολικά νοσοκομεία γίνεται διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και επιτρέπεται η δωρεά οργάνων, στις δε καθολικές κατά το θρήσκευμα χώρες γίνονται οι περισσότερες επεμβάσεις.³⁵

5.2.3. Προτεσταντικές ομολογίες

Μεταξύ των διαφόρων προτεσταντικών ομολογιών, ακόμη και των πλέον φονταμενταλιστικών, φαίνεται να υπάρχει μία γενικευμένη και άνευ επιφυλάξεων αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου και των μεταμοσχεύσεων εν γένει.

Καταρχήν, η Επισκοπελιανή Εκκλησία με απόφασή της του 1982, προτρέπει τους πιστούς της να γίνουν δωρητές οργάνων, ιστών και αίματος «στα πλαίσια της διακονίας τους προς τον πλησίον στο όνομα του Χριστού, ο οποίος έδωσε την ζωή Του ώστε κι εμείς να απολαμβάνουμε το πλήρωμα της ζωής».³⁸

Επίσης η Χριστιανική Εκκλησία των Μαθητών του Χριστού, το 1985, συνιστά στους πιστούς της να γίνουν δωρητές οργάνων και να προσεύχονται για όσους έχουν ήδη δεχθεί κάποιο μόσχευμα με μεταμόσχευση. Το ίδιο και η Πρεσβυτεριανή

Εκκλησία με την Γενική Συνέλευση του 1995, εκφράζει μεν τον σεβασμό της προς το δικαίωμα του κάθε προσώπου να αποφασίζει για το σώμα του, προτρέπει όμως τους πιστούς της να γίνουν δωρητές και να υπογράψουν την κατάλληλη κάρτα δωρητού οργάνων.

Ανάλογη είναι και η τοποθέτηση της Λουθηρανικής Εκκλησίας (Σύνοδος του Μιζούρι), η οποία το 1984 εξέδωσε απόφαση σύμφωνα με την οποία η δωρεά αποτελεί έκφραση θυσιαστικής αγάπης προς τον πλησίον. Είναι πολύ ενδιαφέρον ότι προτρέπονται οι πιστοί να ρυθμίσουν τις αποφάσεις τους σε συνεννόηση με το συγγενικό τους περιβάλλον.³⁸

5.2.4. Ινδουισμός

Στην Ινδουιστική σκέψη δεν υπάρχουν γενικά αποδεκτές ηθικές αρχές. Αυτό όμως που έχει σημασία είναι να παραμένουν ανόθευτες οι διδασκαλίες της μετενσάρκωσης, του ντάρμα (dharma) και κάρμα (karma). Ντάρμα είναι το καθήκον, η δικαιοσύνη και η θρησκεία. Ως υπέρτατο ντάρμα ορίζεται η αναγνώριση της αλήθειας στην καρδιά. Το κάρμα αντιστοιχεί στο νόμο αιτίας και αιτιατού, καταδεικνύει τον προορισμό κάποιου ατόμου, όπως αυτός προσδιορίζεται από πράξεις του παρελθόντος ή και από άλλες ζωές (μετενσάρκωση).^{38 39}

Επειδή η Ινδουιστική θρησκεία στηρίζεται στο νόμο του κάρμα και τη μετενσάρκωση, η ιδέα των μεταμοσχεύσεων δεν είναι μόνο αποδεκτή από τον Ινδουισμό αλλά και απόλυτα συμβατή με τη διδασκαλία του. Η ψυχή αναγεννάται και μετεμφυτεύεται σε άλλα υγιή σώματα, ενώ τα προηγούμενα γηράσκουν. Αυτός είναι και ο λόγος που το σώμα, αφού ακολουθήσει την πορεία του, αποτεφρώνεται για να επανέλθει στα αρχικά του στοιχεία: χώμα, νερό και αέρα. Στη μυθολογική παράδοση των Hindu δεν υπάρχει τίποτε που να απαγορεύει την εξ αγάπης προσφορά σώματος. Αντί αυτού, υπάρχουν ιστορίες κατά τις οποίες μέλη του σώματος ανθρώπων προσφέρονται για το καλό συνανθρώπων τους ή της κοινωνίας.^{38 39}

5.2.5. Ιουδαϊσμός

Σύμφωνα με τον Ιουδαϊκό νόμο επιτρέπεται η λήψη οργάνων από έναν άνθρωπο σε άλλον, εφ' όσον κάτι τέτοιο δεν επισπεύδει τον θάνατο του δότη και γίνεται με σεβασμό στο ανθρώπινο σώμα. Γενικά η Ιουδαϊκή θρησκεία ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις. Παρά ταύτα δεν υπάρχει μια εγκύκλιος γενικής ισχύος δεσμευτική

για όλους τους Εβραίους. Έτσι μέχρι σήμερα στο θέμα του εγκεφαλικού θανάτου υπάρχει αρκετή συζήτηση μεταξύ των ειδικών. Οι γενικές αρχές που διέπουν την αντίληψη περί ζωής, θανάτου και σώματος της Ιουδαϊκής θρησκείας είναι συνοπτικά οι ακόλουθες:³⁹

α) Η προστασία της ζωής κάθε ανθρώπου διεκδικεί προτεραιότητα έναντι οιασδήποτε άλλης αξίας. Για την προάσπιση της ζωής επιτρέπεται η χρήση κάθε μέσου, ακόμη και βίας.

β) Η αξία της φυσικής κατασκευής του ανθρώπου είναι απαραβίαστη και επιβάλλεται η υπεράσπισή της.

γ) Η μέριμνα για την θεραπεία και ανάρρωση του αρρώστου θεωρείται επίσης ύψιστη αξία.

δ) Στον ασθενή λέγουμε την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, στο μέτρο που η γνώση αυτή συντελεί στην θεραπεία του, λαμβάνοντας υπ' όψη την προσωπικότητα, την ψυχολογική κατάστασή του και τις συγκυρίες.

ε) Ο νεκρός αξίζει κάθε ξεχωριστής τιμής και σεβασμού ακόμη κι αν είναι εγκληματίας. Η αρχή αυτή δεν παραβιάζεται όταν το σώμα του χρησιμοποιείται προκειμένου να ευεργετηθεί κάποιος ζωντανός.

στ) Καθήκον του ιατρού είναι να παρατείνει την ζωή κάθε ανθρώπου όχι όμως και να επιμηνύει την διαδικασία του θανάτου. Σύμφωνα με το Halachah απαγορεύεται η παρεμπόδιση της αναχώρησης της ψυχής από το σώμα.

Λαμβάνοντας υπ' όψη τις παραπάνω αρχές, ο Ιουδαϊσμός δέχεται ακόμη και σχετική διακινδύνευση του δότη σε περίπτωση αμφιβολίας, όταν η μεταμόσχευση πρόκειται να παρατείνει την ζωή του λήπτη. Γενικά επιτρέπεται και θεωρείται καλό το να προσφέρει κανείς εν ζωή μέλος ή όργανο του σώματός του που δεν του είναι αναγκαίο για την επιβίωσή του προκειμένου να ζήσει κάποιος άλλος. Η ζωή μας δεν θυσιάζεται παρά μόνον όταν πρόκειται από την δική μας θυσία να σωθεί κάποιος άλλος.³⁹

5.2.6. Βουδισμός

Η Βουδιστική φιλοσοφία δέχεται την δωρεά μέρους ή και ολοκλήρου του σώματος - ζώντος ή νεκρού- ως πράξη γενναιοδωρίας (alabha) και συμπόνιας (karuna). Η προσφορά είναι αληθινή και αγνή, όταν είναι ξένη προς κάθε σκέψη ανταπόδοσης. Ο προσφέρων πρέπει να ξεχνά και τον ευεργετούμενο και την πράξη της προσφοράς καθ' αυτήν.

Η φιλοσοφία των Σιντο, που είναι επικρατούσα στην Ιαπωνία, είναι αντίθετη προς την ιδέα της δωρεάς των οργάνων. Η αντίθεσή της αυτή προκύπτει από το γεγονός ότι διδάσκει την βασική άποψη ότι το σώμα είναι εξαιρετικά μολυσμένο μετά τον θάνατο. Επίσης κάθε τομή, βλάβη ή παρέμβαση στο νεκρό σώμα θεωρείται βαρύτατο παράπτωμα και αποτελεί προσβολή του νεκρού σώματος και τιμωρία του. Συνεπώς με βάση αυτό ούτε και οι συγγενείς θα ήταν δυνατόν ποτέ να δώσουν την συναίνεσή τους για λήψη οργάνων, διότι κάτι τέτοιο θα αποτελούσε ασέβεια και τιμωρία του νεκρού.³⁸

Ένας άλλος ανασταλτικός παράγοντας στην αποδοχή των μεταμοσχεύσεων στην Ιαπωνία, είχε να κάνει με την φιλοσοφία της καλής συμπεριφοράς, το λεγόμενο *giri*, η οποία επέχει ισχύ νόμου¹⁷. Σύμφωνα με το *giri*, για να έχει αξία μία προσφορά θα πρέπει να είναι γνωστός στον δότη και ο λήπτης, ο οποίος μάλιστα και να προσδιορίζεται από αυτόν. Επίσης για να έχει αξία μία πράξη προσφοράς, η αρχή της αμοιβαιότητας απαιτεί να υπάρχει ανταπόδοση. Και οι δύο όμως αυτοί όροι δεν είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν στις μεταμοσχεύσεις, μια που ο μεν πρώτος καταργεί την σειρά προτεραιότητας στη λίστα, ο δε δεύτερος είναι άνευ σημασίας μια που ο δότης είναι ήδη νεκρός. Όλοι αυτοί οι παράγοντες δημιούργησαν τεράστιες δυσκολίες στην πρόοδο των μεταμοσχεύσεων στην Ιαπωνία, μέχρι το 1999.^{38 39}

5.2.7. Ισλαμισμός

Ο Ισλαμισμός γενικά απαγορεύει κάθε χρήση του νεκρού σώματος ακόμη και των ζώων. Εξαιρέση αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία με τον τρόπο αυτόν σώζεται μία άλλη ζωή που κινδυνεύει. Έτσι, το 1986 το Συμβούλιο της Ισλαμικής Νομικής Ακαδημίας, στην 3η Συνέλευσή του στο Αμμάν της Ιορδανίας, αποδέχθηκε τον εγκεφαλικό θάνατο για ολόκληρο τον ισλαμικό κόσμο.^{39 40}

Με βάση αυτή την απόφαση, η Σαουδική Αραβία αναγνώρισε τον εγκεφαλικό θάνατο και υιοθέτησε ως κριτήρια διαγνώσεώς τους τα προτεινόμενα από την Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας. Σύμφωνα με το Κοράνιο, και πιο συγκεκριμένα με τον Ισλαμικό Κώδικα Ηθικής, οι μεταμοσχεύσεις επιτρέπονται με την προϋπόθεση ότι υπάρχει συναίνεση του δότη, ευγενής πρόθεση, σεβασμός του ατόμου και του γεγονότος του θανάτου και σαφής αίσθηση ότι όλοι και όλα ανήκουν στο Θεό. Αυτή η θεώρηση στηρίζεται στις βασικές αρχές και διδασκαλίες του Κορανίου περί αλτρουισμού, καθήκοντος, γενναιοδωρίας, δωρεάς, υπευθυνότητας,

συνεργασίας και φυσικά στο δικαίωμα και την υποχρέωση του ανθρώπου να επιδιώξει την υγεία και την ιατρική θεραπεία.

Επίσης δεν υπάρχει διάκριση φύλου μεταξύ των δοτών ή των ληπτών ούτε και διαφοροποιείται η πράξη στην περίπτωση που ο δότης ή ο λήπτης δεν είναι μωαμεθανός. Τέλος η αγοραπωλησία οργάνων απαγορεύεται αυστηρά και θεωρείται προσβολή προς την ανθρώπινη αξία.^{39 40}

5.2.8. Άλλες αντιλήψεις...

Μάρτυρες του Ιεχωβά: Δεν την ενθαρρύνουν αλλά την αφήνουν στην προσωπική συνείδηση. Επειδή δεν δέχονται τις μεταγγίσεις αίματος, υπάρχει λανθασμένη εντύπωση ότι δεν δέχονται και τις μεταμοσχεύσεις. Παραταύτα τις δέχονται, αρκεί τα όργανα και οι ιστοί να είναι καλά στραγγισμένα από αίμα.

Τσιγγάνοι: Είναι αντίθετοι γιατί πιστεύουν ότι για ένα χρόνο μετά το θάνατο η ψυχή επαναλαμβάνει τα βήματά της και τηρεί το σχήμα που είχε το σώμα.

Η παραπάνω φιλοσοφική προσέγγιση αναδεικνύει την ανάγκη προστασίας της πρακτικής των μεταμοσχεύσεων από κάθε παράμετρο που προσβάλλει αυτό το πνεύμα τους. Οι μεταμοσχεύσεις δεν αποτελούν μια χειρουργική τεχνική· αποτελούν ύψιστη πνευματική επιταγή. Για τον λόγο αυτόν, είναι ανάγκη να προσέξουμε το γεγονός, ότι ο μεγαλύτερος εχθρός των μεταμοσχεύσεων δεν είναι η φίλαυτη στενοκαρδία του κόσμου αλλά εμείς με τα μικροσυμφέροντα και τους εγωισμούς μας. Οι μεταμοσχεύσεις δεν θα προχωρήσουν με ρηγά κηρύγματα περί αλληλεγγύης και αλτρουϊσμού των άλλων ούτε με παραπλανητικές διαφημίσεις. Ο δρόμος των μεταμοσχεύσεων περνάει από την μετάλλαξη του δικού μας φρονήματος και της δικής μας ζωής. Η ανάγκη να αλλάξει το πνεύμα μας και να μεταμορφωθεί ο τρόπος του σεβασμού μας είναι μονόδρομος.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

Σκοπός της έρευνάς μας είναι να προσεγγιστούν, σε όποιο βαθμό είναι εφικτό, τα ηθικά διλλήματα, οι προβληματισμοί καθώς και η στάση του ευρέως κοινού της χώρας μας, απέναντι στη δωρεά οργάνων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το δείγμα της έρευνάς μας αποτελείται από 180 άτομα, εκ των οποίων το 43% είναι άντρες και το 57% γυναίκες. Ο μέσος όρος της ηλικίας τους είναι 31.67 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα του επιπέδου εκπαίδευσής τους.

Σαν όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο με 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν δημογραφικές, αξίας και γνώσης. Η μέθοδος απάντησης των ερωτηματολογίων ήταν η επιτόπια γραπτή συμπλήρωση και ο μέσος χρόνος απάντησης ήταν περίπου 8 λεπτά.

Η ερευνητική μας προσπάθεια, μαζί με την πιλοτική διήρκησε τρεις μήνες περίπου (15/10/2008 – 30/01/2009) και διεξήχθη στο αστικό κέντρο της Πάτρας καθώς και στην επαρχία του νομού Αχαΐας, όπου απαντήθηκαν 180 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων τα 140 προέρχονταν, από κατοίκους της πόλης της Πάτρας και τα υπόλοιπα 40 από χωριά της επαρχίας του νομού Αχαΐας.

