



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΣΚΟΝΤΖΟΥ ΓΕΡΑΣΙΜΙΝΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΛΗΨΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ»**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

MSc in Health Management

Πειραιάς, 2010



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΣΚΟΝΤΖΟΥ ΓΕΡΑΣΙΜΙΝΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΛΗΨΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ»**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

MSc in Health Management

Πειραιάς, 2010



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**



**ΤΕΙ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΣΚΟΝΤΖΟΥ ΓΕΡΑΣΙΜΙΝΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΛΗΨΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ »**

Επιβλέπων Καθηγητής : **ΝΤΑΝΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ**

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
MSc in Health Management

Πειραιάς, 2010



**UNIVERSITY
OF PIRAEUS**

**PROGRAM OF POSTGRADUATE
STUDY**

HEALTH MANAGEMENT



**TEI
OF PIRAEUS**

SKONTZOU GERASIMINA

POSTGRADUATE WORK

**“MORAL DILEMMAS AND MEDICAL DECISION MAKING IN
THE FIELD OF BLOOD DONATION IN GREECE”**

SUPERVISOR: DANOS ANASTASIOS

Study on the acquisition of
Postgraduate Diploma of Specialisation
MSc in Health Management

Piraeus, 2010

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά

Τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ντάνο Αναστάσιο για την τιμή που μου έκανε να συνεργαστούμε και για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με το θέμα αυτό. Ο κ. Ντάνος υποστήριξε την προσπάθεια σε όλους τους τομείς παρέχοντάς μου συμβουλές και διασφαλίζοντας την υψηλή ποιότητα της διπλωματικής μου εργασίας.

Την κ. Μαραντίδου Όλγα, Διευθύντρια της Αιμοδοσίας του Π.Γ.Ν Ασκληπιείου Βούλας για την πολύτιμη καθοδήγηση και υποστήριξή της.

Τον κ. Σκόντζο Λάμπρο, Καθηγητή Θεολογίας για τις πολύτιμες συμβουλές του στο θεολογικό τμήμα αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Την κ. Γαλανού Ελπίδα, Οικονομολόγο, για την συνεισφορά της, τόσο για τη περιήγησή της στο διαδίκτυο στην ανεύρεση θεμάτων σχετικά με την εργασία, όσο και για την υποστήριξή της, στο σχεδιασμό και την υλοποίηση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Την οικογένεια μου που με στήριξε ηθικά σε όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

ΣΚΟΝΤΖΟΥ ΓΕΡΑΣΙΜΙΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Νομίζετε ότι είστε τυχεροί επειδή βρήκατε τελικά συμβατό μόσχευμα; Μάλλον αυτό είναι μόνο η αρχή! Έχετε αναρωτηθεί για πιο λόγο δεν μπορεί ένας ομοφυλόφιλος να γίνει εθελοντής αιμοδότης; Δικαιούται ένας ασθενής να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του; Τελικά ποια είναι τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει; Υπάρχει σεβασμός στις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή; Η υποχρεωτική περίθαλψη και η θρησκευτική ελευθερία: Ποιός νόμος θα υπερισχύσει; Γίνονται ιατρικά λάθη και γιατί θα πρέπει να μάθουμε να τα δηλώνουμε;

Με την ανάθεση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας με τίτλο « **ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΛΗΨΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ**», μου δίνεται η ευκαιρία να προσεγγίσω τα παραπάνω διλλήματα με επιστημονικό τρόπο, να δώσω απάντηση στις προσωπικές μου απορίες και να εμπλουτίσω στο μέτρο του δυνατού την σχετική βιβλιογραφία, σχετικά με ένα τόσο μεγάλο θέμα, δηλαδή της βιοηθικής στο τομέα της αιμοδοσίας.

Με την πρόοδο της έρευνας διαπιστώσαμε ότι πέρα από τα γνωστά διλλήματα στο τομέα της αιμοδοσίας υπάρχουν και άλλες παράμετροι άγνωστοι στον πολύ κόσμο αλλά και σε συγκεκριμένους επιστημονικούς κύκλους.

Το εγχείρημα μας δεν ήταν καθόλου εύκολο, διότι τα ηθικά, θρησκευτικά και φιλοσοφικά διλλήματα στον τομέα της αιμοδοσίας στηρίζονται επάνω σε μακράιωνες παραδόσεις και αντιλήψεις, έχοντας διαμορφώσει σοβαρότατες αντιρρήσεις.

Λόγω του τόσο εξειδικευμένου θέματος, ζητούμε την επιείκεια των αναγνωστών πολλώ δε μάλλον εκείνων οι οποίοι εμμένουν στις αντιρρητικές τους θέσεις σχετικά με την επιστημονική πρακτική της αιμοδοσίας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

ΒΙΟΗΘΙΚΗ, ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ, ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ, ΑΙΜΑ, ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

“MORAL DILEMMAS AND MEDICAL DECISION MAKING IN THE FIELD OF BLOOD DONATION IN GREECE”

Skontzou Gerasimina: Medical Technologist

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”

University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece

Supervisor: Dr Danos Anastasios, Professor at TEI of Piraeus

ABSTRACT

Do you believe that you are lucky just because you finally found a compatible graft? Probably this is only the beginning. Have you wondered why a homosexual cannot become a blood-donor? Does a patient deserved to be informed about his situation? After all which are the patient’s rights and who protects them? Is there any respect of patient’s religious, philosophical, ethical or political opinions and perceptions? Obligatory care and the religious freedom: Which law will predominate? Are medical errors made and why we are supposed to declare them?

Being entrusted with the present postgraduate work titled “MORAL DILEMMAS AND MEDICAL DECISION MAKING IN THE FIELD OF BLOOD DONATION IN GREECE”, I have the chance to approach these dilemmas in a scientific way, to answer my personal questions and to enrich as far as possible the relative bibliography, concerning this great subject, such as bioethics in the sector of blood donation. With the progress of research we realized that beyond the known dilemmas in the sector of blood donation, there are also other parameters unknown not only to the majority of people but also to specific scientific groups.

Our effort was not so easy, because moral, religious and philosophical dilemmas about blood donation are based on very old traditional perceptions, which have created serious objections. Because of this so specialized subject, we would ask our readers to lineated, especially those ones who insist on their objection concerning the scientific practice of blood donation.

KEYWORDS

BIOETHICS, TRANSFUSION, BLOOD-DONOR, BLOOD, TRANSPLANTATION

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	VI
ABSTRACT.....	VII
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	XIV
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	- 1 -
1.1.Βιοηθική ή Βιοϊατρική ηθική	- 1 -
1.2. Εφαρμογή των αρχών της Βιοηθικής στην καθημερινότητα	- 3 -
1.3. Βιοηθική στην αιμοδοσία	- 4 -
1.4. Ιστορική αναδρομή αιμοδοσίας στην Ελλάδα.....	- 5 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	- 9 -
2.1. Αίμα	- 9 -
2.1.1. Τα παράγωγα του αίματος.....	- 9 -
2.1.2. Παρασκευή συνθετικού αίματος.....	- 10 -
2.1.3. Οι σπουδαιότερες λειτουργίες του αίματος.....	- 11 -
2.1.4. Ποιοι χρειάζονται αίμα	- 11 -
2.1.5. Μετάγγιση αίματος	- 12 -
2.1.5.1. Ιστορική αναδρομή της μετάγγισης αίματος.....	- 13 -
2.2. Η Αιμοδοσία	- 18 -
2.2.1. Διαδικασία Αιμοδοσίας.....	- 18 -
2.2.2. Κατηγορίες Αιμοδοτών.....	- 18 -
2.2.3. Εθελοντική Αιμοδοσία.....	- 19 -
2.2.4. Σκοπός Αιμοδοσίας	- 21 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	- 22 -
3.1. Νομικό Πλαίσιο και Αιμοδοσία	- 22 -
3.2. Νομικό Πλαίσιο και Βιοηθική	- 57 -
3.3. Ανεπαρκές Νομικό Πλαίσιο	- 117 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	- 119 -

4.1. Ηθικά διλλήματα στην Αιμοδοσία	- 119 -
4.1.1. Άρνηση μετάγγισης αίματος από Μάρτυρες του Ιεχωβά	- 119 -
4.1.2. Απόρριψη ομοφυλόφιλων από τους εθελοντές Αιμοδότες.....	- 126 -
4.1.3. Τράπεζες αίματος	- 131 -
4.1.4. Μετάγγιση Ρέζους Θετικό σε ηλικιωμένους με Ρέζους Αρνητικό....	- 134 -
4.1.5. Μετάγγιση Αίματος σε Ασύμβατο δότη	- 137 -
4.1.6. Προγραμματισμός χειρουργείων ασθενών χωρίς προκατάθεση μονάδων.-	140 -
4.1.7. Αποστολή λάθους δείγματος αίματος ασθενούς	- 141 -
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°	- 143 -
5.1. Αιμοδοσία και Κοινωνικό Σύστημα	- 143 -
5.2. Σχέσεις Βιοηθικής και Κοινωνίας	- 147 -
5.3. Σχέσεις Βιοηθικής και Εκκλησίας.....	- 148 -
5.4. Σχέσεις Βιοϊατρικής και Φιλοσοφίας.....	- 152 -
5.5. Οικονομικό Πλαίσιο.....	- 156 -
 ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	- 159 -
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	- 160 -
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	- 160 -
ΞΕΝΗ	- 163 -
 ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ	- 167 -

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

1. ΕΙΚΟΝΑ 1.....σελ.135
2. ΕΙΚΟΝΑ 2.....σελ.143

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

- ACD .:** Είδος αντιπηκτικού συντήρησης
- A.M.H.:** Αιμοπετάλια
- ABO.:** Αντιγονικό Σύστημα
- A.H.:** Αρτηριακή Πίεση
- A.T.P.:** Adenosine Triphosphate
- A.I.D.S.:** Acquired Immunodeficiency Syndrome
- Bioethics:** Βιοηθική
- Γλυκοσυλ – τρανφεράση.:** Ένζυμο
- C.P.D.A.:** Citrate Phosphate Dextrose Adenine
- D.N.A.:** Deoxyribonucleic Acid
- Δ.Ε.Π.:** Διάχυτη Ενδοαγγειακή Πήξη
- Δ.Ε.Σ.:** Δίκτυο Ενδοθηλιακό Σύστημα
- E.A.A.:** Επιβραδυνόμενη Αιμολυτική Αντίδραση
- E.E.Σ.:** Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
- E.KE.A.:** Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας
- E.L.I.Z.A.:** Enzyme Linked Immunoabsordent Assay
- Hb.:** Αιμοσφαιρίνη
- Hct.:** Αιματοκρίτης
- FDA.:** Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων,
- H.I.V.:** Human Immunodeficiency Virus
- H.L.A.:** Human Leukocyte Antigen
- H.T.L.V:** Human T-cell Lymph tropic Virus

H.Π.Α.: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

H.C.V.: Hepatitis C Virus

H.B.V.: Hepatitis B Virus

HbsAg: Αντιγόνο επιφάνειας της ηπατίτιδας B

High-density: Υψηλής πυκνότητας

Κ.Π.: Κατεψυγμένο Πλάσμα

Κ.Ι.: Κρυσταλλοποίηση

Κ.Φ.Π.: Κεντρική Φλεβική Πίεση

Low density: Χαμηλής πυκνότητας

Μ.Ε.Θ.: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

mm Hg: χιλ. υδραργύρου

Major Histocompatibility Complex.: Μείζονος Συμπλέγματος Ιστοσυμβατότητας

Μ.Μ.Η.: Μετά Μετάγγιση Ηπατίτιδα

Μ.Μ.Ο: Μεταμόσχευση Μυελού Οστών

Ν.Α.Θ.: Νεογνική Αλλοάνοση Θρομβοπενία

Ν.Α.Τ.: Nucleic Acid Tests

Ν.Κ.Ρ.Ε.: Non Cardiogenic Pulmonary Edema

Ν.Μ.Δ.Ρ.: National Marrow Donor Program

Ο.Α.: Ολικό Αίμα

PLT. Αιμοπετάλια.

Rhesus ή Rh .: Αντιγονικό Σύστημα

RBC.: Συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια

R.N.A.: Ribonucleic Acid

Σ.Ε.: Συμπυκνωμένα Ερυθρά

Σ.Κ.Α.Ε.: Συντονιστικό Κέντρο Αιμο-Επαγρύπνησης

T.A.-G.V.H.D.: Transfusion Associated Graft Versus Host Disease

Theory of the Sanctity of Human Life.: Θεωρία της «ιερότητας της ανθρώπινης ζωής

Tolerance: Ανοσολογική ανοχή

T.R.A.L.I.: Transfusion Related Acute Lung Injury

Transfusion.: Μετάγγιση

V.D.R.L.: Venereal Disease Research Laboratory

Υ.Υ.Π.: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

WBC .: Λευκά αιμοσφαίρια

Φ.Κ.Π.: Φρέσκο Κατεψυγμένο Πλάσμα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αλματώδης πρόοδος που συντελέστηκε στην Ιατρική πρώτα και έπειτα στη Βιολογία είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενός νέου γνωστικού αντικειμένου, της Βιοηθικής. Ο κλάδος της Βιοηθικής αποτελεί το σημείο τομής διαφορετικών επιστημονικών πεδίων της Βιολογίας, που περιλαμβάνουν τη Γενετική, τη Βιοτεχνολογία και τη Βιοϊατρική, ενώ εμπλέκονται και τελείως διαφορετικοί γνωστικοί τομείς, όπως η Νομική και η Θεολογία, καθώς η Βιοηθική ασχολείται με τη μελέτη των ηθικών διλημάτων που ανακύπτουν από την πρόοδο της Βιολογίας και της Ιατρικής.

Οι ραγδαίες εξελίξεις στους τομείς της Βιολογίας και της Βιοτεχνολογίας έδωσαν τη δυνατότητα στο άνθρωπο να παρεμβαίνει καθοριστικά στη φύση του. Τέτοιου είδους επεμβάσεις, όμως, εγείρουν αμείλικτα βιολογικά, κοινωνικά, νομικά, πολιτικά και θρησκευτικά ερωτήματα, τα οποία αφορούν στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου και επιζητούν σαφείς απαντήσεις. Ορισμένα βιοηθικά διλήματα στον τομέα της υγείας αποτελούν η ευθανασία ή η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ο εγκεφαλικός θάνατος, η αναπαραγωγική ή θεραπευτική κλωνοποίηση, η άμβλωση, η μεταμόσχευση ιστών και οργάνων κ.α., ενώ πιο συγκεκριμένα τα διλήματα που ανήκουν στον τομέα της αιμοδοσίας είναι : η μετάγγιση αίματος σε ευάλωτες ομάδες, όπως είναι οι μάρτυρες του Ιεχωβά, η εθελοντική αιμοδοσία ατόμων υψηλού κινδύνου, όπως οι ομοφυλόφιλοι, η Τράπεζα αίματος, κ.α.

Ως Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων αλλά και ως εργαζόμενη στο τμήμα αιμοδοσίας μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου, βρέθηκα πολλές φορές μπροστά σε διλήματα θρησκευτικής, φιλοσοφικής και ηθικής φύσεως στον τομέα της αιμοδοσίας, τα οποία έχουν σχέση με τη χρησιμοποίηση του ανθρώπινου αίματος. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που αντιμετώπισα προσωπικά, ακούγοντας τους ανθρώπους που έρχονταν στο εργαστήριο είτε ως αιμοδότες είτε ως ασθενής και μου εξιστορούσαν την ιστορία τους αλλά και τον προβληματισμό τους, εξαιτίας των θρησκευτικών και άλλων πεποιθήσεων τους και ήθελαν να αντιμετωπιστούν ισότιμα με τους άλλους ασθενείς.

Η παρούσα εργασία με τίτλο «Ηθικά διλλήματα και λήψεις ιατρικών αποφάσεων στον τομέα της αιμοδοσίας στον Ελλαδικό χώρο» μου δίνει τη δυνατότητα να προσεγγίσω τα παραπάνω διλλήματα με επιστημονικό τρόπο, να δώσω απαντήσεις στις προσωπικές μου απορίες και να εμπλουτίσω τη σχετική βιβλιογραφία, όσον αφορά τη βιοηθική στον τομέα της αιμοδοσίας. Θεωρώ ότι με την έρευνα μου, θα μπορέσω να διευκρινίσω ζητήματα που αφορούν πανάρχαιες προκαταλήψεις και να φωτίσω τα σκοτεινά τους σημεία, προβάλλοντας τη σύγχρονη επιστήμη ως τη μόνη να αποφαινεται για θέματα υγείας.

Η προσέγγιση των βιοηθικών ερωτημάτων στον τομέα της αιμοδοσίας αποτελεί σημαντικό εγχείρημα, καθώς είναι βασισμένα σε μακράιωνες παραδόσεις και αντιλήψεις, προκαλώντας σοβαρές αντιρρητικές προτάσεις. Εξαιτίας του τόσου εξειδικευμένου θέματος ζητάω την επιείκεια των αναγνωστών και όλων εκείνων, οι οποίοι εμμένουν στις αντιρρητικές τους θέσεις σχετικά με την επιστημονική πρακτική της αιμοδοσίας.

Συμπερασματικά, η ανθρώπινη ζωή είναι το υπέρτατο αγαθό για το οποίο πρέπει να αγωνίζεται καθένας μας και κυρίως το ιατρικό προσωπικό, το οποίο έχει δώσει τον όρκο του Ιπποκράτη και δε θα πρέπει κανείς να αντιτίθεται σε αυτή τη λογική. Οι θρησκευτικές, φιλοσοφικές και άλλες αντιλήψεις που έχει ο καθένας μας θα πρέπει να έρχονται σε δεύτερη μοίρα, όταν πρόκειται για θέματα ζωής και θανάτου. Θα πρέπει, λοιπόν, να δημιουργηθεί ένα νομικό πλαίσιο, το οποίο να περιλαμβάνει όλα τα βιοηθικά ερωτήματα που ανακύπτουν και να τα επιλύει, χωρίς να αφήνει αμφιβολίες ούτε στον ιατρό ούτε στον ασθενή για το τι θα έπρεπε να γίνει σε κάθε περίπτωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1.Βιοηθική ή Βιοϊατρική ηθική

Βιοηθική είναι ο κλάδος εκείνος της επιστήμης που ασχολείται με τα ηθικά προβλήματα που προέκυψαν από τις νέες ανακαλύψεις της Βιολογίας και τις εφαρμογές της Γενετικής Μηχανικής και συνίσταται στην προσπάθεια αποφυγής μη αντιστρεπτών καταστάσεων που σχετίζονται με τον χειρισμό του γενετικού υλικού.¹

Ο ορισμός της βιοηθικής πηγάζει από τις ελληνικές λέξεις «βίος» και «ηθική», και έχει ως σημείο εκκίνησης τον Van Rensselaer Potter ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της βιοηθικής με την αναφορά της λέξης για πρώτη φορά στο βιβλίο του το 1971 «Bioethics : A Bridge to the future ». Ο Van Rensselaer Potter προσπαθούσε να βρει μία έννοια που να ισορροπεί τον επιστημονικό προσανατολισμό της ιατρικής με τις ανθρώπινες αξίες. Τελικά δημιούργησε τον όρο «βιοηθική» ο οποίος σήμερα έχει στόχο:

- Όχι μόνο την δημιουργία και στήριξη αρχών αλλά και την καλύτερη κατανόηση των αρχών αυτών,
- Την δημιουργία βαθυστόχαστων φιλοσοφικών ερωτημάτων για την ηθική, την αξία της ζωής, τι είναι ο άνθρωπος και την σημασία του,
- Περικλείει ζητήματα της δημόσιας πολιτικής και κατευθύνει και ελέγχει την βιοϊατρική επιστήμη.

«Για τη μελέτη και επίλυση των διαφόρων ηθικών διλημάτων που ανακύπτουν, υπάρχουν οι βασικές αρχές της Βιοηθικής, οι οποίες μας βοηθούν να κατανοήσουμε την φιλοσοφία που κυριαρχεί για την ανθρώπινη φύση :

1. *Η Αρχή της αυτονομίας ή της αυτοδιάθεσης. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, ο κάθε άνθρωπος θα πρέπει ελεύθερα και ανεξάρτητα να σκέπτεται, να αποφασίζει και να ενεργεί χωρίς την ύπαρξη οποιασδήποτε μορφής εξαναγκασμού. Έτσι, πρέπει να γίνεται σεβαστή οποιαδήποτε επιλογή του σχετικά με την υγεία του και γενικότερα τη ζωή του. Ο σεβασμός της αυτονομίας εμπεριέχει κάποιους συγκεκριμένους κανόνες οι οποίοι είναι: α) Η διατύπωση της αλήθειας, β) Ο*

¹ www.el.wikipedia.org/wiki/Βιοηθική

σεβασμός της ατομικότητας και της ιδιαιτερότητας του κάθε ατόμου, γ) Η παροχή προστασίας σε εμπιστευτικές πληροφορίες, δ) Η απόκτηση της συγκατάθεσης για κάθε παρέμβαση με ασθενείς, ε) Όταν ζητηθεί, να παρέχεται βοήθεια για λήψη σημαντικών αποφάσεων.

2. Η Αρχή της ωφέλειας ή της αγαθοεργίας. Η αρχή αυτή υποστηρίζει την ηθική άποψη της ωφέλειας του άλλου και ταυτόχρονα την αποφυγή βλάβης του.
3. Η Αρχή της δικαιοσύνης. Η αρχή αυτή πηγάζει από τον ιπποκρατικό όρκο. Μεταξύ των άλλων υποχρεώσεων του γιατρού, συμπεριλαμβάνεται και η φροντίδα της υγείας κάθε ανθρώπου, ανεξάρτητα το φύλο, τη φυλή και την οικονομική κατάσταση.
4. Η Αρχή της μη πρόκλησης βλάβης και πόνου. Ο γιατρός σύμφωνα με την αρχή αυτή, έχει σαφή υποχρέωση να μη προξενήσει βλάβη και πόνο στον ασθενή.
5. Η Αρχή της ισοτιμίας. Η αρχή αυτή υποστηρίζει ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ίσα δικαιώματα για ζωή και υγεία.

Ως θεμελιώδεις αρχές, από τους περισσότερους ερευνητές, χαρακτηρίζονται: α) η αρχή της αυτονομίας και β) η αρχή της ωφέλειας. Θα πρέπει ωστόσο να διευκρινιστεί ότι η επιλογή της προτεραιότητας κάποιας αρχής συνάδει με το φιλοσοφικό πλαίσιο που διέπει τον κάθε άνθρωπο, όταν αυτός έρχεται σε άμεση επαφή με το φαινόμενο της υγείας και της ζωής γενικότερα. Εξ' αιτίας όμως των διαφορών που υπάρχουν στα διάφορα φιλοσοφικά ρεύματα, παρατηρείται το γεγονός να βρίσκονται πολλές φορές σε σύγκρουση δύο βασικές αρχές. Για παράδειγμα, ένας γιατρός προτείνει ένα σχήμα θεραπείας σε ασθενή προκειμένου να τον ωφελήσει από κάποια κακοήθη ασθένεια. Ο ασθενής όμως έχει το δικαίωμα να αρνηθεί πλήρως τη θεραπεία που του προτείνεται. Έτσι όμως, μπορεί να έρθει σε σύγκρουση η αρχή της αυτονομίας του ασθενή με την αρχή της ωφέλειας που θέλει να τηρήσει ο γιατρός.

Συμπερασματικά, επισημαίνεται ότι είναι πολύ δύσκολο να αποφανθεί κάποιος για το σωστό ή το λάθος, το ηθικό ή το ανήθικο σχετικά με τα θέματα της βιοηθικής, γιατί όπως προαναφέρθηκε, η ηθική ως έννοια μπορεί να διαφοροποιηθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο, από κοινωνία σε κοινωνία. Εξ' άλλου τα ζητήματα αυτά είναι πολύπλοκα και με πολύπλευρες εκφάνσεις ιατρικές, ψυχολογικές, νομικές, φιλοσοφικές, θεολογικές

ακόμα και οικονομικές. Ο καθένας όμως μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος μ' ένα ή περισσότερα από αυτά τα ζητήματα, και τότε θα κληθεί να δώσει τη δική του λύση».²

1.2. Εφαρμογή των αρχών της Βιοηθικής στην καθημερινότητα

Αναμφίβολα η σχέση ιατρού – ασθενούς πρέπει να βασίζεται στις αρχές της Βιοηθικής, δηλαδή στην αρχή της αυτονομίας, της ωφέλειας, της δικαιοσύνης, της μη πρόκλησης βλάβης και πόνου και της ισοτιμίας. Τι γίνεται, όμως, στην πράξη; Μήπως, τελικά, οι ελλείψεις του νομοθετικού πλαισίου οδηγούν στην καταπάτηση των δικαιωμάτων των ασθενών. Για παράδειγμα, στο Νόμο 2071/92, άρθρο 47 **παρ. 4** που αφορά τα δικαιώματα των ασθενών αναφέρεται ότι :

« 4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του. »

Εδώ, ο νομοθέτης δίνει έμφαση στην πλήρη και ακριβή ενημέρωση του ασθενούς και ερμηνεύει την πραγματική σημασία. Ταυτόχρονα όμως αναφέρει ότι « ο ασθενής δικαιούται να πληροφορηθεί...», χωρίς δηλαδή να προβλέπει υποχρεωτική ενημέρωση. Ο νομοθέτης δεν προβλέπει το υποχρεωτικό της πληροφόρησης και έτσι εναπόκειται στη βούληση και τη νόηση κάθε ασθενούς ή στην ευαισθησία των ιατρών για την ουσιαστική ενημέρωση του ασθενούς.³

Στην υπάρχουσα νομοθεσία μπορεί κανείς να παρατηρήσει πληθώρα παραγράφων, οι οποίες αφήνουν περιθώρια για διαφορετικές επιλογές μεταξύ ιατρών και ασθενών. Το ερώτημα, όμως είναι τι θα γίνει στην περίπτωση που δύο από τις θεμελιώδεις αρχές έρθουν σε αντιπαράθεση και ποια τελικά θα υπερισχύσει; Για

² Κατσίμγκας Γεώργιος, Βασιλοπούλου Γεωργία : «Βασικές Αρχές Βιοηθικής και Ορθόδοξης Ηθικής», «ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ», ΤΟΜΟΣ 9^{ος}, ΤΕΥΧΟΣ 2^ο, ΑΠΡΙΛΙΟΣ-ΙΟΥΝΙΟΣ 2010.

³ Κ. Ακινούσογλου, Ε. Αποστολάκης, Δ. Δουγένης, « Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει », Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007.

παράδειγμα, ο ιατρός πρέπει να ικανοποιήσει τον ασθενή τηρώντας την αρχή της αυτονομίας ή της ωφελιμότητας;

Η διαχείριση, λοιπόν, μιας τέτοιας σχέσης, άρα και η διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενούς, στηρίζεται τελικά σε τρεις πυλώνες : στη λειτουργική επάρκεια του ιατρού, στη συμμετοχή και των δύο εμπλεκομένων μερών και στο υγιές σύστημα – περιβάλλον, μέσα στο οποίο θα αναπτυχθεί (η σχέση) και τις υπηρεσίες του οποίου μπορεί να καρπωθεί.⁴

Επομένως, είναι αυτονόητο το γεγονός της δημιουργίας μιας συμπληρωματικής νομοθετικής ρύθμισης, η οποία θα καλύπτει όλα αυτά τα διλλήματα για να μπορεί ο θεράπων ιατρός να είναι κατοχυρωμένος και να ασχολείται με το έργο του που είναι η σωτηρία κάποιου συνανθρώπου μας και να μην σκέφτεται τις νομικές – γραφειοκρατικές διαδικασίες μιας υπόθεσης.

1.3. Βιοηθική στην αιμοδοσία

Σε όλους τους κλάδους της Ιατρικής συναντάμε αμέτρητα ηθικά διλλήματα, τα οποία επιζητούν επίλυση και καλούνται οι ιατροί και το ιατρικό επιστημονικό και εργαστηριακό προσωπικό να τα αντιμετωπίσει, χωρίς να καλύπτονται πρακτικά από την υπάρχουσα νομολογία. Στον κλάδο, λοιπόν, της αιματολογίας, η οποία ασχολείται με τη μελέτη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των παθήσεων του αίματος παρουσιάζονται διάφορα ηθικά – κοινωνικά διλλήματα, τα οποία καλείται να επιλύσει ο θεράπων ιατρός και να αναλάβει την ευθύνη της τελικής απόφασης, αφού προηγουμένως έχει ενημερωθεί από τον τεχνολόγο του εργαστηρίου της αιμοδοσίας για τις συμβατές επιλογές.

Με βάσει τις γνώσεις του, επομένως, ο τεχνολόγος που εργάζεται στο εργαστήριο αιμοδοσίας ενός νοσοκομείου είναι σε θέση να γνωρίζει όλες τις πιθανές επιλογές που πρέπει να ακολουθηθούν ανάλογα με την περίπτωση του ασθενή, αλλά ο αρμόδιος ιατρός είναι υπεύθυνος για την τελική απόφαση, ο οποίος θα πρέπει με τη σειρά του

⁴ Κ. Ακινούσογλου, Ε. Αποστολάκης, Δ. Δουγένης, « Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει », Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007.

να συνεργαστεί με τον ασθενή, ενημερώνοντάς τον για την κατάσταση και να παρθεί με αυτόν τον τρόπο η καλύτερη δυνατή απόφαση.

Εξαιτίας της σημαντικότητας της εργασίας ενός τεχνολόγου ιατρικών εργαστηρίων, ο οποίος καλείται καθημερινά να διαχειριστεί δεκάδες δείγματα ανθρώπινου αίματος και να τα αναλύσει με τη χρήση μηχανημάτων, ώστε να λάβει τις σωστές απαντήσεις για την υγεία των συνανθρώπων του, είναι απαραίτητη η προηγούμενη αναφορά για το τι είναι αίμα, πόσο χρήσιμο είναι για το ανθρώπινο σώμα και πόσο καθοριστικό ρόλο παίζει η μετάγγιση αίματος, η εθελοντική αιμοδοσία κ.α.

1.4. Ιστορική αναδρομή αιμοδοσίας στην Ελλάδα

Η ιστορία της αιμοδοσίας στην Ελλάδα περιλαμβάνει τρεις περιόδους, όπως χαρακτηριστικά περιγράφει ένας εκ των πρωτεργατών, ο Ιπποκράτης Τσεβρένης. Η πρώτη περίοδος αρχίζει πριν από το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, από στελέχη του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, τον καθηγητή Μαθιό Μακά και τον Μικέ Παιδούση. Σύμφωνα με έρευνα του Μικέ Παιδούση (που έχει αφήσει αξιόλογο συγγραφικό έργο γύρω από την ιστορία της αιμοδοσίας) κατά τους Βαλκανικούς πολέμους και τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο δεν πραγματοποιήθηκαν μεταγγίσεις αίματος στην Ελλάδα.

Ο πρώτος που έκανε μετάγγιση στην Ελλάδα ήταν ο καθηγητής Σπύρος Οικονόμου στη πολυκλινική Αθηνών το 1916 και 1919. Για τη πρώτη του μετάγγιση πήρε αίμα από το βοηθό του ιατρό Μιχάλη Πατρικαλάκη. Έπειτα, το 1931 ο Ι. Κ. Καλαϊτζής ανακοίνωσε 22 μεταγγίσεις, που έγιναν στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός με τη συσκευή Checker. Το 1932 έγιναν μεταγγίσεις αίματος από το καθηγητή Μαρίνο Γερουλάνο στο Δημοτικό Νοσοκομείο, ενώ το 1938 ο Νικόλαος Πέτσας εφάρμοσε μετάγγιση απινιδωθέντος αίματος. Μέχρι το 1938 έγιναν περίπου 1935 μεταγγίσεις αίματος στην Ελλάδα με άμεση και έμμεση μέθοδο, χωρίς συντήρηση του αίματος.

Με την άμεση μέθοδο ο αιμοδότης, στον οποίο γινόταν αποκάλυψη φλέβας, βρισκόταν κοντά στον ασθενή και το αίμα μεταγγιζόταν αμέσως με τη βοήθεια συσκευής checker, beck ή juke. Με την έμμεση μέθοδο, το αίμα του αιμοδότη, που και πάλι χρειαζόταν να βρίσκεται κοντά στον ασθενή, λαμβανόταν μέσα σε κύλινδρο με κιτρικό νάτριο και το μετάγγιζαν στον ασθενή με σύριγγες. Όταν άρχισε να

εφαρμόζεται η συντήρηση σε ψυγείο, η προπαρασκευαστική εργασία ήταν ιδιαίτερα κοπιαστική, το αίμα λαμβανόταν σε σύριγγες των 60 ml, που περιείχαν κιτρικό και γλυκόζη και συντηρούνταν στο ψυγείο.

Η πρώτη μετάγγιση συντηρημένου αίματος έγινε στις 30 Νοέμβρη 1939 στο Λαϊκό Νοσοκομείο από τον Μικέ Παιδούση, παρουσία του καθηγητή της χειρουργικής Γεράσιμου Μακρή. Το συντηρημένο αίμα δόθηκε από την αιμοδοσία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

Στη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά φιάλες με συντηρημένο αίμα για τους τραυματίες. Ουσιαστικά μέχρι τις αρχές του 1950 οι μεταγγίσεις των ασθενών γίνονταν με πολύπλοκες συσκευές απευθείας από το δότη στο δέκτη, στο κρεβάτι δηλαδή του ασθενή. Στην περίοδο αυτή η κυρία αιμοδοσία, που συνέλλεγε και συντηρούσε αίμα, ήταν του Ερυθρού Σταυρού, καθώς και κάποιες ιδιωτικές τράπεζες. Οι δότες, όλοι, αμείβονταν και το αίμα πωλούνταν με τιμή ανάλογη της ποσότητας που περιείχε η φιάλη. Ο Τσεβρένης περιγράφει χαρακτηριστικά, ότι οι φιάλες είχαν βιδωτό πώμα, το οποίο άνοιγαν κάποιοι ασυνείδητοι για να προσθέσουν φυσιολογικό ορό και να αυξήσουν έτσι τη ποσότητα και συνεπώς το κόστος της φιάλης.

Το 1952 δημιουργείται στο Υπουργείο Υγιεινής η Εθνική Υπηρεσία Αιμοδοσίας, καταρτίζεται το Εθνικό Πρόγραμμα Αιμοδοσίας και ιδρύεται το πρώτο Κρατικό Κέντρο Αιμοδοσίας, με διευθυντή τον Ιπποκράτη Τσεβρένη. Αρχίζει έτσι η δεύτερη περίοδος με την εθελοντική προσφορά και τη δωρεάν χορήγηση αίματος. Η παράλληλη βέβαια λειτουργία του Κέντρου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και των ιδιωτικών τραπεζών, δυσκόλεψε το έργο της προσέλκυσης εθελοντών αιμοδοτών. Ακολούθησε η ίδρυση των Κρατικών Κέντρων Λαϊκού Νοσοκομείου, Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης και Κρατικού Πειραιώς.

Ο πρώτος νόμος για την αιμοδοσία δημοσιεύθηκε το 1955 βασισμένος στον αντίστοιχο Γαλλικό. Παρόλα αυτά, οι προσπάθειες προσέλκυσης εθελοντών αιμοδοτών δεν ενισχύθηκαν ποτέ από το Κράτος, ενώ οι ανάγκες αυξάνονταν με την ίδρυση Κέντρου Αιμορροφιλικών και Μεσογειακής Αναιμίας στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο.

Το 1960 ιδρύεται το Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας στο Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών, στο αντίστοιχο Κέντρο Αιμοδοσίας, για να εξυπηρετήσει τις μεταμοσχεύσεις οργάνων. Το 1963 στο Κρατικό Κέντρο Αιμοδοσίας του Πειραιά αρχίζει η παρασκευή ξηρού πλάσματος για τις ανάγκες των Ενόπλων Δυνάμεων και των Νοσοκομείων. Το 1965 παρασκευάζεται για πρώτη φορά ινωδογόνο και το 1967 αντιαμοροφιλικός παράγων. Το 1968 το Κέντρο αναλαμβάνει την παρασκευή φιαλών με αντιπηκτικό ACD για συλλογή αίματος, με τις οποίες εφοδιάζονται όλες οι υπηρεσίες αιμοδοσίας της χώρας και τέλος το 1973 παρασκευάζεται προθρομβινικό σύμπλεγμα.

Η τρίτη περίοδος αρχίζει ουσιαστικά το 1977, όταν με απόφαση του αιμηνήστου Υπουργού Υγείας Σπύρου Δοξιάδη, απαγορεύθηκε η επί πληρωμή προσφορά αίματος. Συγχρόνως για να καλυφθούν οι ανάγκες κυρίως της Μεσογειακής Αναιμίας, γίνεται συμφωνία με τον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό για αποστολή 60.000 μονάδων ερυθροκυττάρων, ετησίως, με μόνο το κόστος συσκευασίας και αποστολής. Από το 1984 αρχίζει μείωση της χρήσης φιαλών και εισαγωγή πλαστικών ασκών συλλογής αίματος, που εξασφαλίζουν κλειστό σύστημα. Το 1986 καταργούνται οι φιάλες.

Το 1990 αρχίζει το πρόγραμμα αποστολής πλάσματος για κλασματοποίηση και παραγωγή λευκωματίνης από τον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό (ΕΕΣ). Η παραγωγή παράγοντα (VIII) και ινωδογόνου διακόπτεται το 1992, λόγω αδυναμίας εφαρμογής της τεχνολογίας αδρανοποίησης των ιών. Η εισαγωγή μονάδων ερυθροκυττάρων από τον ΕΕΣ είναι πολύ μειωμένη μέχρι σήμερα, ενώ η αποστολή πλάσματος για κλασματοποίηση διακόπτεται το 2000, λόγω μη συμμόρφωσης σχετικά με τις απαιτήσεις του ΕΕΣ για ποιοτικό πλάσμα. Η συλλογή αίματος συνεχώς αυξάνεται, για να καλύψει τις απαιτούμενες ανάγκες, αλλά δυστυχώς η εθελοντική προσφορά εξακολουθεί να υστερεί.