Οι μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέθοδο της μέσης μέτρησης. Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συχνοτήτων και τα αντίστοιχα διαγράμματα ανά ερώτηση, για τη σαφέστερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

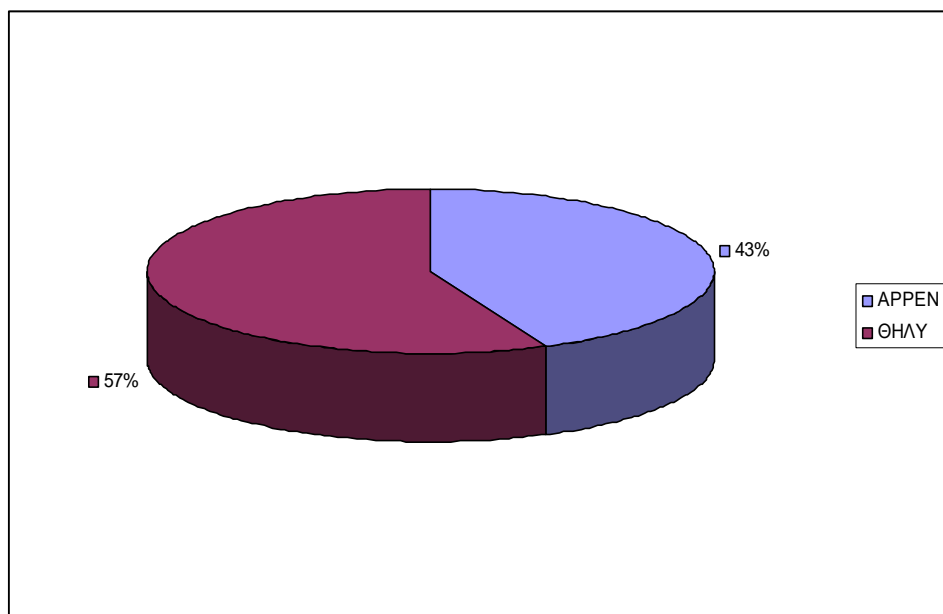
Για τις στατιστικές συγκρίσεις εφαρμόστηκε το στατιστικό test χ^2 , το οποίο είναι κατάλληλο για μη παραμετρικές έρευνες (όπως έρευνες με ερωτηματολόγια κ.τ.λ.) για να συγκριθούν μεταξύ τους διαφορετικές υποομάδες του δείγματος ως προς κάποιες απαντήσεις. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως εξής:

1. Πίνακες συνάφειας.
2. Τιμή χ^2 .
3. Οι βαθμοί ελευθερίας.
4. p =επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι όταν το $p < 0.05$ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των υποομάδων.

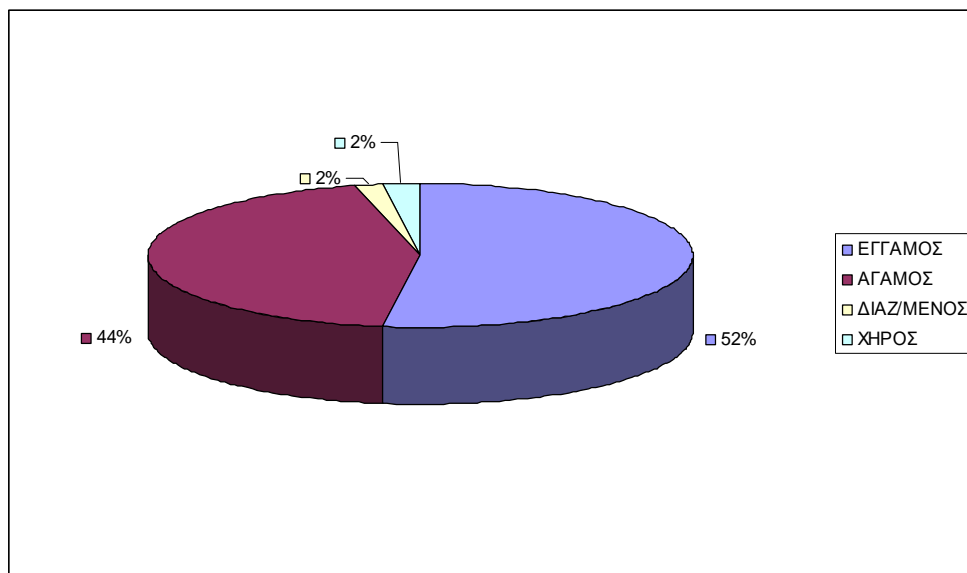
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γράφημα 1: Πληθυσμός



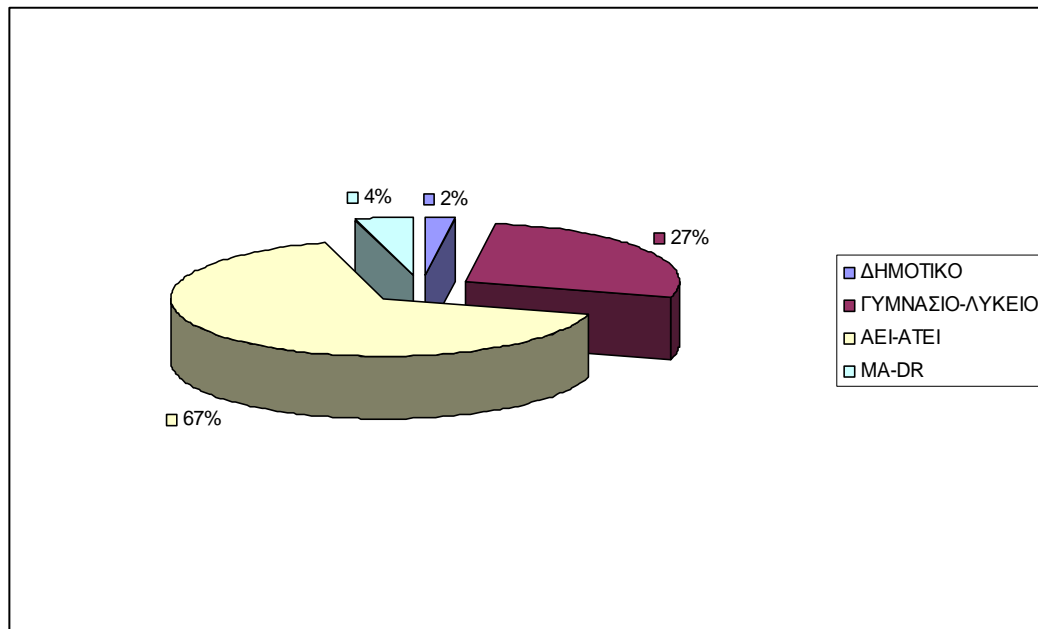
Το 57% του πληθυσμού του δείγματος είναι γυναίκες και το 43% άντρες.

Γράφημα 2: Οικογενειακή κατάσταση



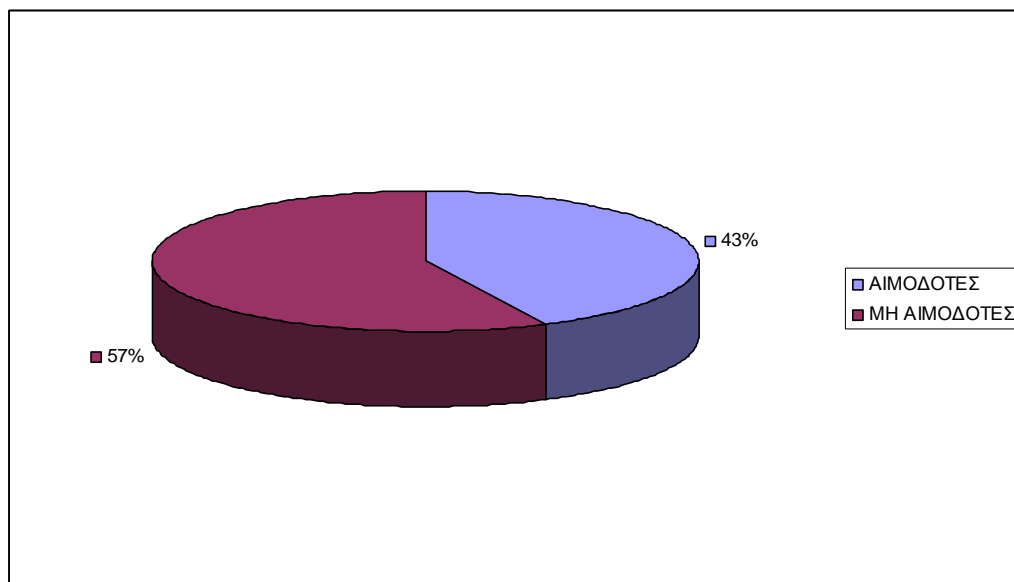
Το δείγμα μας αποτελείται από 52% έγγαμους, 44% άγαμους, 2% διαζευγμένους και 2% χήρους.

Γράφημα 3: Επίπεδο εκπαίδευσης



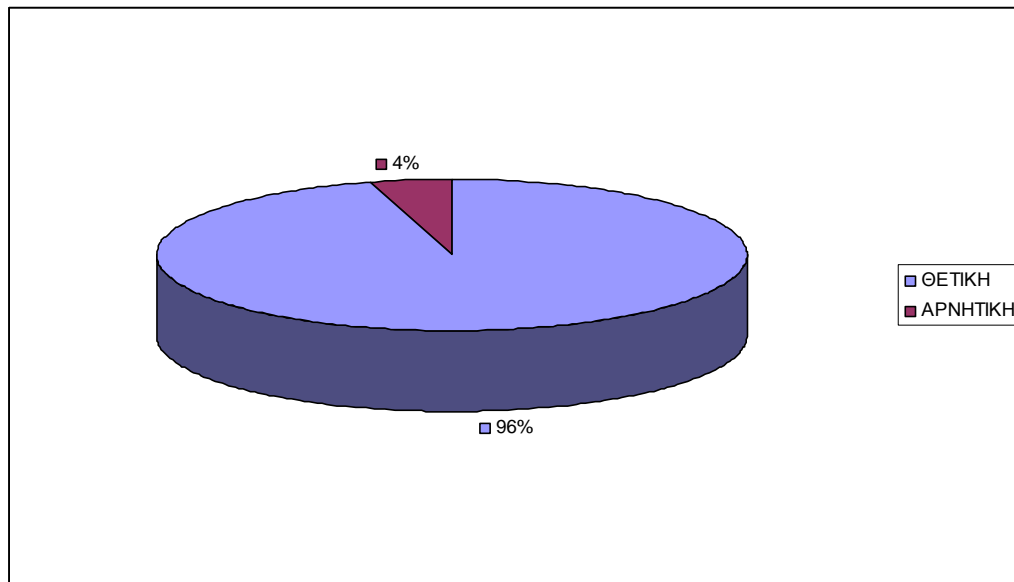
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας (67%), έχει τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Γράφημα 4: Αιμοδότες



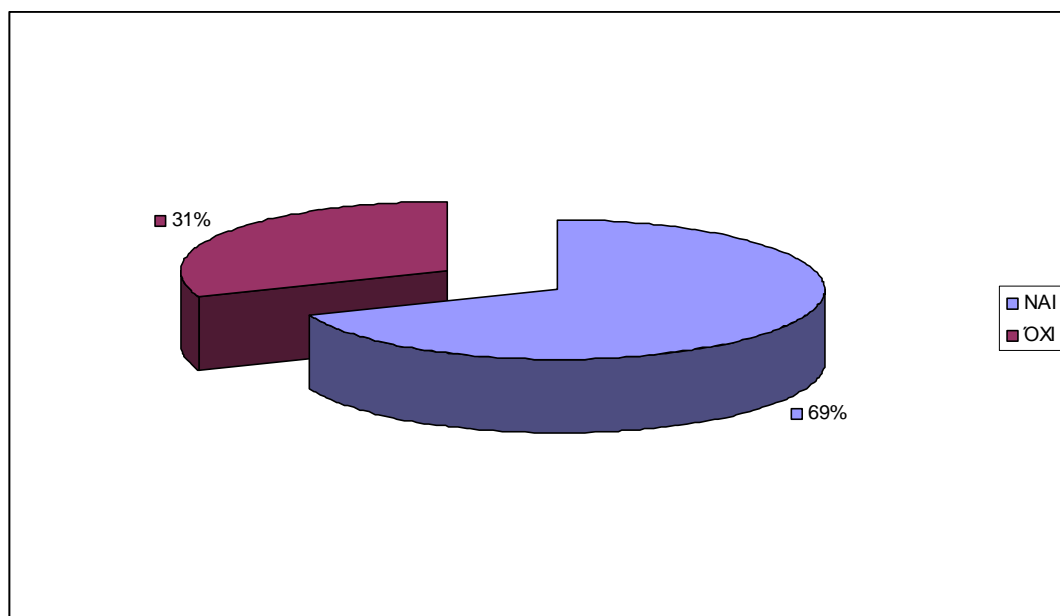
Το 57% του δείγματος δεν είναι αιμοδότες.

Γράφημα 5: Διάθεση για δωρεά



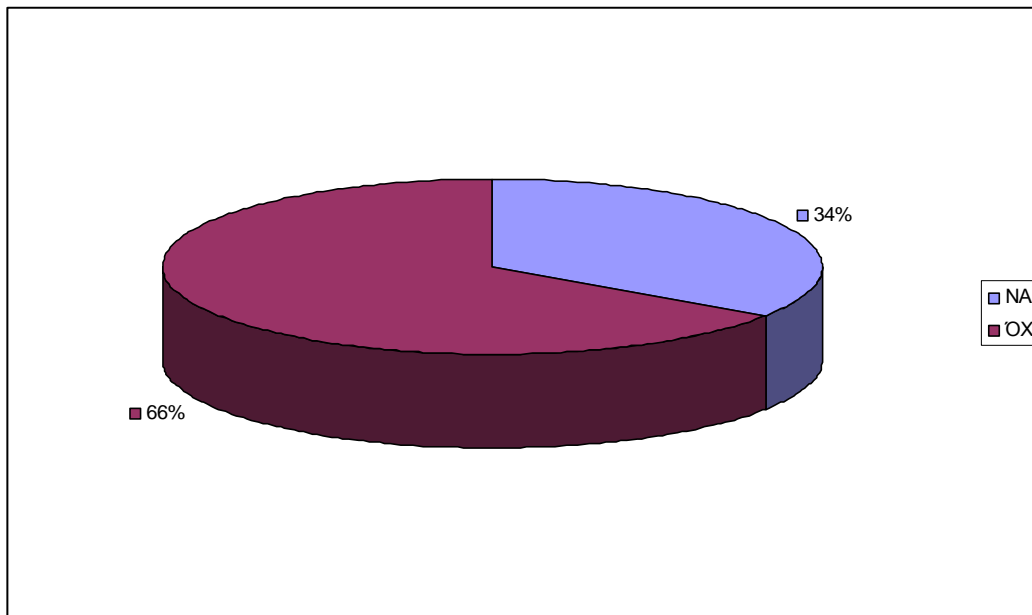
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (96%), έχει θετική διάθεση απέναντι στη δωρεά οργάνων.

Γράφημα 6: Θα γινόσασταν δωρητής οργάνων;



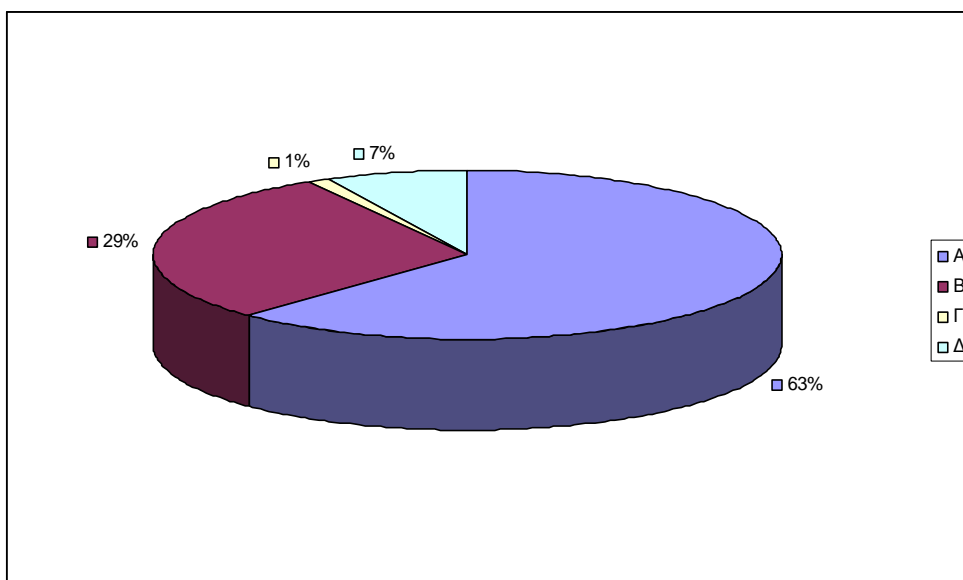
Το (69%) του δείγματος υποστηρίζει ότι θα δεχόταν να γίνει δωρητής οργάνων.

Γράφημα 7: Θα δίνετε τη συναίνεσή σας για δωρεά οργάνων ενός αγαπημένου σας προσώπου;



Το 66% του δείγματος δεν θα έδινε τη συναίνεσή του

Γράφημα 8: Ποιος θα ήταν ο μεγαλύτερος ενδιασμός σας;



Ο μεγαλύτερος ενδιασμός του δείγματος, ώστε να συναινέσει θα ήταν:

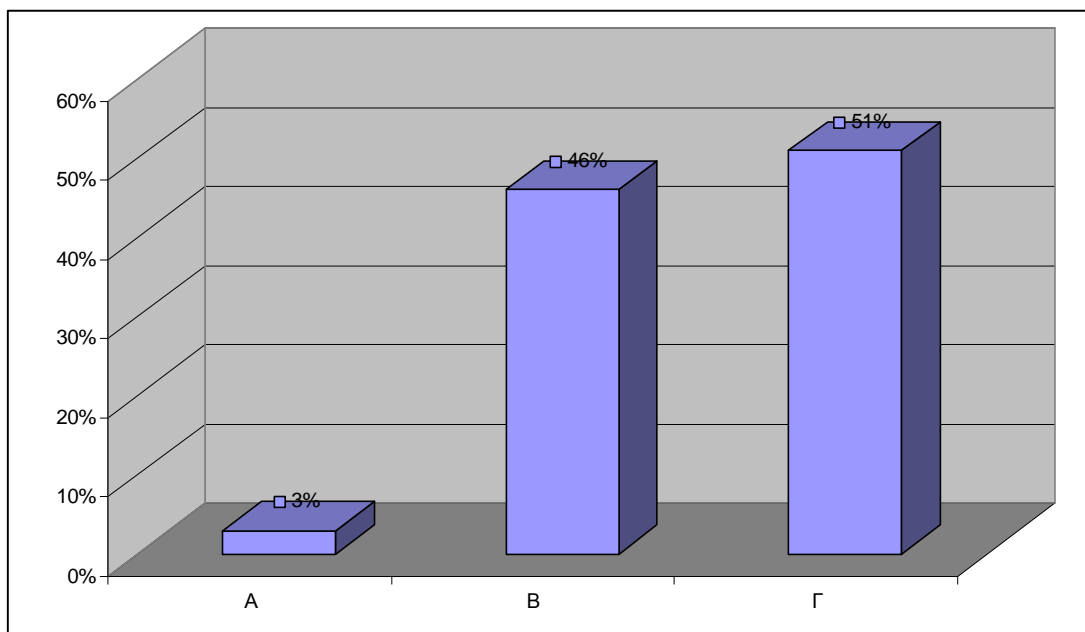
63% A: αμφιβολία προς την έννοια του θανάτου

29% B: καχυποψία σχετικά με την αντίληψη για εμπόριο

7% Γ: αίσθημα τύψεων για τη βεβήλωση του νεκρού σώματος

1% Δ: δεν έχω καμία ενημέρωση πάνω στο θάμα της δωρεάς και νιώθω ανασφάλεια.

Γράφημα 9: Ποιο το κίνητρο ώστε να συναινέσετε;



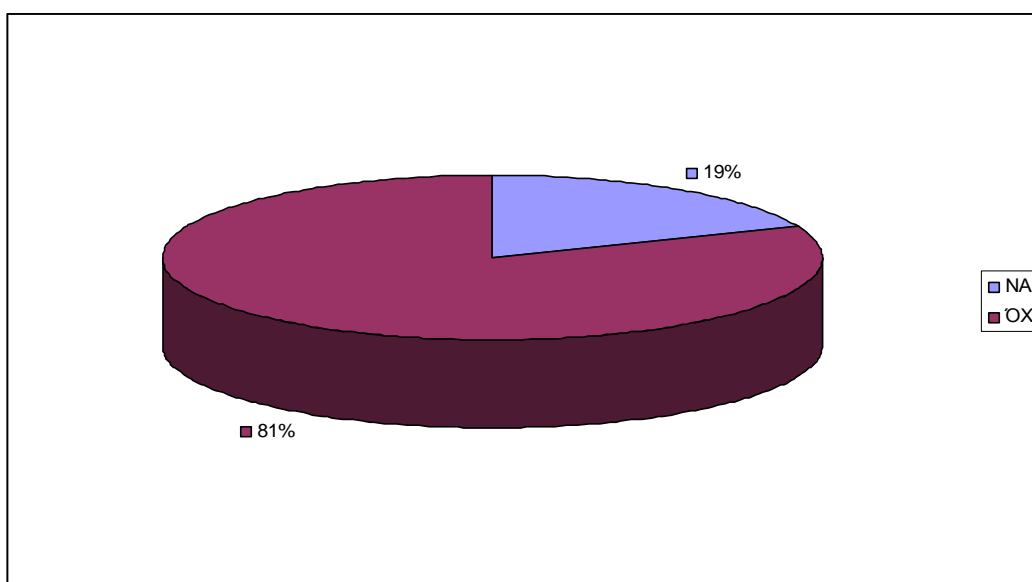
Το κίνητρο του πληθυσμού, ώστε να συναινέσει θα ήταν σε ποσοστά:

3% A: δέχτηκα ψυχολογική πίεση

46% B: το αίσθημα ότι χαρίζω ζωή

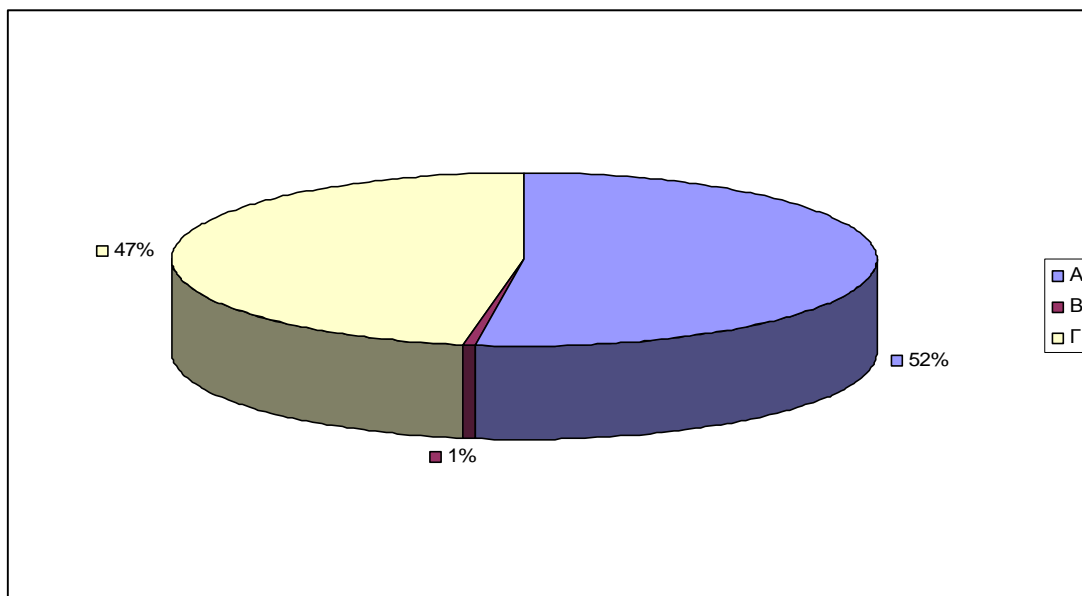
51% Γ: γνωρίζω ότι είναι επιθυμία του αγαπημένου μου προσώπου

Γράφημα 10: Θα παροτρύνετε κάποιον να γίνει δωρητής οργάνων;



Το 81% των ερωτηθέντων δεν θα παρότρυνε κάποιον να γίνει δωρητής.

Γράφημα 11: Για ποιο λόγο δεν θα παροτρύνετε κάποιον για δωρεά;



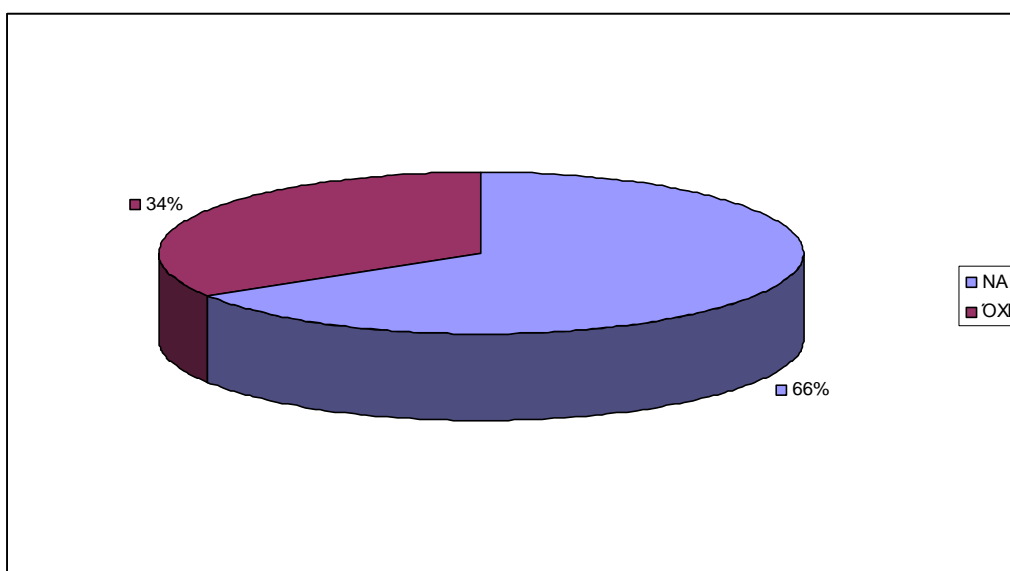
Οι λόγοι για τους οποίους δεν θα παρότρυναν κάποιον θα ήταν σε ποσοστά :

52% A: Το θεωρώ προσωπική απόφαση

1% B: Το έχω ήδη κάνει και το μετάνιωσα.

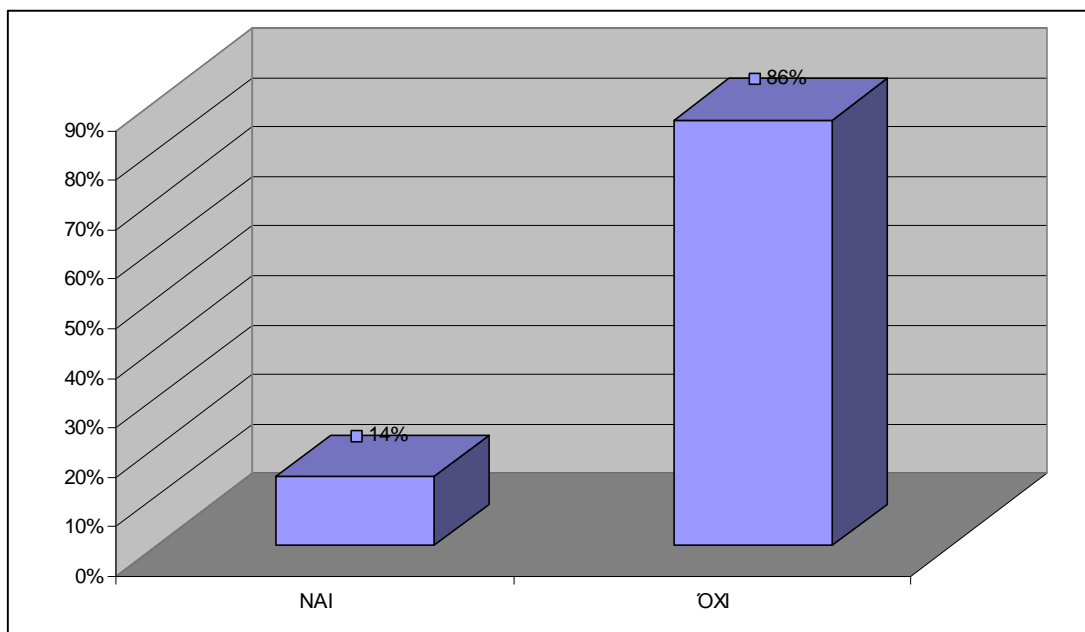
47% Γ: Δεν θα συζητούσα καν για αυτό το θέμα.

Γράφημα 12: Η σωστή προσέγγιση και ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού θα επηρέαζε την απόφασή σας;



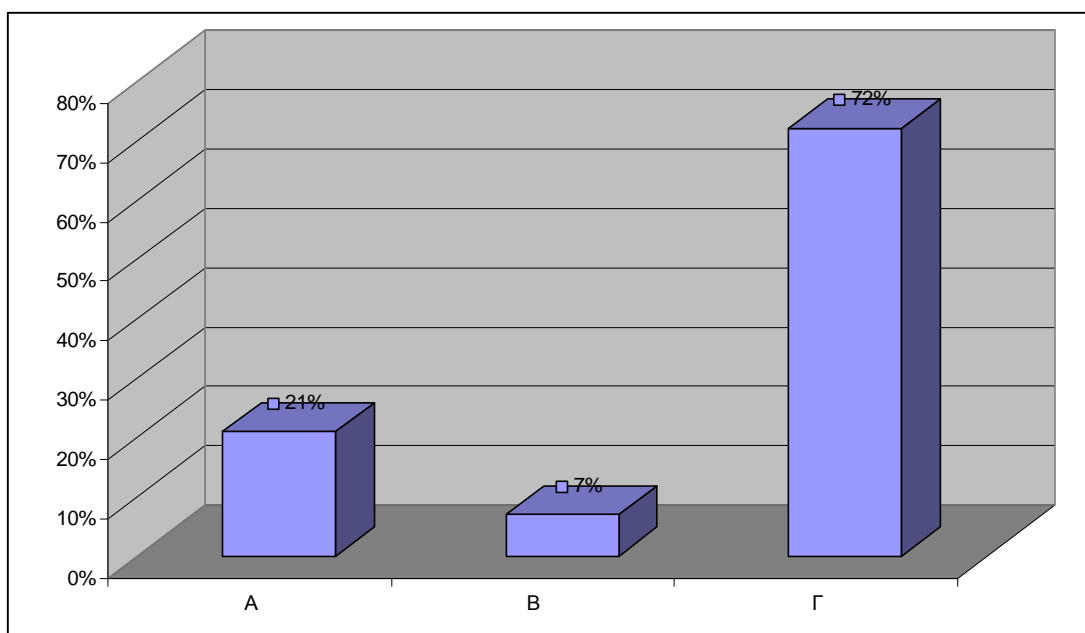
Το μεγαλύτερο ποσοστό (66%), θεωρεί πως το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό θα επηρέαζε την απόφασή του

Γράφημα 13: Οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις θα επηρέαζαν την απόφασή σας για δωρεά ή συναίνεση;



Η πλειοψηφία του δείγματος (86%) δεν θα επηρεαζόταν από τη θρησκευτική του πεποίθηση.

Γράφημα 14: Τι είναι ο εγκεφαλικός θάνατος;

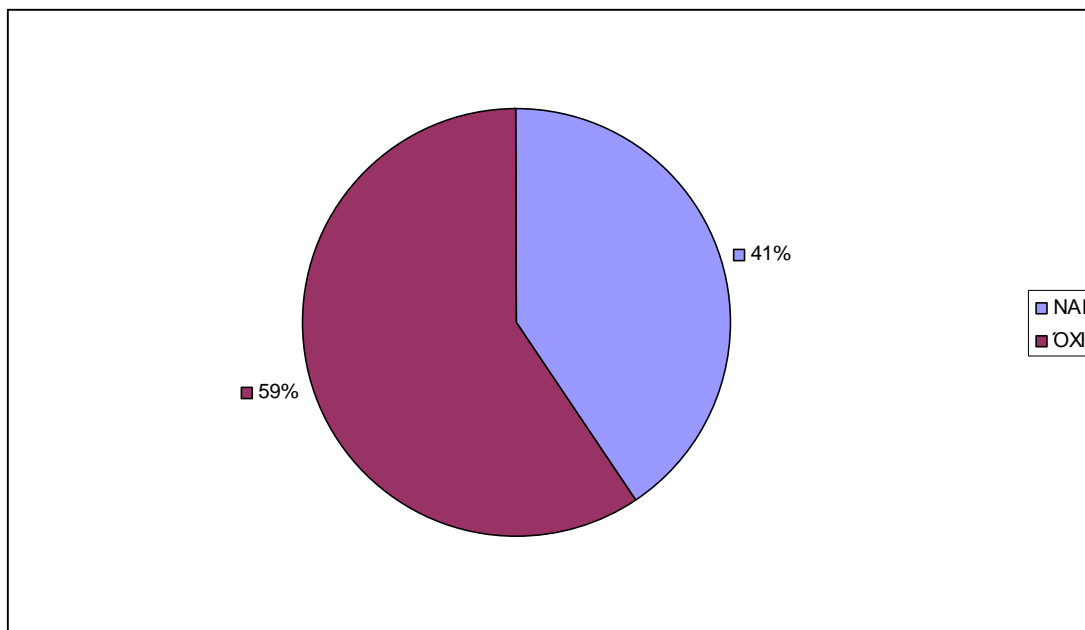


21% A: Το κώμα

7% B: Απάτη της επιστήμης, ώστε να αποσπά όργανα.