Από το τέλος του 1990 η εξέλιξη της αιμοδοσίας και η ανάγκη ασφαλούς ελέγχου των νέων ιογενών νοσημάτων που μεταδίδονται με την μετάγγιση, επέβαλαν τον εκσυγχρονισμό της σχετικής νομοθεσίας και των εργαστηριακών δυνατοτήτων των υπηρεσιών αιμοδοσίας ταυτόχρονα με την ανάγκη εφαρμογής συγκεντρωτισμού στην οργάνωσή τους. Ο συγκεντρωτισμός αυτός είχε ήδη προταθεί από το 1992-1993 από την Επιτροπή Αιμοδοσίας καθώς ήταν επιβεβλημένο για λόγους μεγαλύτερης

ασφάλειας των μεταγγίσεων, καλύτερης αξιοποίησης του πλάσματος και οικονομικότερης διαχείρισης της αιμοδοσίας της χώρας.

Το 2003 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ψήφισε την **οδηγία 2002/98** για τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και ασφάλειας στη συλλογή, τον έλεγχο, την επεξεργασία, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρωπίνου αίματος και συστατικών του αίματος, η οποία ενσωματώθηκε στο Εθνικό μας Δίκαιο με την ψήφιση του **Νόμου 3402/2005 «Περί Αναδιοργάνωσης των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας»**, ο οποίος περιελάμβανε και την ίδρυση του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας ως Ν.Π.Δ.Δ..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1. Αίμα

Το αίμα είναι ζωντανός ιστός, που τα κύτταρά του ανανεώνονται συνεχώς από μητρικά κύτταρα του μυελού των οστών ή των λεμφαδένων και κυκλοφορεί διαμέσου της καρδιάς, των αρτηριών, των φλεβών και των τριχοειδών αγγείων μεταφέροντας θρεπτικές ουσίες, ορμόνες, βιταμίνες, θερμότητα και οξυγόνο στους ιστούς, απομακρύνοντας τις άχρηστες ύλες και το διοξείδιο του άνθρακα. Επιπρόσθετα, παρέχει άμυνα και λοιμώξεων μέσω της δράσης των αντισωμάτων. Το αίμα αποτελεί έναν εξαιρετικά εξειδικευμένο κυκλοφορούντα ιστό ο οποίος αποτελείται από διάφορους τύπους κυττάρων που συγκρατούνται μέσα σε ένα υγρό μέσο που ονομάζεται πλάσμα. Το αίμα αποτελεί περίπου το 7 τοις εκατό του βάρους του ανθρώπινου σώματος, και κατά συνέπεια ο μέσος ενήλικος έχει συνολικό όγκο αίματος περίπου 6 λίτρων, από τα οποία τα 2,7 έως 3 λίτρα είναι πλάσμα.

2.1.1. Τα παράγωγα του αίματος

Το αίμα αποτελείται από κύτταρα όπως : ερυθρά αιμοσφαίρια, λευκά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια που κολυμπούν μέσα στο πλάσμα.

- ❖ **Τα ερυθρά αιμοσφαίρια** περιέχουν την αιμοσφαιρίνη στην οποία οφείλεται και το κόκκινο χρώμα του αίματος. Η μέση διάρκεια ζωής τους είναι 120 ημέρες και ο αριθμός τους κυμαίνεται στα 4.5 – 5 εκατομμύρια ανά κυβικό χιλιοστό ή αποτελούν το 45% περίπου του όγκου του αίματος. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια κάνουν την ανταλλαγή του οξυγόνου, δηλαδή, προσλαμβάνουν το οξυγόνο από τους πνεύμονες και το μεταφέρουν στους ιστούς και τα κύτταρα. Από εκεί, παραλαμβάνουν το διοξείδιο του άνθρακα και το αποβάλλουν κατά την επιστροφή τους στους πνεύμονες κ.ο.κ, εξασφαλίζοντας έτσι τη ζωή.
- ❖ **Τα λευκά αιμοσφαίρια ή λευκοκύτταρα** είναι λιγότερα από τα ερυθρά, περίπου 7 χιλιάδες ανά κυβικό χιλιοστό αίματος και η διάρκεια ζωής τους είναι 2-10 ημέρες. Τα λευκά αιμοσφαίρια συμμετέχουν αποτελεσματικά στην άμυνα του οργανισμού μας κατά των μικροβίων ή άλλων ξένων βλαπτικών παραγόντων.

- ❖ **Τα αιμοπετάλια ή θρομβοκύτταρα**, είναι πολύ μικροσκοπικά κύτταρα, σε αριθμό 200 χιλιάδες περίπου ανά κυβικό χιλιοστό και είναι εκείνα που πρώτα φράζουν το σημείο τραυματισμού ενός αγγείου, σχηματίζοντας ένα αιμοστατικό αιμοπεταλιακό θρόμβο, ώστε να σταματήσει η αιμορραγία.
- ❖ **Το πλάσμα** αποτελεί το 55% του όγκου του αίματος, είναι διαφανές κιτρινωπό υγρό που περιέχει άλατα, σάκχαρο και κυρίως πρωτεΐνες. Το πλάσμα μεταφέρει με την κυκλοφορία τις θρεπτικές ουσίες στα κύτταρα και παίρνει από αυτά τα προϊόντα που πρέπει να αποβληθούν και τα μεταφέρει στα όργανα απέκκρισης (συκώτι, νεφροί, πνεύμονες).
- ❖ **Οι πρωτεΐνες** είναι τα απαραίτητα συστατικά για πάρα πολλές λειτουργίες του οργανισμού. Π.χ. η λευκωματίνη διατηρεί τον όγκο του αίματος μέσα στη κυκλοφορία. Οι ανοσοσφαιρίνες είναι τα αντισώματα που εξασφαλίζουν την ανοσία και προφυλάσσουν τον οργανισμό από μικρόβια και ιούς. Το Ινωδογόνο και οι παράγοντες πήξης εξασφαλίζουν την πήξη του αίματος.

2.1.2. Παρασκευή συνθετικού αίματος

Επιστήμονες στη Μεγάλη Βρετανία διερευνούν τη δυνατότητα να παρασκευαστεί συνθετικά ανθρώπινο αίμα από εμβρυϊκά βλαστοκύτταρα. Τριετής δοκιμή, η οποία κατευθύνεται από την Εθνική Υπηρεσία Μεταγγίσεων Αίματος της Σκωτίας (Scottish National Blood Transfusion Service), επιδιώκει να εξασφαλίσει απεριόριστη προμήθεια αίματος για επείγουσες μεταγγίσεις. Το συνθετικό αυτό αίμα θα είναι απαλλαγμένο από επιμολύνσεις όπως η ανθρώπινη μορφή της ασθένειας των τρελών αγελάδων κ.α. Οι ερευνητικές ομάδες θα εξετάσουν υπεράριθμα ανθρώπινα έμβρυα από εξωσωματική γονιμοποίηση για να βρουν εκείνα που είναι προορισμένα να γίνουν πανδότες με ομάδα αίματος "Ο- αρνητικό". Αυτό το πολύτιμο αίμα είναι περιορισμένο καθώς μόνο το 7% του πληθυσμού ανήκει σε αυτήν.

Του ερευνητικού προγράμματος θα ηγηθεί ο καθηγητής Marc Turner από το Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου ο οποίος είναι και διευθυντής της Εθνικής Υπηρεσίας Μεταγγίσεων Αίματος της Σκωτίας. Η μέθοδος που προτείνεται για την παραγωγή συνθετικού αίματος βασίζεται στην απομόνωση εμβρυϊκών βλαστοκυττάρων από υπεράριθμα έμβρυα από εξωσωματική γονιμοποίηση και καλλιέργειά τους σε ειδικές εργαστηριακές συνθήκες ώστε να διαφοροποιηθούν σε

ερυθροκύτταρα. Από τα τελευταία, στο τελικό στάδιο αφαιρείται ο πυρήνας ώστε να παραχθούν ώριμα ερυθρά αιμοσφαίρια ικανά να μεταφέρουν οξυγόνο.

Στις ΗΠΑ η εταιρία Advanced Cell Technology ήδη κατάφερε να παράγει δισεκατομμύρια ερυθροκύτταρα από εμβρυικά κύτταρα αίματος. Η πρόκληση τώρα είναι να αυξήσουν την παραγωγή και να μεταφέρουν την επιστήμη από το εργαστήριο στην κλίνη, πράγμα για το οποίο θα χρειαστεί καιρός. Παρόλα αυτά κάποιες ομάδες αντιτίθενται στη χρήση των εμβρυικών βλαστοκυττάρων για το σκοπό αυτό θεωρώντας ότι είναι ανήθικο να καταστρέφονται εμβρυικά κύτταρα στο όνομα της επιστήμης.⁵

2.1.3. Οι σπουδαιότερες λειτουργίες του αίματος

Το αίμα είναι ένας ζωντανός ιστός και γι' αυτό τον λόγο δεν μπορεί να αντικατασταθεί από κανένα φάρμακο ή χημική ουσία. Οι σημαντικότερες λειτουργίες του αίματος είναι οι εξής :

- ❖ Το αίμα μεταφέρει τις θρεπτικές ουσίες σ' όλα τα μέρη του οργανισμού. Εκεί, όπου πηγαίνει αίμα, υπάρχει και θρέψη, υπάρχει ζωή. Όταν σταματήσει η παροχή αίματος, σταματάει η θρέψη, επομένως και η ζωή.
- ❖ Μεταφέρει οξυγόνο από τους πνεύμονες στους ιστούς και διοξείδιο του άνθρακα από τους ιστούς στους πνεύμονες.
- ❖ Μεταφέρει χρήσιμες ουσίες (ορμόνες κλπ) σ' όλα τα μέρη του σώματος.
- ❖ Μεταφέρει απ' τους ιστούς άχρηστες και βλαβερές ουσίες στα διάφορα όργανα απέκκρισης, όπως τα νεφρά (ούρα), το δέρμα (ιδρώτας) κλπ
- ❖ Χρησιμεύει για την άμυνα του οργανισμού ενάντια στα μικρόβια.
- ❖ Ρυθμίζει τη θερμοκρασία του σώματος, γιατί συντελεί στην κανονική κατανομή της θερμότητας στα διάφορα μέρη του σώματος με την κυκλοφορία.

2.1.4. Ποιοι χρειάζονται αίμα

Υπάρχουν καθημερινά χιλιάδες άνθρωποι που χρειάζονται μετάγγιση αίματος για να μπορέσουν να κρατηθούν στη ζωή και πιο συγκεκριμένα :

⁵ ΠΗΓΗ : BBC, 23/03/2009

- ❖ Οι χιλιάδες τραυματίες των τροχαίων ατυχημάτων που έχουν ανάγκη από 10 – 40 φιάλες, ανάλογα με την περίπτωση.
- ❖ Τα 4.000 άτομα στη χώρα μας που πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία, στην πλειοψηφία τους παιδιά. Για κάθε ασθενή απαιτούνται 30 φιάλες το χρόνο.
- ❖ Όσοι πάσχουν από διάφορες αιματολογικές ασθένειες (λευχαιμία, αιμορροφιλία κα.) για την κάλυψη των οποίων απαιτούνται έως και 50 φιάλες αίματος ή παραγώγων.
- ❖ Ορισμένες έγκυες που παρουσιάζουν προβλήματα κατά τον τοκετό, καθώς και ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε κάποια επέμβαση (ορθοπεδική, καρδιοχειρουργική κα.).
- ❖ Περιστατικά βαριάς γαστρορραγίας και χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Για να καλυφθούν οι παραπάνω ανάγκες αίματος, θα πρέπει να υπάρχει καθημερινή εισροή αίματος στις μονάδες αιμοδοσίας της χώρας. Αυτός είναι ο μόνος τρόπος που μπορεί να εξασφαλίσει τις απαραίτητες ποσότητες αίματος, ώστε να αντιμετωπίζονται με επιτυχία οι ανάγκες των ασθενών σε αίμα. Για να υπάρχει πάντοτε διαθέσιμο αίμα θα αρκούσε το 10% του πληθυσμού να προσφέρει αίμα μια φορά το χρόνο. Ορθότερη λύση θα ήταν αν 200.000 ως 300.000 άτομα γινόντουσαν εθελοντές αιμοδότες, οι οποίοι θα προσέφεραν 2 ως 3 φορές το χρόνο αίμα ή θα μπορούσαν να ειδοποιηθούν σε περίπτωση ανάγκης.

2.1.5. Μετάγγιση αίματος

Με τον όρο μετάγγιση αίματος ορίζεται η χορήγηση αίματος ενδοφλεβίως στον ασθενή από ασκούς συλλογής αίματος, το οποίο πάρθηκε από την αιμοδοσία συνανθρώπων μας, εκουσίως για να σωθεί κάποιος που κινδυνεύει.

Η μετάγγιση αίματος αποτελεί δώρο ζωής στον ασθενή σε διάφορες περιπτώσεις, όπως σε θύματα ατυχημάτων, εγχειριζόμενους ασθενείς, καρκινοπαθείς, άτομα με αναιμία αιμορραγούσες γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κ.α. και κρίνεται πάντα από το γιατρό πότε χρειάζεται να γίνει. Επίσης, θεωρείται ως ένα βαθμό μια επικίνδυνη και δυνητικά θανατηφόρα μορφή θεραπείας και γι' αυτόν το λόγο θα πρέπει να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για τη χορήγησή του .

Η μετάγγιση αίματος, ως θεραπευτικό μέσο, επέτρεψε την αλματώδη εξέλιξη τόσο της ιατρικής όσο και την πραγματοποίηση εκτεταμένων χειρουργικών επεμβάσεων και αποτελεί μια από τις συχνές ιατρονοσηλευτικές πράξεις. Η συμβολή της στην επιβίωση και θεραπεία των ασθενών είναι θεμελιώδης, κάτι που σε αυτό βοήθησε η εξέλιξη στο διαχωρισμό των παραγώγων και συστατικών του αίματος, καθώς και η μετάγγιση αυτών στους ασθενείς, ανάλογα με την πάθηση τους και όποτε ενδείκνυται, ώστε να μπορεί να κάνει λόγο η επιστήμη για είδη μεταγγισιοθεραπείας. Έτσι, δόθηκε λοιπόν η ελπίδα για συνέχιση της ζωής με περισσότερη σιγουριά και η δημιουργία συγχρόνως ενός παγκόσμιου κινήματος εθελοντών αιμοδοτών, που ανέδειξε την πράξη της αιμοδοσίας ως πρώτιστο θέμα ζωής, καθώς και τα διάφορα προβλήματα που ταλανίζουν αυτή την εθελοντική κίνηση.

2.1.5.1. Ιστορική αναδρομή της μετάγγισης αίματος

Όλα τα αρχαία ιατρικά συστήματα αναγνώριζαν το αίμα ως ένα σημαντικό υγρό και η αρχή της θεραπευτικής μεταφοράς του εξυπακούοταν στις φιλοσοφίες τους. Έτσι, δημιουργούνταν εκείνα τα χρόνια πολύ συχνά το ερώτημα, πως αν κάποιος είναι φορέας του «ζωτικού πνεύματος» ή κάποιας άλλης ουσίας της ζωής, γιατί να μην μεταγγίζεται από ένα άτομο σε ένα άλλο, όταν υπάρχει ανάγκη;

Πολλές ήταν οι χειρουργικές και χειριστικές μέθοδοι των γιατρών της Αιγύπτου, της Ελλάδας, της Ρώμης και της Αναγέννησης και ήταν πολύ πιο πολύπλοκες, από τεχνική άποψη, από το να εισάγει κάποιος ένα μικρό σωλήνα μέσα σε μια φλέβα, μια πράξη δηλαδή που σε οδηγεί στη «καρδιά» της πραγματοποίησης της μετάγγισης. Ωστόσο, εκείνο που καθυστέρησε τα αποτελεσματικά πειράματα μετάγγισης ως τους νεότερους χρόνους, ήταν απλώς το γεγονός, ότι μέχρι να γίνει αποδεκτή η ιδέα της κυκλοφορίας του αίματος, μια φλέβα δε θεωρούνταν σαν η πιο προφανής είσοδος προς την κυκλοφορία, αλλά το στόμα φαινόταν ο πιο σωστός δρόμος, όπως υποστήριζε π.χ. ο Γαλιανός.

Γι' αυτό επιληπτικοί Ρωμαίοι παρακολουθούσαν αγώνες μονομάχων με την ελπίδα να πάρουν μια ή δύο ρουφηξιές από το υποτιθέμενο ιαματικό χυμένο αίμα των μονομάχων, που στάθηκαν άτυχοι. Εκείνοι, πάλι που είχαν κρίσεις μάλλον υστερικές και όχι πραγματικά επιληπτικές, μπορούσαν θαυμάσια να θεραπευτούν με μια τόσο δραματική δημόσια εμπειρία, κι αυτό οπωσδήποτε θα ενίσχυε το θρύλο για αυτή τη

γνωστότατη αιματοθεραπεία. Κατά τους αρχαίους, λοιπόν, χρόνους, το αίμα αποτελούσε θεραπευτική προσέγγιση μέσω της αφαιμάξης για απομάκρυνση του «κακού πνεύματος» και αποτελούσε τον έναν από τους βασικούς χυλούς, υπεύθυνους για την υγεία και τις ασθένειες (φλέγμα, αίμα, κίτρινη χολή και μαύρη χολή).

Όταν ένας γιατρός, ο Stefano Infessura, ισχυρίστηκε πως μπορούσε να ξανανιώσει τον ετοιμοθάνατο Πάπα Ιννοκέντιο Η', στα 1492, χρησιμοποίησε το αίμα τριών δεκάχρονων παιδιών και πρότεινε να το δώσει στο γέρο Πάπα από το στόμα. Την εποχή εκείνη αυτό αποτελούσε καθιερωμένη και λογική θεραπεία. Προς τιμήν του, ο άρρωστος Πάπας αρνήθηκε να ξανανιώσει με το μέσο αυτό, τα τρία παιδιά όμως πέθαναν και ο γιατρός το έσκασε βιαστικά. Η πίστη στα θεραπευτικά αποτελέσματα του αίματος ήταν διαδομένη.

Μια κυρία του Μεσαίωνα κατακρίθηκε, γιατί έκανε μπάνιο με φρέσκο νεανικό αίμα, όχι γιατί έκανε λάθος, όταν λογάριαζε πως έτσι θα κρατούσε μακριά τα γηρατεία-κάθε άλλο-, αλλά γιατί κυκλοφορούσε η φήμη ότι ένας μεγάλος αριθμός από κοπέλες είχαν πεθάνει για να της προμηθέψουν το μέσο αυτό της θεραπείας. Τα παραπάνω ακούγονται αδύνατα στον σημερινό φιλάνθρωπο κόσμο, αλλά μόνο μέχρις ότου θυμηθεί τις τοπικά επιδοκιμαζόμενες υπερβολές, που σημειώνονται κατά καιρούς στους πολέμους και στις πολιτικές ή κοινωνικές επαναστάσεις.

Συνήθως, όμως, γινόταν χρήση για θεραπευτικούς σκοπούς πρώτα αίμα ζώων και όχι ανθρώπων. Σε μια περικοπή από κείμενο του Διοσκουρίδη γινόταν συστάσεις για την εφαρμογή της μεθόδου, που ίσχυσαν πάνω από χίλια χρόνια. Το αίμα της χήνας ή της πάπιας, αρσενικής ή θηλυκής και του κατσικιού είναι ωφέλιμο, όταν ανακατεύεται με αντίδοτο. Το αίμα του αγριοπερίστερου, της χελώνας και του περιστεριού αλείφονται πάνω σε νέες πληγές των ματιών ή σε κοκκινισμένα μάτια ή που έχουν αδύνατη όραση. Ιδιαίτερα, όμως, το αίμα του περιστεριού σταματάει την αιμορραγία των μηνίγγων και το αίμα του τράγου, της κατσίκας, του αρσενικού ελαφιού και του λαγού, αν τηγανιστεί και παρθεί έτσι, σταματάει τις δυσεντερίες και τις διάρροιες του κολικού, ιδίως αν το πει κανείς με το κρασί, που είναι καλό για τα δηλητήρια.

Επιπλέον, το αίμα του λαγού, αν αλειφθεί ζεστό πάνω στα ηλιακά εγκαύματα θεραπεύει αυτά και τις πανάδες και το αίμα του σκύλου πινόμενο κάνει καλό εκείνους

που δάγκωσε λυσσασμένο σκυλί ή έχουν πει δηλητήριο, ενώ το αίμα της χελώνας της ξηράς πινόμενο λένε πως κάνει καλό στους επιληπτικούς και το αίμα της θαλάσσιας χελώνας, πινόμενο με κρασί και πυτιά λαγού και κύμινο, κάνει καλό στα δαγκώματα από δηλητηριώδη ζώα και στην κατάποση ενός φρύνου. Το αίμα του ταύρου πάλι αν τεθεί μαζί με πολέντα μαλακώνει τη σκληράδα, ενώ αυτό από βαρβάτα αλόγα, αν ανακατευτεί με φάρμακα, είναι αντισηπτικό. Τέλος, το αίμα του χαμαιλέοντα πιστεύεται ότι προκαλεί πτώση των βλεφαρίδων, όπως και το αίμα των πράσινων βατράχων.

Χάρη στο τυχαίο ανακάτεμα των γονιδίων, που καθορίζουν τις νοητικές δυνατότητες, όπως και τους άλλους σωματικούς χαρακτήρες, κάθε γενιά έχει την αναλογία της σε ανθρώπους προικισμένους με εξαιρετικό μυαλό. Ενίοτε, όμως, οι κοινωνικές συνθήκες και ανάγκες, και το επίπεδο γνώσεων, είναι τέτοια που ένας ασυνήθιστα μεγάλος αριθμός από παρόμοιες μεγαλοφυΐες συνεργάζονται για μια ολοκληρωμένη έρευνα ιδεών. Αυτό συνέβηκε στην Αθηνά του Περικλή. Συνέβηκε ξανά τον 17ο αιώνα, όταν ο αρχιτέκτονας Wren, ο χημικός Boyle, ο μαθηματικός Νεύτωνας και μερικοί άλλοι θεμελίωσαν την αγγλική παράδοση της πειραματικής επιστήμης.

Την ίδια εποχή παρατηρήθηκε και η ανάπτυξη της πειραματικής ιατρικής (που ακόμα δε θεωρούνταν χωριστός κλάδος) από τους γιατρούς Willis και τον Sideman πάνω στα θεμέλια που έθεσε ο Χάρβεϊ. Ήταν και αυτό μια πτυχή εξαιρετικής άνθησης των ανακαλύψεων, που σημειώθηκε σε ολόκληρη την πολιτισμένη Ευρώπη και πραγματοποιήθηκε κυρίως έξω από τα πανεπιστήμια. Μεγαλοφυείς άνθρωποι απελευθερώνονταν από τα δεσμά της Εκκλησίας και της παραδοσιακής σκέψης και καμιά φορά ενώνονταν, για να αποτελέσουν τα δικά τους «αόρατα κολλέγια» ή «μυστικές ακαδημίες», όπως τους άρεσε να τα αποκαλούν.

Όταν η αλήθεια για την κυκλοφορία του αίματος διαπιστώθηκε από τον William Harvey, ένας από τους πρώτους που είδαν τη δυνατότητα να χορηγηθούν φάρμακα μέσω μιας φλέβας ήταν ο Christopher Wren. Ο Robert Boyle, ο «Πατέρας της χημείας και ο αδελφός του κομήτη του Cork», είδε τον Wren να εκτελεί ένα πείραμα, χρησιμοποιώντας ένα κάλαμο φτερού και μια κύστη για να κάνει ενδοφλέβιες ενέσεις στο σκύλο του Boyle. Ο Boyle δοκίμασε και ο ίδιος και ύστερα διατύπωσε τη γνώμη ότι «δοκιμές μπορούσαν να γίνουν πάνω σε μερικά ανθρώπινα σώματα, ιδιαίτερα σε σώματα κακοποιών». Κατόπιν, ο Boyle είπε «ύστερα από

λίγους μήνες, ένας ξένος πρεσβευτής, ένα παράξενο άτομο με πληροφόρησε ότι έβαλε να κάνουν δοκιμή με έγχυση *Crocus Metallorum* σε ένα από τους κατωτέρους υπηρέτες του, που άξιζε να κρεμαστεί. Όμως ο τύπος αυτός, μόλις άρχισε να γίνεται η ένεση, έπεσε (είτε πραγματικά, είτε προσποιητά) σε λιποθυμία, οπότε μη θέλοντας να συνεχίσουν ένα παρακινδυνευμένο πείραμα, σταμάτησαν...».

Την εποχή εκείνη περίπου ο Samuel Butler έγραψε μια παρωδία για τον Boyle, τους φίλους του και τα σκυλιά τους. Υπογράμμισε ο Butler πόσο πρέπει να προσέξει κανείς να χρησιμοποιεί ένα σκυλί και όχι μια γάτα: «Γιατί ένας γάτος όπως ξέρετε, έχει εννέα ζωές, δηλαδή οκτώ σε επιφυλακή και μια σε ενέργεια και δεν είναι διόλου εύκολο να ανιχνεύσεις και να δεις σε πόσες από αυτές η ολέθρια δύναμη του καταστροφικού αυτού φαρμάκου θα επιδράσει...» και «είναι θαυμάσιο να κοιτάς αυτόν τον εξαίσιο δόκτορα, του οποίου η επαρχία βρίσκεται στο μπουντουάρ ωραίων κυριών και του οποίου καθημερινή απασχόληση είναι να ψάχνει τις τρυφερές αρτηρίες των φιλντισένιων καρπών των χεριών τους, ότι αυτός, λέγω, θα καταδεχόταν ωστόσο να ψέξει τη φθίνουσα διαστολή ενός ζέπνου μπάσταρδου».

Το χειμώνα του 1667, έφεραν στον Ζαν Μπαπτίστ Ντενί, διακεκριμένο γιατρό που φρόντιζε τον βασιλιά Λουδοβίκο Ι΄ της Γαλλίας, ένα βίαιο φρενοβλαβή ονόματι Αντουάν Μορουά. Ο Ντενί είχε την ιδανική «θεραπεία» για τη μανία του Μορουά-μετάγγιση αίματος μοσχαριού-, το οποίο πίστευε ότι θα καταπράυνε τον ασθενή του. Αλλά η κατάσταση του Μορουά δεν εξελίχθηκε καλά. Είναι αλήθεια ότι, αφού έκανε και δεύτερη μετάγγιση, η κατάσταση του βελτιώθηκε. Αλλά σύντομα αυτός ο Γάλλος κυριεύτηκε και πάλι από τρέλα και πέθανε σε μικρό χρονικό διάστημα.

Μολονότι, διαπιστώθηκε αργότερα ότι ο Μορουά πέθανε, επειδή δηλητηριάστηκε με αρσενικό, τα πειράματα του Ντενί με αίμα ζώων ξεσήκωσαν μεγάλη αντιλογία στη Γαλλία. Τελικά, το 1670 αυτή η μέθοδος απαγορεύτηκε. Αργότερα, το Αγγλικό Κοινοβούλιο, ακόμη δε και ο Πάπας, επέβαλαν την ίδια απαγόρευση. Οι μεταγγίσεις αίματος έπεσαν τα επόμενα 150 χρόνια.

Το 19ο αιώνα, οι μεταγγίσεις αίματος επανεμφανιστήκαν. Σε αυτή την αναβίωση πρωτοστάτησε το 1818 ένας Άγγλος μαιευτήρας ονόματι Τζέιμς Μπλάντελ. Με τις βελτιωμένες μεθόδους του και τα εξελιγμένα όργανα του και με την επιμονή του να

χρησιμοποιείται μόνο ανθρώπινο αίμα, ο Μπλάντελ ξαναέφερε τις μεταγγίσεις στο προσκήνιο.

Το 1873, ο Φ. Γκεζέλιους, Πολωνός γιατρός, αναχαίτισε την αναβίωση των μεταγγίσεων με μια τρομακτική διαπίστωση. Μισές και πλέον μεταγγίσεις που είχαν γίνει, είχαν επιφέρει το θάνατο. Όταν το έμαθαν, διακεκριμένοι γιατροί άρχισαν να καταδικάζουν αυτή τη μέθοδο και τότε, πάλι, οι μεταγγίσεις έχασαν έδαφος.

Κατόπιν, το 1878, ο Γάλλος γιατρός Ζορζ Αγίεμ τελειοποίησε ένα διάλυμα χλωριούχου νατρίου, το οποίο, όπως ισχυριζόταν μπορούσε να υποκαταστήσει το αίμα. Ανόμοια με το αίμα, αυτό το διάλυμα δεν είχε παρενέργειες, δεν έπηξε και μεταφερόταν εύκολα.

Το 1900 ο Αυστριακός παθολόγος Κάρολ Λαντστάινερ ανακάλυψε την ύπαρξη ομάδων αίματος και διαπίστωσε ότι η μια ομάδα δεν είναι πάντα συμβατή με κάποια άλλη. Να λοιπόν, γιατί πολλές μεταγγίσεις στο παρελθόν είχαν καταλήξει σε τραγωδία! Τώρα, αυτό μπορούσε να αλλάξει απλώς με το να βεβαιώνεται κανείς ότι η ομάδα αίματος του δότη, ήταν συμβατή με του δεκτή. Με αυτή τη γνώση, οι γιατροί άρχισαν να εμπιστεύονται και πάλι τις μεταγγίσεις πάνω στην ώρα για τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.

Στη διάρκεια του Α΄ Παγκοσμίου πολέμου, γίνονταν αφειδώς μεταγγίσεις αίματος σε πληγωμένους στρατιώτες. Φυσικά, το αίμα πήζει γρήγορα και παλιότερα θα ήταν σχεδόν αδύνατη η μεταφορά αίματος στο πεδίο της μάχης. Στις αρχές του 20ου αιώνα, ο Ρίτσαρντ Λιούισον, του Νοσοκομείου Μάουντ Σάιναι της Νέας Υόρκης, πειραματίστηκε επιτυχημένα με μια αντιπηκτική ουσία, που ονομάζεται κιτρικό νάτριο. Πολλοί ιατροί είδαν αυτή την εκπληκτική ανακάλυψη σαν θαύμα. «Ήταν σαν να είχαμε καταφέρει να κρατήσουμε ακίνητο τον ήλιο», έγραψε ο Μπέρτραμ Μ. Μπέρνχαιμ, διακεκριμένος ιατρός εκείνης της εποχής.

Με τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η ζήτηση για αίμα αυξήθηκε. Το κοινό βομβαρδιζόταν με αφίσες που έλεγαν «Δώσε αίμα ΤΩΡΑ», «Το αίμα σου μπορεί να τον ΣΩΣΕΙ» και «ΑΥΤΟΣ έδωσε το αίμα του. ΕΣΥ θα δώσεις το δικό σου;». Η έκκληση για αίμα βρήκε μεγάλη ανταπόκριση. Στη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, στις Η.Π.Α. δόθηκαν περίπου 13.000.000 μονάδες αίματος. Υπολογίζεται

ότι στο Λονδίνο συλλέχθηκαν και διανεμηθήκαν πάνω από 260.000 λίτρα. Φυσικά, οι μεταγγίσεις αίματος περιέκλειαν αρκετούς κινδύνους για την υγεία, όπως έγινε σύντομα φανερό.

2.2. Η Αιμοδοσία

Με τον όρο "ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ" εννοούμε τη χορήγηση αίματος από υγιή δότη με σκοπό την μετάγγιση αίματος σε άρρωστο και κατ' επέκταση, βέβαια, όλη τη διαδικασία για τη λήψη, συντήρηση και διάθεση του αίματος. Ως εξειδικευμένος επιστημονικός τομέας, η αιμοδοσία, αποτελεί ιδιαίτερο κλάδο της αιματολογίας με τεράστια ανάπτυξη τα τελευταία 20 χρόνια και πλαισιώνεται με επιστημονικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό υψηλής εκπαίδευσης.

2.2.1. Διαδικασία Αιμοδοσίας

Η διαδικασία που ακολουθείται κατά την αιμοδοσία είναι η εξής : Μετά από τη λήψη σύντομου ιατρικού ιστορικού, τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του αιματοκρίτη, ο γιατρός της αιμοδοσίας κρίνει αν μπορεί ο υποψήφιος αιμοδότης να δώσει αίμα τη δεδομένη στιγμή.

Πρόκειται για μια ανώδυνη διαδικασία. Το μοναδικό ενόχλημα είναι ένα μικρό τσίμπημα από τη βελόνα και μετά απλά ανοιγοκλείνεις τη γροθιά σου για να διευκολύνεις τη ροή του αίματος. Οι περισσότεροι εθελοντές αιμοδότες περιγράφουν πόσο όμορφα νιώθουν από την προσφορά τους. Ο όγκος του αίματος που λαμβάνεται είναι μόνο το 1/20 του συνολικού όγκου αίματος του ανθρώπου (300-450 γραμμάρια περίπου). Η αναπλήρωση του χαμένου όγκου γίνεται σε 10 μόνο λεπτά, ενώ ο όγκος του πλάσματος αποκαθίσταται σε 12 ώρες και τα ερυθρά αιμοσφαίρια σε 1 μήνα περίπου. Εξάλλου, έχει αποδειχθεί ότι η τακτική αιμοδοσία προστατεύει τη καρδιά και είναι ωφέλιμη για τον οργανισμό κάθε υγιούς δότη, διότι κινητοποιείται ο μυελός των οστών του, για την παραγωγή νέων κυττάρων αίματος.

Η αιμοληψία είναι ακίνδυνη για τον αιμοδότη και δεν υπάρχει περίπτωση να μολυνθεί ο αιμοδότης από AIDS ή άλλο μεταδιδόμενο νόσημα αφού οι βελόνες που χρησιμοποιούνται είναι μιας χρήσεως και αποστειρωμένες.

2.2.2. Κατηγορίες Αιμοδοτών

Αίμα μπορούν να δώσουν όλοι οι υγιείς άντρες και γυναίκες ηλικίας 18-65 ετών που ζυγίζουν πάνω από 50 κιλά, κάθε 3-4 μήνες. Για τη διασφάλιση όμως της ποιότητας του αίματος που θα μεταγγιστεί και για να μην επιβαρυνθεί η υγεία του αιμολήπτη, δεν γίνεται αιμοληψία από :

1. Ασθενείς και φορείς του AIDS
2. Ασθενείς και φορείς της ηπατίτιδας Β και C
3. Άτομα που πάσχουν από ελονοσία
4. Άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα
5. Άτομα που πάσχουν από αλλεργίες
6. Χρήστες ναρκωτικών , αλκοολικοί
7. Άτομα που ακολουθούν συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή
8. Άτομα που δεν έχουν ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά (έχουν ομοφυλοφιλικές ή αμειβόμενες σεξουαλικές σχέσεις)
9. Άτομα των οποίων ο σεξουαλικός σύντροφος ανήκει σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες

Ο αποκλεισμός αυτός γίνεται για να μην επιβαρυνθεί η υγεία του αιμοδότη και για να διασφαλιστεί η ποιότητα του αίματος που θα μεταγγισθεί στο λήπτη. Πρέπει, λοιπόν, να είναι απόλυτα ειλικρινής ο αιμοδότης κατά τη συμπλήρωση του ειδικού ερωτηματολογίου για την αποφυγή θανάσιμων περιστατικών.

2.2.3. Εθελοντική Αιμοδοσία

Η αιμοδοσία καλείται εθελοντική, όταν πρόκειται για πράξη που εκτελεί κάποιος με τη θέληση του και με μοναδικό κίνητρο ένα συναίσθημα αλληλεγγύης, χωρίς αμοιβή.

Η έλλειψη και η ανεπάρκεια αίματος είναι μια κατάσταση που θέτει σε άμεσο κίνδυνο την ζωή όσων χρειάζονται το αίμα ως θεραπευτικό μέσο, γι' αυτό η εθελοντική αιμοδοσία είναι μια χειρονομία καλής θέλησης, φροντίδας και αγάπης προς τον συνάνθρωπό μας. Δεν υπάρχει πολυτιμότερο δώρο απ' την εθελοντική αιμοδοσία, αφού στην πραγματικότητα είναι ένα δώρο ζωής γι' αυτόν που το δέχεται.

Θα πρέπει, λοιπόν, όσοι άνθρωποι μπορούν να προσφέρουν ασφαλές αίμα, χωρίς μολυσματικές ασθένειες, ώστε να βοηθήσουν έναν ασθενή που βρίσκεται σε πραγματική ανάγκη και να μην τον βλάψουν. Επίσης, θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν όλοι προς τον εθελοντισμό, διότι αρκεί να γνωρίζουν ότι από μόνο μία φιάλη μπορεί να ωφεληθούν πάνω από ένα άτομο, γιατί το αίμα μπορεί να χωριστεί σε επιμέρους συστατικά, όπως είναι για παράδειγμα τα ερυθρά κύτταρα και το πλάσμα και έτσι μπορούν να ικανοποιήσουν τις διαφορετικές ανάγκες πολλών ασθενών.