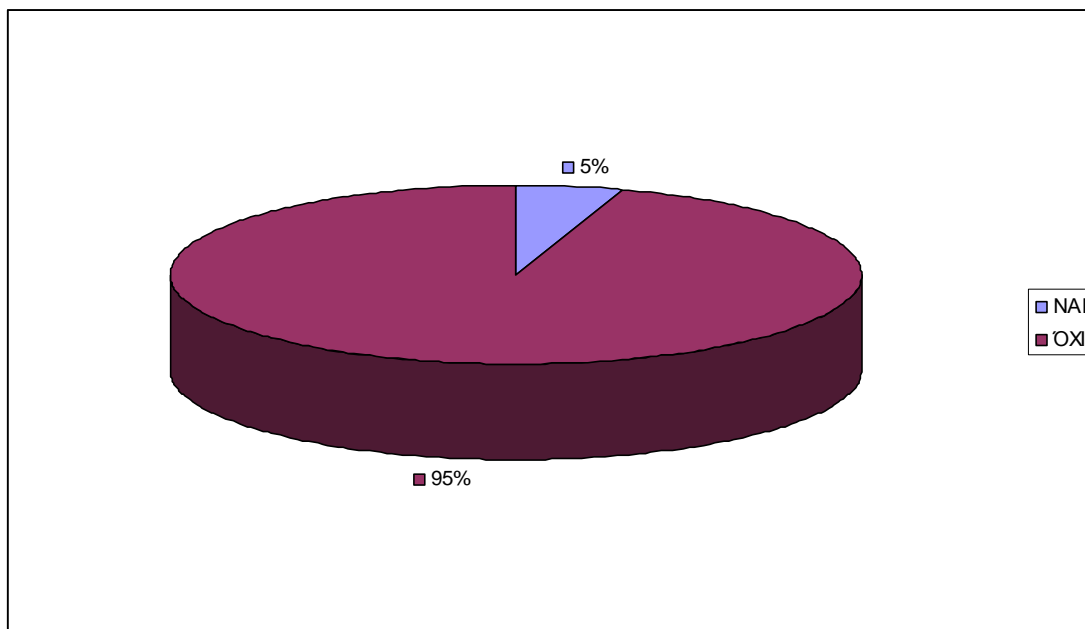
72% Γ: Η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους

Γράφημα 15: Ο εγκεφαλικός θάνατος συγγέεται με τον κλινικό;



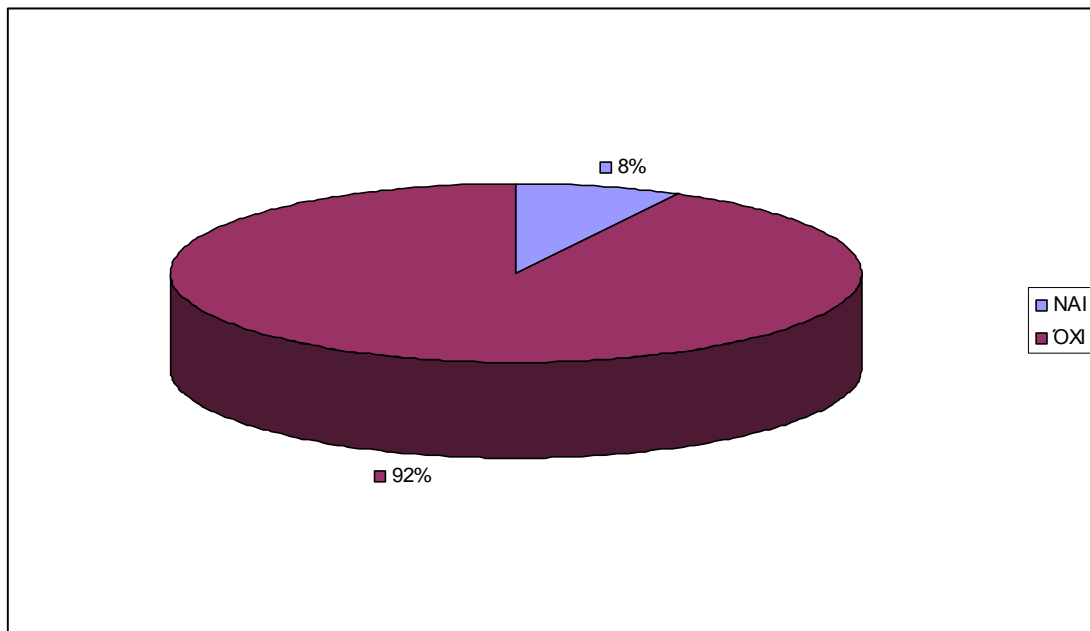
Το μεγαλύτερο ποσοστό (59%) θεωρεί ότι ο κλινικός θάνατος συγγέεται με τον εγκεφαλικό.

Γράφημα 16: Τηρείτε η ιεραρχία στις λίστες αναμονής;



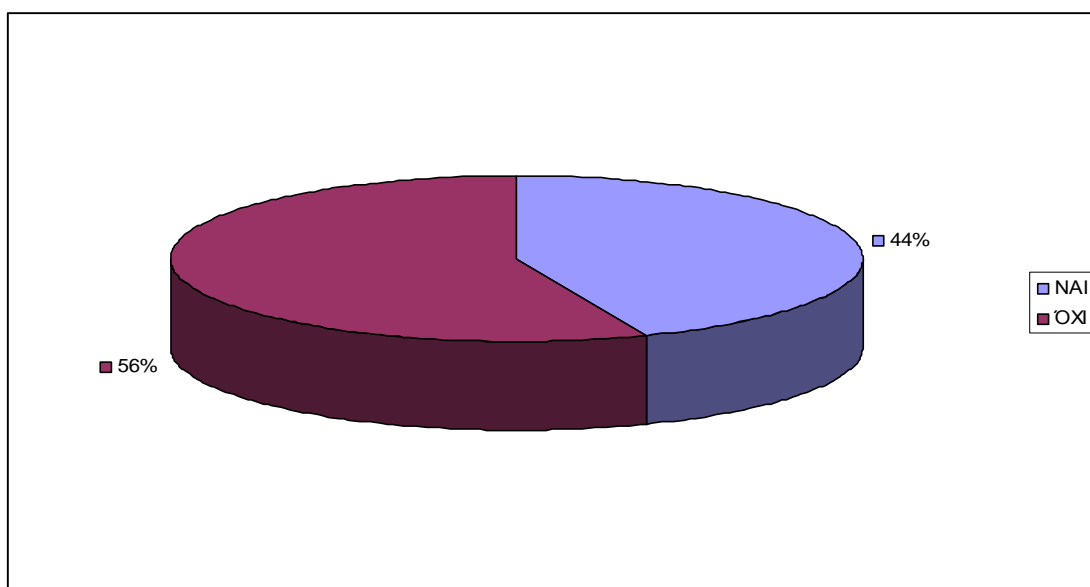
Η συντριπτική πλειοψηφία (95%), θεωρεί ότι δεν τηρείτε η ιεραρχία στις λίστες αναμονής.

Γράφημα 17: Γνωρίζετε το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά τις μεταμοσχεύσεις;



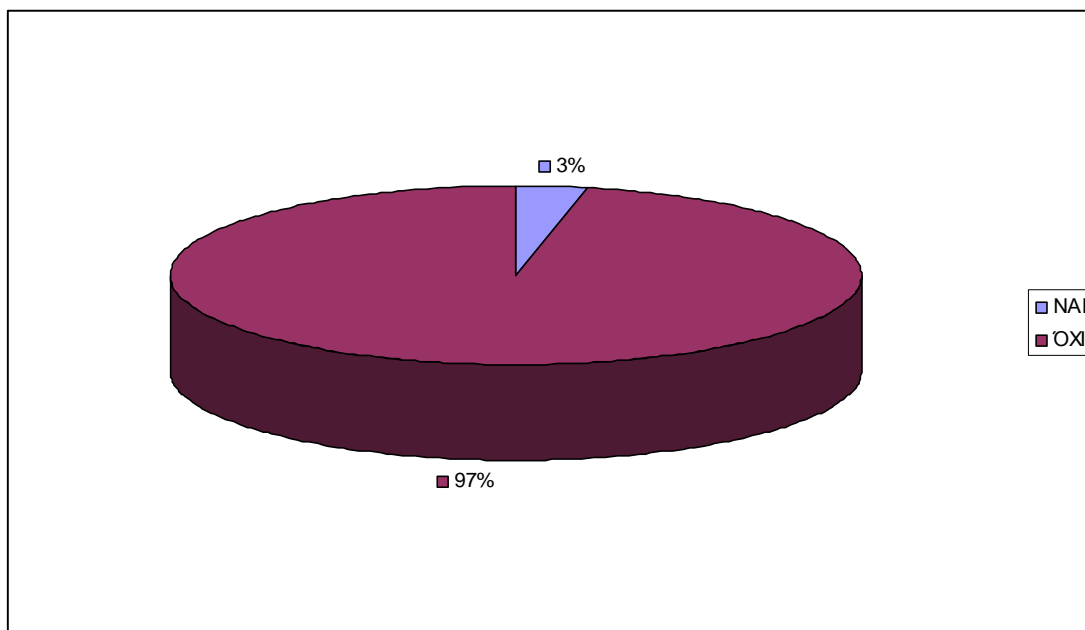
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (92%), δεν γνωρίζει το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τις μεταμοσχεύσεις.

Γράφημα 18: Πιστεύετε ότι το νομοθετικό πλαίσιο παρέχει ασφάλεια και ποιότητα στη δωρεά οργάνων;



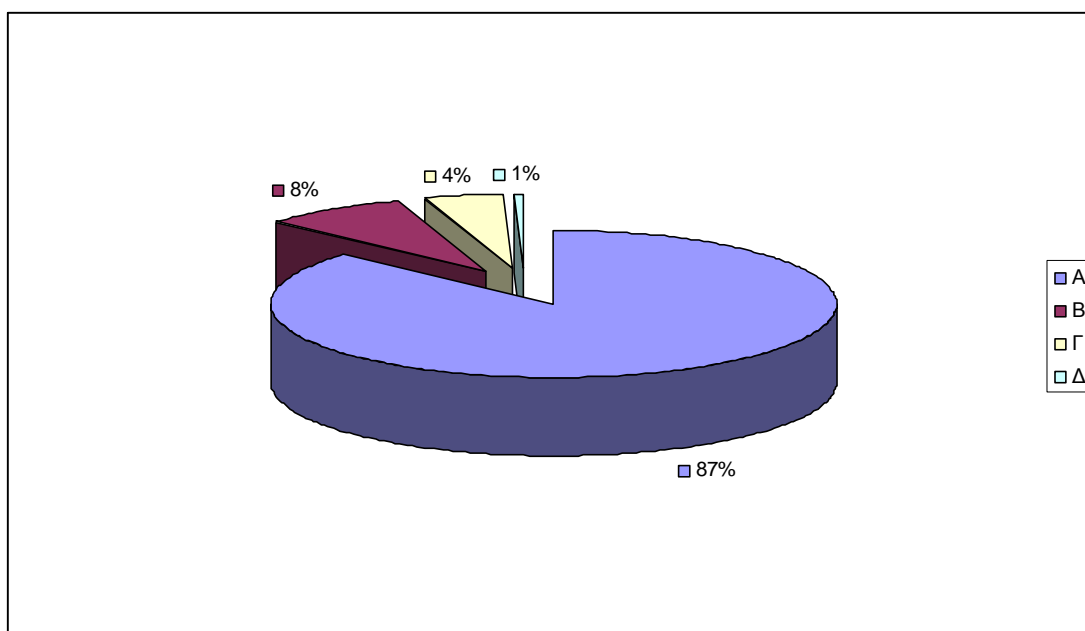
Το 56%, δεν πιστεύει ότι υπάρχει ποιότητα και ασφάλεια στη δωρεά οργάνων.

Γράφημα 19: Η ενημέρωση του κοινού σχετικά με τη δωρεά οργάνων είναι επαρκής;



Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, δεν είναι ικανοποιημένοι με την ενημέρωση σχετικά με τη δωρεά οργάνων.

Γράφημα 20: Η δική σας ενημέρωση από πού προέρχεται;



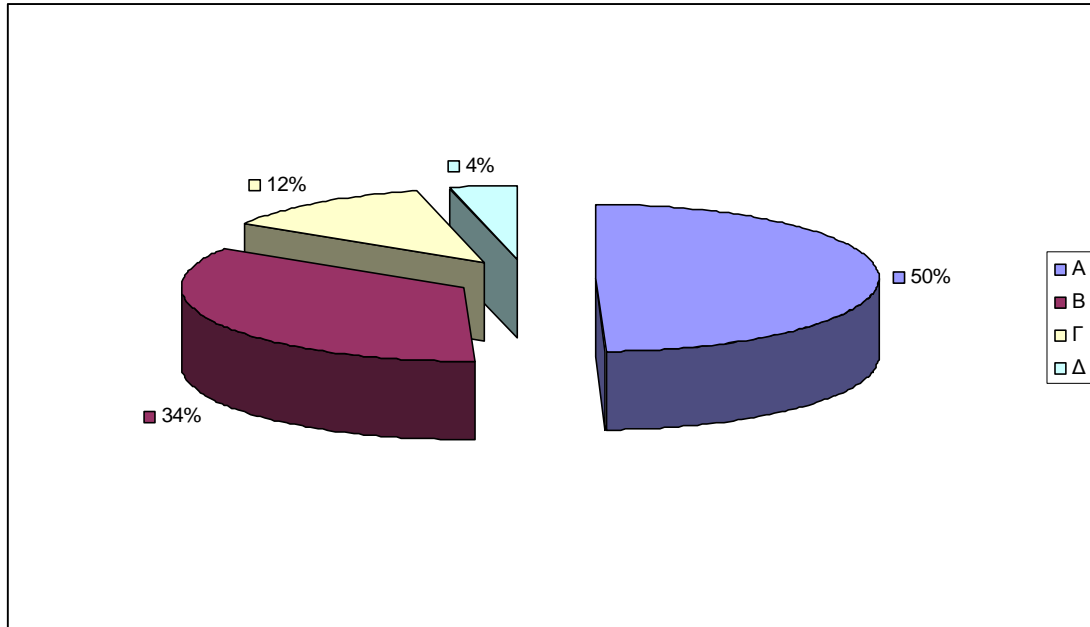
Οι ερωτηθέντες απάντησαν: 87% A: Κυρίως από τα Μ.Μ.Ε.

8% B: Από τον προσωπικό μου ιατρό.

4% Γ: Από γνωστούς που δώρισαν όργανα συγγενικού προσώπου.

1% Δ: Από προσωπική εμπειρία.

Γράφημα 21: Τι πιστεύεται ότι θα μπορούσε να ευαισθητοποιήσει την κοινή γνώμη, ώστε να αυξηθεί το ποσοστό των διαθέσιμων οργάνων;



Το κοινό προτείνει:

50% A: Ενημέρωση από το σχολείο – πανεπιστήμιο.

34% B: Διαφήμιση

12% Γ: Διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων.

4% Δ: Σεμινάρια ανοιχτά στο κοινό.

- Στατιστικές συσχετίσεις

Πίνακας 1: Σύγκριση μεταξύ νοσηλευτών και του ευρύτερου κοινού, σχετικά με το αν θα παρότρυναν κάποιον να γίνει δωρητής οργάνων.

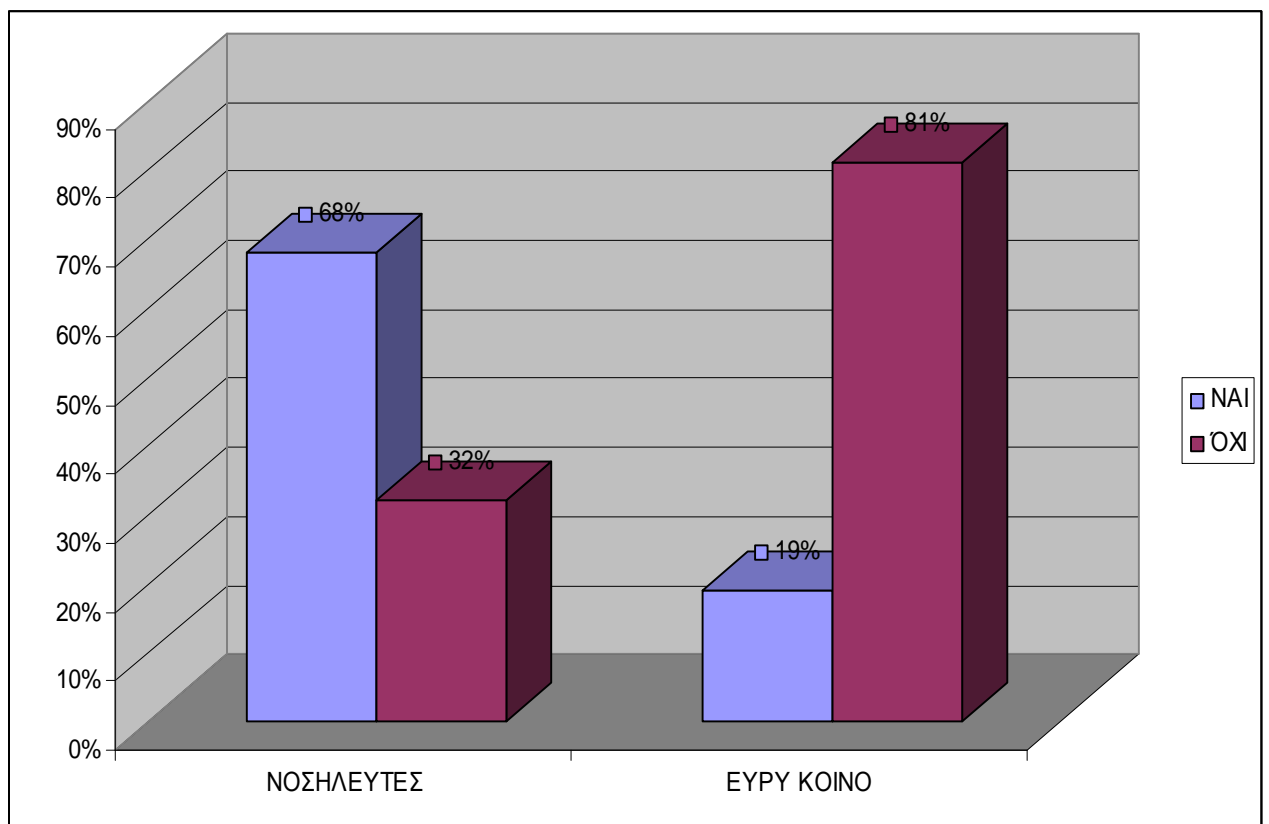
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΕΥΡΥ ΚΟΙΝΟ
ΝΑΙ	68%	19%
ΌΧΙ	32%	81%

$$\chi^2 = 45,1$$

Βαθμοί ελευθερίας = 1

$$p = 0,000$$

Ιστόγραμμα 1:



Από το παραπάνω σχήμα συμπεραίνουμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ νοσηλευτών και ευρέως κοινού, σχετικά με το αν θα παρακινούσαν κάποιον να γίνει δωρητής.

Πίνακας 2: Σύγκριση επιπέδων εκπαίδευσης σε σχέση με την επιθυμία του κοινού για συναίνεση σε περίπτωση που χρειαζόταν.

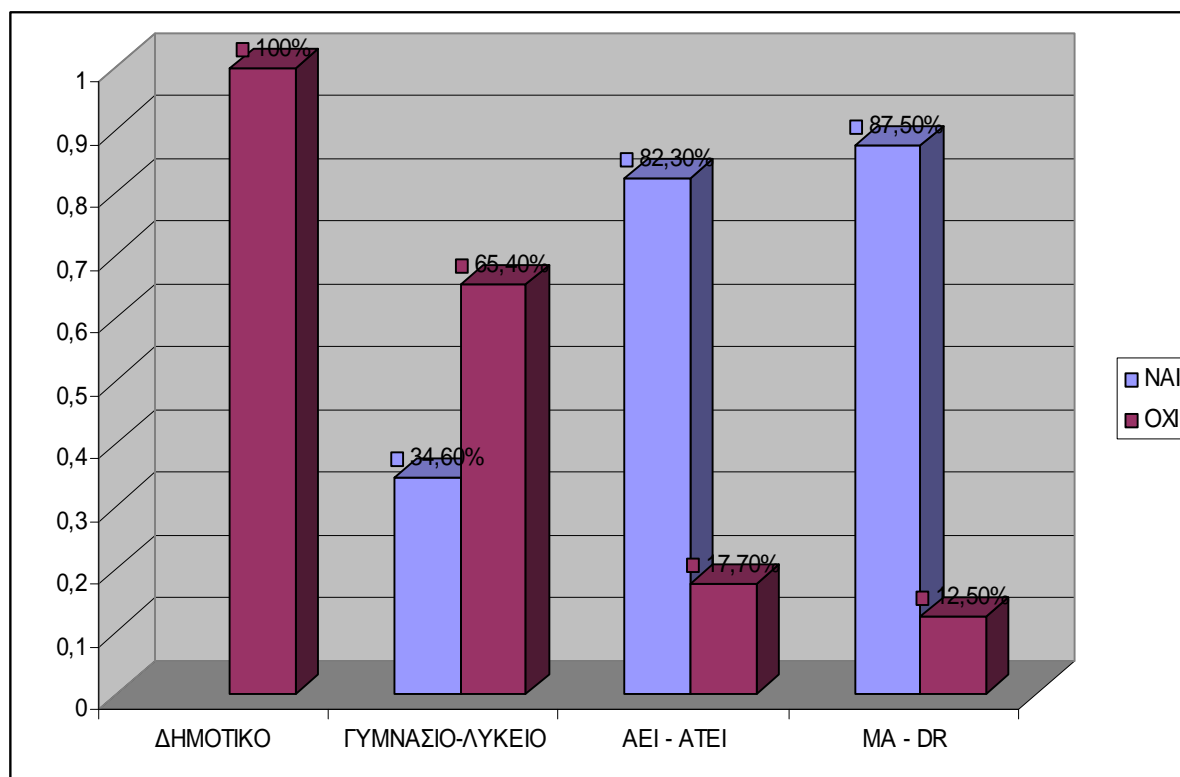
	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ-ΛΥΚΕΙΟ	ΑΕΙ-ΑΤΕΙ	ΜΑ - ΔΡ
ΝΑΙ		34,6%	82,3%	87,5%
ΟΧΙ	100%	65,4%	17,7%	12,5%

$$\chi^2=26,2$$

Βαθμοί Ελευθερίας = 3

$p = 0,000$

Ιστόγραμμα 2:



Από την παραπάνω σύγκριση, συμπεραίνουμε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει ιδιαίτερα την απόφαση για συναίνεση.

Πίνακας 3: Σύγκριση μεταξύ νοσηλευτών και ευρύτερου κοινού, σχετικά με την απάντησή τους στην ερώτηση « πιστεύετε ότι η σωστή νοσηλευτική-ιατρική προσέγγιση θα επηρέαζε την απόφασή σας για δωρεά ή συναίνεση;»

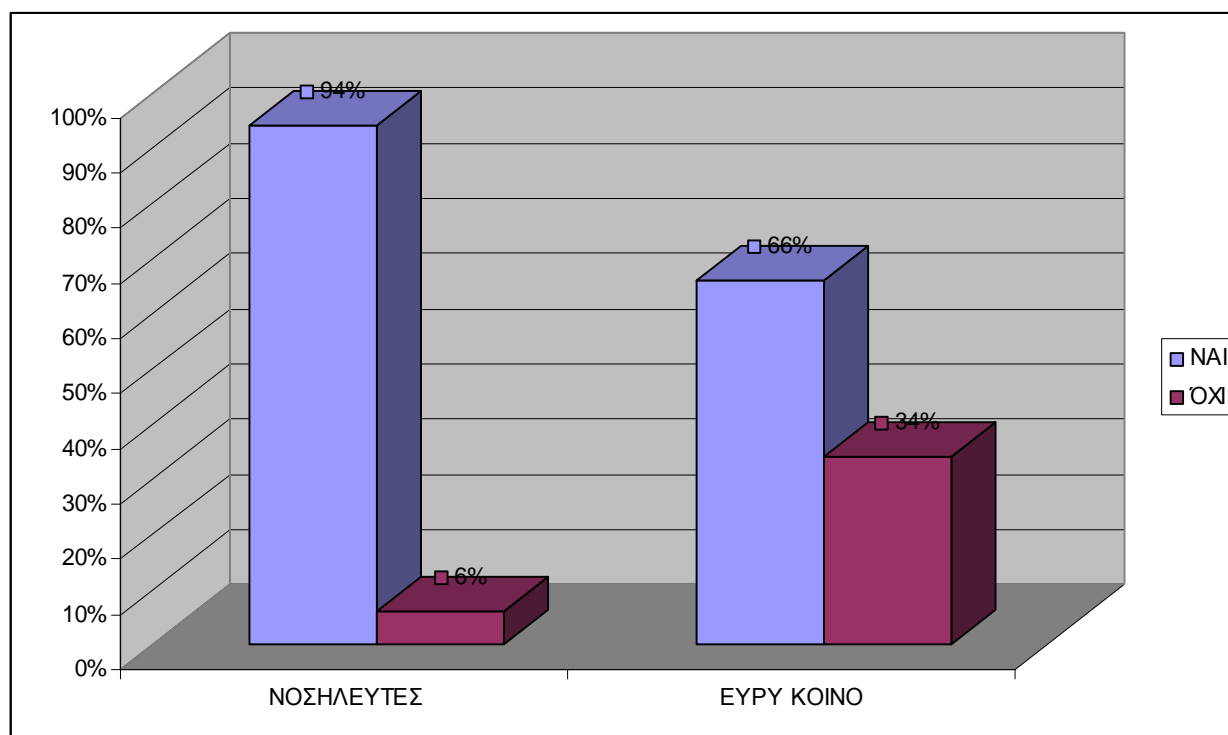
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΕΥΡΥ ΚΟΙΝΟ
ΝΑΙ	94%	66%
ΌΧΙ	6%	34%

$$\chi^2 = 15,2$$

Βαθμοί Ελευθερίας = 1

p = 0,000

Ιστόγραμμα 3:



Στον παραπάνω πίνακα, φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο υποομάδων, σχετικά με τη συμβολή του ιατρικού- νοσηλευτικού προσωπικού στη διαδικασία της απόφασης.

Πίνακας 4: Σύγκριση μεταξύ αιμοδοτών και μη αιμοδοτών σχετικά με τη διάθεσή τους για δωρεά οργάνων.

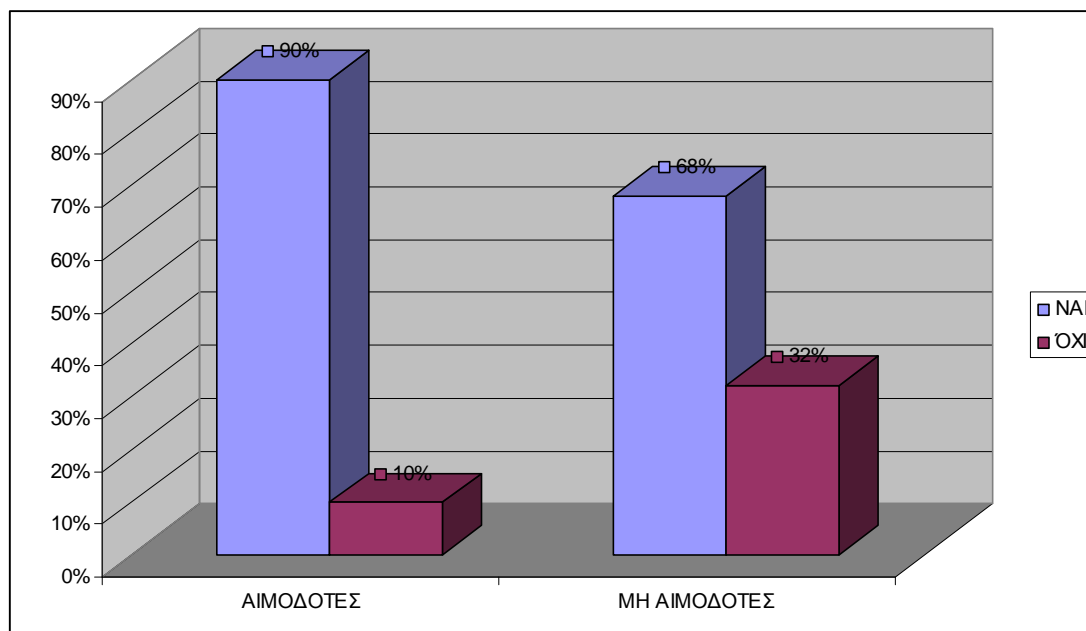
	ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ	ΜΗ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ
ΝΑΙ	90%	68%
ΌΧΙ	10%	32%

$$\chi^2 = 11,33$$

Βαθμοί Ελευθερίας = 1

$$p = 0,001$$

Ιστόγραμμα 4:



Από το παραπάνω διάγραμμα συμπεραίνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αιμοδοτών και μη αιμοδοτών, σχετικά με τη διάθεση τους για δωρεά.

Πίνακας 5: Σύγκριση μεταξύ της διάθεσης των ερωτηθέντων για δωρεά οργάνων σχετικά με την ηλικία τους.

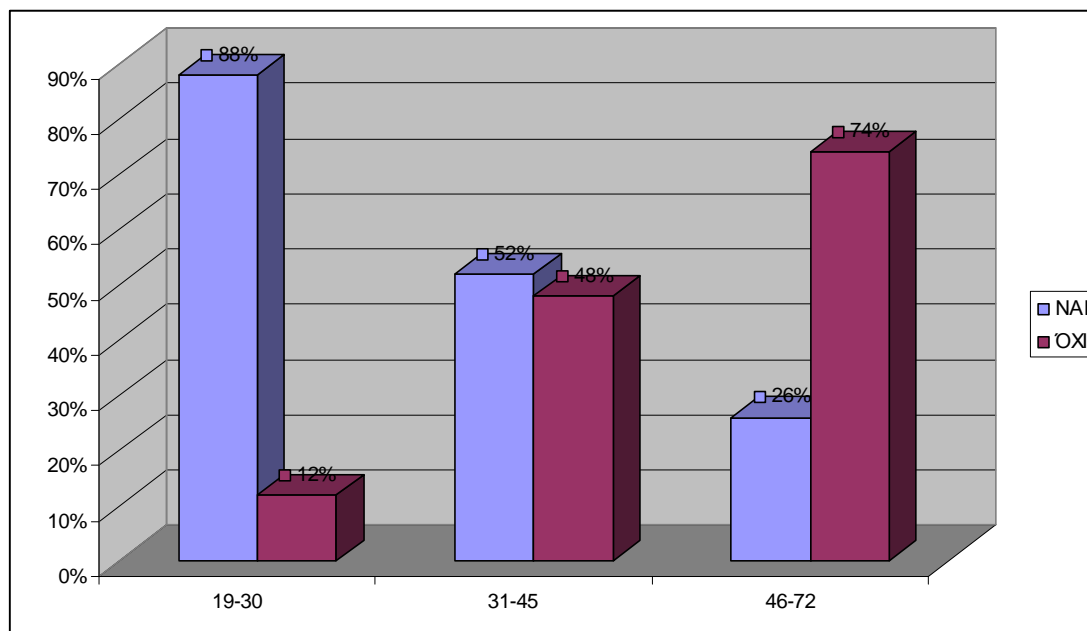
ΗΛΙΚΙΑ	19-30	31-45	46-72
ΝΑΙ	88%	52%	26%
ΌΧΙ	12%	48%	74%

$$\chi^2 = 45,0$$

Βαθμοί Ελευθερίας = 2

$$p = 0,000$$

Ιστόγραμμα 5:



Σύμφωνα με το παραπάνω σχήμα, η διάθεση των ερωτηθέντων για δωρεά οργάνων επηρεάζεται σημαντικά από την ηλικία τους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα, επιλέχθηκαν τυχαία, ανεξάρτητα της ηλικίας τους, της εκπαίδευσής τους και του πολιτιστικού τους επιπέδου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία του δείγματός μας (96%) σε θεωρητικό και ιδεαλιστικό επίπεδο, έχει θετική άποψη για τη δωρεά οργάνων, επιβεβαιώνοντας για άλλη μια φορά, ότι οι μεταμοσχεύσεις χαρίζουν ζωές και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των μεταμοσχευθέντων. Ενθαρρυντικό είναι ότι το 69% των ερωτηθέντων θα επιθυμούσαν να γίνουν δωρητές οργάνων. Σύμφωνα με σύγκριση που πραγματοποιήθηκε μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και της επιθυμίας τους για δωρεά, σε σχέση με αυτή, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.000$) καθώς η προθυμία για δωρεά οργάνων έδειξε μεγαλύτερη στα άτομα νεαρότερης ηλικίας. (Πίνακας 5).