Σαν μέλη της κοινωνίας είναι ευθύνη μας να είμαστε εθελοντές αιμοδότες ασφαλούς αίματος και να μην αδιαφορούμε, γιατί δεν υπάρχει διαθέσιμο υποκατάστατο του αίματος. Το ανθρώπινο αίμα δεν μπορεί να παρασκευασθεί και μόνο ο άνθρωπος μπορεί να προσφέρει αίμα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ανθρώπους και η έλλειψή του έχει σαν αποτέλεσμα να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή όσων χρειάζονται το αίμα ως θεραπευτικό μέσο.

Παρόλο που η ανάγκη σε αίμα είναι υπαρκτή όλο τον χρόνο, υπάρχει συνήθως μια εποχιακή έλλειψη αίματος κατά την διάρκεια του καλοκαιριού, των Χριστουγέννων και του Πάσχα καθώς τα σχολεία κλείνουν και οι άνθρωποι φεύγουν διακοπές, οπότε υπάρχουν λιγότεροι διαθέσιμοι εθελοντές αιμοδότες. Γι' αυτό υπάρχει μια αυξημένη ανάγκη για εθελοντική αιμοδοσία κατά την διάρκεια αυτών των χρονικών περιόδων ώστε να υπάρξει επάρκεια αίματος για όλους τους ασθενείς που χρειάζονται το αίμα ως θεραπευτικό μέσο.

Το αίμα δεν μπορεί να διατηρηθεί για απεριόριστο χρονικό διάστημα. Για παράδειγμα, τα ερυθρά κύτταρα μπορούν να διατηρηθούν για περίπου 5 εβδομάδες σε μια θερμοκρασία 4 - 6 βαθμών Κελσίου. Συνεπώς, η ανάγκη για τακτική εθελοντική αιμοδοσία γίνεται επιτακτική δεδομένου του περιορισμένου χρόνου ζωής του αίματος και

Απ' την μεριά της η πολιτεία πρέπει να εκπαιδεύσει, να δραστηριοποιήσει, να κερδίσει και να εξασφαλίσει εθελοντές αιμοδότες από πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου. Ο ακρογωνιαίος λίθος για ασφάλεια και επάρκεια αίματος και των παραγώγων του είναι η εξασφάλιση και συνεχής έλξη εθελοντών, μη αμειβόμενων αιμοδοτών από πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου.

Γι' αυτό είναι ζωτικής σημασίας να καταργηθεί σταδιακά η χρήση οικογενειακών και αμειβόμενων αιμοδοτών και να δοθεί υψηλή προτεραιότητα στην εκπαίδευση, δραστηριοποίηση και συνεχή έλξη εθελοντών, μη αμειβόμενων αιμοδοτών από πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου οι οποίοι προσφέρουν αίμα τακτικά.

2.2.4. Σκοπός Αιμοδοσίας

Βασικός σκοπός της αιμοδοσίας είναι η συγκέντρωση μονάδων αίματος σε ποσότητες τέτοιες, ώστε να καλύπτουν της ετήσιες ανάγκες των ασθενών σε αίμα, οι οποίες ανέρχονται σε 700.000 μονάδες ετησίως⁶ και η χρησιμοποίησή τους για μετάγγιση αίματος σε ασθενείς.

⁶ www.imlarisis.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Νομικό Πλαίσιο και Αιμοδοσία

Το σύστημα αιμοδοσίας, για να μπορέσει να λειτουργήσει, απαιτεί τη συμβολή ενός μεγάλου μέρους της κοινωνίας, είτε υπό τη μορφή εθελοντών αιμοδοτών, είτε με την ιδιότητα των ασθενών, επιστημόνων, τεχνολόγων, νοσηλευτών, κ.α. Αυτή η συμβολή πολλών διαφορετικών ανθρώπων, κάνει το σύστημα δομικά σύνθετο και δυσχεράνει τη λειτουργία του. Προκύπτει, συνεπώς, άμεση ανάγκη απόλυτου καθορισμού των ρόλων, προσδιορισμού των ακολουθητέων διαδικασιών και διασφάλισης δυνατότητας ελέγχου για όλα τα στάδια παραγωγής.

Η ευθύνη των μονάδων αιμοδοσίας εκτείνεται σε πολλά επίπεδα. Θα μπορούσαμε σχηματικά να περιγράψουμε την ευθύνη που υπάρχει προκειμένου να προστατευθεί ο δότης, ώστε η πράξη του δωρήματός του να μην αποβεί, ούτε κατ' ελάχιστο, σε βάρος της υγείας του και την ευθύνη που υπάρχει, ώστε η χορήγηση του αίματος να βοηθήσει στην αποκατάσταση της υγείας του λήπτη, χωρίς να αποβεί και γι' αυτόν επικίνδυνη.⁷

Στη συνέχεια, παραθέτουμε τους νόμους που διέπουν το σύστημα της αιμοδοσίας :

ΦΕΚ 35 Β' Τεύχος

Αριθμός Α8/2058/90/28-1-91

Καθορισμός των προϋποθέσεων λήψης, κατεργασίας, συντήρησης και διάθεσης του αίματος και των παραγώγων του.

Η παρούσα τροποποιήθηκε από τις υπ' αριθ. Α8/ΟΙΚ.422/92 (ΦΕΚ Β 109), Υ4δ/οικ.11781/93 (ΦΕΚ 904Β'/93), Υ4δ/11553/94 (ΦΕΚ 974 Β'), Υ4δ/οικ.11959/97 (ΦΕΚ-957 Β') αποφάσεις Υπ. Υγείας Πρόνοιας

Έχοντας υπόψη:

⁷ ΣΠΑΝΟΣ Θ. Α., «ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ – Ένας ύμνος στην κοινωνία», Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

1. Τις διατάξεις:

α. Των άρθρ. 10 και 15 του Ν. 1820/88 "Αιμοδοσία" (ΦΕΚ 261/88 τ.Α').

β. Του Ν.1278/82 "Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας" (ΦΕΚ 105/82 τ.Α').

2.Την αριθ. 1059/3.5.90 απόφαση του Πρωθυπουργού, για τον καθορισμό αρμοδιοτήτων του Αν. Υπουργού Γ. Σούρλα (ΦΕΚ 295/90 τ.Β').

3.Τις αριθ. 2, 3, 4, 5 και 6/90 γνωμοδοτήσεις της Επιτροπής Αιμοδοσίας.

4.Την αριθ. 4/77γς Ολομ./8.11.90 απόφαση της ΚΕ.Σ.Υ., αποφασίζουμε:

Καθορίζουμε τις προϋποθέσεις λήψης, κατεργασίας, συντήρησης και διάθεσης του αίματος και των παραγώγων ως ακολούθως:

Άρθρο 1

Κλινική και Εργαστηριακή εξέταση του αιμοδότη

Η εξέταση του αιμοδότη περιλαμβάνει:

α. Συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου που αποβλέπει στην αποκάλυψη παθήσεων οι οποίες συνιστούν απαγόρευση ή αντένδειξη για τη λήψη αίματος προς μετάγγιση. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι έντυπο και ενιαίο για όλες τις υπηρεσίες αιμοδοσίας. Συμπληρώνεται με τη συνεργασία του αιμοδότη και υπογράφεται από αυτόν.

β. Κλινική εξέταση που περιλαμβάνει την εκτίμηση της γενικής κατάστασης και κυρίως του καρδιαγγειακού συστήματος του δότη (σφύξεις, μέτρηση αρτηριακής πίεσης).

γ. Εργαστηριακές εξετάσεις που περιλαμβάνουν τον προσδιορισμό της αιμοσφαιρίνης ή του μικροαιματοκρίτη.

Ο δότης κατατοπίζεται για τη διαδικασία της αιμοληψίας και παίρνει οδηγίες για την αποφυγή πιθανών αντιδράσεων μετά από αυτή.

- δ. Προσδιορισμό των ομάδων αίματος, οροδιαγνωστικές εξετάσεις για συφίλιδα, αντιγόνο ηπατίτιδας Β, αντίσωμα HIV-1, που είναι υποχρεωτικές, γίνονται στο λαμβανόμενο κατά την αιμοληψία δείγμα αίματος του αιμοδότη, μπορεί όμως και να προηγούνται της αιμοληψίας.

Η πληροφόρηση του αιμοδότη για τα αποτελέσματα των εργαστηριακών αυτών εξετάσεων γίνεται από την υπεύθυνο γιατρό της Αιμοδοσίας με αυστηρή τήρηση του απορρήτου.

Άρθρο 2.

Βασικές Αρχές Επιλογής Αιμοδοτών - Που απαγορεύεται ή αντενδείκνυται η αιμοληψία.

I. Βασικές Αρχές Επιλογής Αιμοδοτών

- α. Ηλικία 18-62 ετών. Για ηλικία 17 ετών χρειάζεται γραπτή συγκατάθεση γονέων ή κηδεμόνων. Μετά το 62ο έτος η αιμοληψία είναι στην κρίση του γιατρού της Αιμοδοσίας. Η αιμοληψία για πρώτη φορά μετά το 60ο έτος είναι επίσης στην κρίση του γιατρού της Αιμοδοσίας.
- β. Το ανώτερο όριο τακτικών αιμοληψιών είναι για τους άνδρες 4 φορές το χρόνο και για τις γυναίκες 3 φορές το χρόνο. Το ελάχιστο διάστημα μεταξύ δύο διαδοχικών αιμοληψιών πρέπει να είναι 2 μήνες.
- γ. Η Hb πρέπει να είναι τουλάχιστον 12.5g/dl για τις γυναίκες και 13.5 g/dl για τους άνδρες. Ο Hct πρέπει να είναι τουλάχιστον 38% για τις γυναίκες και 41% για τους άνδρες.
- δ. Γενική εμφάνιση: Ο υποψήφιος αιμοδότης πρέπει να φαίνεται απόλυτα υγιής και να έχει φυσιολογική θερμοκρασία και όψη του δέρματος. Εάν στο δέρμα του αιμοδότη υπάρχουν ίχνη διενέργειας ενέσεων ο αιμοδότης αποκλείεται από την αιμοληψία. Σε περίπτωση τατουάζ η αιμοληψία είναι στην κρίση του γιατρού.
- ε. Σφυγμός: ρυθμικός, σφύξεις 50-110/λεπτό.

στ. Αρτηριακή πίεση: συνολική μεταξύ 95-180 mm Hg και διαστολική 50-100 mm Hg. Δότες με αρτηριακή πίεση στα ανώτερα ή κατώτερα επιτρεπτά όρια είναι στην κρίση του γιατρού. Υπερτασικό άτομο σε θεραπεία αποκλείεται έστω και αν έχει φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

ζ. Ποσότητα συλλεγόμενου αίματος 450 ± 45 ml. Από άτομα με σωματικό βάρος κάτω των 50 κιλών η λαμβανόμενη ποσότητα αίματος είναι μικρότερη.

η. Για επικίνδυνα επαγγέλματα (π.χ. οδηγός λεωφορείου, τραίνου, εκσκαφέως κ.λπ.) συνιστάται αποχή από την εργασία για 24 ώρες μετά την αιμοληψία. Για πιλότους συνιστάται αποχή από την εργασία για 7 ημέρες μετά την αιμοληψία.

II. Απαγόρευση ή αντένδειξη αιμοληψίας.

1. Η αιμοληψία δεν επιτρέπεται από άτομα που ανήκουν στις παρακάτω παθήσεις:

α. Άτομα πάσχοντα από χρόνιες παθήσεις αναπνευστικού συστήματος, νεφρών, ήπατος και κυκλοφοριακού συστήματος.

β. Άτομα που αναφέρουν σπασμούς μετά την παιδική ηλικία, νευροψυχικές διαταραχές, σακχαρώδη διαβήτη, κακοήθη νοσήματα, αυτοάνοσα νοσήματα, πρωτοπαθή πολυκυτταραιμία και βαρειές αλλεργικές παθήσεις.

γ. Γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του θηλασμού και γενικά για 6 μήνες μετά τον τοκετό.

δ. Άτομα τα οποία αναφέρουν ηπατίτιδα. Άτομα των οποίων ο ορός βρέθηκε θετικός για το αντιγόνο της ηπατίτιδας Β.

ε. Άτομα με λοιμώδη νοσήματα:

(1) Άτομα που νόσησαν από ελονοσία τα τελευταία 10 χρόνια. Άτομα που γεννήθηκαν ή μεγάλωσαν σε χώρες που ενδημεί η νόσος αν δεν έχουν περάσει 3 χρόνια από την απομάκρυνσή τους από τη χώρα αυτή. Άτομα που ταξίδεψαν σε χώρες που ενδημεί η νόσος αν δεν έχουν περάσει 6 μήνες από την επιστροφή τους και εφόσον δεν παρουσίασαν πυρετό κατά την εκεί παραμονή

τους ή μετά την επιστροφή τους. Άτομα που έλαβαν ανθελονοσιακά φάρμακα αν δεν περάσουν 3 χρόνια.

(2)Φυματίωση: Υποψήφιοι δότες με κλινικά ενεργό φυματίωση αποκλείονται από την αιμοληψία. Άτομα που νόσησαν από φυματίωση αποκλείονται από την αιμοληψία για 5 χρόνια μετά την αποθεραπεία. Άτομα με θετική τη φυματινοαντίδραση, αλλά χωρίς κλινικές εκδηλώσεις φυματίωσης, γίνονται δεκτά σαν δότες.

(3)Άτομα με βρουκέλλωση αποκλείονται από την αιμοληψία τουλάχιστον για 2 χρόνια μετά την πλήρη ίαση.

(4)Τροπικά νοσήματα: Άτομα προερχόμενα από τροπικές χώρες αποκλείονται ως δότες για 6 μήνες μετά την άφιξή τους από αυτές.

στ. Άτομα σε συμπεριφορά υψηλού κινδύνου για το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), όπως οι ομοφυλόφιλοι, αμφιφυλόφιλοι και άτομα με έντονη σεξουαλική δραστηριότητα, τοξικομανείς, άτομα προερχόμενα από χώρες όπου ενδημεί η νόσος ή άτομα που εμφανίζουν ύποπτα κλινικά σημεία της νόσου.

ζ. Άτομα σε εμφανή σημεία εθισμού σε ναρκωτικά ή στο οινόπνευμα.

η. Άτομα τα οποία έλαβαν μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος κατά τους τελευταίους 12 μήνες.

θ. Άτομα που υποβλήθηκαν σε μεγάλη χειρουργική επέμβαση ή που προσβλήθηκαν από βαριά νόσο κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου.

ι. Άτομα που αναφέρουν λοιμώδες νόσημα αποκλείονται για 2 εβδομάδες από την πλήρη ίασή τους.

ια. Άτομα με εποχιακή αλλεργία ή αυτά που βρίσκονται σε θεραπεία απευαισθητοποίησης αποκλείονται προσωρινά.

2. Λήψη φαρμάκων από το δότη συνήθως αποτελεί αντένδειξη για αιμοληψία. Κατά συνέπεια θα πρέπει να προσδιορίζονται οι λόγοι της λήψης φαρμάκων

και η απόφαση για την πραγματοποίηση αιμοληψίας είναι στην κρίση του γιατρού της Αιμοδοσίας.

3. Προηγηθέντες εμβολιασμοί και ανοσοποιήσεις του δότη.

α. Αποφυγή αιμοδοσίας επί 3 εβδομάδες μετά το εμβόλιο ιλαράς, παρωτίτιδας, κίτρινου πυρετού και πολυομυελίτιδας από το στόμα (SABIN).

β. Η αιμοδοσία είναι δυνατή 24 ώρες μετά τα εμβόλια τετάνου, τυφοειδούς πυρετού, παρατύφων, χολέρας, διφθερίτιδας, γρίπης, πολυομυελίτιδας (SALK) και πανώλης, εφόσον ο υποψήφιος αιμοδότης δεν έχει συμπτώματα.

4. Άτομα που το αναμνηστικό τους αναφέρονται παθολογικές καταστάσεις που δεν μνημονεύονται στις παραπάνω περιπτώσεις απαγόρευσης ή αντένδειξης αιμοληψίας κρίνονται για την καταλληλότητά τους ως αιμοδοτών από το γιατρό της Αιμοδοσίας.

Σε ειδικές περιπτώσεις η εξαιρετική ανάγκη, επιτρέπεται η αιμοληψία κατ' εξαίρεση των προαναφερομένων μετά από εκτίμηση του γιατρού της αιμοδοσίας.

Άρθρο 3

Όροι πλασμαφαίρεσης και κυτταροφαίρεσης.

A. Πλασμαφαίρεση

Η πλασμαφαίρεση γίνεται από φυσιολογικούς δότες με σκοπό τη συλλογή πλάσματος ή κρυοκαθιζήματος για μετάγγιση ή περαιτέρω κλασματοποίηση.

1. Της πλασμαφαίρεσης προηγείται ιατρική εξέταση του δότη.

2. Εφόσον ο δότης υφίσταται πλασμαφαίρεση όχι συχνότερα από μία φορά κάθε οκτώ εβδομάδες, ισχύουν τα κριτήρια επιλογής του αιμοδότη που αναφέρονται στα άρθρα 1 και 2 της παρούσας απόφασης.

3. Όταν η πλασμαφαίρεση γίνεται σε συχνότερα χρονικά διαστήματα εφαρμόζονται επί πλέον κριτήρια:

- α. Ποσοτικός προσδιορισμός πρωτεϊνών του ορού του αίματος που πρέπει να είναι πάνω από 65 gr/li ή και πρωτεϊνογράφημα, που πρέπει να είναι φυσιολογικό.
- β. Εξέταση ούρων για λεύκωμα και σάκχαρο.
- γ. Έλεγχος τρανσαμινασών.
- δ. Σε δότες ηλικίας άνω των 40 ετών, ηλεκτροκαρδιογράφημα (Η.Κ.Γ.).

Ο ρυθμός επανάληψης των εξετάσεων εναπόκειται στην κρίση του υπεύθυνου γιατρού της Αιμοδοσίας.

4. Η πλασμαφαίρεση από δότες που δεν εκπληρώνουν τις απαραίτητες προϋποθέσεις μπορεί να επιτραπεί εφόσον το πλάσμα του δότη έχει ειδική θεραπευτική αξία και μόνο εφόσον ο υπεύθυνος γιατρός βεβαιώσει εγγράφως ότι η υγεία του δότη το επιφέρει.
5. Απαιτείται έγγραφη συγκατάθεση του δότη μετά από ενημέρωσή του.
6. Η ποσότητα του λαμβανόμενου πλάσματος δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 650 ml κατά συνεδρία ή το ένα λίτρο ανά εβδομάδα. Η συνολική ποσότητα του αφαιρούμενου πλάσματος από ένα δότη σε ένα χρόνο δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 15 λίτρα.

Η απώλεια ερυθρών αιμοσφαιρίων του δότη δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 20 ml την εβδομάδα. Σε περίπτωση αιμοδοσίας για ολικό αίμα πρέπει να περάσουν τουλάχιστον 48 ώρες εφόσον έχει προηγηθεί πλασμαφαίρεση.

7. Η πλασμαφαίρεση εκτελείται με την ευθύνη αρμόδιου γιατρού της Αιμοδοσίας από εξειδικευμένες νοσηλεύτριες ή και τεχνολόγους κατόπιν επιλογής τους από το Διευθυντή της Αιμοδοσίας.
8. Οι συσκευές που χρησιμοποιούνται κατά τη διαδικασία της πλασμαφαίρεσης πρέπει να είναι αποστειρωμένες, απυρετογόνες, μη τοξικές και συμβατές προς το περιεχόμενο των ασκών συλλογής του αίματος.

9. Εφαρμόζεται σύστημα σήμανσης που παρέχει εγγύηση, τόσο στο δότη, όσο και στον ενεργούντα την πλασμαφαίρεση, για την ταυτότητα του περιεχομένου του ασκού.
10. Η πλασμαφαίρεση γίνεται με άσηπτες συνθήκες και με σύστημα που αποκλείει την εμβολή αέρα στο δότη.
11. Κατά τη διάρκεια του αποχωρισμού του πλάσματος από τα εύμορφα συστατικά του αίματος η θερμοκρασία του περιβάλλοντος δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 24 βαθμούς Κελσίου (θερμοκρασία δωματίου).
12. Θεραπευτική πλασμαφαίρεση είναι δυνατόν να εκτελείται με την ευθύνη ειδικού Αιματολόγου γιατρού της Αιμοδοσίας, σύμφωνα με τα γενικώς ισχύοντα επιστημονικά δεδομένα.

B. Αιμοπεταλιοφαίρεση

1. Για την αιμοπεταλιοφαίρεση χρειάζεται:
 - α. Γραπτή συγκατάθεση του δότη μετά από ενημέρωσή του.
 - β. Λεπτομερής κλινική εξέταση του δότη κατά συστήματα, συμπεριλαμβανομένου και του Η.Κ.Γ.
 - γ. Εργαστηριακός έλεγχος του δότη ο οποίος περιλαμβάνει, εκτός από τα αναφερόμενα στα άρθρα 1 και 2 της παρούσας απόφασης, γενική αιματολογική εξέταση και έλεγχο της αιμόστασης τουλάχιστον σε ό,τι αφορά την αριθμηση και μορφολογία των αιμοπεταλίων, εφόσον το αναμνηστικό του δότη είναι ελεύθερο αιμορραγικών εκδηλώσεων.
2. Η αιματοπεταλιοφαίρεση επιτρέπεται σε άτομα ηλικίας μέχρι 50 ετών, εκτός ειδικών περιπτώσεων κατά την κρίση του αρμόδιου γιατρού της Αιμοδοσίας

3. Τα χρονικά διαστήματα μεταξύ των συνεδριών αιμοπεταλιοαφαίρεσης είναι τουλάχιστον 48 ώρες και η αφαιρούμενη ποσότητα πλάσματος όχι μεγαλύτερη των 1.000 ml σε διάστημα 7 ημερών.

Το τελικό προϊόν πρέπει να περιέχει ελάχιστο αριθμό αιμοπεταλίων 3×10^{11} και ο αριθμός των λευκοκυττάρων ανά μονάδα να μην είναι μεγαλύτερος από 0.2×10^9 .

Οι μονάδες αιμοπεταλίων συντηρούνται σε θερμοκρασία 20°-24°C από 24 ώρες έως 7 ημέρες ανάλογα με τον τρόπο παρασκευής τους και τη σύσταση του πλαστικού ασκού, υπό συνεχή ανακίνηση.

4. Πρέπει να υπάρχει πλήρες γραπτό πρωτόκολλο όλων των διαδικασιών, που να περιλαμβάνει κριτήρια για τα χρησιμοποιούμενα υλικά και τις δόσεις τους, καθώς και οδηγίες για την πρόληψη και αντιμετώπιση αντιδράσεων του δότη. Για κάθε συνεδρία πρέπει να συμπληρώνεται δελτίο με τα ακόλουθα στοιχεία:

- α. Στοιχεία ταυτότητας του δότη.
- β. Όγκος επεξεργασθέντος αίματος.
- γ. Είδος και ποσότητα αντιπηκτικού που χρησιμοποιήθηκε.
- δ. Διάρκεια αφαίρεσης.
- ε. Όγκος αφαιρουμένου προϊόντος.
- στ. Φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν.
- ζ. Τυχόν αντιδράσεις που εμφανίστηκαν και η αντιμετώπισή τους.

5. Οι Αιμοδοσίες που πραγματοποιούν αφαιρέσεις οφείλουν να έχουν πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου για την προστασία τόσο του δότη όσο και του δέκτη, καθώς και την ποιότητα του τελικού προϊόντος.

Γ. Λευκαφαίρεση

1. Η κυτταροαφαίρεση για Παρασκευή εναιωρήματος κοκκιοκυττάρων απαιτεί έλεγχο του δότη, όπως και για την αιμοπεταλιοαφαίρεση.
2. Το τελικό προϊόν, εφόσον έχουν χορηγηθείς το δότη κορτικοειδή, πρέπει να περιέχει τουλάχιστον 10×10^{10} κοκκιοκύτταρα και ο Hct να είναι κάτω του 1%.
3. Είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός ομάδος ABO και Rhesus του δότη.
4. Για τη μετάγγιση αυτού του προϊόντος χρειάζεται έλεγχος συμβατότητας.
5. Διατηρούνται σε θερμοκρασία δωματίου 20°-24°C και χορηγούνται όσο το δυνατόν συντομότερα και πάντως όχι μετά την παρέλευση 24 ωρών από την παρασκευή τους.
6. Ο δότης πρέπει να ελέγχεται κατάλληλα για τυχόν εμφάνιση κυτταροπενίας.

Δ. Λήψη μυελού οστών

Η επιλογή των δοτών μυελού οστών από τους αιμοδότες, δότες αιμοπεταλίων και το γενικό πληθυσμό γίνεται με βάση τα κριτήρια που ισχύουν για την επιλογή του αιμοδότη και ειδικότερα του δότη αιμοπεταλίων, με έμφαση στους περιορισμούς για τη δυνατότητα χορήγησης γενικής αναισθησίας. Κατάλληλη ηλικία 18-50 ετών.

Ο πλήρης ιατρικός έλεγχος του δυνητικού δότη γίνεται μετά τη διαπίστωση ιστοσυμβατότητας μεταξύ του δότη και του πιθανού δέκτη.

Το πρόγραμμα προσέλευσης, επιλογής δοτών και λήψης μυελού οστών περιλαμβάνει:

1. Παροχή πληροφοριών για τις ανάγκες και εφαρμογές της θεραπείας με μεταμόσχευση μυελού οστών.
2. Επεξήγηση των εννόμων διαδικαστικών θεμάτων για την εθελοντική και χωρίς αναγκασμό ή πίεση προσφορά μυελού οστών και διαβεβαίωση για την τήρηση του σχετικού απόρρητου (απαιτείται γραπτή συγκατάθεση του δότη).

3. Επεξήγηση των διαδικασιών της εξέτασης της ιστικής ταυτότητας, της επιλογής των δοτών και του ελέγχου συμβατότητας μεταξύ δότη και λήπτη.
4. Ενημέρωση για τις διαδικασίες της δωρεάς, της συλλογής μυελού και των πιθανών παρενεργειών.

Άρθρο 4

Εργαστηριακός έλεγχος αίματος και παραγώγων

A. Εργαστηριακός έλεγχος του αίματος

Οι εργαστηριακές εξετάσεις του ληφθέντος αίματος περιλαμβάνουν απαραίτητως:

Προσδιορισμό ομάδων αίματος των συστημάτων ABO και RHESUS.

α. Προσδιορισμός ομάδας συστήματος ABO.

Ο καθορισμός της ομάδας του συστήματος ABO πρέπει να περιλαμβάνει έλεγχο των ερυθρών με αντι-A, αντι-B και αντι-AB ορούς και αναζήτηση στον ορό αντισωμάτων με A, B και O ερυθρά. Το αίμα δεν μπορεί να διατεθεί εάν δεν συμφωνούν οι παραπάνω δοκιμασίες. Όταν προκύπτουν δυσκολίες κατά τον καθορισμό της ομάδας A και σε όλες τις περιπτώσεις ομάδας AB, ο έλεγχος των ερυθρών επαναλαμβάνεται με αντι-A, ορό για να διευκρινιστεί εάν πρόκειται για ομάδα A₂ ή A₂B.

β. Προσδιορισμός συστήματος RHESUS.

Ο καθορισμός του RH γίνεται με ορό αντι-D. Εάν το αίμα είναι D-αρνητικό πρέπει να ελέγχεται με κατάλληλη τεχνική για την ανίχνευση του αντιγόνου Du. Στα D αρνητικά δείγματα αίματος συνιστάται να καθορίζεται ο πλήρης φαινότυπος RHESUS (C,c,E,e). Αρνητικό RHESUS χαρακτηρίζεται το αίμα που δεν περιέχει το αντιγόνο D ή Du. Στην περίπτωση αυτή η τυχόν παρουσία των αντιγόνων C και E πρέπει να σημειώνεται.

γ. Προηγούμενοι καθορισμοί ομάδας ABO και RHESUS.

Προηγούμενος καθορισμός της ομάδας ABO και του RHESUS του δότη δεν πρέπει να θεωρείται επαρκής για το χαρακτηρισμό μονάδων αίματος που μεταγενέστερα χορηγήθηκαν από τον ίδιο δότη. Ο προσδιορισμός πρέπει να επαναλαμβάνεται για κάθε καινούργια αιμοληψία.

δ. Μετά τη συμπλήρωση των ομάδων ABO και RH επικολλάται αντίστοιχη ετικέτα.

Επανάλεγχος

Πρέπει να επιβεβαιώνεται η ομάδα ABO και RHESUS με δείγμα αίματος από τον τμηματοποιημένο σωλήνα των ασκών όλων των μονάδων αίματος πριν από τη δοκιμασία συμβατότητας.

Διαπιστούμενες διαφορές πρέπει να διευκρινίζονται πριν από την χορήγηση του αίματος για μετάγγιση.

Επανάληψη άλλων εξετάσεων δεν είναι απαραίτητη.

Δοκιμασίας για την πρόληψη μεταδομένων με το αίμα νοσημάτων:

Έλεγχος για σύφιλη. Ο έλεγχος γίνεται με αναγνωρισμένη ορολογική μέθοδο. Επί θετικού αποτελέσματος γίνεται επιβεβαίωση με εξειδικευμένη μέθοδο.

Έλεγχος για αντιγόνο επιφάνειας της ηπατίτιδας Β (HbsAg). Ο έλεγχος γίνεται με αντιδραστήρια και μεθοδολογία μεγάλης ευαισθησίας και ειδικότητας.

Έλεγχος για αντισώματα έναντι του ιού της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV1). Ο έλεγχος γίνεται με αντιδραστήρια και μεθοδολογία μεγάλης ευαισθησίας και ειδικότητας. Επί θετικού αποτελέσματος γίνεται επιβεβαίωση με εξειδικευμένη μέθοδο.

Σε κάθε περίπτωση θετικού αποτελέσματος το αίμα αχρηστεύεται και ο αιμοδότης ενημερώνεται.

Ο παραπάνω έλεγχος πραγματοποιείται από τεχνολόγο ή παρασκευαστή με εκπαίδευση την Αιμοδοσία ή από νοσηλεύτρια με ειδική εκπαίδευση. Η επίβλεψη των

παραπάνω εξετάσεων μπορεί να ανατεθεί εκτός από γιατρό και σε βιοχημικό ή βιολόγο της Αιμοδοσίας.

B. Εργαστηριακός έλεγχος των παραγώγων του αίματος

Ο εργαστηριακός έλεγχος των παραγώγων του αίματος αποσκοπεί στον καθορισμό της καταλληλότητας αυτών όσον αφορά στη λειτουργικότητα, δραστηριότητα και ασφάλεια κατά τη χορήγησή τους.

Ο πλήρης και αποτελεσματικός έλεγχος των παραγώγων του αίματος επιτυγχάνεται με διεθνώς καθιερωμένες –από την Αμερικανική (FDA) και την Ευρωπαϊκή (EP) Φαρμακοποιία – εργαστηριακές βιοχημικές, βιολογικές και οροδιαγνωστικές εξετάσεις, που εκτελούνται τόσο στο τελικό προϊόν όσο και στη χρησιμοποιούμενη πρώτη ύλη για την Παρασκευή των παραγώγων του αίματος.

Για τον έλεγχο της μεθόδου παρασκευής των παραγώγων του αίματος διενεργούνται, απαραίτητως, εργαστηριακές εξετάσεις στα προϊόντα που λαμβάνονται στα ενδιάμεσα στάδια κατά την πορεία της παρασκευής μέχρι την παραλαβή του τελικού προϊόντος.

Στις περιπτώσεις που οι εργαστηριακές βιολογικές εξετάσεις - δια των οποίων ελέγχεται η στειρότητα, η τοξικότητα, η ύπαρξη πυροτογόνων, η ανεύρεση ιών ηπατίτιδας και AIDS – είναι θετικές, η μεν πρώτη ύλη (πλάσμα αίματος) απορρίπτεται τα δε παράγωγα του αίματος κρίνονται ακατάλληλα προς χορήγηση.

Οι εργαστηριακές βιοχημικές εξετάσεις καθορίζουν το βαθμό καταλληλότητας προς χρησιμοποίηση της πρώτης ύλης και την ποιότητα των τελικών παραγώγων του αίματος.

Ο έλεγχος για τα παράγωγα του αίματος περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1. Πλάσμα (Πρώτη ύλη).
 - α. Καθορισμό της προέλευσης του πλάσματος (Υπηρεσία που πραγματοποίησε την αιμοληψία ή την πλασμαφαίρεση).
 - β. Πλήρη στοιχεία αιμοδότη. (Στοιχεία ταυτότητας, καταγωγή και προέλευση).

γ. Αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων των επί μέρους μονάδων, όπως έλεγχος ηπατίτιδας, AIDS και σύφιλης.

δ. Γενικές εργαστηριακές εξετάσεις:

1. Μακροσκοπικός έλεγχος (όψη, διαύγεια, χρώμα κ.α.).

2. Προσδιορισμός ελεύθερης αιμοσφαιρίνης (Hβ).

3. Προσδιορισμός ολικών πρωτεϊνών.

4. Έλεγχος στειρότητας.

5. Έλεγχος ύπαρξης πυρετογόνων ουσιών.

2. Παράγωγα πλάσματος

Στα παράγωγα του πλάσματος περιλαμβάνονται: Αλβουμίνη, ανοσοσφαιρίνες, αντιαιμορροφιλικός παράγων VIII, προθρομβινικό σύμπλεγμα (FII, VII, IX, X), ινωδογόνο, φιβρονεκτίνη, αντιθρομβίνη III κ.α.

Στα παράγωγα αυτά επιβάλλεται γενικά η διενέργεια των παρακάτω εξετάσεων:

α. Ταυτοποίηση του είδους του παραγώγου (IDENTITY TEST).

β. Έλεγχος καθαρότητας (PURITY TEST)

γ. Έλεγχος σταθερότητας (STABILITY TEST).

δ. Έλεγχος θολερότητας (TURBIDITY TEST).

ε. Έλεγχος στειρότητας (STERILITY TEST).

στ. Έλεγχος τοξικότητας (TOXICITY TEST).

ζ. Έλεγχος ύπαρξης πυρετογόνων ουσιών (PYROGEN TEST).

η. Έλεγχος παρουσίας θρομβίνης (THROMBIN) κατά περίπτωση.

θ. Προσδιορισμός παραγόντων πήξης κατά περίπτωση.

ι. Μέτρηση ιξώδους κατά περίπτωση.

ια. Μέτρηση διαλυτότητας κατά περίπτωση.

ιβ. Προσδιορισμός υγρασίας κατά περίπτωση.

ιγ. Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών.

ιδ. Προσδιορισμός ολικών πρωτεϊνών.

ιε. Μέτρηση PH.

Άρθρο 5

Έλεγχος της συμβατότητας του προς μετάγγιση αίματος

Εξετάσεις συμβατότητας:

Πριν από κάθε μετάγγιση πρέπει απαραίτητως να εκτελούνται εξετάσεις συμβατότητας. Μετάγγιση αίματος χωρίς έλεγχο της συμβατότητας δεν επιτρέπεται. Σε εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις, με ευθύνη του θεράποντος ιατρού και σε συνεργασία με την Αιμοδοσία, μπορεί να αποφασιστεί η έναρξη της μετάγγισης πριν από την ολοκλήρωση της συμβατότητας.

Η μέθοδος ελέγχου συμβατότητας πρέπει να εξασφαλίζει την ανίχνευση αντισωμάτων στο ορό του δέκτη έναντι των ερυθρών του προς μετάγγιση αίματος. Της συμβατότητας προηγείται πάντοτε έλεγχος της ομάδας αίματος (ABO, Rhesus-D) του δέκτη και του δότη.

Οι μέθοδοι συμβατότητας περιλαμβάνουν διαδικασίες ελέγχου συμβατότητας ABO και παρουσίας πλήρων ή ατελών αντισωμάτων στον ορό του δέκτη.

Οι εξετάσεις συμβατότητας εκτελούνται από την Υπηρεσία Αιμοδοσίας που χορηγεί το αίμα ή από εξουσιοδοτημένο εργαστήριο του Νοσηλευτικού Ιδρύματος το οποίο νοσηλεύει τον ασθενή.

Για το σκοπό αυτό αποστέλλεται δείγμα αίματος του ασθενούς χωρίς την προσθήκη αντιπηκτικής ουσίας, σημασμένο με τα απαραίτητα στοιχεία του. Το δείγμα συνοδεύεται υποχρεωτικά από ειδικό ενιαίο έντυπο στο οποίο θα αναφέρονται, εκτός από τα πλήρη στοιχεία του ασθενούς, η διάγνωση και ειδικές πληροφορίες, όπως ιστορικό προηγούμενων μεταγγίσεων, αντιδράσεων, κήσεων κλπ.

Η δοκιμασία συμβατότητας εκτελείται από νοσηλεύτριες-νοσηλευτές ή τεχνολόγους με ειδική εκπαίδευση στην Αιμοδοσία και υπογράφεται από τον εκτελέσαντα. Η ευθύνη για τη συνολική διαδικασία της συμβατότητας ανήκει στον αρμόδιο γιατρό.

Πρέπει να αποφεύγονται μεταγγίσεις αίματος ομάδος 0 σε δέκτες άλλης ομάδας. Σε περίπτωση ανάγκης χορηγούνται ερυθρά αιμοσφαίρια ομάδας 0.

Άρθρο 6.

Οι όροι της λήψης, κατεργασίας, συντήρησης και διάθεσης του αίματος και των παραγώγων του.