Από τα 180 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, το 43% είναι αιμοδότες. Η διευκρίνιση αυτή είχε ως σκοπό να ελέγξουμε αν η εθελοντική δραστηριότητα της αιμοδοσίας, μπορεί να επηρεάσει την απόφαση για δωρεά οργάνων. Το αποτέλεσμα έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.001$) καθώς οι αιμοδότες φαίνονται κατά πολύ περισσότερο ευαισθητοποιημένοι από τους μη αιμοδότες. Πιο συγκεκριμένα το 90% των αιμοδοτών δηλώνουν την επιθυμία τους να γίνουν δωρητές οργάνων, ενώ το 10% εκφράζει άρνηση. Όσον αφορά τους μη αιμοδότες, τα ποσοστά είναι 68% και 32% αντίστοιχα. (Πίνακας 4).

Σε πρακτικό επίπεδο, κάθε άτομο κατέχεται από θετικά και αρνητικά συναισθήματα. Τα αρνητικά συναισθήματα όμως αποδεικνύονται πιο έντονα, σημαντικά και γι' αυτό κυρίαρχα στη στάση τους από τα θετικά. Οφείλονται σε αισθήματα ανασφάλειας, καχυποψίας καθώς και σε ελλειπή ενημέρωση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, το 56% των ερωτηθέντων αμφιβάλλουν για την ποιότητα και την ασφάλεια που παρέχει το Ελληνικό νομικό πλαίσιο που διέπει τις μεταμοσχεύσεις και τη δωρεά οργάνων. Αυτό αποδεικνύεται, καθώς, το 29% του δείγματος παραδέχτηκε ότι ο κύριος ενδιασμός του, ώστε να δώσει τη συγκατάθεσή του, για δωρεά οργάνων ενός αγαπημένου του προσώπου, είναι η ιδέα της ύπαρξης εμπορίου οργάνων. Επίσης η συντριπτική πλειοψηφία του κοινού (95%), αμφισβητεί την τήρηση της ιεραρχίας στις λίστες αναμονής, ενώ, αν και μικρό, το ποσοστό 7% θεωρεί τον εγκεφαλικό θάνατο ένα τέχνασμα της επιστήμης ώστε να αποσπάει όργανα.

Από τα παραπάνω, μπορούμε να διακρίνουμε την έλλειψη εμπιστοσύνης που διακατέχει το ευρύ κοινό, σχετικά με την οργάνωση των μεταμοσχεύσεων και της δωρεάς οργάνων.

Αξιοσημείωτο είναι ότι μόνο το 19% των ερωτηθέντων θα παρότρυνε κάποιον να γίνει δωρητής, ενώ το 81% θα προτιμούσε να απέχει. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που εδόθησαν, το 52% υποστηρίζει ότι η δωρεά οργάνων είναι μία προσωπική απόφαση που καλείτε να λάβει καθένας μόνος του και δεν θα μπορούσε να επέμβει, ενώ το 47% θεωρεί το θέμα της δωρεάς πολύ «λεπτό», ώστε να τεθεί και να προταθεί. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ του ευρύτερου κοινού και των νοσηλευτών, με σκοπό να διερευνήσουμε αν οι νοσηλευτές, ως εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας και όντας περισσότερο ενημερωμένοι, είναι πιο πρόθυμοι στο να παροτρύνουν κάποιον να γίνει δωρητής. Τα αποτελέσματα, μας οδήγησαν στο συμπέρασμα, ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά ($p=0,000$) μεταξύ των δύο υποομάδων, καθώς οι νοσηλευτές, υποστηρίζοντας την ιδιότητα του συμβούλου, είναι πιο ανοιχτοί από το ευρύ κοινό στην πρόταση να παρακινήσουν κάποιον να γίνει δωρητής (Πίνακας 1).

Παρ' όλα αυτά το 51% του δείγματος, ομολόγησε ότι θα δεχόταν να συναινέσει αν γνώριζε πως η δωρεά οργάνων ήταν επιθυμία του θανόντος. Επίσης το 41% τοποθετεί ως κίνητρο, για να δώσει τη συναίνεσή του, το αίσθημα ότι χαρίζει ζωή σε έναν συνάνθρωπο. Ένας σημαντικός παράγοντας, ώστε να ληφθεί η απόφαση για συναίνεση είναι το επίπεδο εκπαίδευσης της οικογένειας, καθώς σύμφωνα με στατιστική συσχέτιση που πραγματοποιήθηκε, δείχνει να επηρεάζει σημαντικά ($p=0,000$) την απόφαση για συναίνεση ή άρνηση στην πρόταση της δωρεάς (Πίνακας 2).

Η αύξηση της δωρεάς εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αποδοχή της ιδέας των μεταμοσχεύσεων από το κοινό. Το ενημερωμένο κοινό είναι η ασφαλέστερη πηγή προσφοράς μοσχευμάτων. Η ενημέρωση, οπότε, πρέπει να είναι συνεχής και πολύπλευρη. Ιδιαίτερα σημαντικός στην ανάπτυξη αυτού του προγράμματος, θεωρείται ο ρόλος των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού των μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων καθώς και των Συλλόγων που έχουν ως στόχο τους τη διάδοση της ιδέας δωρεάς ιστών και οργάνων.^{22 26}

Αξιοσημείωτο είναι ότι το 66% των ερωτηθέντων, υποστηρίζει ότι η θετική νοσηλευτική ή ιατρική προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει στην απόφαση τους να δωρίσουν τα όργανα του αγαπημένου τους προσώπου. Στην πρόταση αυτή διεξήχθη έρευνα, με σκοπό να εξεταστεί αν το ευρύ κοινό θεωρεί τη σωστή ιατρική-

νοσηλευτική συμβολή στη διαδικασία λήψης απόφασης, εξίσου σημαντική με τους ερωτηθέντες νοσηλευτές. Από τα ευρήματά μας προκύπτει στατιστική διαφορά ($p=0.000$), αφού το ευρύ κοινό δεν αποδίδει την ίδια σημαντικότητα με τους νοσηλευτές, στην ιατρική-νοσηλευτική προσέγγιση κατά τη λήψη απόφασης. Κατά τους νοσηλευτές (84%), ο καλά ενημερωμένος γιατρός και νοσηλευτής είναι οι πλέον αρμόδιοι και οι πιο κατάλληλοι να προσεγγίσουν την οικογένεια του υποψήφιου δότη. (Πίνακας 3). Είναι πιθανό και αυτή η άποψη του ευρύτερου κοινού να προκύπτει από έλλειψη εμπιστοσύνης.

Επιπροσθέτως οι θρησκευτικές πεποιθήσεις δεν δείχνουν να επηρεάζουν τη λήψη απόφασης της πλειοψηφίας του δείγματος (86%). Το 97% των ερωτηθέντων δεν δηλώνει ικανοποίηση σχετικά με την ενημέρωση του κοινού για τη δωρεά οργάνων, καθώς τη θεωρεί ελλιπή. Αν και το 72% γνωρίζει πως ο εγκεφαλικός θάνατος είναι η πλήρης και μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους, το 21% δεν παύει να τον συγχέει με το κώμα. Παράλληλα η αμφιβολία προς την έννοια του θανάτου, αποτελεί κατασταλτικό παράγοντα για το 63% του δείγματος ώστε να μη δώσουν τη συναίνεσή τους.

Η κύρια πηγή ενημέρωσης των ερωτηθέντων σε ποσοστό 87% προέρχεται από τα Μ.Μ.Ε., ενώ μόλις 8% έχουν ενημερωθεί από τον προσωπικό τους γιατρό. Το ευρύ κοινό ως λύση στο πρόβλημα της έλλειψης διαθέσιμων οργάνων και ως πηγή ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης, προτείνει ενημέρωση από τα σχολεία και τα πανεπιστήμια (50%), διαφήμιση (34%), διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων (12%) και σεμινάρια ανοιχτά στο κοινό (4%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την έρευνά μας προκύπτει, ότι η ιδέα της δωρεάς οργάνων είναι αποδεκτή σχεδόν από όλους. Υπάρχει θετική διάθεση απέναντι στη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση, καθώς κανείς δεν αμφισβητεί την σημαντικότητα της ιδέας σε θεωρητικό και ιδεαλιστικό επίπεδο.

Οι συνδυαστικοί λόγοι που κάποιος δίνει τη συναίνεσή του είναι η ύπαρξη αλτρουισμού, η αγάπη για το συνάνθρωπο καθώς και η διάθεση προσφοράς προς το κοινωνικό σύνολο.

Σε πρακτικό επίπεδο υπάρχει διάχυτη αρνητική διάθεση, εξαιτίας διαφόρων λόγων που λειτουργούν συνδυαστικά. Οι λόγοι αυτοί είναι οι φοβίες του κοινού σχετικά με το θέμα του θανάτου και με τις αντιλήψεις για ύπαρξη κυκλώματος εμπορίου οργάνων, καχυποψίες σχετικά με τη μη τήρηση προτεραιότητας στις λίστες αναμονής των ληπτών, έλλειψη συγκεκριμένης και συγκροτημένης ενημέρωσης, καθώς και ύπαρξη αδιαφορίας σε συνδυασμό με την έλλειψη πολιτιστικού επιπέδου.

Η παροχή σωστής ενημέρωσης, η αποδοχή της ιδέας των μεταμοσχεύσεων και η αποφυγή σύγχυσης και ανασφάλειας, φαίνεται να επιδρά θετικά στην βελτίωση της δωρεάς οργάνων. Η άρτια επιστημονική κατάρτιση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η συνεχής επιμόρφωση, η θετική προσέγγιση, καθώς και ο σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή αποτελούν τη βάση για την ποσοτική και ποιοτική πρόοδο των μεταμοσχεύσεων και της δωρεάς οργάνων. Απαραίτητη κρίνεται η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (ιδίως στη Μ.Ε.Θ. και στο Τ.Ε.Π.) με στόχο την καλύτερη προσέγγιση του προβλήματος της δωρεάς και την ανάπτυξη ικανότητας προσέγγισης των συγγενών.

Η γνώση μέρους της νομοθεσίας καθώς και των δικλίδων ασφαλείας που υπάρχουν στη μεταμόσχευση θα βοηθούσε στην άρση του φόβου για εμπορία οργάνων και εκμετάλλευση σε συνδυασμό με την εξήγηση, με απλά λόγια, του τρόπου διάγνωσης του θανάτου, θα απέκλειε το φόβο για ιατρικό – ανθρώπινο λάθος.

Επίσης για την συστηματικότερη πρόοδο της δωρεάς οργάνων και την καλύτερη έκβαση των διαδικασιών προτείνουμε, οργανωμένη, συνεχή και εκτενή επικοινωνία μέσω ενημέρωσης σε τηλεοπτικές εκπομπές, σε σχολεία – πανεπιστήμια και σε χώρους εργασίας. Επίσης προτείνουμε προώθηση της ιδέας της δωρεάς οργάνων μέσω διαφήμισης (τηλεοπτικής και τύπου) και μέσω φυλλαδίων που θα διατίθενται

παντού. Στόχος της επικοινωνίας θα είναι να ενημερώσει τον κόσμο και να του δώσει εγγυήσεις αλλά και να τον ευαισθητοποιήσει μέσω της προβολής του θέματος.

Για την ενημέρωση του κοινού οι πλέον κατάλληλοι θεωρούνται το άρτια επαγγελματικά καταρτισμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ για την ευαισθητοποίηση του οι ίδιοι οι λήπτες ή δημοφιλή –επώνυμα πρόσωπα. Η δημιουργία ειδικής θεραπευτικής ομάδας για την ηθική υποστήριξη του δότη-λήπτη, θα ήταν πρωτοπορία για τη χώρα μας και σαφώς θα βοήθαγε στην καλύτερη έκβαση της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων, αφού θα περιορίζονταν τα ηθικά διλλήματα και θα υπήρχε μεγαλύτερη σιγουριά εκ μέρους του δότη, του λήπτη και της οικογένειας του δότη.

Τέλος προτείνουμε:

- τήρηση των θεσπισμένων νόμων και αυστηρές ποινικές διώξεις σε περίπτωση παραβίασης.
- 100% κάλυψη των μεταμοσχεύσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Περισσότερη ελληνική αναλυτική βιβλιογραφία σχετικά με τη νοσηλευτική παρέμβαση των μεταμοσχευθέντων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία, έγινε μια προσπάθεια *με σκοπό να προσεγγιστούν, σε όποιο βαθμό είναι εφικτό, τα ηθικά διλλήματα, οι προβληματισμοί καθώς και η στάση του ευρύτερου κοινού της χώρας μας, απέναντι στη δωρεά οργάνων.*

Υλικό και μέθοδος

Η έρευνα διήρκησε περίπου 2 μήνες (15/10/2008 – 30/01/2009), και διεξήχθη στο νομό Αχαΐας. Εδόθησαν σε κατοίκους του νομού Αχαΐας 180 ερωτηματολόγια με 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι στατιστικοί έλεγχοι έγιναν με τη βοήθεια μεθόδων επαγωγικής στατιστικής και για τις στατιστικές συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκε το χ^2 test.

Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο βαθμός εκπαίδευσης του ευρύτερου κοινού, καθώς και η ηλικία επηρεάζουν σημαντικά ($p=0.000$) τη λήψη απόφασης για συναίνεση και τη διάθεσή τους για δωρεά αντίστοιχα. Αξιοσημείωτο είναι να αναφέρουμε, ότι οι κυριότεροι ενδοιασμοί που αντιμετωπίζει η οικογένεια ενός δυνητικού δότη, ώστε να δώσει τη συναίνεσή της είναι η αμφιβολία που αφορά την έννοια του θανάτου (63%) καθώς και ο φόβος για την ύπαρξη εμπορίου οργάνων (29%). Μόνο το 19% του δείγματος θα παρότρυνε κάποιον να γίνει δωρητής, καθώς σύμφωνα με τα ευρήματα μας, το 52% θεωρεί ότι είναι προσωπική απόφαση. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με σύγκριση οι νοσηλευτές, ενισχύοντας τον συμβουλευτικό τους ρόλο, θα παρότρυναν κάποιον να γίνει δωρητής με λιγότερους ενδοιασμούς από το ευρύ κοινό ($p=0.000$).

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, τόσο η άρτια επιστημονική κατάρτιση, η συνεχής επιμόρφωση, και η θετική προσέγγιση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, όσο και η εκτεταμένη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού συμβάλλουν στη βελτίωση της ποσοτικής και ποιοτικής δωρεάς οργάνων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bernard J., *Η Βιοηθική*, Dominos, Τραυλός Π. και Κωσταράκη Γ., Αθήνα, 1996
2. Αλαχιώτης Σ., *Βιοηθική. Αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς. Επίτομος*, Εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 2004
3. Αδάμη Α., *Σύγχρονα βιοιατρικά επιτεύγματα, μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων. Τεχνολογικά χρονικά, Τεύχος 7, (1) ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα, 2006*
4. Μαλλιώρα Μ., *Η Εθνική νομοθεσία για τη δωρεά οργάνων. Πρακτικά ημερίδας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, Ρόδος, 2005*
5. *Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Θέσεις για σύγχρονα προβλήματα. Επιμέλεια Δρακοπούλου Η., δεύτερη έκδοση, Εθνικό τυπογραφείο, Αθήνα, 2008*
6. Πανάγος Κ., *Μεταμοσχεύσεις. Επίτομος, Εκδόσεις: Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 2008*
7. Καρλατήρα Π., *Υποχρεωτικά όλοι δωρητές οργάνων. Πρώτο Θέμα, αρ. φύλλου 161, 2008*
8. Λαζαρίδης Π., *Οι ηθικές και νομικές πλευρές της μεταμοσχεύσεως οργάνων και ιστών. Διδακτορική διατριβή, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1999*
9. *Διεθνής Αμνηστία, Ανθρώπινα δικαιώματα τώρα!. Έντυπο φυλλάδιο, Διεθνής Αμνηστία, Αθήνα, 2007*
10. Κωστάκης Α., *Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων. 2008*
www.transplantation.gr
11. Κουμάντος Γ., *Προβλήματα βιοηθικής. Επίτομος, ΠΟΛΙΣ, Αθήνα, 2003*

12. Evans R., Πρόληψη και καταπολέμηση του εμπορίου οργάνων και ιστών. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2004. www.europarl.eu
13. E.O.M., Σχετικά με την επικαιρότητα που αφορά σε εμπόριο οργάνων. 2008. www.eom.gr
14. Νανάς Σ., Επιστημονική θεώρηση του εγκεφαλικού θανάτου. Επίτομος, Εκδόσεις:Σταμούλης, Αθήνα, 2006
15. Marsden D., Fowler T., Κλινική νευρολογία. Μετάφραση –Επιμέλεια: Σκούφα Μ., Επίτομος, δεύτερη έκδοση, ΑΙΤΣΑΣ, Αθήνα, 2001
16. Lee G., Mandon A. a.o., Emergency nursing core curriculum. Fourth edition, W.B. Saunders Company, USA, 1994
17. Γολεμάτης Β., Εγχειρίδιο χειρουργικής παθολογίας. Τόμος Β, Πασχαλίδης, Αθήνα, 1985
18. Γιαννοπούλου Α., Διλλήματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική. Επίτομος, Πέμπτη έκδοση, ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα, 2002
19. Λαγγουράνης Α., Εγκεφαλικός θάνατος, τέλος και αρχή ζωής. 2007 www.transplantation.gr
20. Λαγγαδά Ι., Εγκεφαλικός θάνατος. . Πρακτικά πρώτου Πανελληνίου Επιστημονικού και Επαγγελματικού συνεδρίου Ε.Ν.Ε., Λευκάδα, 2008
21. Medlook, Παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για δωρεά οργάνων. 2001. www.medlook.net
22. ΦΕΚ αρ. φύλλου 167, Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας. Τεύχος πρώτο, 2001
23. Baron J., Against bioethics. MIT Press, Cambridge, 2006

24. Μπελλάλη Θ., Παπαδάτου Δ., Πρότυπα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για δωρεά οργάνων εγκεφαλικά νεκρού ατόμου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 19(1), 2002
25. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η επιτροπή προτείνει δράσεις για την αύξηση στον τομέα της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων. *IP/07/718*, Βρυξέλλες, 2007
26. Λιαρόπουλος Α., *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Τόμος Α*, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2007
27. *Caton H., Trends in biomedical regulation. Butterworth's, Australia, 1990*
28. Βουγιούκος Α., *Η επαγγελματική ευθύνη του ιατρού. ART OF TEXT*, Θεσσαλονίκη, 1993
29. Γκίκα Ε., Καλογερόπουλος Σ., *Μεταμοσχεύσεις οργάνων. Τρίτο μάτι, τεύχος 145 (4), 2006*
30. *Kusher G., Thomas K., Δεοντολογία και ηθική στην κλινική πράξη. Επιμέλεια- Μετάφραση: Τριανταφυλλίδου Σ., ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα, 2007*
31. Ανδρέας Σ. και συν., *Ο νοσηλευτικός ρόλος στην ψυχική υγεία των ασθενών για μεταμόσχευση οργάνων. Νοσηλευτική, 42(4), 2003*
32. *Ubel P., Pricing life, why it's time for health care rationing. MIT Press, Cambridge, 2001*
33. *Global Link International Marketing Research LTD, Διερεύνηση της ιδέας της δωρεάς οργάνων. Global Link, Αθήνα, 2002*
34. Μπέγζος Μ., Παπαθανασίου Α., *Θέματα Χρηστιανικής ηθικής. ΟΕΔΒ, Αθήνα, 1998*

35. Παπαδημητρίου Ι., *Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ*, Αθήνα, 1998
36. Μητροπολίτης Ναυπάκτου Ιερόθεος., *Οι μεταμοσχεύσεις από Ορθόδοξη Εκκλησιαστική πλευρά. 2008 www.pelagia.org*
37. Χριστοδούλου Αρχιεπισκόπου Αθηνών και πάσης Ελλάδος., *Διαθρησκευτική θεώρηση των μεταμοσχεύσεων, Εκκλησία και μεταμοσχεύσεις, Ε.Μ.Υ.Ε.Ε., Αθήνα, 2001*
38. *American Red Cross, Help now tissue donation. Statements from various religions. USA, 2001*
39. Χατζηνικολάου Ν., *Θρησκευτικές πτυχές των μεταμοσχεύσεων. Κέντρο βιοιατρικής, βιοηθικής και δεοντολογίας, 2008 www.bioethics.org*
40. Yaqub A., Al Deeb M., *Brain death current status. Medical journal, 17 (5), Saudi Arabia, 1996*
41. Παπαδημητρίου Μ., Γκότση Α. και συν., *Η νοσηλευτική στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Νοσηλευτική 39 (1), 2000.*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Το ερωτηματολόγιο αυτό σας δίδεται με σκοπό να προσεγγιστούν, σε όποιο βαθμό είναι εφικτό, τα ηθικά διλλήματα, οι προβληματισμοί καθώς και η στάση του ευρέως κοινού της χώρας μας, απέναντι στη δωρεά οργάνων. Σας βεβαιώνουμε ότι το ερωτηματολόγιο θα παραμείνει ανώνυμο. Για οποιαδήποτε διευκρινιστική ερώτηση απευθυνθείτε σε εμάς.

Αλεξοπούλου Ασημίνα
Αποστολοπούλου Θεοφανώ

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. APPEL [] ΘΗΛΥ []
2. ΗΛΙΚΙΑ []
3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Έγγαμος []
 Άγαμος []
 Διαζευγμένος []
 Χήρος []
4. Επίπεδο εκπαίδευσης: Δημοτικό []
 Γυμνάσιο- Λύκειο []
 ΑΕΙ-ΑΤΕΙ []
 Μεταπτυχιακό- Dr []
5. Είστε αιμοδότης;
 ΝΑΙ [] ΟΧΙ []
6. Θα γινόσασταν δωρητής οργάνων;
 ΝΑΙ [] ΟΧΙ []
7. Σε θεωρητικό επίπεδο η διάθεσή σας για δωρεά οργάνων είναι:
 Θετική [] Αρνητική []
8. Σε περίπτωση που μετά το θάνατο ενός αγαπημένου σας προσώπου, καλείστε να δώσετε τη συναίνεση σας, η απάντησή σας θα ήταν:
 ΝΑΙ [] ΟΧΙ []
9. Ποιος θα ήταν ο μεγαλύτερος ενδιασμός σας ώστε να αποφασίσετε;
(Σημειώσατε ένα από τα παρακάτω.)

- α) αμφιβολία προς την έννοια του θανάτου []
- β) καχυποψία σχετικά με την αντίληψη για εμπόριο []
- γ) αίσθημα τύψεων για τη βεβήλωση του νεκρού σώματος []
- δ) δεν έχω καμία ενημέρωση πάνω στο θέμα της δωρεάς και νιώθω ανασφάλεια []
10. Αν τελικά δεχόσασταν να συναινέσετε, ποιος θα ήταν ο σημαντικότερος από τους παρακάτω λόγους; (Σημειώσατε ένα από τα παρακάτω.)
- α) δέχτηκα ψυχολογική πίεση []
- β) το αίσθημα ότι χαρίζω ζωή σε έναν συνάνθρωπο []
- γ) γνωρίζω ότι είναι επιθυμία του αγαπημένου μου προσώπου []
11. Θα παροτρύνατε κάποιον να γίνει δωρητής οργάνων;
- ΝΑΙ [] ΟΧΙ []
12. Αν όχι για ποιον από τους παρακάτω λόγους; (Σημειώσατε ένα από τα παρακάτω)
- α) το θεωρώ προσωπική απόφαση []
- β) το έχω ήδη κάνει και το μετάνιωσα []
- γ) δεν θα συζητούσα καν για αυτό το θέμα []
13. Η σωστή προσέγγιση και ενημέρωση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα επηρέαζε την απόφασή σας;
- ΝΑΙ [] ΟΧΙ []
14. Οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις θα επηρέαζαν την απόφασή σας για δωρεά ή συναίνεση;
- ΝΑΙ [] ΟΧΙ []
15. Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι :
- α) το κώμα []
- β) απάτη της επιστήμης, ώστε να αποσπάει όργανα []
- γ) η πλήρης και μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους []

16. Πιστεύετε πως ο εγκεφαλικός θάνατος συγγέεται με τον κλινικό;

ΝΑΙ []

ΟΧΙ []

17. Θεωρείτε ότι τηρείται η ιεραρχία στις λίστες αναμονής;

ΝΑΙ []

ΟΧΙ []

18. Γνωρίζετε το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τις μεταμοσχεύσεις και τη δωρεά οργάνων;

ΝΑΙ []

ΟΧΙ []

19. Πιστεύετε ότι το Ελληνικό νομικό πλαίσιο παρέχει ποιότητα και ασφάλεια στη δωρεά οργάνων;

ΝΑΙ []

ΟΧΙ []

19. Πιστεύετε ότι η ενημέρωση του κοινού, σχετικά με τη δωρεά οργάνων είναι επαρκής;

ΝΑΙ []

ΟΧΙ []

20. Οι δικές σας πηγές ενημέρωσης, σχετικά με τη δωρεά οργάνων, από πού προέρχονται; (Σημειώσατε ένα από τα παρακάτω)

α) κυρίως από τα Μ.Μ.Ε. []

β) από τον προσωπικό μου γιατρό []

γ) από γνωστούς που δώρισαν όργανα συγγενικού προσώπου []

δ) Από προσωπική εμπειρία []

21. Τι πιστεύετε ότι θα μπορούσε να ευαισθητοποιήσει την κοινή γνώμη ώστε να αυξηθεί το ποσοστό των διαθέσιμων οργάνων; (Σημειώσατε ένα από τα παρακάτω)

α) Πλήρης ενημέρωση από το σχολείο και τα πανεπιστήμια []

β) Διαφήμιση μέσω των ΜΜΕ []

γ) Διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων []

δ) Να γίνονται σεμινάρια ανοιχτά στο κοινό []

Ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΝΟΜΟΣ 2737/1999 (ΦΕΚ 174 Α')

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1: Πεδίο εφαρμογής

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζώντα ή νεκρό, με προορισμό τη μεταμόσχευση σε άλλον άνθρωπο, γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς, κατά τους όρους και τη διαδικασία του νόμου αυτού.

2. Οι διατάξεις του νόμου αυτού δεν εφαρμόζονται :

α) στις αυτομεταμοσχεύσεις,

β) στις αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις όρχεων και ωοθηκών,

γ) στη λήψη και μετάγγιση αίματος,

δ) στη λήψη και χρησιμοποίηση ωαρίων και σπέρματος,

ε) στην ενδομήτρια εμφύτευση εμβρύων.

Άρθρο 2: Απαγόρευση ανταλλάγματος

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Απαγορεύεται κάθε συναλλαγή μεταξύ λήπτη, δότη και των οικογενειών τους, καθώς και αυτών με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο.

2. Δεν συνιστά αντάλλαγμα η καταβολή των δαπανών, που είναι απαραίτητες για την αφαίρεση, συντήρηση και μεταφορά του μοσχεύματος.

Άρθρο 3: Δαπάνες

1. Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ειδικό κωδικό αριθμό και καταβάλλονται με βάση δικαιολογητικά που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) του άρθρου 15 του νόμου αυτού.

2. Όταν η αφαίρεση αφορά ζώντα δότη, στις δαπάνες της προηγούμενης παραγράφου περιλαμβάνονται :

α. Οι ιατρικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν, κατά και μετά την αφαίρεση και εξαιτίας αυτής.

β. Τα έξοδα μετακίνησης και διαμονής του υποψήφιου δότη.

γ. Κάθε θετική ζημία του υποψήφιου δότη εξαιτίας της αποχής του από την εργασία του, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία που ο υποψήφιος δότης στερήθηκε εξαιτίας της απουσίας του για την προετοιμασία και πραγματοποίηση της αφαίρεσης και την αποκατάσταση της υγείας του.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων δύνανται να εξαιρούνται από τις περιοριστικές διατάξεις της νομοθεσίας που διέπει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και αποκατάσταση βλάβης της υγείας των ασφαλισμένων, δότη ή λήπτη, σε περιπτώσεις αφαίρεσης ιστών ή οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, όπως δαπάνες επέμβασης, νοσηλείας, φυσιοθεραπείας και άλλες συναφείς.

Άρθρο 4: Μονάδες Μεταμόσχευσης

1.α. Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά προς τούτο οργανωμένες μονάδες (Μονάδες Μεταμόσχευσης) νοσηλευτικών ιδρυμάτων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Οι Μονάδες Μεταμόσχευσης λειτουργούν με άδεια του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που χορηγείται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ. και γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Η άδεια εκδίδεται για τρία (3)έτη, εφόσον διαπιστωθεί η επάρκεια της μονάδας και η δυνατότητα συμβολής της στην αντιμετώπιση των αναγκών για μεταμοσχεύσεις. Μετά την πάροδο τριών ετών λειτουργίας χορηγείται οριστική άδεια, με βάση τα αποτελέσματα της μεταμοσχευτικής της δραστηριότητας,

β. Για τις ήδη νομίμως λειτουργούσες Μονάδες Μεταμόσχευσης χορηγείται, μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, νέα άδεια, σύμφωνα με όσα ορίζονται στην περίπτωση α' της παρούσας παραγράφου.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., ανακαλείται η προσωρινή ή οριστική άδεια, εφόσον διαπιστωθεί ότι η μονάδα μεταμόσχευσης δεν πληροί τους όρους που καθορίζονται στην υπουργική απόφαση, η οποία αναφέρεται στην παράγραφο 4.

3. Οι Μονάδες Μεταμόσχευσης τελούν υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και υποβάλλουν στον Ε.Ο.Μ. ετήσια έκδοση για τη δραστηριότητά τους, εντός του Α' διμήνου του επόμενου έτους.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται οι όροι που πρέπει να συντρέχουν για τη

χορήγηση της άδειας λειτουργίας Μεταμοσχευτικών Μονάδων, η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησής της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 5: Συντονιστές Μεταμόσχευσης

Οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων προσφέρουν υπηρεσίες για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποβοηθούν το μεταμοσχευτικό έργο. Οι θέσεις των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων συστήνονται στον Ε.Ο.Μ. και στα παραρτήματά του, όταν αυτά αναπτυχθούν, καθώς και στις μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που συμμετέχουν στη μεταμοσχευτική διαδικασία, οι οποίες καλύπτονται από πτυχιούχους επαγγελματιών υγείας (Α.Ε.Ι. - Τ.Ε.Ι.) μετά από εξειδίκευση στο αντικείμενο του συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Η αμοιβή των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ40, Α'). Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται τα προσόντα και τα καθήκοντα των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Άρθρο 6: Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση και Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών

1. Οι Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση (Τ.Ι.Μ.) συντηρούν και διαθέτουν ανθρώπινους ιστούς προορισμένους για μεταμόσχευση.

2. Οι Τ.Ι.Μ. ιδρύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ..

Λειτουργούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή στο Κέντρο Ερευνών "Ο ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ", που εποπτεύονται, κατά περίπτωση, από τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικής Αμυνας ή Ανάπτυξης.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται οι όροι ίδρυσης και λειτουργίας των Τ.Ι.Μ., οι ειδικότερες κατηγορίες τους, ο έλεγχος της λειτουργίας τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

4. Ο Ε.Ο.Μ. καταρτίζει "Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών", το οποίο είναι ενιαίο για όλη τη χώρα και στο οποίο τηρούνται τα στοιχεία των εθελοντών δοτών μυελού των οστών.