1. Η αιμοληψία πρέπει να εκτελείται σε κατάλληλο χώρο, του οποίου η διαρρύθμιση και ο εξοπλισμός εξασφαλίζουν άνεση και συνθήκες απαλλαγμένες από τον κίνδυνο μόλυνσης του αιμοδότη.
2. Το υλικό που χρησιμοποιείται για την αιμοληψία είναι απαλλαγμένο πυρετογόνων ή τοξικών ουσιών και αποστειρωμένο. Η θέση φλεβοκέντησης προετοιμάζεται έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ασηψία του δέρματος και η στεριότητα του συλλεγόμενου αίματος.
3. Η συλλογή αίματος γίνεται σε πλαστικούς ασκούς χωρητικότητας 450 ml που περιέχουν αντιπηκτικό διάλυμα, των οποίων οι προδιαγραφές είναι σύμφωνες με τα διεθνώς ισχύοντα για την αιμοδοσία.
4. Ο ασκός συλλογής πρέπει να περιέχει αντιπηκτικό διάλυμα ανάλογο της ποσότητας του συλλεγόμενου αίματος π.χ. ο ασκός των 450 ml περιέχει 63 ml αντιπηκτικού διαλύματος. Σε περίπτωση λήψης ποσότητας αίματος κάτω των

350 ml η μονάδα δεν χρησιμοποιείται για Παρασκευή παραγώγων αίματος. Όταν η ποσότητα είναι κάτω από 300 ml η μονάδα αίματος απορρίπτεται, εκτός ειδικών περιπτώσεων ανάγκης που κατά την κρίση του υπεύθυνου της Αιμοδοσίας χρησιμοποιούνται μόνο συμπυκνωμένα τα ερυθρά αιμοσφαίρια.

5. Το όριο συντήρησης (χρήσης), πέραν του οποίου δεν επιτρέπεται η χορήγηση του αίματος, εξαρτάται από το αντιπηκτικό-συντηρητικό που έχει χρησιμοποιηθεί. Το όριο συντήρησης (χρήσης) των ευαίσθητων παραγώγων του αίματος (μορφές ερυθρών αιμοσφαιρίων, αιμοπεταλίων, πλάσματος) καθορίζονται κατά περίπτωση ανάλογα με τον τρόπο παρασκευής τους.
6. Για τις εργαστηριακές δοκιμασίες πρέπει: α) να πληρούται ο ενσωματωμένος στον ασκό σωλήνας με αίμα του ασκού και να τμηματοποιείται έτσι ώστε η αποκοπή τμήματος να είναι εύκολη και να διασφαλίζεται η στειρότητα του ασκού και β) να συλλέγεται δείγμα σε σωληνάρια με ή χωρίς αντισηπτικό.
7. Στον κύριο και τους συνοδούς ασκούς, καθώς και στα δείγματα για τις εργαστηριακές εξετάσεις, επικολλάται κατά την αιμοληψία ετικέτα με το χαρακτηριστικό αριθμό αναγνώρισης και παρακολούθησης της μονάδας.
8. Προκειμένου να διαχωριστεί μία μονάδα αίματος σε παράγωγα και να διαφυλαχθεί η στειρότητα, η αιμοληψία γίνεται σε κλειστό σύστημα πολλαπλών ασκών καταλλήλων για συντήρηση παραγώγων.
9. Φυγόκεντρος. Ο διαχωρισμός του αίματος σε παράγωγα γίνεται σε φυγόκεντρο ρυθμιζόμενης θερμοκρασίας και στροφών σε συνθήκες που αποκλείουν μόλυνση του αίματος.
10. Συντήρηση. Τα ψυγεία για συντήρηση αίματος και παραγώγων πρέπει να εξασφαλίζουν σταθερή και ελεγχόμενη θερμοκρασία και συνθήκες που αποκλείουν μόλυνση του αίματος.
11. Η θερμοκρασία συντήρησης του αίματος και των ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι $+2^{\circ}$ - $+6^{\circ}$ C, του πλάσματος κάτω από -20° C, ενώ τα αιμοπετάλια συντηρούνται σε θερμοκρασία $+20^{\circ}$ - $+24^{\circ}$ C υπό συνεχή ανακίνηση.

12. Η μεταφορά ολικού αίματος και συμπυκνωμένων ερυθρών γίνεται κάτω από συνθήκες που να εξασφαλίζουν θερμοκρασία +1° - +10° C.

Το πλάσμα και τα αιμοπετάλια μεταφέρονται σε θερμοκρασία αντίστοιχη της συντήρησής τους.

ΦΕΚ 109 Β/19.2.92

Αριθ. Α8/οικ.422/92

Υποχρεωτικός έλεγχος του αίματος για ηπατίτιδα C

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 10 του Ν. 1820/88 «Αιμοδοσία» (ΦΕΚ 261/88 τ. Α').
2. Το Π. Δ/γμα 359/91 «Διορισμός μελών της Κυβέρνησης και Υφυπουργών» (ΦΕΚ 127/91 τ. Α').
3. Την αριθ. Α8/2058/90/17.1.91 Υπουργική απόφαση «Καθορισμός των προϋποθέσεων λήψης, κατεργασίας, συντήρησης και διάθεσης του αίματος και των παραγώγων του» (ΦΕΚ 35/91 τ. Β').
4. Το αριθ. 8655/1.11.91 εισηγητικό έγγραφο της Δ/σης Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινων. Ασφαλίσεων.
5. Τα από 20.8.91, 27.9.91 και 2.12.91 πρακτικά της Επιτροπής Ηπατίτιδας, που συγκροτήθηκε με την αριθ. 6268/7.2.91 Υπουργική απόφαση.
6. Την εισήγηση της Επιτροπής Αιμοδοσίας (αριθ. συνεδριάσεων 18/17.9.91 και 21/8.11.91) και
7. Την αριθ. 21/91ης Ολομ./6.2.92 απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), αποφασίζουμε:

Συμπληρώνοντας την αριθ. Α8/2058/90/17.1.91 απόφασή μας, προσθέτουμε σ' αυτή τα εξής:

- α. Στην παρ. 6 του άρθρου 1 της απόφασης, το οποίο αναφέρεται στην κλινική και εργαστηριακή εξέταση του αιμοδότη, μετά τις λέξεις «αντιγόνο ηπατίτιδας Β», προσθέτονται οι λέξεις «αντίσωμα ηπατίτιδας C» και
- β. Στο κεφάλαιο «Δοκιμασίες για την πρόσληψη μεταδομένων με το αίμα νοσημάτων» του άρθρου 4 της ίδιας απόφασης, που αναφέρεται στον εργαστηριακό έλεγχο του αίματος και των παραγώγων του, προστίθεται και ο έλεγχος για αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C. Ο έλεγχος και η επιβεβαίωση, επί θετικού αποτελέσματος, γίνεται με τα εκάστοτε κυκλοφορούντα, μεγάλης ευαισθησίας και ειδικότητας αντιδραστήρια.

Τον Νόμο 1820 (ΦΕΚ 261/17-11-88) που αφορά την οργάνωση της αιμοδοσίας έρχεται να αντικαταστήσει ο Νόμος 3402/05, ο οποίος αναφέρεται στην αναδιοργάνωση του συστήματος αιμοδοσίας.

ΦΕΚ Α' 258

Ν. 3402/05

Αναδιοργάνωση του Συστήματος Αιμοδοσίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α '

Άρθρο 1

Βασικές αρχές

1. Η οργάνωση της αιμοδοσίας στην Ελλάδα βασίζεται στο θεσμό της εθελοντικής, μη αμειβόμενης προσφοράς αίματος.
2. Το προσφερόμενο αίμα διατίθεται δωρεάν.
3. Κάθε συναλλαγή, με οικονομικό όφελος, που αφορά το αίμα, απαγορεύεται.
4. Η διαχείριση και η επεξεργασία του αίματος και των παραγώγων του διενεργείται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

5. Θεσπίζονται πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας για το ανθρώπινο αίμα και τα συστατικά του, προκειμένου να εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας.

6. Το πεδίο εφαρμογής του νόμου αυτού αφορά στη συλλογή και στον έλεγχο του ανθρώπινου αίματος και των συστατικών αίματος, όποια και αν είναι η προτιθέμενη χρήση τους, καθώς και στην επεξεργασία, την αποθήκευση και τη διανομή τους, όταν αυτά προορίζονται για μετάγγιση.

7. Η αποκλειστική αρμοδιότητα και ευθύνη για την οργάνωση της αιμοδοσίας και την ενημέρωση του πληθυσμού, με βάση τις διεθνώς παραδεδεγμένες αρχές, για τη συλλογή, εργαστηριακό έλεγχο, συντήρηση, διάθεση και διαχείριση του αίματος, καθώς και για την παρασκευή, διάθεση και διαχείριση των παραγώγων του, ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ασκείται μέσω του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας και των Μονάδων Αιμοδοσίας των άρθρων 9 και 10 του νόμου αυτού.

[Αρχή Τροποποίησης]

8. Τα κέντρα αίματος του άρθρου 10 αποτελούν οργανικές μονάδες των οικείων νοσοκομείων – ΠΡΟΣΘ. ΠΑΡ. 8 ΣΤΟ ΑΡΘΡΟ 1 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 1 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΤΟΥ Ν. 3527/07, ΦΕΚ-25 Α' [Τέλος Τροποποίησης]

Άρθρο 2

Σύσταση Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας

1. Συνιστάται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας» (Ε.ΚΕ.Α.) , το οποίο έχει έδρα την Αθήνα και υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

2. Το Ε.ΚΕ.Α. έχει στρογγυλή σφραγίδα στην οποία αναγράφεται σε επάλληλους κύκλους «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ» και στη μέση έχει το εθνόσημο.

Άρθρο 3

Εποπτεία – Έλεγχος

Η εποπτεία του Ε.Κ.Ε.Α. ασκείται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ως προς τη διαχείριση, τον έλεγχο, τη διοίκηση εσόδων, εξόδων, κεφαλαίων και το λογιστικό, εφαρμόζονται οι κείμενες για τα Ν. Π. Δ. Δ. διατάξεις.

[Αρχή Τροποποίησης]

Το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας υποβάλλει τον προϋπολογισμό του και τον απολογισμό του για έγκριση στους Υπουργούς Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Οικονομίας και Οικονομικών. Οι δαπάνες του Ε.ΚΕ.Α. υπόκεινται σε προληπτικό έλεγχο δαπανών από το Ελεγκτικό Συνέδριο. Τον έλεγχο ασκεί ο αρμόδιος για την Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Επίτροπος – ΠΡΟΣΘ. ΕΔΑΦΙΟΥ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 3 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 1 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ ΕΒΔΟΜΟΥ ΤΟΥ Ν. 3527/07, ΦΕΚ-25 Α' [Τέλος Τροποποίησης]

Άρθρο 4

Σκοπός

1. Σκοπός του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας είναι η ανάπτυξη και προαγωγή του Εθνικού Συστήματος Αιμοδοσίας, η οποία επιτελείται μέσω του κεντρικού σχεδιασμού, συντονισμού, ελέγχου και εποπτείας των επί μέρους υπηρεσιών του. Στην αποστολή του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας περιλαμβάνεται ο συντονισμός της εξεύρεσης και συλλογής αίματος από μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες, ο έλεγχος της αποθεματοποίησης και κατεργασίας του, η φροντίδα για την παρασκευή παραγώγων πλάσματος και υλικού αιμοδοσίας, ο έλεγχος της διακίνησης του αίματος και των παραγώγων του, η επιστημονική έρευνα, η πειραματική ανάπτυξη μεθόδων αιμοδοσίας και η εκπαίδευση επιστημονικού, τεχνικού και βοηθητικού προσωπικού.

2. Ειδικότερα, το Ε. ΚΕ. Α. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Καταρτίζει κανονισμό αιμοδοσίας, ο οποίος περιλαμβάνει τη διαδικασία υλοποίησης του έργου της αιμοδοσίας. Επίσης, καταρτίζει τον ετήσιο οικονομικό

προϋπολογισμό για την επίτευξη των στόχων της αιμοδοσίας της Χώρας και τον υποβάλλει στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

2. Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχετικά με τον ορισμό, την εξουσιοδότηση, τη διαπίστευση και την αδειοδότηση των Κέντρων Αίματος και των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Αιμοδοσίας, ορίζοντας σαφώς τα επί μέρους καθήκοντα και ευθύνες τους.

3. Συντονίζει και εποπτεύει τις επί μέρους υπηρεσίες για την ανάπτυξη και την ασφαλή και αποδοτική λειτουργία και προαγωγή του Εθνικού Συστήματος Αιμοδοσίας.

4. Διεξάγει τακτικές επιθεωρήσεις και λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα ελέγχου των Ειδικών Υπηρεσιακών Μονάδων Αιμοδοσίας και των εγκαταστάσεων τρίτων, στις οποίες ο κάτοχος της σχετικής εξουσιοδότησης έχει αναθέσει τη διεξαγωγή διαδικασιών αξιολόγησης και ελέγχου, ώστε να εξασφαλίζεται ποιότητα και ασφάλεια στη συλλογή, τον έλεγχο, την επεξεργασία, την αποθήκευση και τη διανομή του ανθρωπίνου αίματος και των συστατικών του. Το διάστημα μεταξύ δύο επιθεωρήσεων δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο έτη. Οι επιθεωρήσεις και τα μέτρα ελέγχου διενεργούνται από υπαλλήλους εξουσιοδοτημένους από το Ε.ΚΕ.Α. .

5. Διεξάγει έκτακτες επιθεωρήσεις και άλλα μέτρα ελέγχου, αν του κοινοποιείται σοβαρό ανεπιθύμητο συμβάν ή αντίδραση ή υποψία τους.

6. Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχετικά με την αναστολή λειτουργίας ή την ανάκληση της εξουσιοδότησης, της διαπίστευσης ή της άδειας των Κέντρων Αίματος και των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Αιμοδοσίας.

7. Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχετικά με την επιβολή διοικητικών κυρώσεων στα Κέντρα Αίματος, τις Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Αιμοδοσίας και το Κέντρο Παρασκευής Παραγώγων Πλάσματος.

8. Θεσπίζει και εφαρμόζει σύστημα επαγρύπνησης σχετικά με το αίμα, καταγράφοντας όλα τα σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα, τα οποία αφορούν τη συλλογή, τον έλεγχο, την επεξεργασία, την αποθήκευση και τη διανομή του αίματος και των παραγώγων του, ως και τις πιθανές σοβαρές ανεπιθύμητες αντιδράσεις, οι

οποίες παρατηρούνται κατά ή μετά τη μετάγγιση και μπορούν να αποδοθούν στην ποιότητα και την ασφάλεια του αίματος και των παραγώγων του.

9. Είναι υπεύθυνο για την απόσυρση του αίματος και των παραγώγων του, των αντιδραστηρίων και των συσκευών που ευθύνονται για ανεπιθύμητα συμβάντα, μετά από σχετική ενημέρωση και συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ. ΕΛ. Π. ΝΟ.) .

10. Είναι υπεύθυνο για τη διακίνηση του αίματος, του πλάσματος και των παραγώγων του, βάσει εθνικού συστήματος μηχανοργάνωσης.

11. Είναι υπεύθυνο για την ύπαρξη, διατήρηση και ανανέωση των αποθεμάτων αίματος, πλάσματος, παραγώγων, υλικού αιμοδοσίας και αντιδραστηρίων.

12. Εξασφαλίζει κατάλληλο και ενιαίο σύστημα ανίχνευσης κάθε μονάδας αίματος και παραγώγων, από τη λήψη της μέχρι τη μετάγγισή της.

13. Θεσπίζει και παρακολουθεί την εφαρμογή συστήματος ποιότητας.

14. Θεσπίζει και παρακολουθεί τη διατήρηση συστήματος εσωτερικού και εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου.

15. Εξασφαλίζει, σε συνεργασία με την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, μηχανισμούς προστασίας των προσωπικών δεδομένων των αιμοδοτών.

16. Καθορίζει τις εξετάσεις που πρέπει να διενεργούνται πριν από κάθε αιμοληψία στους δότες αίματος και παραγώγων, στο αίμα και στα παράγωγά του, καθώς και στους υποψήφιους λήπτες. Μεριμνά για την έγκαιρη εφαρμογή νέων εξετάσεων, σύμφωνα με τις διεθνείς επιστημονικές εξελίξεις.

17. Ορίζει τις εθνικές προδιαγραφές συλλογής, αποθήκευσης και μεταφοράς του πλάσματος από πλήρες αίμα ή από πλασμαφαίρεση δοτών στα Κέντρα Αιμοδοσίας. Επίσης, ορίζει τις προδιαγραφές για τον περαιτέρω έλεγχο, την επεξεργασία, την κλασματοποίηση και την παραγωγή των παραγώγων πλάσματος, σύμφωνα με τις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις.

18. Συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς της ημεδαπής ή αλλοδαπής για την επίτευξη των στόχων του.

19. Πραγματοποιεί έρευνες, σχεδιάζει και εκτελεί ερευνητικά προγράμματα του επιστημονικού του τομέα είτε αυτοτελώς είτε σε συνεργασία με συγγενείς φορείς στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

20. Εκπονεί προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού της Αιμοδοσίας και προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης, με στόχο την προσέλκυση και διατήρηση εθελοντών αιμοδοτών, τα οποία υποβάλλει στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

21. Διατηρεί αρχείο εθελοντών αιμοδοτών όλης της Χώρας.

22. Εκδίδει και προσαρμόζει τις τεχνικές απαιτήσεις για την επεξεργασία και τον έλεγχο του αίματος, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τις ειδικές, εθνικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες, ανάγκες.

23. Διασφαλίζει ότι τα Κέντρα Αίματος και οι Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Αιμοδοσίας τηρούν τα απαραίτητα έγγραφα σχετικά με τις λειτουργικές διαδικασίες, τις κατευθυντήριες γραμμές, τα εγχειρίδια κατάρτισης και αναφοράς, καθώς και τα έντυπα εκθέσεων. Το περιεχόμενο των ανωτέρω εγγράφων καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 5

Όργανα διοίκησης

Όργανα διοίκησης του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας είναι το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.), ο Πρόεδρος του Δ. Σ. και ο Διευθυντής.

Άρθρο 6

Διοικητικό Συμβούλιο

1. Το Δ.Σ. του Ε.ΚΕ.Α. είναι το ανώτατο όργανο διοίκησης αυτού και αποτελείται από τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο και επτά μέλη. Καθήκοντα εισηγητή στις συνεδριάσεις του Δ. Σ. ασκεί ο Διευθυντής του Κέντρου.

[Αρχή Τροποποίησης]

2. Η συγκρότηση του Δ.Σ. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με την ίδια απόφαση ορίζεται ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος αυτού. Η θητεία του Δ.Σ. είναι τριετής. Αν κενωθεί θέση μέλους του Δ.Σ., γίνεται διορισμός νέου μέλους για το υπόλοιπο της θητείας, με την ίδια διαδικασία. Τα μέλη του Δ.Σ. μπορούν να διορισθούν εκ νέου στο Δ.Σ. μετά τη λήξη της θητείας τους. Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης – ΑΝΤΙΚ. ΤΗΣ ΠΑΡ. 2 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 6 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 2 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΤΟΥ Ν. 3527/07, ΦΕΚ-25 Α' [Τέλος Τροποποίησης]

3. Το Δ. Σ. του Ε. ΚΕ. Α. αποτελείται από έξι πρόσωπα της οικονομικής και επιστημονικής ζωής του τόπου, με εμπειρία σε θέματα αιμοδοσίας ή δημόσιας διοίκησης, τα οποία ορίζονται, μαζί με τους αναπληρωτές τους, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έναν εκπρόσωπο της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Εθελοντών Αιμοδοτών (Π. Ο. Σ. Ε. Α.), ο οποίος ορίζεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από το Διοικητικό Συμβούλιο της Π. Ο. Σ. Ε. Α. , έναν εκπρόσωπο της Ελληνικής Ομοσπονδίας Θαλασσαιμίας, ο οποίος ορίζεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από την Ελληνική Ομοσπονδία Θαλασσαιμίας και έναν εκπρόσωπο του Συλλόγου Εργαζομένων στο Ε.ΚΕ.Α., ο οποίος εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από το σύνολο των εργαζομένων στο Ε.ΚΕ.Α. .

4. Τα μέλη του Δ. Σ. αντικαθίστανται ή ανακαλούνται με την ίδια διαδικασία που διορίζονται. Η αναπλήρωση ενός μέλους του Δ. Σ. δεν μπορεί να διαρκέσει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται η αμοιβή του Προέδρου, του Αντιπροέδρου

και του Διευθυντή, καθώς και το ύψος της αποζημίωσης των λοιπών μελών του Δ.Σ. για κάθε συνεδρίαση στην οποία μετέχουν.

Άρθρο 7

Αρμοδιότητες του Δ. Σ.

Το Δ. Σ. του Ε. ΚΕ. Α. διαχειρίζεται τις υποθέσεις του Κέντρου και της εν γένει περιουσίας αυτού και ασκεί κάθε εξουσία, που απορρέει από το νόμο αυτόν και τους σκοπούς του.

Ειδικότερα, το Δ. Σ. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Χαράσσει τη γενική πολιτική επιστημονικής δραστηριότητας του Ε.ΚΕ.Α. .
2. Συντάσσει και αναπροσαρμόζει τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Ε.ΚΕ.Α. , καθώς και κάθε άλλο κανονισμό απαραίτητο για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του Ε. ΚΕ.

Α. Οι ανωτέρω κανονισμοί εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
3. Εγκρίνει την ανάληψη εκτέλεσης από το Ε.ΚΕ.Α. ερευνητικών προγραμμάτων, την οργάνωση διεθνών συναντήσεων, συνδιασκέψεων και συνεδρίων.
4. Καταρτίζει, εγκρίνει και υποβάλλει στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τον προϋπολογισμό και απολογισμό του Ε.ΚΕ.Α. .
5. Αποφασίζει για τη διενέργεια των πάσης φύσης προμηθειών, καθώς και για τον τρόπο διαχείρισης των πάσης φύσης εσόδων και εξόδων του Ε.ΚΕ.Α. .
6. Προσλαμβάνει και απολύει το προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου.
7. Συντονίζει και εποπτεύει τη λειτουργία του Κέντρου Παραγώγων Πλάσματος, των Κέντρων Αίματος και των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Αιμοδοσίας.
8. Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τη σύναψη συμβάσεων με φορείς της

ημεδαπής και αλλοδαπής, με σκοπό την υποβοήθηση της λειτουργίας του Κέντρου Παραγωγών Πλάσματος και μεριμνά για κάθε άλλο θέμα αρμοδιότητάς του.

Άρθρο 8

Πόροι

Το Ε.ΚΕ.Α. έχει τους ακόλουθους πόρους:

α) Επιχορηγήσεις του Δημοσίου, κονδύλια του Κρατικού Προϋπολογισμού και του Προϋπολογισμού Δημοσίων Επενδύσεων και Προγράμματα που χρηματοδοτούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή άλλους Διεθνείς Οργανισμούς.

β) Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοσίες, εισφορές ή επιχορηγήσεις φυσικών ή νομικών προσώπων.

γ) Έσοδα από την πραγματοποίηση συνεδρίων, ανακοινώσεων και δημοσιεύσεων.

δ) Έσοδα από τη χορήγηση των παραγόμενων παραγώνων πλάσματος και αμοιβές του προσωπικού για τις προσφερόμενες υπηρεσίες σύμφωνα τις αρχές της ελληνικής και διεθνούς αγοράς για τα φαρμακευτικά προϊόντα πλάσματος.

ε) Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη λειτουργία του και δεν κατονομάζεται ειδικά.

Άρθρο 9

Εθνικό Κέντρο Παρασκευής Παραγώνων Αίματος « ΗΛΙΑΣ ΠΟΛΙΤΗΣ »

1. Το Εθνικό Κέντρο Παρασκευής Παραγώνων Αίματος « ΗΛΙΑΣ ΠΟΛΙΤΗΣ » , που ιδρύθηκε με το π. δ. 391/ 1973 (ΦΕΚ 286 Α ') και λειτουργεί ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων » (πρώην «Δάμων Βασιλείου») , αποτελεί υπηρεσία του Ε.ΚΕ.Α.. Οι οργανικές θέσεις του προσωπικού που υπηρετεί στο Εθνικό Κέντρο Παρασκευής Παραγώνων Αίματος « ΗΛΙΑΣ ΠΟΛΙΤΗΣ » μεταφέρονται αυτοδικαίως στο Ε.ΚΕ.Α.. Οι θέσεις ιατρών του Ε. Σ. Υ. που έχουν συσταθεί στο Εθνικό Κέντρο

Παρασκευής Παραγώγων Αίματος « ΗΛΙΑΣ ΠΟΛΙΤΗΣ » μεταφέρονται στο Ε.ΚΕ.Α.

[Αρχή Τροποποίησης]

2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από εισήγηση του Δ. Σ. του Ε.ΚΕ.Α. , ρυθμίζεται η οργάνωση του Εθνικού Κέντρου Παρασκευής Παραγώγων Αίματος και η διάρθρωση των υπηρεσιών του, συνιστώνται και διαρθρώνονται κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα οι θέσεις του προσωπικού και ορίζονται τα προσόντα διορισμού και τα καθήκοντα των υπαλλήλων, καθώς και τα όργανα διοίκησης – ΔΙΑΓΡΑΦΕΤΑΙ Η ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΑΡΑΓΡΑΦΟΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 9 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 2 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ ΕΒΔΟΜΟΥ ΤΟΥ Ν. 3527/07, ΦΕΚ-25 Α' [Τέλος Τροποποίησης]

3. Στο Κέντρο ανήκουν οι ακόλουθες αρμοδιότητες: α) Η παρασκευή παραγώγων αίματος και πλάσματος και ο συντονισμός της διακίνησής τους.

β) Η κάλυψη των αναγκών της χώρας σε θεραπευτικά προϊόντα πλάσματος και η εξασφάλιση επαρκών αποθεμάτων.

γ) Η διεξαγωγή προγραμματισμένης έρευνας και πειραματικής ανάπτυξης μεθόδων και διαδικασιών σε θέματα σχετικά με την παρασκευή παραγώγων πλάσματος.

δ) Η παρασκευή υλικού αιμοδοσίας, παρεντερικών διαλυμάτων και αντιδραστηρίων.

Άρθρο 10

Κέντρα Αίματος και Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Αιμοδοσίας.

Α. Κέντρα Αίματος

1. Τα Κέντρα Αίματος είναι υπηρεσίες αιμοδοσίας που συνιστώνται, εξουσιοδοτούνται, διαπιστεύονται και λαμβάνουν άδεια λειτουργίας με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από εισήγηση του Ε. ΚΕ. Α. . Με όμοια απόφαση καθορίζονται οι πληροφορίες που πρέπει να παρέχουν τα Κέντρα Αίματος στο Ε. ΚΕ. Α. για την εξουσιοδότηση, τη διαπίστευση ή τη χορήγηση άδειας

λειτουργίας, το περιεχόμενο της έκθεσης δραστηριοτήτων του προηγούμενου έτους και οι βασικές απαιτήσεις ελέγχου για τις αιμοδοσίες πλήρους αίματος και πλάσματος, καθώς και οι απαιτήσεις επισημάνσης που θα πρέπει να αναγράφονται στην ετικέτα του συστατικού. Τα ως άνω Κέντρα εποπτεύονται και ελέγχονται από το Ε. ΚΕ. Α. , σε ό, τι αφορά τη διαδικασία αιμοδοσίας και εν γένει διαχείρισης του αίματος.

2. Οι υποχρεώσεις και δραστηριότητες των Κέντρων Αίματος είναι σαφώς καθορισμένες και δεν επιδέχονται καμία μεταβολή χωρίς προηγούμενη γραπτή έγκριση του Ε. ΚΕ. Α. .

3. Τα Κέντρα Αίματος έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α) Διενεργούν αιμοληψίες σε πληθυσμιακές ομάδες σύμφωνα με τους διεθνείς κανόνες και τις οδηγίες του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας.

β) Διαχωρίζουν το ολικό αίμα στα επί μέρους στοιχεία του και επεξεργάζονται τα λοιπά στοιχεία και παράγωγα.

γ) Ελέγχουν το αίμα για ερυθροκυτταρικά, λευκοκυτταρικά, αιμοπεταλιακά αντιγόνα και αντισώματα των ομάδων αίματος και για μεταδιδόμενα με το αίμα νοσήματα, σύμφωνα με τις διεθνώς παραδεδεγμένες τεχνικές και τις οδηγίες του Ε. ΚΕ. Α. .

δ) Διατηρούν αρχείο αιμοδοτών και φροντίζουν για την έκδοση κάρτας εθελοντή αιμοδότη.

ε) Πραγματοποιούν, σε συνεργασία με την αντίστοιχη υπηρεσία του Ε. ΚΕ. Α. , προγράμματα προσέλευσης και διατήρησης αιμοδοτών ολικού αίματος και επί μέρους στοιχείων του αίματος (συμπυκνωμένα ερυθρά, λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια, πλάσμα, περιφερειακά στελεχιαία κύτταρα) .

στ) Αναλαμβάνουν τη συσκευασία, διακίνηση και ασφαλή μεταφορά του αίματος και των παραγώγων του σε όλη την περιοχή ευθύνης τους, καθώς και τη μεταξύ των κέντρων αλληλο κάλυψη, εφόσον αυτή κρίνεται αναγκαία, σε συνεργασία με το Ε. ΚΕ. Α. .

ζ) Ορίζουν υπεύθυνο ο οποίος μεριμνά ώστε η συλλογή και ο έλεγχος των μονάδων ή συστατικών αίματος, όποια κι αν είναι η σκοπούμενη χρήση τους, καθώς και η επεξεργασία, η αποθήκευση και η διανομή τους, όταν προορίζονται για μετάγγιση, να διεξάγονται σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

η) Κοινοποιούν στο Ε. ΚΕ. Α. το όνομα του υπεύθυνου και των άλλων ατόμων που τα στελεχώνουν, μαζί με πληροφορίες για τα καθήκοντα του καθενός.

θ) Σε περίπτωση μόνιμης ή προσωρινής αντικατάστασης του υπεύθυνου ή των άλλων ατόμων που τα στελεχώνουν, ανακοινώνει αμέσως στο Ε. ΚΕ. Α. το όνομα

του νέου υπεύθυνου και την ημερομηνία έναρξης των καθηκόντων του.

ι) Θεσπίζουν και διατηρούν σύστημα ποιότητας, το οποίο βασίζεται στις αρχές της ορθής πρακτικής, βάσει των κοινοτικών προτύπων και προδιαγραφών.

ια) Τηρούν έγγραφα σχετικά με τις λειτουργικές διαδικασίες, τις κατευθυντήριες γραμμές, τα εγχειρίδια κατάρτισης και αναφοράς, καθώς και τα έντυπα εκθέσεων.

ιβ) Τηρούν τα προβλεπόμενα αρχεία. ιγ) Εφαρμόζουν σύστημα αναγνώρισης κάθε αιμοδοσίας και κάθε μονάδας αίματος και συστατικών αίματος.

ιδ) Διαθέτουν διαδικασίες αξιολόγησης για όλους τους δότες αίματος και συστατικών αίματος.

ιε) Διαθέτουν διαδικασία που επιτρέπει την ακριβή, αποτελεσματική και επαληθεύσιμη απόσυρση από τη διανομή του αίματος ή των συστατικών του, όποτε χρειαστεί.

κ) Εξασφαλίζουν ότι οι συνθήκες αποθήκευσης, μεταφοράς και διανομής του αίματος και των συστατικών του πληρούν τις απαιτούμενες προϋποθέσεις.

κα) Εξασφαλίζουν ότι οι απαιτήσεις ποιότητας και ασφάλειας για το αίμα και τα συστατικά αίματος πληρούν τα πρότυπα.

κβ) Κοινοποιούν στο Ε. ΚΕ. Α. και στο ΚΕ. ΕΛ. Π. ΝΟ. , μέσω του συστήματος επαγρύπνησης σχετικά με το αίμα, τα ανεπιθύμητα συμβάντα. Με απόφαση του

Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι όροι και η διαδικασία κοινοποίησης.

κγ) Πραγματοποιούν, σε συνεργασία με το Ε. ΚΕ. Α. , εκπαιδευτικά προγράμματα για το προσωπικό τους και συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα και έρευνες.

Β. Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Αιμοδοσίας Οι Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Αιμοδοσίας (Ν. Υ. Α.) είναι νοσοκομειακές μονάδες που συνεργάζονται με το Κέντρο Αίματος, με το οποίο είναι διασυνδεδεμένες, εποπτεύονται και ελέγχονται από το Ε. ΚΕ. Α. , σε ό, τι αφορά τη διαδικασία αιμοδοσίας και εν γένει διαχείρισης του αίματος και έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Σε συνεργασία με την αντίστοιχη υπηρεσία του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας πραγματοποιούν προγράμματα προσέλευσης και διατήρησης αιμοδοτών ολικού αίματος και επί μέρους στοιχείων του αίματος (συμπυκνωμένα ερυθρά, λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια, πλάσμα, περιφερειακά στελεχιαία κύτταρα) .
2. Ενημερώνουν, μετά από συνεννόηση με το υπεύθυνο Κέντρο, τον αιμοδότη, σε περίπτωση διαπίστωσης μεταδιδόμενου με το αίμα νοσήματος.
3. Είναι υπεύθυνες για την ενημέρωση του Κέντρου Αίματος, εφόσον ειδοποιηθούν από αιμοδότη για τυχόν επιπλοκές μετά την αιμοδοσία.
4. Παρακολουθούν τις ανάγκες σε αίμα και παράγωγα του Νοσοκομείου τους και των άλλων υπηρεσιών υγείας, για τις οποίες είναι υπεύθυνες, και φροντίζουν για την εξασφάλισή τους από το Κέντρο Αίματος, με το οποίο είναι συνδεδεμένες.
5. Συντηρούν το αίμα και τα παράγωγά του στις κατάλληλες συνθήκες και μεριμνούν για την έγκαιρη διακίνησή τους προς τα Κέντρα Αίματος, εφόσον αυτά δεν χρησιμοποιηθούν.
6. Πραγματοποιούν αιμοληψίες σύμφωνα με τους διεθνείς κανόνες και τις οδηγίες του Ε. ΚΕ. Α. τόσο στο χώρο του νοσοκομείου όσο και στην περιφέρεια, με κινητές μονάδες αιμοληψιών.

7. Παρέχουν τις προβλεπόμενες πληροφορίες στους υποψήφιους δότες αίματος και αξιολογούν την επιλεξιμότητά τους.
8. Φροντίζουν για την ασφαλή αποστολή των αιμοληψιών στο Κέντρο Αίματος.
9. Διαθέτουν διαδικασίες αξιολόγησης για τους δότες αίματος και συστατικών του, σύμφωνα με τους διεθνείς κανόνες και τις οδηγίες του Ε. ΚΕ. Α. .
10. Πραγματοποιούν τις διαδικασίες συμβατότητας και τις αναγκαίες ανοσοαιματολογικές εξετάσεις, προκειμένου να εξασφαλισθεί η ασφαλής και σωστή μετάγγιση του αίματος και των παραγώγων αυτού στον ασθενή, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του Ε. ΚΕ. Α. .
11. Διατηρούν αρχεία διακίνησης και πραγματοποιούν διερεύνηση ασυμβατότητας.
12. Θεσπίζουν και διατηρούν ένα σύστημα ποιότητας το οποίο βασίζεται στις αρχές της ορθής πρακτικής.
13. Τηρούν έγγραφα σχετικά με τις λειτουργικές διαδικασίες, τις κατευθυντήριες γραμμές, τα εγχειρίδια κατάρτισης και αναφοράς, καθώς και τα έντυπα εκθέσεων.
14. Λαμβάνουν μέτρα για την προστασία της ασφάλειας των δεδομένων και τον εντοπισμό μη εγκεκριμένων προσθηκών, διαγραφών ή τροποποιήσεων των δεδομένων που περιέχονται στους φακέλους των δοτών ή στα αρχεία αποκλεισμού.
15. Λαμβάνουν μέτρα για την αποτροπή μη εγκεκριμένης μεταβίβασης πληροφοριών.
16. Εξασφαλίζουν διαδικασίες για την επίλυση περιπτώσεων ανακολουθίας δεδομένων.
17. Εξασφαλίζουν ότι δεν γίνεται μη εγκεκριμένη αποκάλυψη πληροφοριών, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα την ανιχνευσιμότητα των αιμοδοσιών.
18. Εφαρμόζουν σύστημα αναγνώρισης κάθε αιμοδοσίας και κάθε μονάδας αίματος και συστατικών, το οποίο επιτρέπει τον εντοπισμό του δότη, καθώς και της μετάγγισης και του σχετικού αποδέκτη.

19. Διαθέτουν διαδικασία που επιτρέπει την αποτελεσματική και επαληθεύσιμη απόσυρση από τη διανομή του αίματος ή των συστατικών του που συνδέονται με σοβαρά και ανεπιθύμητα συμβάντα και αντιδράσεις.

20. Παρακολουθούν και καταγράφουν κάθε παρενέργεια που παρατηρείται στη διαδικασία από την επιλογή του αιμοδότη μέχρι και τη μετάγγιση του αίματος και των παραγώγων του.

21. Εξασφαλίζουν ότι οι συνθήκες αποθήκευσης, μεταφοράς και διανομής του αίματος και των συστατικών αίματος τηρούν τις προβλεπόμενες απαιτήσεις.

22. Πραγματοποιούν εσωτερικό ποιοτικό έλεγχο και συμμετέχουν σε προγράμματα εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου για θέματα ανοσοαιματολογίας, σε συνεργασία με το Ε. ΚΕ. Α. .

23. Παρέχουν, σε συνεργασία με τις Νοσοκομειακές Επιτροπές Μεταγγίσεων, συμβουλές προς τους θεράποντες ιατρούς για τη σωστή χρήση του αίματος και των παραγώγων του.

24. Διατηρούν αρχείο μεταγγισιοθεραπείας των ασθενών.