Άρθρο 7: Υποψήφιοι λήπτες

1. Ο Ε.Ο.Μ. τηρεί Εθνικό Μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί ότι είναι κατάλληλοι για μεταμόσχευση. Η πιστοποίηση γίνεται από μεταμοσχευτική μονάδα επιλογής τους και το θεράποντα ιατρό τους, με βάση κριτήρια συναγόμενα από την ιατρική επιστήμη και δεοντολογία.
2. Υποψήφιος λήπτης που δεν εγγράφεται στο Εθνικό Μητρώο επειδή δεν κρίθηκε κατάλληλος για μεταμόσχευση ή που διαγράφεται από αυτό επειδή έπαυσε να ισχύει η καταλληλότητά του, μπορεί να προσφύγει στον Ε.Ο.Μ. που τον παραπέμπει σε άλλη μεταμοσχευτική μονάδα, η οποία αποφαινεται τελικά σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό του.
3. Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και με βάση κριτήρια όπως η ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επείγον της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Η σημασία των παραπάνω, καθώς και κάθε άλλου κριτηρίου καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ.. Αν τα κριτήρια είναι ισοδύναμα, προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει, πριν παρουσιασθεί γι' αυτά η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από το θάνατό τους.

Άρθρο 8: Μητρώο και Αρχείο

Στον Ε.Ο.Μ. τηρούνται μητρώα δωρητών, κατά όργανο και ιστό, καθώς και αρχείο εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση.

Άρθρο 9: Ευαίσθητα δεδομένα

Το Εθνικό Μητρώο με τους λήπτες και τα Αρχεία των Δωρητών περιέχουν ευαίσθητα δεδομένα, κατά την έννοια του Ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50/Α').

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ

Άρθρο 10: Προϋποθέσεις και διαδικασία

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη, εφόσον δεν διατίθενται ιστοί και όργανα, μέχρι τη στιγμή της διενέργειας λήψης του οργάνου, από αποβιώσαντα πρόσωπα, δεν υφίσταται άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανάλογης αποτελεσματικότητας και δεν συνεπάγεται προφανή σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του δότη.

2. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το δεύτερο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει στη μεταμόσχευση μυελού των οστών.

3. Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η αφαίρεση μυελού των οστών και από ανήλικο δότη, όταν πρόκειται για μεταμόσχευση σε αδελφό ή αδελφή του, εφόσον υπάρχει μεταξύ τους ιστοσυμβατότητα, η αφαίρεση είναι αναγκαία για τη ζωή του λήπτη, δεν υπάρχει άλλος διαθέσιμος ιστοσυμβατός δότης, ο οποίος να έχει τη δικαιοπρακτική ικανότητα να παράσχει έγκυρα τη συναίνεσή του στη μεταμόσχευση, και συναινούν σε αυτή και οι δύο γονείς, έστω και αν μόνο ο ένας έχει την επιμέλεια του ανήλικου τέκνου. Αν δεν υπάρχουν γονείς ή αν και οι δύο έχουν εκπέσει από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον επίτροπο, ύστερα από απόφαση του εποπτικού συμβουλίου. Ο ανήλικος, που έχει συμπληρώσει το δωδέκατο έτος της ηλικίας του, συναινεί και αυτός στην αφαίρεση. Οι συνααινέσεις παρέχονται κατά τον τρόπο που προβλέπεται στην παράγραφο 5 του άρθρου αυτού.

4. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση είναι δυνατή μόνον εφόσον ο δότης δεν τελεί σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση, έχει την ικανότητα συναίνεσης και δηλώνει ελευθέρως την προς τούτο συναίνεσή του, αφού προηγουμένως ενημερωθεί για το σκοπό, τη φύση και τους ενδεχόμενους κινδύνους της επέμβασης.

5. Η συναίνεση παρέχεται με έναν από τους εξής τρόπους:

α) με συμβολαιογραφικό έγγραφο,

β) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται από την Αστυνομική Αρχή η γνησιότητα της υπογραφής του δότη,

γ) με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο, το οποίο τηρείται στο νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου θα γίνει η μεταμόσχευση_¬___6___. Κατά τη δήλωση παρίστανται δύο μάρτυρες, οι οποίοι και συνυπογράφουν με το δότη τη σχετική καταχώριση της συναίνεσης στο ειδικό βιβλίο.

6. Η συναίνεση του δότη είναι ελευθέρως ανακλητή, έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία της αφαίρεσης. Η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο.

7. Όλα τα σχετικά με τη μεταμόσχευση στοιχεία διαβιβάζονται στον Ε.Ο.Μ., όπου και φυλάσσονται σε ειδικό αρχείο.

Άρθρο 11: Αποζημίωση

1. Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψήφιου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ή τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις καταβάλλεται αποζημίωση από το Δημόσιο, πέραν των παροχών των ασφαλιστικών οργανισμών στον ίδιο ή στους δικαιούχους διατροφής από αυτόν.
2. Η αποζημίωση καταβάλλεται από τις ειδικές πιστώσεις του Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που προβλέπονται στο άρθρο 3 του νόμου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΝΕΚΡΟ ΔΟΤΗ

Άρθρο 12: Προϋποθέσεις και διαδικασία

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα.
2. Η αφαίρεση διενεργείται εφόσον ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναινέσει σε αυτήν. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του.
3. Σε κάθε γενική απογραφή πληθυσμού, κάθε ενήλικος απογραφόμενος ατομικά καλείται να δηλώσει εγγράφως, σε ειδικό έντυπο διαβιβαζόμενο στον Ε.Ο.Μ., αν συναινεί ή όχι στην αφαίρεση ιστών και οργάνων του σώματός του για μεταμόσχευση μετά το θάνατό του. Εφόσον παρόμοια δήλωση δεν έχει ήδη γίνει, οι δήμοι και τα ασφαλιστικά ταμεία μπορούν να φροντίζουν για τη λήψη των σχετικών δηλώσεων από τους δημότες ή τους ασφαλισμένους τους.
4. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του.
5. Η συναίνεση ή η άρνηση είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή. Η συναίνεση ή η άρνηση παρέχεται από ενήλικο πρόσωπο που δεν τελεί υπό πλήρη στερητική συμπαράσταση και που είναι σε θέση να εκφράσει ελεύθερα τη βούλησή του.
6. Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις Υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς για το

θάνατο, καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, για να εκφράσουν την κατά την παρ. 4 συναίνεση ή άρνησή τους, αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εγγράφως συναινέσει ή αποκλείσει τη μεταμόσχευση. Μόνο αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη.

7. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη γίνεται με τον προσήκοντα σεβασμό στο σώμα του νεκρού, εκεί όπου βρίσκεται ο δότης και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η επέμβαση για τη λήψη μοσχεύματος προηγείται άλλων επεμβάσεων που δεν έχουν επείγοντα χαρακτήρα.

8. Αμέσως μετά το θάνατό τους, οι δυνητικοί δότες, που είχαν δώσει τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση ιστών και οργάνων μετά το θάνατό τους, καταχωρούνται σε κατάλογο που συντάσσει ο Ε.Ο.Μ.

Άρθρο 13: Τήρηση ανωνυμίας

Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και στην οικογένειά του. Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη.

Άρθρο 14: Δωρεά προς ορισμένο πρόσωπο

Η δωρεά ιστών και οργάνων για μετά το θάνατο του δότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη. Υπόδειξη του λήπτη από το δωρητή σώματος ή οργάνων δεν λαμβάνεται υπόψη, αλλά ακολουθείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Άρθρο 15: Επωνυμία – Έδρα – Σκοπός

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία "Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.)" και έδρα την Αθήνα, το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

2. Σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

3. Για την εκπλήρωση του σκοπού του, ο Ε.Ο.Μ. μεταξύ άλλων:

α. Εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση.

β. Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών.

γ. Καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων.

δ. Προτείνει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας Ιστών προς Μεταμόσχευση.

ε. Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και υποβάλλει έκθεση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

στ. Συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων.

ζ. Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών.

η. Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων.

Άρθρο 16: Διοίκηση

1. Ο Ε.Ο.Μ. διοικείται από εντεκαμελές (11) διοικητικό συμβούλιο, που αποτελείται από:

α. έναν Καθηγητή Ιατρικής Σχολής με ειδικότητα σε γνωστικό αντικείμενο συναφές προς τη μεταμόσχευση,

β. ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Μυελού των Οστών, προτεινόμενο από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας,

γ. ένα Διευθυντή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νοσηλευτικού Ιδρύματος, που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,

δ. ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Συμπαγών Οργάνων, νοσηλευτικού ιδρύματος εποπτευόμενου από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,

ε. ένα Διευθυντή Κέντρου Ιστοσυμβατότητας, το οποίο ασχολείται με τις μεταμοσχεύσεις,

στ. έναν Καθηγητή ή Αναπληρωτή Καθηγητή Νομικού Τμήματος Α.Ε.Ι.,

ζ. έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.),

η. έναν ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

θ. έναν εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος,

ι. ένα λήπτη ή υποψήφιο λήπτη μοσχεύματος ιστών ή οργάνων, που ορίζεται από την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες,

ια. έναν εκπρόσωπο του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος.

2. Ο Πρόεδρος, τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου του Ε.Ο.Μ., καθώς και οι αναπληρωτές τους διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Η θητεία του Προέδρου και των μελών του διοικητικού συμβουλίου του Ε.Ο.Μ. είναι τριετής.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομικών καθορίζεται η αποζημίωση του Προέδρου και των μελών του διοικητικού συμβουλίου.

Άρθρο 17: Πόροι

Πόροι του Ε.Ο.Μ. είναι:

α) Πάγια ετήσια επιχορήγηση από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

β) Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοσίες και κάθε είδους χορηγίες από τρίτους.

Άρθρο 18: Προσωπικό

1. Συνιστώνται οκτώ (8) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου διάρκειας πέντε (5) ετών, που μπορεί να ανανεώνεται. Η πλήρωση των θέσεων αυτών γίνεται κατά τις διατάξεις του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28/Α') και μέχρι την πλήρωση μπορεί να καλύπτονται οι ανάγκες με διάθεση ή απόσπαση ειδικών επιστημόνων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή των Οργανισμών που εποπτεύει. Τα ειδικότερα καθήκοντα του προσωπικού αυτού καθορίζονται στον Κανονισμό του Οργανισμού.

2. Συνιστώνται δεκαπέντε (15) θέσεις Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, γραμματειακής, διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης του Οργανισμού, τις οποίες καλύπτει προσωπικό με σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28/Α'). Μέχρι τη συμπλήρωση αυτών των θέσεων, οι ανάγκες του Οργανισμού μπορούν να καλύπτονται από το στελεχιακό δυναμικό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

3. Για την πρόσληψη προσωπικού στις θέσεις των προηγούμενων παραγράφων προσόντα διορισμού ορίζονται:

α. για τις θέσεις της παρ. 1, τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 25 του Ν. 1943/1991 (ΦΕΚ 50/Α'),

β. για τις θέσεις της παρ. 2 τα κατά περίπτωση κλάδου ή ειδικότητας προβλεπόμενα από το π.δ. 194/1998, όπως αυτό ισχύει.

Η αμοιβή του προσωπικού αυτού γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α').

Άρθρο 19: Οργανισμός – Εσωτερικός Κανονισμός

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται ο Κανονισμός λειτουργίας του Ε.Ο.Μ., ο οποίος ρυθμίζει την οργάνωση και τη διάρθρωση των υπηρεσιών του, την κατανομή των αρμοδιοτήτων του προσωπικού, τον ορισμό επιτροπής δεοντολογίας ή άλλων επιστημονικών επιτροπών, τον έλεγχο διαχείρισης, την υπηρεσιακή κατάσταση και τον πειθαρχικό έλεγχο του προσωπικού, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 20

1. Όποιος με πρόθεση παραβαίνει τις διατάξεις των άρθρων 10 και 12 του νόμου αυτού τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα (1) έτος και με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.
2. Όποιος δίνει από το σώμα του μοσχεύματα τιμωρείται, εάν συμφώνησε ή έλαβε οποιοδήποτε αντάλλαγμα γι' αυτόν το σκοπό, με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.
3. Όποιος προσφέρεται δημόσια να δώσει από το σώμα του μοσχεύματα με οποιοδήποτε αντάλλαγμα τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και με χρηματική ποινή.
4. Όποιος συμφωνεί ή λαμβάνει οποιοδήποτε αντάλλαγμα για να μεσολαβήσει σε αφαίρεση ιστών και οργάνων άλλου για μεταμόσχευση, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) έτους και χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών.
5. Όποιος λαμβάνει ή προσφέρεται να λάβει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ιστούς και όργανα ανθρώπινης προέλευσης τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και χρηματική ποινή. Εάν σκοπός της απόκτησης των μοσχευμάτων είναι η μεταπώληση, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) ετών — υ u954 και χρηματική ποινή δέκα εκατομμυρίων(10.000.000) δραχμών.
6. Όποιος χρησιμοποιεί ιστό ή όργανο για μεταμόσχευση σε λήπτη άλλον από τα οριζόμενα στο άρθρο 10 πρόσωπα, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών και χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών.
7. Όποιος καθ' οιονδήποτε τρόπο παρακωλύει παρανόμως την αφαίρεση μοσχεύματος, τη φύλαξη, μεταφορά, διατήρηση και τελική εμφύτευση με

αποτέλεσμα τη μη αξιοποίησή του τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) έτους και με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

8. Οι ποινές για τις πράξεις που προβλέπονται από τις παραγράφους 1 έως 7 του άρθρου αυτού, επιβάλλονται εφόσον δεν τιμωρούνται βαρύτερα με άλλη ποινική διάταξη. Εάν οι πράξεις που προβλέπονται από τις παραγράφους 1, 2, 4, 5 και 6 του παρόντος άρθρου τελούνται κατ' επάγγελμα ή κατά συνήθεια τιμωρούνται με κάθειρξη.

9. Τα ανωτέρω ποσά χρηματικών ποινών αποτελούν έσοδα του Δημοσίου και εισπράττονται σύμφωνα με τις διατάξεις περί δημοσίων εσόδων.

.....
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 28: Συνέχιση λειτουργίας Μεταμοσχευτικών Μονάδων ιστών και οργάνων και Τραπεζών Ιστών

1. Οι Μεταμοσχευτικές Μονάδες ιστών και οργάνων και οι Τράπεζες Ιστών προς μεταμόσχευση που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση αυτού του νόμου υποχρεούνται να υποβάλουν αίτηση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας τους, μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευσή του, μετά τη χορήγηση της οποίας λειτουργούν υπό τους όρους των άρθρων 4 και 6.

2. Έως την έκδοση του κανονισμού λειτουργίας του Ε.Ο.Μ. τα όργανα και οι υπηρεσίες, των οποίων το αντικείμενο καταργείται με το άρθρο 30, διατηρούν τις αρμοδιότητές τους.

.....
Άρθρο 30: Καταργούμενες διατάξεις

Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού καταργούνται:

1. Η παράγραφος 5 του άρθρου 9 του Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α').

2. Ο Ν. 1383/1983 (ΦΕΚ 106/Α') "Αφαιρέσεις και Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων".

3. Τα άρθρα 130 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α') και 8 του Ν. 2193/1994 (ΦΕΚ 34/Α') "Σύσταση και ανασύνθεση του Εθνικού Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων".

4. Η με αριθμό Α2γ/1468/6.3.85 υπουργική απόφαση "Σύσταση Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου Προγράμματος Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων", όπως έχει τροποποιηθεί, μόνο σε ό,τι αφορά τον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

5. Οι κανονιστικές υπουργικές αποφάσεις, που έχουν εκδοθεί με βάση το Ν. 1383/1983 (ΦΕΚ 106/Α') εξακολουθούν να ισχύουν μέχρις ότου εκδοθούν οι προβλεπόμενες από το νόμο αυτόν σχετικές αποφάσεις, εφόσον δεν αντίκεινται στο περιεχόμενό του.

Άρθρο 34: Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 26 Αυγούστου 1999__