25. Έχουν αυξημένες αρμοδιότητες σε κλινικοεργαστηριακούς τομείς και κυρίως στη διερεύνηση και αντιμετώπιση διαταραχών: α. αιμοποίησης, β. αιμόστασης, γ. συγγενών ή επίκτητων νοσημάτων εξαρτώμενων από μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων.

Άρθρο 11

Προσωπικό – Οργάνωση Ε. . ΚΕ. Α.

1. Στο Ε. ΚΕ. Α. συνιστώνται είκοσι οργανικές θέσεις προσωπικού. Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από εισήγηση του Δ. Σ. του Ε. ΚΕ. Α. , ρυθμίζεται η οργάνωση του Ε. ΚΕ. Α. και η διάρθρωση των υπηρεσιών του, διαρθρώνονται κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα οι ως άνω θέσεις προσωπικού, ορίζονται τα

προσόντα διορισμού και τα καθήκοντα των υπαλλήλων κατά κλάδο και ειδικότητα, καθώς και οι αρμοδιότητες του Προέδρου, του Αντιπροέδρου και του Διευθυντή.

[Αρχή Τροποποίησης]

Το προσωπικό που μετατάσσεται ή αποσπάται στο Ε.Κ.Ε.Α. λαμβάνει το προβλεπόμενο στην παράγραφο 5 του άρθρου 8 του ν. 3205/2003 επίδομα, με τους ίδιους όρους και προϋποθέσεις που αυτό καταβάλλεται στο προσωπικό των Νοσοκομείων – ΠΡΟΣΘ. ΕΔΑΦΙΟΥ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡ. 1 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 11 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 3 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ ΕΒΔΟΜΟΥ ΤΟΥ Ν. 3527/07, ΦΕΚ-25 Α' [Τέλος Τροποποίησης]

2. Οι γιατροί του Ε. ΚΕ. Α. είναι γιατροί του Ε. Σ. Υ. .

3. Το λοιπό, πλην του ιατρικού, προσωπικό προσλαμβάνεται με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, σύμφωνα με τα κριτήρια που ορίζονται στο άρθρο 18 του ν. 2 190/1994 (ΦΕΚ 28 Α) .

4. Απαγορεύεται η απόσπαση προσωπικού ή άλλων στελεχών του Ε.ΚΕ.Α. σε οποιαδήποτε υπηρεσία του δημόσιου τομέα. Επιτρέπεται για δύο έτη από την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού η απόσπαση ή μετάταξη υπαλλήλων του δημόσιου τομέα στο Ε.ΚΕ.Α. . Η απόσπαση ή μετάταξη γίνεται μετά από αίτηση του υπαλλήλου, με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, κατά παρέκκλιση από τις κείμενες διατάξεις. Οι αποσπασμένοι ή μετατασσόμενοι διατηρούν το ασφαλιστικό τους καθεστώς. Οι αποσπασμένοι εξακολουθούν να αμείβονται από την οργανική τους θέση.

Άρθρο 12

Συντήρηση αίματος σε ιδιωτικές κλινικές

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση του Ε. ΚΕ. Α. , μπορεί να επιτραπεί σε ιδιωτικές κλινικές, που έχουν συστηματικές ανάγκες μεταγίσεων, ανεξάρτητα από τον αριθμό των κλινών τους, να

συντηρούν και να χορηγούν αίμα για την αντιμετώπιση των αναγκών τους και να εκτελούν τις απαραίτητες εξετάσεις για τη μετάγγιση.

2. Με την ίδια απόφαση ορίζεται η υπηρεσία αιμοδοσίας, που ελέγχει και εποπτεύει την κλινική και καθορίζονται ο απαραίτητος εξοπλισμός για την αποστολή αυτή, τα βιβλία που τηρούνται και το προσωπικό που απαιτείται για τη διενέργεια στο χώρο της κλινικής των απαραίτητων εξετάσεων για τον καθορισμό της ομάδας, του παράγοντος RHESUS και της συμβατότητάς του προς μετάγγιση αίματος, καθώς και ο τρόπος και η διάρκεια εκπαίδευσης του προσωπικού τους.

3. Για κάθε επιστημονικό ζήτημα ή έρευνα συμβάντος ή ανοσοποίησης, η κλινική προσφεύγει στην υπηρεσία αιμοδοσίας στην οποία υπάγεται.

4. Η παράβαση των διατάξεων των προηγούμενων παραγράφων συνεπάγεται προσωρινή ή οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας της κλινικής, η οποία γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 13

Ποινικές Κυρώσεις

Όποιος προβαίνει σε συναλλαγή με οικονομικό όφελος, που αφορά το αίμα, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο ετών και με χρηματική ποινή μέχρι τριακόσιες χιλιάδες ευρώ, εκτός εάν προβλέπεται βαρύτερη ποινή από άλλη διάταξη.

Άρθρο 14

Επιτροπή Αιμοδοσίας

Συνιστάται Συμβουλευτική Επιτροπή Αιμοδοσίας, η οποία επικουρεί το Ε.ΚΕ.Α. σε θέματα αιμοδοσίας και μεταγγισιοθεραπείας, που προαπαιτούν ευρύτερη επιστημονική συναίνεση.

Η Συμβουλευτική Επιτροπή Αιμοδοσίας είναι πενταμελής. Τα μέλη της, μαζί με τους αναπληρωτές τους, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ως μέλη της Επιτροπής Αιμοδοσίας ορίζονται πρόσωπα με ανάλογη

επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία, καταξιωμένα στο χώρο της αιμοδοσίας και μεταγγισιοθεραπείας.

Η Επιτροπή γνωμοδοτεί : α) Σχετικά με τα αναγκαία μέτρα για τον εκσυγχρονισμό των μεθόδων και των τεχνικών που εφαρμόζονται στις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας.

β) Για όλα τα θέματα που έχουν σχέση με την αιμοδοσία και τα επιστημονικά και τεχνικά προβλήματα που αφορούν την παραγωγή και χορήγηση θεραπευτικών προϊόντων ανθρώπινης προέλευσης με βάση τα δεδομένα και τους κανόνες που ισχύουν διεθνώς.

γ) Για προβλήματα που προκύπτουν κατά ή μετά τη μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του.

3.2. Νομικό Πλαίσιο και Βιοηθική

Τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν οι ιατροί στην καθημερινή ιατρική πρακτική έχουν συχνά μία νομική και μία ηθική διάσταση. Συχνά οι αποφάσεις των δικαστηρίων επί τέτοιων σύνθετων περιπτώσεων δημιουργούν προηγούμενα τα οποία μπορούν να επικαλεσθούν οι ιατροί σε μελλοντικές ανάλογες περιπτώσεις (οι περιπτώσεις αυτές αναφέρονται ως «case law»).

Στο πλαίσιο της σύγχρονης ηθικής ανάλυσης όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται ότι το είδος των προβλημάτων για τα οποία ο νόμος που διέπει τα ιατρικά ζητήματα καλείται να δώσει λύσεις – από τον έλεγχο της αναπαραγωγής και της γονιμότητας μέχρι το κατά πόσον τα άτομα έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν επικουρία του ιατρού για να τερματίσουν τη ζωή τους – έχουν εκτός από νομικές και σημαντικές φιλοσοφικές, ηθικές, κοινωνιολογικές, θρησκευτικές και πολιτικές διαστάσεις.

Η σχέση μεταξύ ηθικής και νόμου είναι αμοιβαία: «Ο νόμος προσδιορίζει το πλαίσιο εντός του οποίου θα κινηθούν οι ηθικές επιλογές, όμως η ηθική προσδιορίζει τα όρια εντός των οποίων οι πολίτες πειθαρχούν και σέβονται το νόμο, ως έκφραση των αξιών και των επιδιώξεων της κοινωνίας στην οποία ο νόμος εφαρμόζεται».

Η ηθική και ο νόμος είναι, κατά ένα μεγάλο μέρος, αδιαχώριστες έννοιες: «Είναι μάταιο να επιχειρήσει κανείς να αποσυνδέσει το ηθικό στοιχείο από μία νομική αντιδικία κάθε φορά που μιλάμε για νομικούς κανόνες ενεργοποιούμε ένα διάλογο ο οποίος αναπόδραστα συμπεριλαμβάνει και αναφορές σε ηθικούς κανόνες».

Οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν τις επιταγές του νόμου. Θα πρέπει να προσθέσουμε, ότι σε συζητήσεις ιατρικών θεμάτων συμμετέχουν συχνά και ιατροί οι οποίοι καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήματα του είδους «τι ορίζει ο νόμος» ή «τι θα έπρεπε να προβλέπει ο νόμος». Όχι σπάνια, οι ιατροί λαμβάνουν μέρος σε πρωτοβουλίες που κατατείνουν στην τροποποίηση υφιστάμενων νόμων.⁸

Υπάρχει, λοιπόν, ένα νομοθετικό πλαίσιο μέσα στο οποίο καθορίζονται, όχι μόνο τα δικαιώματα των ασθενών και οι υποχρεώσεις των ιατρών, αλλά και τα όρια της μεταξύ τους σχέσης, το οποίο βοηθάει στην αντιμετώπιση των διαφόρων ηθικών διλημάτων που παρουσιάζονται καθημερινά.

Ως πρώτος χάρτης δικαιωμάτων του ασθενή στην ιστορία της πολιτισμένης ανθρωπότητας μπορεί να θεωρηθεί ο όρκος του Ιπποκράτη (460-370 πΧ). Ο όρκος προορίζεται αποκλειστικά για τους νέους ιατρούς, περιέχει ωστόσο σημεία στα οποία προσδιορίζονται, έμμεσα, δικαιώματα του ασθενή και γενικότερα του ατόμου. Από την εποχή του Ιπποκράτη ως τα μέσα του 20ου αιώνα μ.Χ δεν πραγματοποιήθηκε κάποια πρόοδος ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

Αντίθετα, τα δικαιώματα του ασθενούς ατόμου συμερίστηκαν τις περιπέτειες των υπόλοιπων ανθρώπινων δικαιωμάτων, κατά τις χιλιετίες της βαρβαρότητας που ακολούθησαν το τέλος του αρχαίου ελληνικού κόσμου. Φυσικά πάντοτε υπήρχαν εξαιρέσεις του κανόνα, αυτές όμως είχαν ως αφετηριακή πηγή την φιλανθρωπία και τον ουμανισμό και σε καμιά περίπτωση δεν επρόκειτο για διακριτά, και πολύ περισσότερο θεσμοθετημένα, δικαιώματα.

Η κατάσταση αυτή εξακολούθησε μέχρι το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Τότε πλέον, ορισμένες κυβερνήσεις, υπό την πίεση κινημάτων πολιτών, άρχισαν να δίνουν ιδιαίτερο βάρος στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Οι πολιτικές και κοινωνικές διεργασίες είχαν ως πρώτο αποτέλεσμα, στα 1973, την

⁸ Μπονίκος Σπ. Διονύσιος : «Εισαγωγή στην Ιατρική Ηθική», Σεπτέμβριος 2005.

ψήφιση από την Αμερικανική Νοσοκομειακή Ένωση, των ΗΠΑ, του «Κώδικα Δικαιωμάτων του Ασθενούς». Από τις Ευρωπαϊκές χώρες πρωτοπόρησε η Γαλλία, το 1974, με τον «Χάρτη Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών». Την ίδια χρονιά (1974) η Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ψήφισε τον «Ευρωπαϊκό Χάρτη για τα Δικαιώματα των Ασθενών». Η Ελλάδα είναι τυπικά η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που διατύπωσε σε νόμο (ν. 2071/92, άρθρο 47) τα «Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς», με επόμενη χώρα την Ιρλανδία.

ΤΑ δικαιώματα των ασθενών συνοψίζονται στο άρθρο 47 του Νόμου 2071/1992 (ΦΕΚ Α' 123) ως εξής :

Άρθρο 47

Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς :

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή Θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.
4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό, τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

5. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνθητών ή πειραματικών διαγνωστικών και Θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.
6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.
7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.
8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Εδώ, ο νομοθέτης δίνει έμφαση στην πλήρη και ακριβή ενημέρωση του ασθενούς και ερμηνεύει την πραγματική σημασία. Ταυτόχρονα όμως αναφέρει ότι « ο ασθενής δικαιούται να πληροφορηθεί...», χωρίς δηλαδή να προβλέπει υποχρεωτική ενημέρωση. Ο νομοθέτης δεν προβλέπει το υποχρεωτικό της πληροφόρησης και έτσι εναπόκειται στη βούληση και τη νόηση κάθε ασθενούς ή στην ευαισθησία των ιατρών για την ουσιαστική ενημέρωση του ασθενούς.⁹

Αν εξετάσουμε τα δικαιώματα των ασθενών κατ' άρθρο, θα παρατηρήσουμε ότι σε κάθε παράγραφο υπάρχει ασάφεια και ο Νόμος 2071 αφήνει περιθώρια για αμφισβητήσεις και διαφωνίες. Είναι αυτονόητη, επομένως, η βελτίωση του νομικού

⁹ Κ. Ακινούσογλου, Ε. Αποστολάκης, Δ. Δουγένης, « Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει », Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007.

πλαίσιου και η θωράκισή του, ώστε να μην οδηγεί τους εμπλεκόμενους σε αντιπαλότητα αλλά σε συνεργασία για την εύρεση της καλύτερης δυνατής θεραπείας.

Για να μπορέσει η πολιτεία να διασφαλίσει τα δικαιώματα των ασθενών καθιερώθηκαν, με το Νόμο 2519 του 1997, τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών. Σύμφωνα με το Νόμο αυτό, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας:

- Η **Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών** η οποία υπάγεται απ' ευθείας στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου.
- Η **Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών**.

Και τα δύο όργανα έχουν την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης και ανάπτυξης του θεσμού. Δύο χρόνια μετά, με το **Νόμο 2716/99**, δημιουργήθηκαν και λειτουργούν σε κάθε Νοσοκομείο:

- Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη.
- Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων του Πολίτη.

Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών που λειτουργεί σε επίπεδο Τμήματος έχει ως αρμοδιότητες τον καθορισμό όρων οργάνωσης και λειτουργίας Υπηρεσίας Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών στα νοσοκομεία, την παρακολούθηση και τον έλεγχο της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, την εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς και τη διερεύνηση και συγκέντρωση σχετικών στοιχείων, την υποβολή εισηγήσεων προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου για την εξέταση των ως άνω καταγγελιών, το συντονισμό για το χειρισμό από τις αρμόδιες κατά περίπτωση Υπηρεσίες κάθε θέματος, που αφορά στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για θέματα προστασίας των ασθενών των εργαζομένων σε μονάδες παροχής φροντίδας υγείας, αλλά και των πολιτών γενικά, με τη συνεργασία συναρμοδίων υπηρεσιών και φορέων ή και αυτοτελώς, κ.α..¹⁰

¹⁰ www.BeStrong.org.gr, 18/02/2009

Επίσης, με τον Νόμο 3293/2004 θεσπίστηκε ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων του σχετικά με τα δικαιώματα της υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης εισηγείται προς το αρμόδιο Υπουργείο μέτρα για την αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων του πολίτη. Ενσωματώθηκε στην ανεξάρτητη Αρχή του Συνηγόρου του Πολίτη που ήδη **παρέχει δωρεάν** τις υπηρεσίες του σε όλους τους πολίτες - χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύη είναι αρμόδιος για να:

- ✓ **Εξετάζει τη νομιμότητα ατομικών** διοικητικών πράξεων ή παραλείψεων φορέων του συστήματος Υγείας κατόπιν υποβολής αναφοράς από τους θιγόμενους πολίτες, Έλληνες ή αλλοδαπούς. Παρεμβαίνει, εφόσον προηγουμένως οι ενδιαφερόμενοι έχουν ήδη απευθυνθεί στην εμπλεκόμενη υπηρεσία υγείας.
- ✓ **Διαμεσολαβεί** σε υποθέσεις που αφορούν το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, την Τοπική και Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς και τα Ταμεία, τα Νοσοκομεία, τα Ψυχιατρεία, τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά και Αγροτικά Ιατρεία, το Ε.Κ.Α.Β. κλπ.
- ✓ **Αντιμετωπίζει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων** που αντιμετωπίζει ο χρήστης υπηρεσιών υγείας, όπως:
 1. **Παροχή ακατάλληλης περίθαλψης**, δηλαδή περίθαλψης που δεν συνάδει με τους κανόνες της επιστήμης και τους Κώδικες Δεοντολογίας των Επαγγελματιών Υγείας και θίγει την αξιοπρέπεια του ασθενή.
 2. **Άνιση μεταχείριση και διακρίσεις** σε βάρος του λόγω εθνικότητας, φυλής, οικονομικής κατάστασης ή είδους ασθένειας. Για παράδειγμα, ο Συνήγορος εξετάζει περιπτώσεις διακρίσεων σε βάρος αλλοδαπών, σε βάρος ασθενών που πάσχουν από το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) κλπ.
 3. **Δυσχέρεια στην πρόσβαση του ασθενή σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας.** Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εξετάζει αναφορές που σχετίζονται με την οργάνωση μονάδων υγείας, την ασφαλή και έγκαιρη μεταφορά των ασθενών σε αυτές και την επάρκειά τους σε κτιριακή υποδομή, υλικούς πόρους και ανθρώπινο δυναμικό. Για παράδειγμα, ο Συνήγορος

εξετάζει αναφορές που έχουν ως αντικείμενο την απουσία εφημερεύοντος ιατρού, την καθυστέρηση του ΕΚΑΒ να μεταφέρει ασθενή κλπ.

4. **Παράλειψη ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας, τη θεραπεία και το κόστος αυτής.** Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δέχεται αναφορές πολιτών που δεν ενημερώθηκαν κατάλληλα για τη διάγνωση της ασθένειάς τους, τα στάδια θεραπείας και το κόστος αυτής ή υποβλήθηκαν εν αγνοία τους σε ιατρικές πράξεις με υψηλό κίνδυνο επιπλοκών για την υγεία τους.
5. **Διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς την προηγούμενη συγκατάθεση.** Ο πολίτης μπορεί να προσφύγει στον Συνήγορο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης όταν δεν γίνεται σεβαστό το δικαίωμα του να δεχθεί ή να αρνηθεί την προτεινόμενη θεραπεία.
6. **Μη τήρηση του ιατρικού απορρήτου** που αφορά τις εμπιστευτικές πληροφορίες που ο ίδιος ο ασθενής παρέχει ή εκείνες που αποκαλύπτονται κατά τη διάρκεια της περίθαλψης και κατά την άσκηση των ιατρικών πράξεων.
7. **Άρνηση της πρόσβασης σε έγγραφα του ιατρικού φακέλου.** Στην αρμοδιότητα του Συνηγόρου της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εμπίπτει ο έλεγχος της τήρησης ιατρικού φακέλου από τα νοσηλευτικά ιδρύματα, της πληρότητας αυτού, της εξασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών έναντι τρίτων καθώς και της πρόσβασης του ασθενούς ή των εξουσιοδοτημένων από αυτόν προσώπων στον φάκελο. Ο Συνήγορος έχει ήδη εξετάσει πλήθος σχετικών αναφορών. Συχνά ασθενείς ή νομίμως εξουσιοδοτούμενα τρίτα πρόσωπα ζητούν τη χορήγηση στοιχείων του ιατρικού φακέλου τους και προσκρούουν στις απορριπτικές απαντήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα οποία εσφαλμένως επικαλούνται λόγους ιατρικού απορρήτου.
8. **Εσφαλμένη εφαρμογή του νόμου σε περιπτώσεις νοσοκομειακής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην αλλοδαπή και μη νόμιμη άρνηση των ασφαλιστικών οργανισμών να αποδώσουν την σχετική δαπάνη.**
9. **Μη νόμιμη χρέωση ασθενών σε περιπτώσεις έκτακτης εισαγωγής σε θεραπευτήρια.**
10. **Προβλήματα στη χορήγηση παροχών ασθένειας** από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως απόδοση δαπανών, ενημέρωση ασφαλισμένων για τις

προβλεπόμενες διαδικασίες, προθεσμίες, δικαιολογητικά κλπ. Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει εξετάσει αναφορές που έχουν ως αντικείμενο αποφάσεις των ασφαλιστικών οργανισμών και στηρίζονται σε αναιτιολόγητες γνωματεύσεις των υγειονομικών επιτροπών. Άλλο παράδειγμα αποτελούν οι αναφορές με αντικείμενο την αδικαιολόγητη και βλαπτική για την υγεία καθυστέρηση στην έκδοση και κοινοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων.

11. **Προβλήματα των επαγγελματιών υγείας τόσο του Ε.Σ.Υ.** όσο και των ασφαλιστικών οργανισμών, στην πρόσβαση και άσκηση του επαγγέλματός τους.
12. **Θέματα δημόσιας υγείας, δηλαδή οργάνωσης των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών** και ανάπτυξης κοινωνικών μηχανισμών που διασφαλίζουν την πρόληψη νοσημάτων, την προστασία, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εξετάζει π.χ. θέματα διαχείρισης των νοσοκομειακών αποβλήτων.

Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δεν είναι αρμόδιος:

- ✓ Εάν έχουν περάσει περισσότεροι από 6 μήνες από τότε που ο πολίτης πληροφορήθηκε την επίμαχη παράνομη πράξη ή παράλειψη.
- ✓ Για πράξεις των δικαστικών αρχών, του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, των ανεξάρτητων αρχών, των θρησκευτικών νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου.
- ✓ Για πράξεις Υπουργών και Υφυπουργών, ως προς τη διαχείριση της πολιτικής λειτουργίας.
- ✓ Για υποθέσεις που εκκρεμούν ενώπιον δικαστηρίων.
- ✓ Για υποθέσεις που αναφέρονται στην υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας, εκτός εάν πρόκειται για προσλήψεις ή κρίσεις ιατρών κλάδου του Ε.Σ.Υ., καθώς και για προσλήψεις ιατρών σε ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία.

- ✓ Επίσης, ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δεν παρέχει νομική συμβουλευτική ή εκπροσώπηση, ούτε χορηγεί αποζημιώσεις σε περιπτώσεις ιατρικών λαθών.¹¹

Επίσης, ήδη από το 1955 έχουμε το Βασιλικό Διάταγμα, στο οποίο περιλαμβάνονται σημαντικές διατάξεις για τη βιοηθική και αντικαταστάθηκε από τον Νόμο 3418/2005, ο οποίος περιλαμβάνει τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και είναι ο εξής :

ΝΟΜΟΣ 3418 Φ.Ε.Κ. Α'287/28-11-2005

ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Άρθρο 1

Έννοιες, ορισμοί και πεδίο εφαρμογής του παρόντος

1. Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου.
2. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης.
3. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή.
4. Κατά τον παρόντα Κώδικα:

¹¹ www.Bestrong.org.gr

- α) στην έννοια "ασθενής" περιλαμβάνεται κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας,
- β) στην έννοια "οικείος" περιλαμβάνονται οι συγγενείς εξ αίματος και εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή οι επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση.
5. Οι διατάξεις του παρόντος εφαρμόζονται κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και ανεξάρτητα από τον τρόπο ή τη μορφή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ατομικά, ομαδικά ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας, ως ελεύθερο επάγγελμα ή όχι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Άρθρο 2

Η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα

1. Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της 28 Νοεμβρίου 2005 σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.
2. Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, **να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα.** Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητάς του.

3. Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας.
4. **Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού.** Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχο ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.
5. Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.
6. Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μία ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου.

Άρθρο 3

Ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού

1. Κάθε ιατρός απολαύει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησής του, παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
2. Ο ιατρός ενεργεί με βάση:

- α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση,
- β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και
- γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.
3. Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας. Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση.
4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο σύμφωνα με το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο που διέπει τη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.

Άρθρο 4

Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας

1. Ο ιατρός πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων. Οφείλει, επίσης, να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις.
2. Ο ιατρός πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του και το λοιπό προσωπικό και να προβαίνει σε κάθε ενέργεια, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλισθεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη των πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας.

3. Ο ιατρός οφείλει, χωρίς να περιορίζεται η ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του, και χωρίς να παραβλέπει το όφελος του συγκεκριμένου ασθενή, να συνταγογραφεί και να προχωρεί μόνο στις ιατρικές πράξεις οι οποίες είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή της θεραπείας που παρέχεται.
4. Ο ιατρός πρέπει, τόσο ατομικά όσο και μέσω των ιατρικών εταιρειών και συλλόγων, να συμβάλλει στη δημιουργία και εφαρμογή μηχανισμών που στοχεύουν στην ενθάρρυνση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Άρθρο 5

Ιατρικά πιστοποιητικά και ιατρικές γνωματεύσεις

1. Τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές γνωματεύσεις, καθώς και οι ιατρικές συνταγές που εκδίδονται κατά τους νόμιμους τύπους, έχουν το ίδιο κύρος και την ίδια νομική ισχύ ως προς τις νόμιμες χρήσεις και ενώπιον όλων των αρχών και υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το αν εκδίδονται από ιατρούς που υπηρετούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. ή ιδιώτες ιατρούς. Σε κάθε περίπτωση, τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά και οι εκδιδόμενες γνωματεύσεις αφορούν αποκλειστικά στο γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας κάθε ιατρού. Τυχόν ειδικότερες ρυθμίσεις εξακολουθούν να ισχύουν.
2. Ο ιατρός οφείλει, όταν συντάσσει πάσης φύσεως ιατρικά πιστοποιητικά ή γνωματεύσεις, να αναφέρει το σκοπό για τον οποίο προορίζονται, καθώς και το όνομα του λήπτη του πιστοποιητικού.
3. Τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές γνωματεύσεις εκδίδονται μετά από προηγούμενη γραπτή ή προφορική αίτηση του προσώπου στο οποίο αφορούν ή, κατ' εξαίρεση, τρίτου προσώπου που έχει έννομο συμφέρον και το αποδεικνύει, καθώς και όταν αυτό ρητά προβλέπεται στο νόμο. Ειδικά τα ιατρικά πιστοποιητικά που αφορούν στην παρούσα κατάσταση του ασθενούς προϋποθέτουν την προηγούμενη εξέταση του ασθενούς. Η έκδοση αναληθών ιατρικών πιστοποιητικών συνιστά πειθαρχικό και ποινικό αδίκημα σύμφωνα με

τις κείμενες διατάξεις. Ιδιώτες ιατροί που εκδίδουν ιατρικά πιστοποιητικά ή μετέχουν σε επιτροπές που τα εκδίδουν, θεωρούνται υπάλληλοι κατά την έννοια που έχει ο όρος στον Ποινικό Κώδικα.

4. Τα πάσης φύσεως ιατρικά πιστοποιητικά ή ιατρικές γνωματεύσεις παραδίδονται σε αυτόν που παραδεκτά το ζήτησε ή σε τρίτο πρόσωπο, που έχει εξουσιοδοτηθεί ειδικά από τον αιτούντα.

Άρθρο 6

Κωλύματα - ασυμβίβαστα

1. Ο ιατρός μπορεί να ασκεί άλλο επάγγελμα ή επαγγελματική δραστηριότητα εφόσον δεν παρεμποδίζεται η ευσυνείδητη άσκηση της ιατρικής και δεν θίγεται η αξιοπρέπειά του ως ιατρού.
2. Με την άσκηση της ιατρικής εξομοιώνεται και η κατοχή οποιασδήποτε έμμισθης ή τιμητικής θέσης, για την οποία απαιτείται ως τυπικό προσόν το πτυχίο της Ιατρικής Σχολής.
3. Δεν επιτρέπεται σε ιατρούς οι οποίοι έχουν δίπλωμα φαρμακοποιού ή οδοντιάτρου ή άλλου υγειονομικού επαγγέλματος να διατηρούν φαρμακεία, οδοντιατρεία ή άλλα παρεμφερή καταστήματα σε λειτουργία, εκτός εάν παύσουν την άσκηση της ιατρικής και τη χρησιμοποίηση του τίτλου του ιατρού.
4. Απαγορεύεται στον ιατρό να εξυπηρετεί, να εξαρτάται ή να συμμετέχει σε επιχειρήσεις που παρασκευάζουν ή εμπορεύονται φάρμακα ή υγειονομικό υλικό ή να διαφημίζει και να προβάλλει αυτά, με οποιονδήποτε τρόπο. Οι περιορισμοί αυτοί δεν αποκλείουν τη δυνατότητα σύναψης διαφανών και συγκεκριμένων σχέσεων εργασίας με επιχειρήσεις που παρασκευάζουν φάρμακα ή υγειονομικό υλικό στους ιατρούς που εκ του νόμου έχουν τη δυνατότητα αυτή.

Άρθρο 7

Τόπος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος

1. Ο ιατρός ασκεί τα καθήκοντά του στην περιφέρεια του ιατρικού συλλόγου στον οποίο έχει εγγραφεί και στη διεύθυνση που έχει δηλώσει. Απαγορεύεται στον ιατρό να διατηρεί περισσότερα του ενός ιατρεία ή εργαστήρια είτε ατομικά είτε σε συνεργασία με άλλον συνάδελφό του ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας.
2. Επιτρέπεται η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών στην περιφέρεια άλλου ιατρικού συλλόγου, όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος της ζωής ή της υγείας ασθενή ή όταν ο ιατρός καλείται να συμμετάσχει σε ιατρικό συμβούλιο, μετά από πρόσκληση του θεράποντος ιατρού ή του ίδιου του ασθενή ή, σε περίπτωση αδυναμίας αυτού, των οικείων του, σύμφωνα με τη διαδικασία που αναφέρεται στο άρθρο 22.
3. Απαγορεύεται η πλανοδιακή άσκηση της ιατρικής. Επιτρέπονται οι τακτικές επισκέψεις για την παροχή ιατρικής συνδρομής μετά από άδεια του διοικητικού συμβουλίου του κατά τόπο αρμόδιου ιατρικού συλλόγου.
4. Επιτρέπεται η παροχή ιατρικής φροντίδας ή η συγκέντρωση επιστημονικών στοιχείων, καθώς και η υλοποίηση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής ή άλλων προγραμμάτων κοινωνικού ή φιλανθρωπικού χαρακτήρα από ιατρικούς ή άλλους φορείς του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα, μετά από έγγραφη έγκριση του οικείου τοπικού ιατρικού συλλόγου, στην οποία ορίζεται ο χώρος, ο χρόνος και ο τρόπος παροχής αυτών των υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ

Άρθρο 8

Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού

1. Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που προσήκει και αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργήματός του.
2. **Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη - ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του,**

τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους.

3. Ο ιατρός δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, παρά μόνο στο μέτρο, στο βαθμό και στην έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί.
4. **Ο ιατρός, κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Οι απόψεις του ιατρού σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται.**
5. Ο ιατρός δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη του ασθενή, να χρησιμοποιεί τη θέση του για τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους, να ασκεί οικονομικές ή άλλες πιέσεις, να αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες και να συστήνει θεραπείες ή να παραπέμπει τους ασθενείς σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το συμφέρον τους.
6. Όταν ο ιατρός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενή του σε άλλο συνάδελφό του, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά και μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες.
7. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του.

Άρθρο 9

Υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή

- 1. Ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή**

2. Ο ιατρός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν συντρέχει ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του.
3. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.
4. Ο ιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου. Στην περίπτωση αυτή, οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για την αναπλήρωσή του.
5. Ο ιατρός οφείλει, σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξής του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του, έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση.

Άρθρο 10

Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διεπιστημονικότητα και επαγγελματική συνεργασία

1. Η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του
2. Η υποχρέωση αυτή περιλαμβάνει όχι μόνον τις ιατρικές γνώσεις, αλλά και τις κλινικές δεξιότητες, καθώς και τις ικανότητες συνεργασίας σε ομάδα, οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Η συνεργασία στο πλαίσιο κάθε διεπιστημονικής ή μη ομάδας πρέπει να γίνεται εποικοδομητικά. Αν

ο ιατρός ηγείται της ομάδας, προσπαθεί να εξασφαλίσει από όλα τα μέλη την ανάγκη παροχής αξιοπρεπούς και αποτελεσματικής φροντίδας, καθώς και εκδήλωσης σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή.

3. Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευέται τους συναδέλφους του.

Άρθρο 11

Υποχρέωση ενημέρωσης

1. **Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.**
2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.
3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.
4. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.

Άρθρο 12

Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή

1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.
2. Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες:
 - α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο.
 - β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση.
 - αα) Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου.
 - ββ) Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής.
 - γ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.

δ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση:

α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας,

β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή

γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.

Άρθρο 13

Ιατρικό απορρήτο

1. Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του.

2. Για την αυστηρή και αποτελεσματική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ο ιατρός οφείλει:

α) να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, στους συνεργάτες ή στα άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιοδήποτε τρόπο κατά την άσκηση του λειτουργήματός του και

β) να λαμβάνει κάθε μέτρο διαφύλαξης του απορρήτου και για το χρόνο μετά τη με οποιοδήποτε τρόπο παύση ή λήξη άσκησης του λειτουργήματός του.

3. Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν:

- α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του.
- β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά.
- γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.
4. Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.
5. Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολέων τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της.
6. Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενή.

Άρθρο 14

Τήρηση ιατρικού αρχείου

1. Ο ιατρός υποχρεούται να τηρεί ιατρικό αρχείο, σε ηλεκτρονική ή μη μορφή, το οποίο περιέχει δεδομένα που συνδέονται αρρήκτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του. Για την τήρηση του αρχείου αυτού και την

επεξεργασία των δεδομένων του εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50 Α΄).

2. Τα ιατρικά αρχεία πρέπει να περιέχουν το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τη διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, όπως, ενδεικτικά και ανάλογα με την ειδικότητα, τα ενοχλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, την πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.
3. Οι κλινικές και τα νοσοκομεία τηρούν στα ιατρικά τους αρχεία και τα αποτελέσματα όλων των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων.
4. Η υποχρέωση διατήρησης των ιατρικών αρχείων ισχύει:
 - α) στα ιδιωτικά ιατρεία και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ιδιωτικού τομέα, για μία δεκαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή και
 - β) σε κάθε άλλη περίπτωση, για μία εικοσαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή.
5. Ο ιατρός λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, έτσι ώστε στην περίπτωση επιστημονικών δημοσιεύσεων να μην γνωστοποιείται με οποιονδήποτε τρόπο η ταυτότητα του ασθενή στον οποίο αφορούν τα δεδομένα. Εάν, λόγω της φύσης της δημοσίευσης, είναι αναγκαία η αποκάλυψη της ταυτότητας του ασθενή ή στοιχείων που υποδεικνύουν ή μπορούν να οδηγήσουν στην εξακρίβωση της ταυτότητάς του, απαιτείται η ειδική έγγραφη συναίνεσή του.
6. Ο ιατρός τηρεί τα επαγγελματικά του βιβλία με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων.
7. Στα ιατρικά αρχεία δεν πρέπει να αναγράφονται κρίσεις ή σχολιασμοί για τους ασθενείς, παρά μόνον εάν αφορούν στην ασθένειά τους.

8. Ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, καθώς και λήψης αντιγράφων του φακέλου του. Το δικαίωμα αυτό, μετά το θάνατό του, ασκούν οι κληρονόμοι του, εφόσον είναι συγγενείς μέχρι τετάρτου βαθμού.
9. Δεν επιτρέπεται σε τρίτο η πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία ασθενή. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η πρόσβαση:
- α) στις δικαστικές και εισαγγελικές αρχές κατά την άσκηση των καθηκόντων τους αυτεπάγγελτα ή μετά από αίτηση τρίτου που επικαλείται έννομο συμφέρον και σύμφωνα με τις νόμιμες διαδικασίες,
- β) σε άλλα όργανα της Ελληνικής Πολιτείας, που με βάση τις καταστατικές τους διατάξεις έχουν τέτοιο δικαίωμα και αρμοδιότητα.
10. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις, στα εθνικά ή διεθνή αρχεία στα οποία έχουν εισέλθει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που τον αφορούν.

Άρθρο 15

Σύγκρουση καθηκόντων

Ο ιατρός που βρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδησή του στο πλαίσιο των αρχών του άρθρου 2.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Άρθρο 16

Ο ιατρός και η κοινωνία

1. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει τον κοινωνικό χαρακτήρα του λειτουργήματός του και έχει την υποχρέωση, με βάση τις γνώσεις του, τις δεξιότητες και την πείρα

που έχει αποκτήσει, να επιστά την προσοχή της κοινότητας, στην οποία ανήκει, σε θέματα που έχουν σχέση με τη δημόσια υγεία και τη βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών.

2. Ο ιατρός συμμετέχει σε επαγγελματικές ή και επιστημονικές οργανώσεις που έχουν ως σκοπό την προστασία των συλλογικών συμφερόντων της ιατρικής κοινότητας, καθώς και τη μελέτη, επεξεργασία, πρόταση και εφαρμογή συλλογικών μέτρων, που συμβάλλουν στη βελτίωση της δημόσιας υγείας.
3. Ο ιατρός έχει δικαίωμα στο σεβασμό της προσωπικότητάς του και της ιδιωτικής του ζωής από τον Τύπο και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, κατά την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος.
4. Ο ιατρός απέχει από οποιαδήποτε ενέργεια η οποία μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό ή στη διακριτική μεταχείριση ασθενών ή ατόμων που είναι φορείς νόσων, οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν κοινωνικό στίγμα. Αντίθετα, μεριμνά για το σεβασμό της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, παρέχοντας παράλληλα την καλύτερη δυνατή επιστημονική αντιμετώπισή τους.
5. Ο ιατρός δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην παροχή φροντίδας σε άτομα τα οποία ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, όπως γυναίκες που ζουν σε ελλειμματικές συνθήκες ασφάλειας, παιδιά προβληματικών οικογενειών, νεαρά άτομα που διαβιώνουν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου, άτομα με χρόνια νοσήματα ή άτομα της τρίτης ηλικίας.
6. Ο ιατρός παρέχει σε άτομα που ζουν σε φυλακές και στα παιδιά τους, που ζουν σε ιδρύματα, εξίσου καλή φροντίδα με εκείνη που παρέχεται στους υπόλοιπους πολίτες.
7. Στην περίπτωση παροχής φροντίδας σε λιγότερο προνομιούχες ομάδες ατόμων, όπως οι μετανάστες και οι πρόσφυγες, ο ιατρός λαμβάνει υπόψη ιδιαίτερος την πολιτισμική διάσταση της υγείας.

Άρθρο 17

Διαφήμιση - Παρουσία ιατρών στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

1. Απαγορεύεται οποιαδήποτε προσωπική διαφήμιση ή συστηματική δημόσια παρουσία ή αναφορά του ονόματος του ιατρού, άμεσα ή έμμεσα, η οποία είτε προέρχεται από αυτόν είτε διενεργείται με δική του υποκίνηση.
2. Απαγορεύεται η ανάρτηση σε δημόσιο χώρο διαφημιστικών πινακίδων ή επιγραφών, η διανομή φυλλαδίων, αγγελιών, δημοσιευμάτων ή οποιασδήποτε φύσης διαφημιστικών εντύπων ή άλλων ανακοινώσεων στον έντυπο ή ηλεκτρονικό τύπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η χρήση των ανωτέρω μέσων σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 8.
3. Απαγορεύεται η εντοίχιση επιγραφών ή πινακίδων με εμπορικό ή κερδοσκοπικό περιεχόμενο, καθώς και η ανάρτηση πινακίδων σε εξώστες, παράθυρα ή άλλα σημεία εκτός από την κύρια είσοδο του τόπου της κατοικίας και της επαγγελματικής εγκατάστασης του ιατρού και την πρόσοψη του κτιρίου. Οι διαστάσεις των πινακίδων οι οποίες επιτρέπεται να αναρτηθούν στην κύρια είσοδο της επαγγελματικής έδρας του ιατρού δεν είναι δυνατόν να είναι μεγαλύτερες των 0,25 X 0,30 εκατοστών και περιέχουν υποχρεωτικά και μόνον το όνομα, το επώνυμο, τον αριθμό μητρώου του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, τους μόνιμους τίτλους που έχουν αναγνωρισθεί στην Ελλάδα, την ειδικότητα και τις ημέρες και ώρες των επισκέψεων. Απαγορεύεται η επιδεικτική διακόσμηση και ο φωτισμός των πινακίδων.
4. Οι πινακίδες είναι ομοιόμορφες. Ο ιατρός οφείλει, πριν από την ανάρτηση, να υποβάλει την πινακίδα, που προτίθεται να αναρτήσει, προς έγκριση στον οικείο Σύλλογο, ο οποίος αποφαινεται εντός δεκαπέντε (15) εργάσιμων ημερών, άλλως θεωρείται ότι την εγκρίνει.
5. Οποιαδήποτε χρησιμοποίηση των ανωτέρω ή παρεμφερών στοιχείων από τρίτους, οι οποίοι έχουν σχέσεις συγγένειας, συνεργασίας ή εξάρτησης από τον ιατρό, με έμμεσο ή άμεσο σκοπό τη διαφήμισή του, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις σε βάρος του ιατρού, τις οποίες προβλέπει ο νόμος, εφόσον αποδεικνύεται ότι ο ιατρός γνώριζε τις ενέργειες των προσώπων αυτών.
6. Η δημοσίευση εν γνώσει του ιατρού αγγελιών, επιστολών ή δηλώσεων με μορφή ευχαριστηρίων ή συγχαρητηρίων και πραγματικών ή υποθετικών διαγνωστικών ή

θεραπευτικών επιτυχιών και ικανοτήτων του, η οποία στοχεύει στην επαγγελματική διαφήμιση, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις.

7. Οποιαδήποτε επιτρεπόμενη παροχή πληροφοριών δεν πρέπει, σε καμία περίπτωση, να οδηγεί σε κατάχρηση της εμπιστοσύνης των ασθενών και σε εκμετάλλευση της έλλειψης ειδικών ιατρικών γνώσεων από πλευράς του κοινού.
8. Δεν συνιστούν ανεπίτρεπτη διαφήμιση:
 - α) οι δημόσιες ανακοινώσεις για ιατρικά θέματα, εφόσον γίνονται από ειδικούς σε θέματα της ειδικότητάς τους και με γνώμονα την ενημέρωση των συναδέλφων ιατρών ή της κοινής γνώμης,
 - β) η συμμετοχή σε δημόσιες συζητήσεις, στο γραπτό ή ηλεκτρονικό Τύπο, με σκοπό την ενημέρωση της κοινής γνώμης γύρω από θέματα αρμοδιότητας ή ειδικότητας του ιατρού ή του πεδίου ευθύνης του, επίκαιρα ή μη, που την απασχολούν, εφόσον βεβαίως τηρούνται οι αρχές της αβρότητας, της έντιμης εκφοράς κρίσεων και επιχειρημάτων και του σεβασμού της άλλης άποψης, που διατυπώνεται με τους ίδιους κανόνες.
9. Η ενημέρωση του κοινού από τους ιατρούς σε θέματα της ειδικότητας ή του γνωστικού τους αντικειμένου πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις αρχές και τις κείμενες διατάξεις που διέπουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την Ιατρική Δεοντολογία. Η ενημέρωση πρέπει να στηρίζεται αποκλειστικά σε στοιχεία απόλυτα τεκμηριωμένα και διεθνώς παραδεδεγμένα. Η παρουσία του ιατρού πρέπει να περιορίζεται στα αναγκαία για την ενημέρωση πλαίσια και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να υποκρύπτεται σκοπός διαφήμισης.
10. Δεν επιτρέπεται η δια των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης έκφραση απόψεων που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση ή παραπλάνηση του κοινού για θέματα υγείας. Ο περιορισμός αυτός ισχύει ιδιαίτερα σε περιπτώσεις υποθέσεων οι οποίες εκκρεμούν ενώπιον δικαστικών ή διοικητικών αρχών.

Άρθρο 18

Παρουσία των ιατρών στο διαδίκτυο

1. Οι ιατροί μπορούν να διατηρούν ιστοσελίδα στο διαδίκτυο στην οποία αναφέρονται ιδίως τα οριζόμενα στην παράγραφο 3 του άρθρου 17.
2. Το όνομα, η επωνυμία ή ο τίτλος που επιλέγει ο ιατρός για την ιστοσελίδα του ή την ηλεκτρονική του διεύθυνση πρέπει να συνάδουν με την επαγγελματική του ευπρέπεια και αξιοπρέπεια και να ανταποκρίνονται στις πραγματικά παρεχόμενες υπηρεσίες. Η ιστοσελίδα πρέπει να αναφέρει το χρόνο της τελευταίας της ενημέρωσης. Πρέπει, επίσης, να αναφέρει οποιαδήποτε πιθανή σύγκρουση συμφερόντων.
3. Η ιστοσελίδα μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις συμβάσεις ή τη με οποιονδήποτε τρόπο συνεργασία του ιατρού με το Δημόσιο, τα ταμεία ασθενείας και τους ασφαλιστικούς φορείς.
4. Οι πληροφορίες που παρέχονται στην ιστοσελίδα πρέπει να είναι ακριβείς, αντικειμενικές, κατανοητές και σύμφωνες με τον παρόντα Κώδικα. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να οδηγούν σε παραπλάνηση του κοινού ή σε έμμεση συγκριτική εκτίμηση προσόντων ή πτυχίων.

Άρθρο 19

Αμοιβή ιατρού

1. Ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του με αμοιβή και χειρίζεται το θέμα αυτό με λεπτότητα, διακριτικότητα και χωρίς πρόθεση εκμετάλλευσης του ασθενή. Η διεκδίκηση της νόμιμης αμοιβής ή κάθε άλλο θέμα σχετικό με αυτήν πρέπει να διενεργείται με τρόπο ο οποίος να μην απάδει προς την αξιοπρέπεια και τον κατεξοχήν ανθρωπιστικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος.
2. Ο ιατρός μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του χωρίς αμοιβή ή με μειωμένη αμοιβή σε ειδικές κατηγορίες ασθενών, με βάση κριτήρια, που είναι κοινωνικώς πρόσφορα, παραδεκτά και σύμφωνα με το βαθύτερο ανθρωπιστικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος.

3. Ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του χωρίς αμοιβή στους συναδέλφους του και στους συγγενείς προς τους οποίους αυτοί έχουν νόμιμη υποχρέωση, καθώς και στους φοιτητές της ιατρικής.
4. Ο ιατρός έχει δικαίωμα να απαιτήσει την αμοιβή του είτε από τον εργοδότη, ως εργαζόμενος, είτε από τον ασθενή, ως ελεύθερος επαγγελματίας, με την απαιτούμενη όμως ευπρέπεια. Παρέχει τα νόμιμα παραστατικά τα οποία αφορούν στην κατάσταση υγείας του ασθενή και στις οικονομικές συναλλαγές σχετικά με τις παρασχεθείσες ιατρικές υπηρεσίες, ανεξάρτητα από το αν αυτό του ζητηθεί ή όχι από τον ασθενή. Κάθε ιατρός ως εξωνοσοκομειακός - ελεύθερος επαγγελματίας έχει δικαίωμα να καθορίσει, εκτός εάν υπόκειται σε ειδικό καθεστώς, το επίπεδο αμοιβής του, ανάλογα με τις ικανότητές του. Σε επείγουσες περιπτώσεις, η αμοιβή από τους ασθενείς αναζητείται αφού παρασχεθεί η ενδεικνυόμενη ιατρική συνδρομή.
5. Ο ιατρός που προσφέρει τις υπηρεσίες του στο δημόσιο τομέα ή σε οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης απαγορεύεται να αξιώνει, να συμφωνεί ή να εισπράττει από τον ασθενή οποιοδήποτε οικονομικό αντάλλαγμα ή άλλο ωφέλημα οποιασδήποτε φύσης ή να δέχεται υπόσχεση τούτου πέρα από τη μηνιαία ή άλλη αποζημίωση ή αμοιβή του, όπως ορίζονται στο νόμο ή στη σύμβασή του.
6. Οποιαδήποτε συναλλαγή που αφορά στη λήψη αμοιβής από ασθενή μεταξύ ιατρών και οποιουδήποτε άλλου λειτουργού υγείας απαγορεύεται.
7. Απαγορεύεται στον ιατρό να χρησιμοποιεί εικονικούς μεσάζοντες πελάτες ή άλλους με σκοπό την προμήθεια πελατών με ποσοστά, καθώς και να λαμβάνει ποσοστά επί της ιατρικής αμοιβής.

Άρθρο 20

Άσκηση ιατρικής στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης

1. Ο ιατρός που προσφέρει τις υπηρεσίες του σε οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα έχει όλα τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις, όπως αυτές περιγράφονται στο προηγούμενο άρθρο. Ιδίως, δίνει προτεραιότητα

στην αποτελεσματική θεραπεία του ασθενή και στη διατήρηση ή και βελτίωση της υγείας του.

2. Ο ιατρός οφείλει να ενεργεί με κύριο γνώμονα το συμφέρον των ασθενών ασφαλισμένων, πάντα όμως στο πλαίσιο του κανονισμού υγειονομικής περίθαλψης του οικείου φορέα κοινωνικής ασφάλισης.
3. Οι σχέσεις ιατρών και ασφαλιστικών οργανισμών διέπονται από το γενικό πλαίσιο δεοντολογίας και τις συμβάσεις που ισχύουν μεταξύ τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ

Άρθρο 21

Σχέσεις με συναδέλφους και λοιπό προσωπικό

1. Ο ιατρός πρέπει να έχει επαγγελματική συνείδηση, να διατηρεί καλές επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους του, να βοηθά αυτούς πρόθυμα και να σέβεται τη διαφορετική τους άποψη σε επαγγελματικά και επιστημονικά θέματα. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επικρίνει δημοσίως τους συναδέλφους του ούτε να υπαινίσσεται οποιαδήποτε υπεροχή έναντι αυτών. Η συμπεριφορά αυτή δεν θα πρέπει να εξαρτάται από την τυχόν διαφορά των χρόνων άσκησης επαγγέλματος, το οικονομικό επίπεδο των συναδέλφων, τη διαφορά ιεραρχίας ή τίτλων σπουδών που έχουν μεταξύ τους.
2. Ο ιατρός αποφεύγει οποιαδήποτε πράξη αθέμιτου ανταγωνισμού με τους συναδέλφους του. Ως τέτοια πράξη θεωρείται ιδίως:
 - α) η χρήση επιστημονικών, επαγγελματικών ή ακαδημαϊκών τίτλων που δεν κατέχει ή δεν έχουν αποκτηθεί νόμιμα ή δεν έχουν αναγνωρισθεί στην Ελλάδα,
 - β) η επαγγελία θεραπείας με μεθόδους, φάρμακα και άλλα θεραπευτικά μέσα που δεν έχουν αναγνωρισθεί και καθιερωθεί επιστημονικά ή και νομότυπα, καθώς και

η χρήση οργάνων, μηχανημάτων ή πειραμάτων, όταν εφαρμόζονται με σκοπό την προσέλκυση πελατείας ή τη διαφήμιση,

γ) η εκχώρηση μέρους της ιατρικής αμοιβής ή η παροχή ποσοστών αυτής σε πρόσωπα που μεσολαβούν για την προσέλκυση πελατείας.

3. Ο ιατρός που καλείται να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ασθενή που παρακολουθείται από άλλον συνάδελφό του πρέπει, προς το συμφέρον του ασθενή, να επιδιώξει να έλθει σε επαφή με τον τελευταίο θεράποντα ιατρό, εκτός αν ο ασθενής δηλώσει ανεπιφύλακτα στον ιατρό την αντίθεσή του σε μία τέτοια ενέργεια.

4. Ο ιατρός οφείλει να σέβεται, να διατηρεί άριστες σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας οποιαδήποτε τυχόν διαφορά, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

5. Ο ιατρός μπορεί να αναθέτει φροντίδα στο νοσηλευτικό προσωπικό εάν κρίνει ότι αυτό είναι προς όφελος του ασθενή. Πρέπει όμως να είναι βέβαιος ότι το πρόσωπο στο οποίο ανατίθεται ένα συγκεκριμένο καθήκον είναι ικανό να το αναλάβει. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να δώσει όλες τις απαραίτητες για τη διεκπεραίωση του καθήκοντος πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή και τη συγκεκριμένη διαδικασία. Ο ιατρός παραμένει υπεύθυνος για τη διαχείριση της φροντίδας του ασθενή.

6. Η προσφυγή του ιατρού στα αρμόδια επαγγελματικά και ελεγκτικά όργανα σχετικά με θέματα αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς, παράνομης ή πλημμελούς άσκησης της ιατρικής από συναδέλφους του δεν αποτελεί παράβαση του καθήκοντος συναδελφικότητας.

Άρθρο 22

Ιατρικά συμβούλια

1. Αν ο ιατρός, ο ασθενής ή οι οικείοι του κρίνουν σκόπιμη τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός μπορεί να υποδείξει σύμβουλο της επιλογής του. Είναι όμως υποχρεωμένος να αφήσει στην οικογένεια ελευθερία επιλογής με βάση το συμφέρον του αρρώστου και τις μεταξύ τους σχέσεις εμπιστοσύνης.
2. Εάν ο ασθενής ή οι οικείοι του επιλέξουν ως σύμβουλο ιατρό με τον οποίο ο θεράπων ιατρός δεν διατηρεί αγαθές επαγγελματικές σχέσεις, ο τελευταίος μπορεί να αποσύρεται χωρίς δικαιολογία. Το ίδιο ισχύει προκειμένου για την εκλογή ειδικού ιατρού, εργαστηριακού ή κλινικού.
3. Ο θεράπων ιατρός οφείλει να πληροφορεί τον ασθενή ή τους οικείους του για κάθε λεπτομέρεια που αφορά στο ιατρικό συμβούλιο, καθώς και για την οφειλόμενη αμοιβή.
4. Ο θεράπων ιατρός καλεί το σύμβουλο ιατρό, ορίζει την ημέρα, την ώρα και το χώρο που θα συνέλθει το συμβούλιο και συντονίζει τη διαδικασία. Η διεξαγωγή του ιατρικού συμβουλίου περιλαμβάνει:
 - α) σύντομη προεισηγητική διάσκεψη κατά την οποία την εισήγηση διατυπώνει ο θεράπων ιατρός,
 - β) εξέταση του ασθενή από καθέναν από τους συμβούλους,
 - γ) ιδιαίτερη διάσκεψη των ιατρών η οποία ακολουθεί την εξέταση και
 - δ) ανακοίνωση προς την οικογένεια του πορίσματος του συμβουλίου από εκείνον που το διηύθυνε.

Εάν προκύψει διαφορά γνώμων, ο θεράπων ιατρός μπορεί είτε να αποδεχθεί τη γνώμη του συμβούλου ιατρού είτε, εφόσον την κρίνει άστοχη ή επιζήμια, να αποποιηθεί την ευθύνη. Στην περίπτωση αυτή γνωστοποιεί τη διαφωνία του στον ασθενή ή στην οικογένειά του και ζητεί τη συγκρότηση άλλου συμβουλίου, εάν το κρίνει σκόπιμο και προς το συμφέρον του ασθενή. Εφόσον η οικογένεια προτιμήσει τη γνώμη του συμβούλου ή αποκρούσει τη σύσταση νέου συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός δικαιούται να αποσυρθεί.

5. Ο σύμβουλος ιατρός δεν μπορεί να γίνει θεράπων ιατρός του ασθενή, παρά μόνον στην περίπτωση που ο θεράπων ιατρός, ο οποίος τον κάλεσε, τον εξουσιοδοτεί ρητά ως προς αυτό ή εάν διαφωνήσει και αποχωρήσει, εφόσον ληφθεί πάντοτε υπόψη η προτίμηση του ασθενή.
6. Όταν παρουσιάζεται ανάγκη πρόσκλησης ειδικού ιατρού ή χειρουργού, ο θεράπων ιατρός μπορεί να υποδείξει τους καταλληλότερους κατά την κρίση του, δεν επιτρέπεται όμως να παραβλέψει τις προτιμήσεις του ασθενή, παρά μόνον σε περίπτωση προσωπικής διάστασης ή αδυναμίας να συνεργασθεί με τον ειδικό ιατρό ή τον χειρουργό που προτιμά ο ασθενής. Το ίδιο ισχύει και προκειμένου για την εκλογή θεραπευτηρίου, εργαστηρίου και νοσηλευτικού ιδρύματος.
7. Οι χειρουργοί, οι ειδικοί ιατροί και οι εργαστηριακοί ιατροί, προς τους οποίους παραπέμπεται ο ασθενής από τον θεράποντα ιατρό του, είναι υποχρεωμένοι να γνωστοποιούν στον τελευταίο το πόρισμα της εξέτασης. Αφού εκπληρώσουν αυτήν την εντολή, δεν επιτρέπεται να διατηρούν περαιτέρω σχέσεις ιατρικής φύσεως με τον ασθενή και ιδιαίτερα για θέματα εκτός της ειδικότητάς τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Άρθρο 23

Ο ρόλος του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία

1. Ο ιατρός πρέπει να συμβάλλει στην εκπαίδευση άλλων ιατρών, φοιτητών της ιατρικής και λοιπών συναδέλφων του.
2. Κάθε ιατρός πρέπει να είναι προετοιμασμένος να επιβλέπει λιγότερο έμπειρους συναδέλφους του.
3. Ο ιατρός ο οποίος έχει ιδιαίτερες εκπαιδευτικές υποχρεώσεις πρέπει να αναπτύσσει τις διδακτικές του ικανότητες. Εάν είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση νεότερων συναδέλφων του, πρέπει να είναι βέβαιος ότι αυτοί εποπτεύονται κατάλληλα.

4. Ο ιατρός αναγνωρίζει τη σημασία και συμβάλλει στην εκπαίδευση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, καθώς και των μελών της οικογένειάς τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Άρθρο 24

Ιατρική έρευνα

1. Η ιατρική έρευνα διεξάγεται ελεύθερα στο πλαίσιο των θεμελιωδών πνευματικών και ηθικών αξιών, που χαρακτηρίζονται από σεβασμό στον άνθρωπο και την αξιοπρέπειά του.
2. Η ιατρική έρευνα στον άνθρωπο επιτρέπεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:
 - α) Ενημέρωση του ανθρώπου που υπόκειται σε έρευνα, σύμφωνα με το άρθρο 11, και ιδίως ως προς:
 - αα) την ύπαρξη και το μέγεθος πιθανών κινδύνων,
 - ββ) τα δικαιώματα προστασίας του ατόμου,
 - γγ) τον εθελοντικό χαρακτήρα συμμετοχής στην έρευνα και χωρίς οικονομικά ανταλλάγματα και
 - δδ) τη δυνατότητα ελεύθερης ανάκλησης της παρεχόμενης συναίνεσης.
 - β) Ελεύθερη, ανεπιφύλακτη, ειδική και τεκμηριωμένη συναίνεση του ανθρώπου που υπόκειται σε ιατρική έρευνα, ο οποίος έχει τη σχετική ικανότητα, όπως ειδικότερα ορίζεται στο άρθρο 12.
 - γ) Οι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθεται ο άνθρωπος είναι δυσανάλογα μικροί σε σχέση με τα πιθανά οφέλη από την έρευνα.
 - δ) Το ερευνητικό πρόγραμμα έχει εγκριθεί από το αρμόδιο όργανο, μετά από σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου Επιστημονικού Συμβουλίου και της αρμόδιας

Επιτροπής Δεοντολογίας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο ή η Επιτροπή Δεοντολογίας μπορεί, κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, να προβεί σε επανεκτίμηση των όρων και συνθηκών διεξαγωγής αυτής.

3. Η έρευνα σε άτομα τα οποία δεν διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης, σύμφωνα με το άρθρο 12, επιτρέπεται μόνον εφόσον:

α) πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις των προηγούμενων παραγράφων,

β) τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να οδηγήσουν σε άμεσο όφελος της υγείας του ατόμου,

γ) δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί έρευνα αντίστοιχης αποτελεσματικότητας σε άτομα τα οποία διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης,

δ) έχει δοθεί η απαραίτητη συναίνεση, σύμφωνα με τους όρους της παραγράφου 2 του άρθρου 12 και

ε) το άτομο δεν αντιτίθεται με οποιονδήποτε τρόπο.

4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος δεν εφαρμόζεται διεθνώς, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και επιτρέπεται η εφαρμογή της μόνο ύστερα από έγκριση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Ιατροί, που εφαρμόζουν πειραματικές, διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις, χωρίς τις προϋποθέσεις των άρθρων του παρόντος ή την ανωτέρω έγκριση, τιμωρούνται με την ποινή της οριστικής αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος, σύμφωνα με όσα προβλέπονται στη διάταξη του άρθρου 36.

Άρθρο 25

Κλινική έρευνα με νέα φάρμακα η νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους

1. Οι κλινικές μελέτες με νέα φάρμακα ή εφαρμογή νεότερων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων επιτρέπονται εφόσον:

- α) ανταποκρίνονται στις γενικές προδιαγραφές και διαδικασίες, όπως αυτές καθορίζονται από τα αρμόδια όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης,
- β) υπάρχουν ισχυρές επιστημονικές ενδείξεις ότι η χρήση τους ή η εφαρμογή τους θα αυξήσει τις πιθανότητες επιβίωσης ή αποκατάστασης της υγείας ή ανακούφισης των ασθενών που πάσχουν από αντίστοιχες νόσους και η ωφελιμότητα θα είναι σοβαρά σημαντικότερη του εν? δεχόμενου εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών,
- γ) συντρέχουν όλες οι προϋποθέσεις του προηγούμενου άρθρου.
2. Αν ο ασθενής αρνηθεί τη συμμετοχή του σε μια τέτοια μελέτη, ο ιατρός οφείλει να λάβει κάθε μέτρο, προκειμένου η άρνηση του ασθενή να μην επηρεάζει αρνητικά τη σχέση ιατρού προς ασθενή.
3. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιεί νέα φάρμακα άγνωστης αποτελεσματικότητας ή να εφαρμόζει νέες θεραπευτικές ή διαγνωστικές μεθόδους αγνώστων συνεπειών, χωρίς την αυστηρή εφαρμογή των κανόνων που διέπουν το σχεδιασμό και την εφαρμογή κλινικών μελετών. Αναγνωρίζει ως θεμελιώδη κανόνα ότι η πιθανή διαγνωστική ή θεραπευτική αξία, προς όφελος του ασθενή, έχει προτεραιότητα έναντι της επιστημονικής γνώσης, που ενδεχομένως αποκτάται από τα νέα φάρμακα ή τις νέες θεραπευτικές ή διαγνωστικές μεθόδους.

Άρθρο 26

Μη θεραπευτική βιοϊατρική έρευνα

1. Επιτρέπεται η ιατρική έρευνα σε ανθρώπους, για καθαρώς επιστημονικούς λόγους, με τις προϋποθέσεις του άρθρου 24 και επιπλέον τις ακόλουθες προϋποθέσεις:
- α) ο ιατρός ερευνητής θεωρεί ύψιστο καθήκον του την προστασία της ζωής, της υγείας και της αξιοπρέπειας του προσώπου στο οποίο διεξάγεται η έρευνα, η οποία προστασία προηγείται του συμφέροντος της επιστήμης ή της κοινωνίας,
- β) ο ιατρός ερευνητής λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο, έτσι ώστε η συμμετοχή του ατόμου στην έρευνα να γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα.

2. Ο ιατρός ερευνητής διακόπτει την έρευνα, αν, κατά την κρίση του, η συνέχισή της μπορεί να επιφέρει σοβαρή, επικίνδυνη ή απλή βλάβη στο άτομο.

Άρθρο 27

Δημοσιότητα των ανακαλύψεων

1. Ο ιατρός υποχρεούται να καθιστά γνωστές, κατά προτεραιότητα, στην ιατρική κοινότητα, με τον πιο πρόσφορο τρόπο, τις ανακαλύψεις που επέτυχε και τα συμπεράσματα στα οποία έχει καταλήξει από τις επαγγελματικές του μελέτες σε διαγνωστικά ή θεραπευτικά θέματα. Αποφεύγει την ευρύτερη δημοσιοποίηση των ανακαλύψεων και των συμπερασμάτων του στο μη ιατρικό κοινό, προτού τα υποβάλει στην κριτική των συναδέλφων του.
2. Ο ιατρός σε κάθε επιστημονική ανακοίνωσή του αναφέρει όλους τους συνεργάτες του, που συνέβαλαν στο περιεχόμενο της επιστημονικής ανακοίνωσης. Επιπλέον, δηλώνει οπωσδήποτε την επιχείρηση ή εταιρεία, που χρηματοδότησε ολικά ή μερικά την έρευνά του.
3. Ιατροί, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι σύνταξης βιοϊατρικών περιοδικών ή μετέχουν στη συντακτική τους επιτροπή, πριν προχωρήσουν στη δημοσίευση των εργασιών που προκύπτουν από την ερευνητική διαδικασία, ελέγχουν την τήρηση των κανόνων των άρθρων 24 έως και 26 ή απαιτούν υπεύθυνη δήλωση για την τήρησή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η΄

ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 28

Φροντίδα ψυχικής υγείας

1. Ο ψυχίατρος πρέπει να προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία σύμφωνα με τις γνώσεις του και να παρέχει τις φροντίδες του μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Ενθαρρύνει επίσης τη γενικότερη προαγωγή της ψυχικής υγείας.

2. Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνεται, να εκπαιδεύεται και να επιμορφώνεται τακτικά σε θέματα που αφορούν τόσο τις εξελίξεις της επιστήμης του, όσο και την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, καθώς και στην αποφυγή και τον έλεγχο της βίας.
3. Ο ψυχίατρος οφείλει να προβαίνει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις στο μέτρο που αυτές περιορίζουν ελάχιστα την ελευθερία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές και να ζητεί τη γνώμη συναδέλφων του, όπου αυτό θεωρείται αναγκαίο. Όταν ο ψυχίατρος είναι υπεύθυνος για τη θεραπεία ή τις υποστηρικτικές ενέργειες που παρέχονται στο χώρο των ψυχικών διαταραχών από άλλους επαγγελματίες, οφείλει να τους εκπαιδεύει και να τους επιβλέπει κατάλληλα.
4. Ο ψυχίατρος οφείλει να γνωρίζει και να αναγνωρίζει ότι ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές είναι δικαιωματικά εταίρος στη θεραπευτική διαδικασία. Η θεραπευτική σχέση βασίζεται τόσο στην εχεμύθεια του ιατρού, όσο και σε αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό, ώστε να επιτρέπει σε αυτόν που πάσχει από ψυχικές διαταραχές να συμμετέχει στην αποφασιστική διαδικασία, σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες και προτιμήσεις.
5. Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνει τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές για τη φύση της κατάστασής του, τις θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς και τις τυχόν εναλλακτικές αυτών, όπως επίσης και την πιθανή έκβαση των θεραπευτικών διαδικασιών.
6. Ο ψυχίατρος σέβεται την πνευματική, συναισθηματική και ηθική αυτονομία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές. Για αυτόν το λόγο, κατά τη θεραπεία, λαμβάνει τα ανάλογα μέτρα, που διασφαλίζουν την άσκηση των θρησκευτικών και πολιτικών επιλογών του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, καθώς και τη συμμετοχή του σε πρόσφορες κοινωνικές δραστηριότητες, εφόσον αυτές δεν επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική του κατάσταση ή δεν εμπλέκονται στην ψυχοπαθολογία του.

7. Ο ψυχίατρος οφείλει να συνεννοείται με τα πρόσωπα που αναφέρονται στο άρθρο 12, όταν ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν διαθέτει ικανότητα λήψης αποφάσεων, λόγω των διαταραχών αυτών.
8. Ο ψυχίατρος δεν χορηγεί καμία θεραπεία χωρίς τη θέληση του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, εκτός εάν η άρνηση θεραπείας θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ίδιου και εκείνων που τον περιβάλλουν ή συνεπάγεται σοβαρή επιβάρυνση της πορείας της ψυχικής του διαταραχής. Αν καθίσταται επιτακτική η αναγκαστική νοσηλεία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, αυτή πρέπει να είναι σύμφωνη με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία.
9. Δεν επιτρέπεται στον ψυχίατρο να επωφεληθεί από τη θεραπευτική του σχέση με τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές και να επιτρέψει να υπεισέλθουν στη θεραπεία ανάρμοστες προσωπικές επιθυμίες, συναισθήματα, προκαταλήψεις και πεποιθήσεις, ούτε να χρησιμοποιήσει πληροφορίες που έχουν αποκτηθεί, κατά τη σχέση αυτή, για προσωπικούς λόγους, οικονομικά ή ακαδημαϊκά οφέλη. Επιτρέπεται η παραβίαση του απορρήτου, μόνον όταν η τήρησή του θα μπορούσε να επιφέρει σοβαρή σωματική ή ψυχική βλάβη σε αυτόν που πάσχει από ψυχικές διαταραχές ή σε τρίτο πρόσωπο.
10. Ο ψυχίατρος που καλείται να διατυπώσει μια εκτίμηση για ένα πρόσωπο με σκοπούς άλλους από τους θεραπευτικούς, όπως κατά τη διενέργεια ψυχιατροδικαστικής εκτίμησης, οφείλει πρώτα να το ενημερώσει και να το συμβουλευθεί για το σκοπό της εκτίμησης αυτής, τη χρήση των ευρημάτων και τις πιθανές επιπτώσεις της εκτίμησης.
11. Ο ψυχίατρος οφείλει, στις έρευνες που διεξάγονται σε ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να διαφυλάσσεται η αυτονομία τους, καθώς και η ψυχική και σωματική τους ακεραιότητα. Επίσης, οφείλει να ενημερώνει τους ανθρώπους αυτούς για τους σκοπούς της έρευνας και τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες επιδράσεις της και να εξασφαλίζει, μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, τη συγκατάθεση των ασθενών, αναφορικά με τη συμμετοχή τους σε ερευνητικό πρόγραμμα. Η προσπάθεια του ψυχιάτρου για την καλύτερη δυνατή θεραπεία ανθρώπου που

πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν θα πρέπει επ' ουδενί να επηρεάζεται από την άρνηση συμμετοχής του συγκεκριμένου ανθρώπου σε έρευνα του ψυχιάτρου.

12. Ο ψυχίατρος με κανέναν τρόπο δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί μέσα και μεθόδους του επαγγέλματός του, που πειθαναγκάζουν σε τροποποίηση ή αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με πολιτικές ή και κοινωνικές πεποιθήσεις ή, γενικότερα, εξυπηρετούν άλλους σκοπούς πλην των θεραπευτικών και της προαγωγής της υγείας του ατόμου και της κοινωνίας.
13. Ο ψυχίατρος πρέπει να φροντίζει ώστε οι ψυχικά πάσχοντες να παρουσιάζονται στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) με τρόπο που, αφ' ενός μεν προστατεύει την τιμή και την αξιοπρέπειά τους, αφ' ετέρου δε μειώνει το στίγμα και τη διάκριση εναντίον τους. Ο ψυχίατρος δεν πρέπει να κάνει ανακοινώσεις στα Μ.Μ.Ε. για την υποτιθέμενη ψυχοπαθολογία οποιουδήποτε ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ΄

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Άρθρο 29

Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής

1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.
2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.

3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

Άρθρο 30

Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή

1. Ο ιατρός οφείλει να παράσχει στον ενδιαφερόμενο κάθε χρήσιμη πληροφορία σχετικά με το θέμα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και της αντισύλληψης.
2. Ο ιατρός συζητά, ενημερώνει για τις θετικές και αρνητικές συνέπειες και ενθαρρύνει την προσφυγή στις μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ιατρικής αδυναμίας απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο ή προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο παιδί. Η εφαρμογή των μεθόδων αυτών διέπεται από το σεβασμό στην προσωπικότητα του ανθρώπου και την ελεύθερη και σοβαρή βούλησή του, όπως αυτή σχηματίζεται μετά από πλήρη και τεκμηριωμένη ενημέρωση. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός απέχει από κάθε επιχείρηση ή προσπάθεια βιομηχανοποίησης της διαδικασίας της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
3. Οποιαδήποτε παρέμβαση στο έμβρυο, η οποία γίνεται στο πλαίσιο εφαρμογής των μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, πρέπει να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις για την προστασία της γενετικής ταυτότητας και την απαγόρευση τροποποιήσεων του ανθρώπινου γονιδιώματος, που είναι δυνατόν να μεταβιβασθούν στην επόμενη γενεά.
4. Η κλωνοποίηση ως μέθοδος αναπαραγωγής ανθρώπου απαγορεύεται.
5. Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Άρθρο 31

Τεχνητή διακοπή κύησης

1. Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης, εκτός εάν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της υγείας της. Στην περίπτωση αυτή, απαιτείται σύμφωνη και αιτιολογημένη γνώμη του κατά περίπτωση αρμόδιου ιατρού.
2. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη στη γυναίκα που ζητεί την παροχή των υπηρεσιών του, πριν προχωρήσει στη διακοπή της κύησης.

Άρθρο 32

Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων

1. Ο ιατρός οφείλει να ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων που γίνονται για θεραπευτικούς λόγους, παρέχοντας σωστή ενημέρωση και συνεργαζόμενος με τους αντίστοιχους φορείς και υπηρεσίες.
2. Ο ιατρός δεν παρέχει τις υπηρεσίες του εάν η μεταμόσχευση γίνεται ή επιχειρείται να γίνει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ή υποκρύπτει τέτοιο. Η καταβολή των δαπανών που είναι απαραίτητες για τη μεταμόσχευση δεν συνιστά αντάλλαγμα.
3. Ο ιατρός προστατεύει, με κάθε τρόπο, το απόρρητο της ταυτότητας του δότη και του λήπτη.

Άρθρο 33

Αιμοδοσία

1. Ο ιατρός ενθαρρύνει πάντοτε την εθελοντική και μη αμειβόμενη αιμοδοσία. Το οικονομικό όφελος δεν πρέπει ποτέ να αποτελεί κίνητρο ούτε για τους αιμοδότες ούτε για τους υπεύθυνους συλλογής αίματος.

2. Ο ιατρός, εκτός από τη μέριμνα του αιμολήπτη, έχει και τη μέριμνα του αιμοδότη. Η μέριμνα για την υγεία και την ασφάλεια του αιμοδότη είναι διαρκής.
3. Ο ιατρός γνωρίζει στον αιμοδότη όλους τους κινδύνους που εμπεριέχει η διαδικασία της αιμοδοσίας.
4. Ο ιατρός λαμβάνει κάθε μέτρο για την τήρηση της ανωνυμίας μεταξύ αιμοδοτών και αιμοληπτών, εκτός εάν συντρέχουν ειδικοί εξαιρετικοί λόγοι, όπως η διασφάλιση της υγείας του αιμολήπτη ή λόγοι ηθικής ευπρέπειας ή συγγενικής ή κοινωνικά πρόσφορης αλληλεγγύης.

Άρθρο 34

Προστασία γενετικής ταυτότητας

1. Παρεμβάσεις του ιατρού οι οποίες οδηγούν στην τροποποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος μπορούν να γίνουν μόνο για προληπτικούς, διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς. Σε καμία περίπτωση η τροποποίηση αυτή δεν μπορεί να μεταφέρεται στο γονίδιο της επόμενης γενεάς.
2. Δεν επιτρέπεται η χρησιμοποίηση της γενετικής τεχνολογίας για πολιτικούς ή στρατιωτικούς σκοπούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ

Άρθρο 35

Σχέσεις ιατρού προς τον Ιατρικό Σύλλογο

1. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να εκπληρώνει πρόθυμα και απροφάσιστα όλα τα επιβεβλημένα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις προς τον Ιατρικό Σύλλογο του οποίου είναι μέλος.

2. Ο ιατρός οφείλει να εγγραφεί ως μέλος του Ιατρικού Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου έχει την επαγγελματική του εγκατάσταση.
3. Ο ιατρός οφείλει να προσέρχεται ανελλιπώς στις γενικές συνελεύσεις και να συμβάλλει με τις γνώσεις και το ζήλο του στην προαγωγή και ολοκλήρωση των σκοπών του Συλλόγου, να αναλαμβάνει και να εκτελεί ενόρκως και ευσυνείδητα κάθε υπηρεσία που του ανατίθεται, να εκπληρώνει τις οικονομικές του υποχρεώσεις τακτικά και έγκαιρα, να μετέχει στις ψηφοφορίες για την εκλογή των καταλληλότερων, κατά την κρίση του, οργάνων διοίκησης, να βοηθά το Σύλλογο όταν καλείται και να προσέρχεται σε κάθε περίπτωση, καθώς και να υπακούει στις αποφάσεις του Συλλόγου που λαμβάνονται νόμιμα και είναι δεσμευτικές για το σύνολο.
4. Κάθε παράλειψη ή παράβαση των υποχρεώσεων του ιατρού προς τον Ιατρικό Σύλλογο, καθώς και κάθε απείθεια προς τις αποφάσεις του, επισύρει πειθαρχικές κυρώσεις σε βάρος του υπεύθυνου ιατρού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΑ΄

ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 36

Κυρώσεις

1. Κάθε παράβαση των διατάξεων του παρόντος τιμωρείται πειθαρχικά από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα.

2. Επιπλέον ο ιατρός που παραβιάζει τις διατάξεις των άρθρων 6 παράγραφοι 4 και 5, 19 παράγραφοι 5,6 και 7, 24 παράγραφος 4, 28 παράγραφος 9 και 30 παράγραφος 4, τιμωρείται με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και προσωρινή παύση από θέση που τυχόν κατέχει στο Δημόσιο για τουλάχιστον δύο (2) έτη και πρόστιμο ποσού πενήντα χιλιάδων (50.000,00) έως και διακοσίων χιλιάδων (200.000,00) ευρώ. Η ποινή επιβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από γνώμη του Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, η οποία εκδίδεται μέσα σε προθεσμία

είκοσι (20) ημερών από την αποστολή σχετικού ερωτήματος. Σε περίπτωση τελέσεως εκ νέου μίας από τις ανωτέρω παραβάσεις, επιβάλλεται υποχρεωτικά, με όμοια απόφαση, οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και οριστική παύση.

3. Ο ιατρός έχει δικαίωμα σε αποκατάσταση, αποζημίωση και επανόρθωση κάθε οικονομικής ή ηθικής βλάβης ή ζημίας που υπέστη από την εναντίον του άσκηση κάθε είδους αβάσιμης αναφοράς από φυσικά ή νομικά πρόσωπα. Κάθε ιατρός ο οποίος κατηγορείται στο πλαίσιο αστικής, ποινικής ή πειθαρχικής διαδικασίας έχει δικαίωμα απόλυτου σεβασμού της προσωπικότητάς του.

Άρθρο 37

Καταργητική διάταξη

Από την έναρξη ισχύος του παρόντος καταργείται το β.δ. της 25.5./6.7.1955 (ΦΕΚ 171 Α').

Άρθρο 46

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά σε επί μέρους διατάξεις του. Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Εκτός από τον παραπάνω Νόμο, υπάρχει και ο Νόμος 2619/1998 (ΦΕΚ Α'132), με τον οποίο κυρώνεται και έχει την ισχύ, που ορίζει το άρθρο 28 παρ. 1 του Συντάγματος, **η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής - Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική** - που υπογράφηκε στις 4 Απριλίου 1997 στο Oviedo της Ισπανίας.

Με το Νόμο αυτό τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχοντας κατά νου όλες τις συμβάσεις για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, δηλαδή :

Τη Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών της 10ης Δεκεμβρίου 1948

Τη Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Βασικών (θεμελιωδών) Ελευθεριών της 4ης Νοεμβρίου 1950.

Την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Χάρτα της 18ης Οκτωβρίου 1961

Τη Διεθνής Σύμβαση για τα Αστικά και Πολιτικά Δικαιώματα και τη Διεθνή Σύμβαση για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα της 16ης Δεκεμβρίου 1966.

Τη Σύμβαση για την Προστασία του Ατόμου σε σχέση με την Αυτόματη Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων της 28ης Ιανουαρίου 1981.

Τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού της 20ς Νοεμβρίου 1989.

συνομολόγησαν τα εξής :

Έλαβαν υπόψη ότι ο σκοπός του Συμβουλίου της Ευρώπης είναι η επίτευξη μεγαλύτερης ενότητας μεταξύ των μελών της και ότι μία από τις μεθόδους δια των οποίων πρέπει να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός είναι η διατήρηση και περαιτέρω πραγμάτωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών.

Έχοντας επίγνωση των επιταχυνόμενων εξελίξεων στη Βιολογία και Ιατρική.

Πεπεισμένοι για την ανάγκη σεβασμού του ανθρωπίνου όντος τόσο ως άτομου όσο και ως μέλους του ανθρωπίνου είδους και αναγνωρίζοντας τη σημασία της εξασφάλισης της αξιοπρέπειας του ανθρωπίνου όντος

Έχοντας επίγνωση ότι η κατάχρηση της Βιολογίας και της Ιατρικής ενδέχεται να οδηγήσει σε πράξεις που θέτουν σε κίνδυνο την ανθρώπινη αξιοπρέπεια

Επιβεβαιώνοντας ότι η πρόοδος της Βιολογίας και της Ιατρικής πρέπει να χρησιμοποιείται επ' ωφελεία της παρούσας και των μελλοντικών γενεών

Τονίζοντας την ανάγκη διεθνούς συνεργασίας ώστε ολόκληρη η ανθρωπότητα να επωφεληθεί των πλεονεκτημάτων της Βιολογίας και της Ιατρικής.

Αναγνωρίζοντας την ανάγκη προαγωγής μιας δημόσιας συζήτησης σχετικά με τα ερωτήματα που θέτει η εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής και με τις απαντήσεις σε αυτά που πρέπει να δοθούν.

Επιθυμώντας να υπενθυμίσουν σε όλα τα μέλη της κοινωνίας τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους

Λαμβάνοντας υπόψη τις σχετικές εργασίες της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης, συμπεριλαμβανομένης της Υπόδειξης 1160 (1991) ως προς την προετοιμασία Σύμβασης για τη Βιοηθική

Αποφασίζοντας τη λήψη όλων των αναγκαίων μέτρων για την προάσπιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών του ατόμου σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: Γενικές διατάξεις

Άρθρο 1: Προθέσεις και στόχοι

Τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρώπινου όντος και θα εγγυώνται το σεβασμό της ακεραιότητας και των λοιπών 2

δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση, σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής.

Έκαστο Συμβαλλόμενο Μέρος θα λάβει τα αναγκαία μέτρα στην εσωτερική του νομοθεσία ώστε να τεθούν εν ισχύ οι διατάξεις της παρούσας Σύμβασης.

Άρθρο 2: Το προβάδισμα του ανθρώπινου όντος

¹² www.nomoteleia.gr

Τα συμφέροντα και η ευημερία του ανθρώπινου όντος θα υπερισχύουν έναντι μόνου του κοινωνικού συμφέροντος ή της επιστήμης.

Άρθρο 3: Ισότητα ευκαιριών στην περίθαλψη

Οι Συμβαλλόμενοι, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες για την υγεία, καθώς και τους διαθέσιμους πόρους θα λάβουν τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου να παρέχουν ισότητα προσβάσεων στην κατάλληλης ποιότητας περίθαλψη εντός της επικράτειάς τους.

Άρθρο 4: Επαγγελματικά πρότυπα

Κάθε επέμβαση στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας, πρέπει να επιτελείται σύμφωνα με τις σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και πρότυπα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: Συναίνεση

Άρθρο 5: Γενικός κανόνας

Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται.

Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεση του.

Άρθρο 6: Προστασία των προσώπων που βρίσκονται σε αδυναμία να συναινέσουν

1. Κατά τα άρθρα 17 και 20 κατωτέρω, επέμβαση δύναται να διενεργηθεί μόνο επί προσώπου που δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει, για άμεσο όφελος του.

2. Στις περιπτώσεις που, σύμφωνα με το νόμο, ο ανήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει σε επέμβαση, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν

εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή των αρχών ή του προσώπου ή σώματος που προβλέπεται 3

από το νόμο. Η γνώμη του ανηλίκου θα λαμβάνεται υπόψη σαν αυξανόμενος καθοριστικός παράγοντας σε αναλογία με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητάς του.

3. Σε περιπτώσεις όπου, σύμφωνα με το νόμο, ο ενήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης σε επέμβαση εξαιτίας διανοητικής αναπηρίας, νόσου ή για παρεμφερείς αιτίες, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή αρχής ή προσώπου η σώματος που προβλέπεται από τη νομοθεσία. Το ενδιαφερόμενο άτομο θα λαμβάνει, στο μέτρο του δυνατού, μέρος στη διαδικασία εξουσιοδότησης.

4. Στον αντιπρόσωπο, την αρχή, το πρόσωπο ή το σώμα που αναφέρονται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω, θα παρέχεται, υπό τις αυτές προϋποθέσεις, η ενημέρωση που αναφέρεται στο άρθρο 5.

5. Η εξουσιοδότηση που αναφέρεται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω δύναται να ανακληθεί οποτεδήποτε προς το συμφέρον του ενδιαφερόμενου προσώπου.

Άρθρο 7: Προστασία των ατόμων που πάσχουν από διανοητική διαταραχή

Με την επιφύλαξη των προστατευτικών διατάξεων που ορίζονται από το νόμο, συμπεριλαμβανομένης της εποπτικής, ελεγκτικής και αναιρετικής διαδικασίας, το πρόσωπο που πάσχει από διανοητική διαταραχή σοβαράς μορφής δύναται να υποβληθεί, χωρίς τη συγκατάθεση του, σε επέμβαση που αποσκοπεί στη θεραπεία της διανοητικής του διαταραχής, μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες, χωρίς αυτή τη θεραπεία, είναι πιθανόν να ανακύψει σοβαρή βλάβη της υγείας του.

Άρθρο 8: Επείγουσες καταστάσεις

Όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου.

Άρθρο 9: Επιθυμίες εκφρασθείσες εκ των προτέρων

Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή, ο οποίος, κατά το χρόνο της επέμβασης, δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III: Προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση

Άρθρο 10: Προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση

1. Όλοι έχουν το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής τους ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.

2. Όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους. Θα είναι σεβαστές, ωστόσο, οι επιθυμίες των ατόμων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται σχετικά.

3. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, είναι δυνατή η επιβολή περιορισμών από το νόμο στην άσκηση των δικαιωμάτων που αναφέρονται στην παρ. 2 προς το συμφέρον του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: Ανθρώπινο γονιδίωμα

Άρθρο 11: Απαγόρευση διακρίσεων

Απαγορεύεται κάθε μορφής διάκριση εις βάρος προσώπου επί τη βάση του γενετικού κληρονομικού υλικού του.

Άρθρο 12: Γενετικές εξετάσεις που έχουν τη δυνατότητα πρόβλεψης

Εξετάσεις που προβλέπουν την εμφάνιση γενετικών νόσων ή που χρησιμοποιούνται είτε για την αναγνώριση του υποκειμένου ως φορέα γονιδίου υπεύθυνου για νόσο είτε για την ανίχνευση γενετικής προδιάθεσης ή δεκτικότητας για νόσο, επιτρέπεται να διενεργούνται μόνο για λόγους υγείας ή για επιστημονική έρευνα που σχετίζεται με λόγους υγείας, και υπό την προϋπόθεση της κατάλληλης γενετικής συμβουλευτικής.

Άρθρο 13: Επεμβάσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα

Κάθε επέμβαση που αποσκοπεί στην τροποποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος είναι επιτρεπτή μόνο για προληπτικούς, διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς και μόνον εφόσον δεν αποσκοπεί στο να εισαγάγει οποιαδήποτε τροποποίηση στο γονιδίωμα τυχόν απογόνων.

Άρθρο 14: Απαγόρευση επιλογής του φύλου

Η χρήση τεχνικών της ιατρικώς υποβοηθούμενης τεκνοποίησης δεν είναι επιτρεπτή εφόσον αποσκοπεί στην προεπιλογή του φύλου του παιδιού, με εξαίρεση τις περιπτώσεις κατά τις οποίες πρέπει να αποφευχθεί σοβαρά κληρονομική νόσος που σχετίζεται με το φύλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: Επιστημονική έρευνα

Άρθρο 15: Γενικός κανόνας

Η επιστημονική έρευνα στο πεδίο της Βιολογίας και της Ιατρικής διεξάγεται ελεύθερα, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρούσας Σύμβασης και τις λοιπές νομικές διατάξεις που διασφαλίζουν την προστασία του ανθρωπίνου όντος.

Άρθρο 16: Προστασία των προσώπων στα οποία διενεργείται η έρευνα

Επιτρέπεται η διενέργεια έρευνας επί προσώπου μόνον εφόσον συντρέχουν όλες οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

(i) Δεν υπάρχει εναλλακτική λύση συγκρίσιμης αποτελεσματικότητας έναντι της έρευνας επί ανθρώπων.

(ii) Οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι στους οποίους θα εκτεθεί το πρόσωπο δεν είναι δυσανάλογοι προς τα πιθανά οφέλη από την έρευνα.

(iii) Το ερευνητικό πρόγραμμα έχει εγκριθεί από το αρμόδιο σώμα μετά από ανεξάρτητη αξιολόγηση της επιστημονικής αξίας του, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης της σημασίας του ερευνητικού σκοπού και της μελέτης, από ομάδες ιατρών ποικίλων ειδικοτήτων, του κατά πόσον αυτό είναι ηθικώς παραδεκτό.

(iv) Τα πρόσωπα στα οποία διενεργείται η έρευνα έχουν ενημερωθεί για τα δικαιώματα και τις διασφαλίσεις που ορίζει ο νόμος για την προστασία τους.

(v) Η αναγκαία συναίνεση που προβλέπεται από το άρθρο 5 έχει δοθεί ρητά, ειδικά και είναι τεκμηριωμένη. Η συναίνεση αυτή δύναται να ανακληθεί οποτεδήποτε.

Άρθρο 17: Προστασία των προσώπων που αδυνατούν να συγκατατεθούν στη διενέργεια έρευνας

1. Επιτρέπεται να διενεργηθεί έρευνα σε πρόσωπο που δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης όπως ορίζεται στο άρθρο 5, μόνον εφόσον συντρέχουν όλες οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

(i) Πληρούνται οι προϋποθέσεις που αναφέρονται στο άρθρο 16, υποπαράγραφοι i έως iv.

(ii) Τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν τη δυνατότητα να παραγάγουν πραγματικό και άμεσο όφελος για την υγεία του.

(iii) Δεν είναι εφικτή η διενέργεια έρευνας συγκρίσιμης αποτελεσματικότητας σε άτομα που διαθέτουν την ικανότητα συναίνεσης.

(iv) Η αναγκαία εξουσιοδότηση που προβλέπεται από το άρθρο 6 έχει δοθεί κατηγορηματικώς και γραπτώς και

(v) Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δεν αντιτίθεται.

2. Εξαιρετικώς και κατά τις προστατευτικές διατάξεις που ορίζει η νομοθεσία, στις περιπτώσεις που η έρευνα δεν έχει τη δυνατότητα να παραγάγει αποτελέσματα άμεσης ωφέλειας για την υγεία του ενδιαφερόμενου προσώπου, δύναται να επιτραπεί

αυτή η έρευνα υπό τις προϋποθέσεις που αναφέρονται στην παρ. 1, υποπαράγραφοι i, iii, iv και v ανωτέρω, καθώς και στις ακόλουθες πρόσθετες διατάξεις:

(i) Η έρευνα σκοπό έχει να συμβάλλει, μέσω της σημαντικής βελτίωσης της επιστημονικής κατανόησης της πάθησης, νόσου ή διαταραχής του ασθενούς, στην

τελική επίτευξη αποτελεσμάτων ικανών να επιφέρουν όφελος στο ενδιαφερόμενο πρόσωπο ή σε άλλα πρόσωπα της αυτής ηλικιακής κατηγορίας ή πάσχοντα από την αυτή νόσο ή διαταραχή ή έχοντα την αυτή πάθηση.

(ii) Η έρευνα συνεπάγεται ελάχιστο μόνο κίνδυνο και ελάχιστη επιβάρυνση για το ενδιαφερόμενο πρόσωπο.

Άρθρο 18: Έρευνα σε έμβρυα *in vitro*

1. Στις περιπτώσεις που ο νόμος επιτρέπει την έρευνα σε έμβρυα *in vitro*, θα εξασφαλίσει την επαρκή προστασία του εμβρύου.

2. Απαγορεύεται η δημιουργία ανθρωπίνων εμβρύων για ερευνητικούς σκοπούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: Αφαίρεση οργάνων και ιστών από ζώντες δότες με σκοπό τη μεταμόσχευση

Άρθρο 19: Γενικός κανόνας

1. Η αφαίρεση οργάνων ή ιστών από ζώντα πρόσωπα με σκοπό τη μεταμόσχευση δύναται να διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη και στις περιπτώσεις που δεν διατίθενται κατάλληλα όργανα ή ιστοί από αποβιώσαντα πρόσωπα και δεν υφίσταται καμία άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος συγκρίσιμης αποτελεσματικότητας.

2. Η αναγκαία συναίνεση που προβλέπεται από το άρθρο 5 πρέπει να έχει δοθεί ρητώς και κατηγορηματικώς είτε σε γραπτή μορφή ή ενώπιον επίσημου σώματος.

Άρθρο 20: Προστασία των προσώπων που αδυνατούν να συναινέσουν στην αφαίρεση οργάνου

1. Απαγορεύεται οποιαδήποτε αφαίρεση οργάνου ή ιστού από πρόσωπο που δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης κατά το άρθρο 5.

2. Εξαιρετικώς και κατά τις προστατευτικές διατάξεις που ορίζει ο νόμος, δύναται να επιτραπεί η αφαίρεση αναπλαστικού ιστού από πρόσωπο που δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης, εφόσον συντρέχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

(i) Δεν υπάρχει διαθέσιμος συμβατός δότης που διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης.

(ii) Ο λήπτης είναι αδελφός ή αδελφή του δότη.

(iii) Η δωρεά πρέπει να έχει τη δυνατότητα να είναι σωτήριο για τη ζωή του λήπτη.

(iv) Η εξουσιοδότηση που προβλέπεται στις παραγράφους 2 και 3 του άρθρου 6 έχει δοθεί ειδικώς και γραπτώς, σύμφωνα με το νόμο και με την έγκριση του αρμόδιου σώματος.

(v) Δεν αντιτίθεται ο πιθανός ενδιαφερόμενος δωρητής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII: Απαγόρευση οικονομικού οφέλους και διάθεση τμήματος του ανθρωπίνου σώματος

Άρθρο 21: Απαγόρευση οικονομικού οφέλους

Το ανθρώπινο σώμα και τα τμήματά του δεν αποτελούν, ως τέτοια, πηγή οικονομικού οφέλους.

Άρθρο 22: Διάθεση αφαιρεθέντος τμήματος του ανθρωπίνου σώματος

Όταν κατά τη διάρκεια επέμβασης αφαιρείται οποιοδήποτε τμήμα του ανθρωπίνου σώματος, επιτρέπεται η αποθήκευση και χρησιμοποίησή του για σκοπούς άλλους από αυτούς για τους οποίους αφαιρέθηκε, μόνον εφόσον αυτό γίνεται σύμφωνα με τις διαδικασίες που αφορούν στην πρόπουσα ενημέρωση και συναίνεση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII: Παραβιάσεις των διατάξεων της Σύμβασης

Άρθρο 23: Παραβιάσεις δικαιωμάτων ή αρχών

Οι Συμβαλλόμενοι θα παρέχουν αποτελεσματική νόμιμη προστασία για να αποτρέψουν ή θέσουν τέλος σε παράνομη παραβίαση των δικαιωμάτων και αρχών που εκτίθενται στην παρούσα Σύμβαση σε πολύ σύντομη προθεσμία.

Άρθρο 24: Αποζημίωση για απρόκλητο βλάβη

Το πρόσωπο που έχει υποστεί απρόκλητο βλάβη σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και διαδικασίες που ο νόμος ορίζει.

Άρθρο 25: Κυρώσεις

Οι Συμβαλλόμενοι θα μεριμνήσουν για την εφαρμογή αποτελεσματικών κυρώσεων σε περιπτώσεις παράβασης των διατάξεων της παρούσας Σύμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ: Σχέση μεταξύ της παρούσας Σύμβασης και λοιπών διατάξεων

Άρθρο 26: Περιορισμοί άσκησης δικαιωμάτων

1. Δεν τίθενται περιορισμοί στην άσκηση των δικαιωμάτων και προστατευτικών διατάξεων της παρούσας Σύμβασης πλην όσων ορίζονται δια νόμου και είναι αναγκαίοι σε μια δημοκρατική κοινωνία προς το συμφέρον της δημόσιας ασφάλειας, την πρόληψη του εγκλήματος, την προστασία της δημόσιας υγείας ή την προστασία των δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων.

2. Οι κατά την προηγούμενη παράγραφο περιορισμοί δύνανται να μην εφαρμόζονται ως προς τα άρθρα 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 και 21.

Άρθρο 27: Ευρύτερη προστασία

Ουδεμία από τις διατάξεις της παρούσας Σύμβασης θα ερμηνεύεται ως περιοριστική ή κατ' άλλον τρόπο θίγουσα τη δυνατότητα ενός των Συμβαλλομένων να εφαρμόσει ευρύτερα μέτρα προστασίας από αυτά που συνομολογούνται με την παρούσα Σύμβαση όσον αφορά στην εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Χ: Δημόσια συζήτηση

Άρθρο 28: Δημόσια συζήτηση

Οι Συμβαλλόμενοι θα μεριμνήσουν ώστε τα θεμελιώδη ερωτήματα που εγείρονται από την εξέλιξη της βιολογίας και της Ιατρικής να καταστούν αντικείμενο κατάλληλης δημόσιας συζήτησης υπό το φως, ιδίως, των σχετικών ιατρικών,

κοινωνικών, Οικονομικών, δεοντολογικών και νομικών επιπτώσεων, καθώς και ότι οι πιθανές εφαρμογές τους θα καταστούν αντικείμενο κατάλληλων διαβουλεύσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XI: Ερμηνεία και παρακολούθηση της Σύμβασης

Άρθρο 29: Ερμηνεία της Σύμβασης

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρώπινων Δικαιωμάτων δύναται να εκφέρει, χωρίς άμεση μνεία σε οποιεσδήποτε συγκεκριμένες εκκρεμούσες δικαστικές ενέργειες, συμβουλευτικές γνώμες επί νομικών θεμάτων που αφορούν στην ερμηνεία της παρούσας Σύμβασης τη αιτήσει των:

- της Κυβέρνησης ενός των Συμβαλλομένων. κατόπιν σχετικής ενημέρωσης των λοιπών Συμβαλλομένων.

- της Επιτροπής που συγκροτείται με βάση το άρθρο 32, με αριθμό μελών που περιορίζεται στους Αντιπροσώπους των Συμβαλλομένων της παρούσας Σύμβασης, βάσει απόφασης που υιοθετείται από την πλειοψηφία των δύο τρίτων.

Άρθρο 30: Έκθεση περί εφαρμογής της Σύμβασης

Με τη λήψη της αίτησης από το Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης. κάθε Συμβαλλόμενος θα παρέχει εξήγηση του τρόπου με τον οποίο η εσωτερική νομοθεσία του διασφαλίζει την αποτελεσματική εφαρμογή κάθε διάταξης της Σύμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XII: Πρωτόκολλα

Άρθρο 31: Πρωτόκολλα

Επιτρέπεται η σύναψη Πρωτοκόλλων κατά το άρθρο 2, με σκοπό την ανάπτυξη, σε συγκεκριμένους τομείς, των αρχών που περιέχονται στην παρούσα Σύμβαση. Τα Πρωτόκολλα θα είναι ανοιχτά προς υπογραφή από τους/ υπογράφοντες τη Σύμβαση. Θα υπόκεινται σε επικύρωση, αποδοχή ή έγκριση. Οι υπογράφοντες δεν δύνανται να επικυρώσουν, αποδεχθούν ή εγκρίνουν Πρωτόκολλα χωρίς προηγούμενη ή ταυτόχρονη επικύρωση, αποδοχή ή έγκριση της Σύμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIII: Τροποποιήσεις της Σύμβασης

Άρθρο 32: Τροποποιήσεις της Σύμβασης

1. Τα καθήκοντα που ανατίθενται στην Επιτροπή στο παρόν άρθρο και στο άρθρο 29 θα επιτελούνται από την Οργανωτική Επιτροπή για τη Βιοηθική (CDBI) ή από οποιαδήποτε άλλη επιτροπή προς τούτο ορισθείσα από την Επιτροπή των Υπουργών.

2. Με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων του άρθρου 29, έκαστο κράτος-μέλος του Συμβουλίου της Ευρώπης, καθώς και έκαστο Συμβαλλόμενο Μέρος που δεν αποτελεί μέλος του Συμβουλίου της Ευρώπης, δύναται να αντιπροσωπεύεται και να διαθέτει μία ψήφο στην Επιτροπή, όταν η Επιτροπή επιτελεί τα καθήκοντα που της έχουν ανατεθεί από την παρούσα Σύμβαση.

3. Κάθε κράτος που αναφέρεται στο άρθρο 33 ή που καλείται να προσχωρήσει στη Σύμβαση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 34, το οποίο δεν είναι Συμβαλλόμενο στην παρούσα Σύμβαση, δύναται να αντιπροσωπεύεται στην Επιτροπή με παρατηρητή. Αν η Ευρωπαϊκή Κοινότητα δεν είναι Συμβαλλόμενο Μέρος, δύναται να αντιπροσωπεύεται στην Επιτροπή από παρατηρητή.

4. Προκειμένου να παρακολουθούνται οι επιστημονικές εξελίξεις, η παρούσα Σύμβαση θα εξετασθεί εντός της Επιτροπής το αργότερο εντός πενταετίας από την ημερομηνία που τίθεται εν ισχύ και μετά ταύτα ανά διαστήματα που ήθελε ορίσει η Επιτροπή.

5. Κάθε πρόταση για τροποποίηση της παρούσας Σύμβασης και κάθε πρόταση για σύναψη Πρωτοκόλλου ή για τροποποίηση Πρωτοκόλλου, που γίνεται από Συμβαλλόμενο Μέρος, την Επιτροπή ή την Επιτροπή των Υπουργών, θα μεταβιβάζεται στο Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης και θα προωθείται από αυτόν στα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, σε κάθε υπογράφοντα, Συμβαλλόμενο Μέρος, σε κάθε κράτος που καλείται να υπογράψει την παρούσα Σύμβαση σύμφωνα με το άρθρο 33 και σε κάθε κράτος που καλείται να προσχωρήσει στην παρούσα σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 34.

6. Η Επιτροπή θα εξετάζει την πρόταση όχι νωρίτερα από δύο μήνες αφότου έχει προωθηθεί από το Γενικό Γραμματέα σύμφωνα με την παράγραφο 5. Η Επιτροπή θα υποβάλλει το υιοθετηθέν με βάση την πλειοψηφία των δύο τρίτων των ψήφων κείμενο στην Επιτροπή των Υπουργών προς έγκριση. Μετά την έγκριση του, το κείμενο θα προωθείται στα Συμβαλλόμενα Μέρη προς επικύρωση, αποδοχή ή έγκριση.

7. Κάθε τροποποίηση θα τίθεται εν ισχύ, όσον αφορά στους Συμβαλλομένους που την έχουν αποδεχθεί, κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου ενός μηνός από της ημερομηνίας κατά την οποία πέντε Συμβαλλόμενα Μέρη, συμπεριλαμβανομένων τουλάχιστον τεσσάρων κρατών-μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης, έχουν γνωστοποιήσει ότι την αποδέχονται στο Γενικό Γραμματέα. Όσον αφορά σε κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος που την αποδέχεται ακολούθως, η τροποποίηση θα τίθεται εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου ενός μηνός από της ημερομηνίας κατά την οποία ο Συμβαλλόμενος έχει γνωστοποιήσει στο Γενικό Γραμματέα σχετικά με την αποδοχή της εκ μέρους του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIV: Τελικοί όροι

Άρθρο 33: Υπογραφή, επικύρωση και έναρξη ισχύος

1. Η παρούσα Σύμβαση θα είναι ανοικτή προς υπογραφή για τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, τα κράτη μη-μέλη που έχουν συμμετάσχει στην επεξεργασία της και την Ευρωπαϊκή Κοινότητα.

2. Η παρούσα Σύμβαση υπόκειται σε επικύρωση, αποδοχή ή έγκριση. Τα επίσημα νομικά έγγραφα επικύρωσης, αποδοχής ή έγκρισης θα κατατίθενται στο Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης.

3. Η παρούσα Σύμβαση θα τεθεί εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της ημερομηνίας κατά την οποία πέντε κράτη, συμπεριλαμβανομένων τουλάχιστον τεσσάρων κρατών-μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης, έχουν εκφράσει τη συναίνεσή τους να δεσμευθούν με τη Σύμβαση, σύμφωνα με ης διατάξεις της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου.

4. Όσον αφορά σε κάθε υπογράφο που ακολούθως εκφράζει τη συναίνεσή του να δεσμευθεί με αυτή, η Σύμβαση θα τεθεί εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του

μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της ημερομηνίας κατάθεσης του νομικού εγγράφου επικύρωσης, αποδοχής ή έγκρισης.

Άρθρο 34: Κράτη μη-μέλη

1. Μετά την έναρξη ισχύος της παρούσας Σύμβασης, η Επιτροπή των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης δύναται, κατόπιν ανταλλαγής απόψεων μεταξύ των Συμβαλλομένων, να καλέσει οποιοδήποτε άλλο κράτος μη-μέλος του Συμβουλίου της Ευρώπης να προσχωρήσει στην παρούσα Σύμβαση με απόφαση που λαμβάνεται από την πλειοψηφία, όπως αυτή προβλέπεται από το άρθρο 20, υποπαράγραφος d, του Καταστατικού του Συμβουλίου της Ευρώπης, καθώς και με την ομόφωνη ψήφο των αντιπροσώπων των Συμβαλλόμενων Κρατών που δικαιούνται να είναι μέλη της Επιτροπής των Υπουργών.

2. Προκειμένου περί οποιουδήποτε προσχωρούντος κράτους, η Σύμβαση θα τεθεί εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της ημερομηνίας κατάθεσης των επίσημων νομικών εγγράφων προσχώρησης στο Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Άρθρο 35: Επικράτειες

1. Κάθε υπογράφων δύναται, κατά το χρόνο της υπογραφής ή κατά την κατάθεση των επίσημων νομικών του εγγράφων επικύρωσης, αποδοχής ή έγκρισης, να προσδιορίζει την ή τις επικράτειες στις οποίες θα ισχύει η παρούσα Σύμβαση. Κάθε έτερο κράτος δύναται να διατυπώνει την αυτή δήλωση κατά την κατάθεση των επίσημων νομικών του εγγράφων προσχώρησης.

2. Κάθε Συμβαλλόμενος δύναται, σε οποιαδήποτε μεταγενέστερη ημερομηνία, με δήλωσή του στο Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης, να επεκτείνει την εφαρμογή της παρούσας Σύμβασης σε οποιαδήποτε άλλη επικράτεια που προσδιορίζεται στη δήλωση και για της οποίας τις διεθνείς σχέσεις είναι υπεύθυνος ή 12 για λογαριασμό της οποίας είναι εξουσιοδοτημένος να παρέχει εγγυήσεις. Όσον αφορά σε μία τέτοια επικράτεια, η Σύμβαση θα τίθεται εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της ημερομηνίας υποβολής αυτής της δήλωσης στο Γενικό Γραμματέα.

3. Κάθε δήλωση, που γίνεται κατά τις δύο προγενέστερες παραγράφους και αφορά σε κάθε προσδιοριζόμενη στη δήλωση επικράτεια, δύναται να αποσύρεται με κοινοποίηση προς το Γενικό Γραμματέα. Η απόσυρση θα τίθεται εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της υποβολής αυτής της κοινοποίησης στο Γενικό Γραμματέα.

Άρθρο 36: Επιφυλάξεις

1. Κάθε κράτος και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα δύναται, κατά την υπογραφή της παρούσας Σύμβασης ή κατά την κατάθεση των επίσημων νομικών του εγγράφων επικύρωσης, αποδοχής, έγκρισης ή προσχώρησης να διατυπώσει επιφύλαξη σε σχέση με οποιαδήποτε συγκεκριμένη διάταξη της Σύμβασης στο μέτρο που κάθε νομοθεσία τότε ισχύουσα στην επικράτειά του δεν είναι σύμφωνη με τη διάταξη. Δεν θα επιτρέπονται επιφυλάξεις γενικού χαρακτήρα κατά το παρόν άρθρο.

2. Κάθε επιφύλαξη που διατυπώνεται κατά το παρόν άρθρο θα περιέχει σύντομη αναφορά της σχετικής νομοθεσίας.

3. Κάθε Συμβαλλόμενος που επεκτείνει την εφαρμογή της παρούσας Σύμβασης σε επικράτεια που αναφέρεται στη σχετική με το άρθρο 35, παράγραφος 2 δήλωση δύναται, σε σχέση με την εν λόγω επικράτεια, να διατυπώσει επιφύλαξη σύμφωνα με τις διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων.

4. Κάθε Συμβαλλόμενος που έχει διατυπώσει την αναφερόμενη στο παρόν άρθρο επιφύλαξη δύναται να την αποσύρει με δήλωσή του στο Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης. Η απόσυρση της επιφύλαξης θα τίθεται εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου ενός μηνός από της ημερομηνίας υποβολής της στο Γενικό Γραμματέα.

Άρθρο 37: Καταγγελία

1. Κάθε Συμβαλλόμενος δύναται οποτεδήποτε να καταγγείλει την παρούσα Σύμβαση με κοινοποίησή του προς το Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης.

2. Η καταγγελία αυτή θα έχει έναρξη ισχύος την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της υποβολής της κοινοποίησης στο Γενικό Γραμματέα.

Άρθρο 38: Κοινοποιήσεις

Ο Γενικός Γραμματέας του Συμβουλίου της Ευρώπης θα ενημερώνει τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου, την Ευρωπαϊκή Κοινότητα, κάθε υπογράφο, κάθε Συμβαλλόμενο και κάθε έτερο κράτος που έχει κληθεί να προσχωρήσει στην παρούσα Σύμβαση, σχετικά με:

α. κάθε υπογραφή

β. την κατάθεση κάθε επίσημου νομικού εγγράφου επικύρωσης, αποδοχής, έγκρισης ή προσχώρησης

γ. κάθε ημερομηνία έναρξης ισχύος της παρούσας Σύμβασης σύμφωνα με τα άρθρα 33 ή 34

δ. κάθε τροποποίηση ή Πρωτόκολλο που υιοθετούνται σύμφωνα με το άρθρο 32 και την ημερομηνία έναρξης ισχύος αυτής της τροπολογίας ή του Πρωτοκόλλου

ε. κάθε δήλωση που γίνεται κατά τις διατάξεις του άρθρου 35

στ. κάθε επιφύλαξη και απόσυρσή της που διατυπώνεται κατά τις διατάξεις του άρθρου 36.

ζ. κάθε άλλη πράξη, κοινοποίηση ή μήνυμα σχετικά με την παρούσα Σύμβαση.

Εις πίστωση των οποίων οι κάτωθι, έχοντας τη νόμιμη προς τούτο εξουσιοδότηση, υπέγραψαν την παρούσα Σύμβαση.

Έγινε στο Οβιέδο (Αστούριας), σήμερα 4η Απριλίου 1997, στην αγγλική και γαλλική γλώσσα, με εξίσου αυθεντικά αμφότερα τα κείμενα, σε ένα μοναδικό αντίτυπο το οποίο θα κατατεθεί στα Αρχεία του Συμβουλίου της Ευρώπης. Ο Γενικός Γραμματέας του Συμβουλίου της Ευρώπης θα διαβιβάσει επικυρωμένα αντίγραφα σε έκαστο κράτος-μέλος του Συμβουλίου της Ευρώπης, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στα

κράτη μη-μέλη που έχουν συμμετάσχει στην επεξεργασία της παρούσας Σύμβασης και σε κάθε κράτος που καλείται να προσχωρήσει στην παρούσα Σύμβαση.

.....

Άρθρο δεύτερο

Η ισχύς του παρόντος νόμου αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και της Σύμβασης που κυρώνεται από την πλήρωση των προϋποθέσεων του άρθρου 33 αυτής.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.¹³

Αθήνα, 15 Ιουνίου 1998

3.3. Ανεπαρκές Νομικό Πλαίσιο

Η σχετική νομολογία που επικρατεί στον Ελλαδικό χώρο δεν είναι επαρκής για την κάλυψη των διαφόρων ηθικών διλημάτων, τα οποία ανακύπτουν καθημερινά σε όλες τις μονάδες υγείας και συνεπώς αυτό δυσχεραίνει την αντιμετώπισή τους. Θα πρέπει, λοιπόν, η πολιτεία και κυρίως το Υπουργείο Υγείας να θεσπίσει νέους κανόνες, πιο ακριβής, ώστε να αποφεύγονται οι λανθασμένες εκτιμήσεις από τους εμπλεκόμενους, εξαιτίας των ασαφειών των νόμων.

Η ανάγκη για άμεσες μεταρρυθμίσεις είναι εμφανής και επιτακτική, καθώς και η ανάγκη για εκσυγχρονισμό του νομικού και θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των συστημάτων υγείας είναι προφανής. Οποιαδήποτε, όμως, διοικητική και νομική παρέμβαση στο ζήτημα αυτό είναι καταδικασμένη σε αποτυχία, αν δε γίνει αντιληπτό το μέγεθος του προβλήματος, αλλά και ο ιδιάζων, αλλά οπωσδήποτε κεντρικός ρόλος των υγειονομικών. Για να γίνει, βέβαια αυτό, χρειάζεται η λεπτομερής καταγραφή των ιατρικών λαθών.

Επίσης, δεν θα πρέπει οι εμπλεκόμενοι, π.χ. οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι διοικητικοί να συγκαλύπτουν αναποτελεσματικές υγειονομικές πρακτικές στο όνομα μίας κακώς νοούμενης συντεχνιακής αλληλεγγύης.

¹³ www.nomoteleia.gr

Χρειάζεται λοιπόν μία μεγάλη εκπαιδευτική προσπάθεια, η οποία θα μεταβάλλει τις στάσεις και τις συμπεριφορές των υγειονομικών στελεχών, ώστε να απενοχοποιήσουν την έννοια των ιατρικών λαθών από κάθε μορφή ηθικής μομφής και να συνειδητοποιήσουν ότι τα λάθη κατά την άσκηση της ιατρικής επιστήμης είναι αναπόφευκτα και μπορούν να περιοριστούν μόνο μετά από εντατική μελέτη, έγκαιρη ανίχνευση και εφαρμογή τεκμηριωμένων και βέλτιστων πρακτικών.

Προς αυτή την κατεύθυνση θα βοηθούσε και η κατοχύρωση των γιατρών για αποφάσεις σε εξαιρετικά δύσκολες περιπτώσεις, π.χ. άρνηση μετάγγισης αίματος από μάρτυρα του Ιεχωβά – ειδικά αν πρόκειται για παιδί -, ώστε οι γιατροί να μπορέσουν να υπηρετήσουν τον όρκο που έχουν δώσει ανεπηρέαστοι από διάφορες θρησκευτικές, νομικές και ηθικές πεποιθήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Ηθικά διλλήματα στην Αιμοδοσία

Σε καθημερινή βάση, σε ένα εργαστήριο δημόσιου νοσοκομείου, το τεχνολογικό προσωπικό αντιμετωπίζει ηθικά διλλήματα, τα οποία, στη συνέχεια, καλείται να επιλύσει ο θεράπων ιατρός με την ισχύουσα νομοθεσία και την εκπαίδευση που έχει. Τα βασικότερα ηθικά διλλήματα που ανακύπτουν στον χώρο της αιμοδοσίας είναι τα εξής :

1. Άρνηση μετάγγισης αίματος από μάρτυρες του Ιεχωβά
2. Απόρριψη ομοφυλοφίλων από τους εθελοντές αιμοδότες
3. Τράπεζες αίματος
4. Μετάγγιση ρέζους θετικό σε ηλικιωμένους με ρέζους αρνητικό
5. Μετάγγιση αίματος με ασύμβατο δότη
6. Προγραμματισμός χειρουργείων ασθενών χωρίς προκατάθεση μονάδων
7. Αποστολή λάθους δείγματος αίματος ασθενούς

Η παρούσα εργασία θα προσπαθήσει να αναλύσει τα παραπάνω διλλήματα, χρησιμοποιώντας τις νομικές διατάξεις, τη θρησκευτικές πεποιθήσεις , την εκπαίδευση και τις αρχές του ιατρικού προσωπικού.

4.1.1. Άρνηση μετάγγισης αίματος από Μάρτυρες του Ιεχωβά

Οι γιατροί αντιμετωπίζουν μια ειδική πρόκληση στη νοσηλεία Μαρτύρων του Ιεχωβά. Τα μέλη αυτής της πίστης έχουν βαθιές θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι οποίες τους απαγορεύουν να δεχτούν ομόλογο ή αυτόλογο πλήρες αίμα, συμπυκνωμένα RBC [ερυθρά αιμοσφαίρια], WBC [λευκά αιμοσφαίρια] ή αιμοπετάλια. Πολλοί αποδέχονται τη χρήση καρδιοπνευμονικής συσκευής, συσκευής αιμοκάθαρσης ή παρόμοιων μηχανημάτων [που δεν περιλαμβάνουν τη χρήση αίματος], αν η εξωσωματική κυκλοφορία είναι συνεχής.

Το ιατρικό προσωπικό δεν χρειάζεται να ανησυχεί μήπως του επιρριφθεί ευθύνη, επειδή οι Μάρτυρες παίρνουν επαρκή νομικά μέτρα για να το απαλλάξουν από την ευθύνη που σχετίζεται με την άρνηση αίματος κατόπιν διαφώτισης. Αυτοί δέχονται μη αιματούχα υποκατάστατα. Χρησιμοποιώντας αυτά, καθώς και άλλες σχολαστικές τεχνικές, οι γιατροί κάνουν σοβαρές εγχειρήσεις όλων των ειδών σε ενήλικους και ανήλικους ασθενείς Μάρτυρες. Έτσι, έχει αναπτυχθεί ένας καθιερωμένος τρόπος χειρισμού τέτοιων ασθενών, και αυτός συμφωνεί με την πεποίθηση που υποστηρίζει τη νοσηλεία «ολόκληρου του ατόμου».¹⁴

Οι γιατροί αντιμετωπίζουν μια αυξανόμενη πρόκληση που αποτελεί μεγάλο ζήτημα στο θέμα της υγείας. Οι πάνω από τρία εκατομμύρια Μάρτυρες του Ιεχωβά σ' ολόκληρο τον κόσμο δεν δέχονται μεταγγίσεις αίματος. Ο αριθμός των Μαρτύρων αυξάνει, καθώς και ο αριθμός εκείνων που έχουν συντακτιστεί μαζί τους. Μολονότι στο παρελθόν πολλοί γιατροί και υπεύθυνοι στα νοσοκομεία θεωρούσαν την άρνηση μετάγγισης σαν ένα νομικό πρόβλημα και ζητούσαν δικαστική εξουσιοδότηση για να κάνουν αυτό που θεωρούσαν σκόπιμο από ιατρική άποψη, πρόσφατα ιατρικά συγγράμματα αποκαλύπτουν ότι παρατηρείται μια αξιόλογη αλλαγή σ' αυτή τη στάση. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη χειρουργική πείρα που υπάρχει στις εγχειρήσεις σε ασθενείς με πολύ χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης και μπορεί επίσης να δείχνει ότι λαβαίνουν περισσότερο υπόψη τους τη νομική αρχή της συναίνεσης κατόπιν διαφώτισης.

Σήμερα, υπάρχουν πάρα πολλές περιπτώσεις προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων, καθώς και περιπτώσεις τραυματισμών που αφορούν ενήλικους και ανήλικους Μάρτυρες, οι οποίες αντιμετωπίζονται χωρίς μετάγγιση αίματος. Εκπρόσωποι των Μαρτύρων του Ιεχωβά συναντήθηκαν πρόσφατα με το χειρουργικό και το διοικητικό προσωπικό μερικών από τα μεγαλύτερα ιατρικά κέντρα της χώρας. Οι συναντήσεις αυτές βελτίωσαν την κατανόηση και συνέβαλαν στην επίλυση προβλημάτων σχετικά με τη διεγχειρητική συλλογή αίματος, τις μεταμοσχεύσεις και την αποφυγή ιατρικών και νομικών συγκρούσεων.

Δεκάδες Μάρτυρες του Ιεχωβά είναι γιατροί, και μάλιστα χειρουργοί, αλλά είναι ένας λαός με βαθιές θρησκευτικές πεποιθήσεις και πιστεύουν ότι η μετάγγιση

¹⁴ JAMA 1981•246:2471-2472

αίματος τούς είναι απαγορευμένη, σύμφωνα με Γραφικά εδάφια όπως είναι τα ακόλουθα: «Κρέας όμως με την ζωή αυτού, με το αίμα αυτού, δεν θέλετε φάγει»¹⁵, «θέλεις χύσει το αίμα αυτού και θέλεις σκεπάσει αυτό με χώμα»¹⁶ και «Να απέχωσιν . . . από της πορνείας και του πνικτού και του αίματος».¹⁷

Μολονότι αυτά τα εδάφια δεν διατυπώνονται με ιατρικούς όρους, οι Μάρτυρες θεωρούν ότι αυτά αποκλείουν τη μετάγγιση πλήρους αίματος, συμπυκνωμένων RBC και πλάσματος, καθώς και τη χορήγηση WBC και αιμοπεταλίων. Ωστόσο, οι θρησκευτικές αντιλήψεις των Μαρτύρων δεν απαγορεύουν απόλυτα τη χρήση συστατικών, όπως είναι η λευκωματίνη, οι ανοσοσφαιρίνες και τα αιμοφιλικά παρασκευάσματα. Κάθε Μάρτυρας πρέπει να αποφασίσει ατομικά αν μπορεί να τα δεχτεί αυτά.

Αν και χειρουργοί έχουν συχνά αρνηθεί να νοσηλεύσουν Μάρτυρες, επειδή η στάση των Μαρτύρων σχετικά με τη χρήση των παραγώγων του αίματος φαινόταν να «δένει τα χέρια του γιατρού», πολλοί γιατροί έχουν αποφασίσει τώρα να θεωρούν το ζήτημα απλώς σαν μια ακόμη πρόκληση για τη δεξιοτεχνία τους. Επειδή οι Μάρτυρες δεν φέρνουν αντίρρηση στα κολλοειδή ή κρυσταλλοειδή υγρά υποκατάστατα ή στην ηλεκτροκαυτηρίαση, την υποτασική αναισθησία¹⁸ ή την υποθερμία, αυτά τα μέσα έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία. Η τωρινή και η μελλοντική χρήση του hetastarch,¹⁹ της ενδοφλέβιας χορήγησης μεγάλων δόσεων σιδηρούχας δεξτράνης,²⁰ και του «υπερηχοτόμου (sonic scalpel)»²¹ είναι ελπιδοφόρα μέσα και δεν είναι απορρίψιμα από θρησκευτική άποψη. Επίσης, αν αποδειχτεί ότι το φθοριούχο υποκατάστατο του αίματος που εφευρέθηκε πρόσφατα (Fluosol-DA) είναι ασφαλές

¹⁵ Γένεσις 9:3-4

¹⁶ Λευιτικόν 17:13-14

¹⁷ Πράξεις 15:19-21

¹⁸ MEDICAL NEWS, «Η υποτασική αναισθησία διευκολύνει τις εγχειρήσεις του ισχίου», JAMA 1978, 239:181.

¹⁹ Hetastarch (Hespan), «Ένα νέο εκτατικό πλάσμα», Med Lett Drugs Ther 1981, 23:16.

²⁰ Hamstra RD, Block MH, Schocket AL, «Ενδοφλέβια χορήγηση σιδηρούχας δεξτράνης στην κλινική ιατρική», JAMA 1980, 243:1726-1731.

Lapin R, «Σοβαρές εγχειρήσεις σε Μάρτυρες του Ιεχωβά», Contemp Orthop 1980, 2:647-654.

²¹ Fuerst ML, «Ο Υπερηχοτόμος (Sonic scalpel) σώζει αιμοφόρα αγγεία», Med Trib 1981, 22:1,30.

και αποτελεσματικό,²² η χρήση του δεν θα αντιβαίνει στις πεποιθήσεις των Μαρτύρων.

Το 1977, ο Οττ και ο Κούλεϊ έκαναν έκθεση για 542 καρδιοαγγειακές εγχειρήσεις που έγιναν σε Μάρτυρες χωρίς μετάγγιση αίματος και συμπέραναν ότι αυτή η διαδικασία μπορεί να ακολουθείται «με παραδεκτά χαμηλό κίνδυνο». Μετά από αίτημά μας, ο Κούλεϊ έκανε πρόσφατα μια στατιστική ανάλυση 1.026 εγχειρήσεων, από τις οποίες το 22% έγιναν σε ανήλικους, και αποφάνθηκε ότι «ο κίνδυνος που διατρέχουν στις χειρουργικές επεμβάσεις οι ασθενείς που ανήκουν στην ομάδα των Μαρτύρων του Ιεχωβά, δεν είναι ουσιαστικά μεγαλύτερος από ότι είναι και για τους άλλους».²³

Παρόμοια, ο γιατρός Μάικλ Ε. Ντε Μπέικι σε προσωπική του δήλωση το 1981 ανέφερε ότι «στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων των Μαρτύρων, ο κίνδυνος που αυτοί διατρέχουν στις εγχειρήσεις χωρίς τη χρήση μετάγγισης αίματος δεν είναι μεγαλύτερος απ' αυτόν που υπάρχει για τους ασθενείς στους οποίους χρησιμοποιούμε μεταγγίσεις αίματος».

Η βιβλιογραφία αναφέρει επίσης σοβαρές ουρολογικές²⁴ και ορθοπεδικές²⁵ εγχειρήσεις που έγιναν με επιτυχία. Σε αδημοσίευτα στοιχεία τον Αύγουστο του 1981 οι γιατροί Τζ. Ντιν Μακ Γιούν και Τζ. Ρίτσαρντ Μπάουεν γράφουν ότι έγινε σπονδυλοσύνδεση (posterior spinal fusion) «με επιτυχία σε 20 ανήλικους Μάρτυρες» και προσθέτουν: «Ο χειρουργός πρέπει να αποδεχτεί τη φιλοσοφία που σέβεται το δικαίωμα που έχει ο ασθενής να αρνείται μετάγγιση αίματος, αλλά θα πρέπει, ωστόσο, να προβαίνει σε χειρουργικές επεμβάσεις με τρόπο που παρέχει ασφάλεια στον ασθενή».

Ο Χέρμπσμαν αναφέρει ότι υπήρχε επιτυχία σε διάφορες περιπτώσεις «με τεράστια τραυματική απώλεια αίματος», στις οποίες περιλαμβάνονται και οι περιπτώσεις μερικών νεαρών. Ομολογεί ότι «οι Μάρτυρες μειονεκτούν κάπως όταν

²²Gonzales ER, «Η εποχή του 'τεχνητού αίματος': Fluosol, ένα ειδικό ευεργέτημα για τους Μάρτυρες του Ιεχωβά», JAMA 1980, 243:719-724

²³Ott DA, Cooley DA: Καρδιοαγγειακές Χειρουργικές Επεμβάσεις σε Μάρτυρες του Ιεχωβά. JAMA 1977, 238:1256-1258.

²⁴Roen PR, Velcek F: Εκτεταμένες ουρολογικές εγχειρήσεις χωρίς μετάγγιση αίματος. NY State J Med 1972•72:2524-2527.

²⁵Nelson CL, Martin K, Lawson N, et al: Ολική πρόθεση ισχίου χωρίς μετάγγιση. Contemp Orthop 1980•2:655-658

πρόκειται για ανάγκες αίματος. Παρ' όλα αυτά, είναι επίσης πολύ σαφές ότι έχουμε κι άλλες εναλλακτικές λύσεις για την υποκατάσταση του αίματος». Αφού παρατήρησε ότι πολλοί χειρουργοί δίστασαν να αναλάβουν Μάρτυρες ασθενείς, «φοβούμενοι τις νομικές συνέπειες», τόνισε ότι αυτή η ανησυχία δεν είναι βάσιμη.²⁶

Οι Μάρτυρες υπογράφουν πρόθυμα το έντυπο του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου που απαλλάσσει τους γιατρούς και τα νοσοκομεία από ευθύνη²⁷, και οι περισσότεροι Μάρτυρες κρατούν μια χρονολογημένη κάρτα Ιατρικής Προειδοποίησης που έχει υπογραφεί από μάρτυρες και έχει προετοιμαστεί σε συνεννόηση με ιατρικές και νομικές αρχές. Αυτά τα έγγραφα δεσμεύουν τον ασθενή (ή τα άτομα που αυτός έχει εξουσιοδοτήσει) και παρέχουν προστασία στους γιατρούς, επειδή ο δικαστής Γουόρεν Μπέργκερ αποφάνθηκε ότι σε περίπτωση που έχει υπογραφεί ένα τέτοιο έντυπο, οποιαδήποτε αγωγή για κακό χειρισμό από μέρους του γιατρού «θα ήταν αστήριχτη».

Επίσης, σχολιάζοντας σχετικά μ' αυτό σε μια ανάλυση για την «αναγκαστική ιατρική περίθαλψη και τη θρησκευτική ελευθερία», ο Πάρις έγραψε: «Ένας σχολιαστής που ερεύνησε τη σχετική βιβλιογραφία ανέφερε: 'Δεν μπόρεσα να βρω καμιά επιβεβαίωση γι' αυτό που λένε, ότι ο γιατρός θα μπορούσε να φέρει . . . ποινική . . . ευθύνη επειδή δεν επέβαλε μετάγγιση σε κάποιον ασθενή που δεν την ήθελε', ο κίνδυνος φαίνεται να είναι μάλλον προϊόν μιας επινοητικής νομικής διάνοιας παρά μια ρεαλιστική πιθανότητα».²⁸

Η περίθαλψη ανηλίκων παρουσιάζει τις μεγαλύτερες ανησυχίες, και συχνά έχει σαν αποτέλεσμα να γίνονται νομικές ενέργειες εναντίον των γονέων με βάση τους νόμους σχετικά με την παραμέληση των παιδιών. Όμως πολλοί γιατροί και δικηγόροι, που είναι εξοικειωμένοι με περιπτώσεις Μαρτύρων, αμφισβητούν τέτοιου είδους ενέργειες επειδή πιστεύουν ότι οι γονείς Μάρτυρες επιζητούν καλή ιατρική περίθαλψη για τα παιδιά τους.

Χωρίς να επιθυμούν να αποφύγουν τη γονική τους ευθύνη ή να τη μεταθέσουν σε κάποιο δικαστή ή σε άλλο τρίτο πρόσωπο, οι Μάρτυρες επιμένουν να ληφθούν

²⁶ Herbsman H: Παροχή Νοσηλείας στους Μάρτυρες του Ιεχωβά. Emerg Med 1980•12:73-76.

²⁷ Medicolegal Forms With Legal Analysis. Σικάγο, Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος, 1976, σ. 83.

²⁸ Paris JJ: Η υποχρεωτική περίθαλψη και η θρησκευτική ελευθερία: Τίνος νόμος θα υπερισχύσει; Univ San Francisco Law Rev 1975•10:1-35.

υπόψη οι θρησκευτικές πεποιθήσεις της οικογένειας. Ο Δρ Α. Ντ. Κέλι, τέως Γραμματέας του Καναδικού Ιατρικού Συλλόγου, έγραψε ότι «οι γονείς των ανηλίκων και οι πλησιέστεροι συγγενείς των ασθενών που έχουν χάσει τις αισθήσεις τους, έχουν το δικαίωμα να ερμηνεύσουν τη θέληση του ασθενή. . . . Δεν τρέφω θαυμασμό για ένα δικαστήριο αμφισβητήσιμου κύρους που συνεδριάζει στις 2:00 π.μ. για να αποσπάσει ένα παιδί από την κηδεμονία του γονέα του».

Είναι προφανές δικαίωμα των γονέων να εκφράσουν τη γνώμη τους σχετικά με την περίθαλψη που θα λάβουν τα παιδιά τους, σε περιπτώσεις όπου αντιμετωπίζονται οι πιθανοί κίνδυνοι και τα οφέλη της χειρουργικής επέμβασης, της ακτινοβολίας ή της χημειοθεραπείας.

Για ηθικούς λόγους που ξεπερνούν το ζήτημα του κινδύνου που υπάρχει στη μετάγγιση, οι γονείς Μάρτυρες ζητούν τη χρήση θεραπευτικής αγωγής που δεν απαγορεύεται από θρησκευτική άποψη. Αυτό συμφωνεί με την ιατρική πεποίθηση σχετικά με τη νοσηλεία «ολόκληρου του ατόμου», χωρίς να παραβλέπεται η πιθανότητα να επέλθει ψυχοκοινωνική βλάβη από την επιβολή μιας ενέργειας που παραβιάζει τις θεμελιώδεις πεποιθήσεις μιας οικογένειας.

Σήμερα, μεγάλα ιατρικά κέντρα σ' ολόκληρη τη χώρα που έχουν πείρα με τους Μάρτυρες, δέχονται συχνά να αναλάβουν ασθενείς, ακόμη και παιδιατρικές περιπτώσεις, που μεταφέρονται από ιδρύματα τα οποία δεν είναι πρόθυμα να παράσχουν θεραπευτική αγωγή σε Μάρτυρες. Βέβαια, αυτή η στάση των Μαρτύρων του Ιεχωβά μπορεί να βάλει σε δίλημμα ένα γιατρό που είναι αφιερωμένος στη διατήρηση της ζωής και της υγείας, χρησιμοποιώντας όλες τις τεχνικές που έχει στη διάθεσή του.

Προλογίζοντας μια σειρά άρθρων που ασχολούνταν με σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις σε Μάρτυρες, ο Χάρβεϊ ομολόγησε: «Βρίσκω ενοχλητικές αυτές τις πεποιθήσεις που μπορεί να παρεμποδίσουν την εργασία μου». Αλλά, πρόσθεσε: «Ίσως και εμείς, επίσης, λησμονούμε εύκολα ότι η χειρουργική είναι μια τέχνη που εξαρτάται από την προσωπική τεχνική των ατόμων. Η τεχνική επιδέχεται βελτίωση».

Αντί να θεωρούν τον ασθενή Μάρτυρα σαν ένα πρόβλημα, ολοένα και περισσότεροι γιατροί παραδέχονται ότι αυτό το ζήτημα αποτελεί πρόκληση στον

τομέα της ιατρικής. Στην αντιμετώπιση αυτής της πρόκλησης, έχουν αναπτύξει έναν τρόπο χειρισμού αυτής της ομάδας των ασθενών, ο οποίος έγινε δεκτός από πολλά ιατρικά κέντρα σ' ολόκληρη τη χώρα. Συγχρόνως, αυτοί οι γιατροί παρέχουν περίθαλψη που συμβάλλει στο γενικό καλό του ασθενή. Όπως παρατηρεί ο Γκάρντνερ και άλλοι: «Ποιος θα ωφεληθεί αν θεραπευτεί η σωματική ασθένεια του ασθενή ενώ η πνευματική του ζωή όπως τη βλέπει το άτομο, απέναντι στον Θεό, έχει συμβιβαστεί, πράγμα που θα οδηγήσει σε μια ζωή χωρίς νόημα και ίσως χειρότερη και από το θάνατο ακόμα».

Οι Μάρτυρες αναγνωρίζουν ότι, από ιατρική άποψη, η σταθερή πεποίθηση που διακρατούν φαίνεται να προσθέτει ένα βαθμό κινδύνου και μπορεί να καθιστά περίπλοκη την περίθαλψή τους. Γι' αυτό, συνήθως εκδηλώνουν ασυνήθιστη εκτίμηση για την περίθαλψη που λαβαίνουν. Εκτός από τη βαθιά πίστη και την έντονη θέληση που έχουν για να ζήσουν, πράγματα που αποτελούν βασικά στοιχεία, αυτοί συνεργάζονται ευχαρίστως με τους γιατρούς και το ιατρικό προσωπικό. Έτσι λοιπόν, και ο ασθενής και ο γιατρός είναι ενωμένοι στην αντιμετώπιση αυτής της μοναδικής πρόκλησης.

Οι Μάρτυρες του Ιεχωβά παραμένουν πιστοί στις θρησκευτικές πεποιθήσεις τους χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους αν θα χαθεί μια ζωή ακόμη και αν πρόκειται για μικρό παιδί. Για παράδειγμα γυναίκα από τη Λάρνακα θυσίασε την ίδια της τη ζωή, διότι ως μάρτυρας του Ιεχωβά αρνήθηκε τη μετάγγιση αίματος, παρόλο που η κατάστασή της ήταν ιδιαίτερα κρίσιμη. Μεταφέρθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με αιμορραγία στο στομάχι. Οι παροτρύνσεις των ιατρών για να αλλάξει γνώμη έπεσαν στο κενό. Μετά από τρεις ημέρες νοσηλείας απεβίωσε. Το εν λόγω περιστατικό έλαβε χώρα στις 8/2/2006. Εντούτοις, αποκαλύπτεται μετά από πάροδο ενός χρόνου και μετά την εμπλοκή της Επιτροπής Διοικήσεως Ηλιάνας Νικολάου

Επίσης, στην Αγγλία μια νεαρή κοπέλα γέννησε ένα αγοράκι κι ένα κοριτσάκι, αλλά μετά τη γέννα παρουσίασε αιμορραγία και αρνούμενη μετάγγιση αίματος πέθανε λίγες ώρες αργότερα. Η κοπέλα ήταν Μάρτυρας του Ιεχωβά και η θρησκεία, της απαγόρευε να δεχθεί ξένο αίμα στο σώμα της. Οι γονείς αν και ήξεραν ότι θα σωθεί με την μετάγγιση, στάθηκαν δίπλα στην απόφαση της κόρης τους. Εξάλλου, όλη η οικογένεια ακολουθούσε κατά γράμμα τη θρησκεία.

Αυτά τα περιστατικά, μας κάνουν και αναρωτιόμαστε αν η ζωή είναι το πιο πολύτιμο αγαθό του ανθρώπου και θα πρέπει να εξυψώνεται από όλες τις θρησκείες.

4.1.2. Απόρριψη ομοφυλόφιλων από τους εθελοντές Αιμοδότες

Οι εθελοντές αιμοδότες, όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 2, αποτελούν σημαντική κατηγορία για τον κλάδο της αιμοδοσίας, διότι χάρη στην ευγενή προσφορά τους, ένα μεγάλο μέρος των αναγκών των νοσοκομείων για μεταγγίσεις καλύπτεται από αυτούς. Δεν είναι, όμως, όλοι οι πολίτες ευπρόσδεκτοι στην αιμοδοσία, καθώς υπάρχουν ορισμένες κατηγορίες υψηλού κινδύνου, όπως λέγονται χαρακτηριστικά, οι οποίες αποκλείονται από αυτή τη διαδικασία.

Πιο συγκεκριμένα, στο δελτίο αιμοδότη που δίνεται πριν τη διαδικασία αναφέρεται ότι : **«Αίμα δεν πρέπει να δώσει όποιος είχε έστω και μία ομοφυλοφιλική σχέση από το 1977»**, και αυτό γιατί οι ομοφυλόφιλοι θεωρούνται «ομάδα υψηλού κινδύνου» για μετάδοση του ιού HIV.

Αναφορικά με αυτήν τη θέση, προκύπτει το ηθικό δίλλημα κατά πόσο ένας ομοφυλόφιλος, ο οποίος διατηρεί μόνιμη σχέση με το σύντροφό του, έχει αυξημένο κίνδυνο να μεταδώσει μια ασθένεια, σε σχέση με κάποιον ετεροφυλόφιλο, ο οποίος αλλάζει κάθε μέρα σύντροφο.

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων, FDA, οι άνδρες που είχαν σεξουαλικές σχέσεις με άλλους άντρες, από το 1977 (την έναρξη της επιδημίας του AIDS στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής), απορρίπτονται από αιμοδότες ως ομάδα με αυξημένο κίνδυνο για τον ιό HIV, ηπατίτιδα Β και ορισμένες άλλες λοιμώξεις που μπορούν να μεταδοθούν από τη μετάγγιση.

Η πολιτική που ακολουθείται δεν αφορά μόνο τις Ηνωμένες Πολιτείες αλλά και διεθνώς. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν επανεξετάσει τόσο την επιστημονική

όσο και την ηθική της αναβολής της ομάδας των ομοφυλόφιλων και διατήρησαν αυτήν.²⁹

Η απόρριψη ανδρών αιμοδοτών που είχαν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες βασίζεται στις ακόλουθες σκέψεις σχετικά με τον κίνδυνο του HIV:

- Οι άνδρες που είχαν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες από το 1977 έχουν επιπολασμό του ιού HIV (ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων μιας ασθένειας που είναι παρόντες σε έναν πληθυσμό σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή), 60 φορές υψηλότερο από το γενικό πληθυσμό, 800 φορές υψηλότερο από τους αιμοδότες της πρώτης φοράς και 8000 φορές μεγαλύτερος από τους αιμοδότες του Αμερικανικού Ερυθρού Σταυρού. Ακόμη και αν ληφθεί υπόψη ότι το 75% των HIV + ανδρών που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες γνωρίζουν ότι είναι θετικοί στον ιό HIV και θα ήταν απίθανο να δώσουν αίμα, ο επιπολασμός του ιού HIV σε δυνητικούς δότες με την ιστορία του ανδρικού φύλου με τους άνδρες είναι 200 φορές υψηλότερη από τους αιμοδότες της πρώτης φοράς και 2000 φορές υψηλότερα από εθελοντές αιμοδότες.
- Οι άνδρες που είχαν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο ενιαίο όμιλο των δοτών αίματος που βρέθηκαν θετικοί στον ιό HIV από τη δοκιμή αιμοδότης.
- Χρησιμοποιώντας δοκιμές προηγμένων τεχνολογιών έχει μειώσει σημαντικά ο κίνδυνο μετάδοσης του ιού HIV. Ενώ χρησιμοποιούνται εξαιρετικά ευαίσθητες δοκιμές αδυνατούν να ανιχνεύσουν σε ποσοστό λιγότερο από το ένα στο εκατομμύριο HIV+ αιμοδοτών και είναι σημαντικό αν αναλογιστεί κανείς ότι στις ΗΠΑ υπάρχουν πάνω από 20 εκατομμύρια μεταγίσεις ερυθρών συμπυκνώματα, πλάσματος και αιμοπεταλίων κάθε χρόνο. Ως εκ τούτου, ακόμη και ένα ποσοστό αποτυχίας του 1 στο εκατομμύριο μπορεί να είναι σημαντικό, εάν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος HIV στον πληθυσμό αιμοδότες.
- Ανίχνευσης λοίμωξης από τον ιό HIV είναι ιδιαίτερα δύσκολη όταν η παρουσία του ιού στο αίμα βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα για παράδειγμα κατά τη διάρκεια της λεγόμενης "περίοδος παραθύρου". Η «περίοδος

²⁹ Πρακτικά της FDA : «Ημερίδα για συμπεριφορά που βασίζεται στην απόρριψη αιμοδοτών – NAT εποχή»

παραθύρου» είναι ο χρόνος μεταξύ της μόλυνσης από τον ιό HIV και τη δυνατότητα μιας διάγνωσης του HIV+ αιμοδότη.

- Η πολιτική του FDA για αποκλεισμό των MSM μειώνει την πιθανότητα να δοθεί αίμα ή και παράγωγα αυτού κατά τη διάρκεια της «περιόδου παράθυρου" της μόλυνσης. Αυτό είναι σημαντικό γιατί το ποσοστό των νέων μολύνσεων σε MSM είναι υψηλότερη από ό, τι στο γενικό πληθυσμό και την κατηγορία των εθελοντών αιμοδοτών.
- Συλλογής του αίματος από άτομα με αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο να δοθεί σε έναν ασθενή κατά λάθος είτε πριν από τη ολοκλήρωση της δοκιμασίας ή μετά από ένα θετικό αποτέλεσμα. Μπορεί τέτοια ιατρικά λάθη να συμβαίνουν πολύ σπάνια, αλλά δεδομένου ότι υπάρχουν πάνω από 20 εκατομμύρια μεταγγίσεις κάθε χρόνο όπως π.χ. στις ΗΠΑ, μπορούν να συμβούν. Αυτός είναι ένας ακόμη λόγος για τον FDA να επεξεργαστεί και άλλες ρυθμιστικές αρχές για να εξασφαλίσουν περισσότερες εγγυήσεις.
- Αρκετά επιστημονικά μοντέλα δείχνουν την ύπαρξη ενός μικρού αλλά σαφέστατου αυξημένου κίνδυνου για τους ανθρώπους που λαμβάνουν μετάγγιση αίματος εάν οι MSM γίνονται δεκτοί ως αιμοδότες.
- Μια σειρά κριτηρίων για την επιλογή του δότη συμπεριλαμβανομένου της πρακτικής του ασφαλούς σεξ ή χαμηλό αριθμό εταίρων, δεν έχει ακόμη βρεθεί για να εντοπίσει αξιόπιστα ΜΔΚ άτομα που δεν βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για τον ιό HIV ή ορισμένες άλλες λοιμώξεις που μεταδίδονται με τη μετάγγιση.
- Σήμερα, ο κίνδυνος εμφάνισης του ιού HIV από μετάγγιση ή ένα προϊόν αίματος έχει σχεδόν εξαλειφθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η βελτίωση των διαδικασιών, των εξετάσεων διαλογής των δοτών για τον κίνδυνο μόλυνσης και οι εργαστηριακές δοκιμές για την επιβεβαίωση της μόλυνσης με τον ιό HIV έχουν κάνει την Αμερική στην προσφοράς αίματος ασφαλέστερη από ποτέ. Ενώ εκτιμά και υποστηρίζει την επιθυμία των δυνητικών δοτών αίματος για να συμβάλει στην υγεία των άλλων, πρώτη υποχρέωση του FDA είναι να διασφαλίζεται η ασφάλεια των προμηθειών αίματος και προστατεύεται η υγεία των ληπτών αίματος και παραγώγων αυτού.
- Οι άνδρες που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες έχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο να αποκτήσουν άλλες μολύνσεις που μπορεί να μεταδοθεί με την

μετάγγιση αίματος. Για παράδειγμα, η μόλυνση με τον ιό της ηπατίτιδας Β είναι περίπου 5-6 φορές πιο συνηθισμένη και της ηπατίτιδας C λοιμώξεις από τον ιό είναι περίπου 2 φορές πιο συχνή σε άνδρες που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άλλους άνδρες από ό, τι στο γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, οι άνδρες που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες έχουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης και την επικράτηση των ανθρωπίνων Herpes Virus-8 (HHV-8). HHV-8 προκαλεί καρκίνο που ονομάζεται σάρκωμα Kaposi σε ανοσοκατασταλμένα άτομα.

Το FDA προκειμένου να προστατέψει την προσφορά αίματος, υιοθετεί ένα σύστημα με τη χρησιμοποίηση της διαδικασίας του αυτοαποκλεισμού, σύμφωνα με την οποία οι ιδιώτες επιλέγουν να μην δίνουν αίμα επειδή οι ίδιοι αναπροσδιορίζουν κάποια χαρακτηριστικά που να τους τοποθετούν σε δυνητικά υψηλότερο κίνδυνο να μεταδώσουν κάποια ασθένεια διαμέσου της μετάγγισης. Το σύστημα αυτό ξεκινά από την ενημέρωση των αιμοδοτών για τον κίνδυνο μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων. Στη συνέχεια, οι δυνητικοί δότες έχουν ερωτήσεις σχετικά με την υγεία τους και ορισμένες συμπεριφορές και άλλους παράγοντες όπως τα ταξίδια, μεταγίσεις που έγιναν στο παρελθόν, που αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσής τους. Οι ερωτήσεις ελέγχου μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους, ακόμα και εκείνους που αισθάνονται καλά, να αναπροσδιορίζουν τη φυσική τους κατάσταση για τη μετάδοση λοιμωδών νόσων.

Επιπλέον, το FDA βασιζόμενο στην τεκμηριωμένη και επιστημονικώς αποδειγμένη άποψη ότι ορισμένες κατηγορίες του πληθυσμού μεταδίδουν ιούς ή λοιμώξεις, απορρίπτει και άλλους δωρητές, όπως οι χρήστες ναρκωτικών, οι άνθρωποι που έχουν λάβει μεταμοσχεύσεις ζωικών ιστών ή οργάνων, Τα άτομα που έχουν πρόσφατα ταξιδέψει στο εξωτερικό ή που ζουν σε ορισμένες χώρες είναι δυνατόν να εξαιρεθούν με κίνδυνο τη διαβίβαση λοιμώξεων όπως η ελονοσία ή παραλλαγή της νόσου Creutzfeldt-Jakob (vCJD) και οι άνθρωποι που έχουν εμπλακεί σε σεξουαλική επαφή με αντάλλαγμα χρήματα ή ναρκωτικά.

Το τεστ HIV δεν είναι πολύ ακριβές στο να ανιχνεύσει τον ιό HIV 100% με αποτέλεσμα να μολύνεται ένα μικρό, ευτυχώς, μέρος του πληθυσμού ερήμην του. Και αυτό, γιατί ένα άτομο που έχει μολυνθεί με τον ιό HIV, μπορεί να μην έχει αναπτύξει αρκετά αντισώματα για να ανιχνευθούν από τις διαθέσιμες δοκιμές. Για το λόγο αυτό,

ένα άτομο θα μπορούσε να έχει αρνητική τιμή, ακόμα και όταν είναι πραγματικά θετικό στον ιό HIV. Ως εκ τούτου, οι αιμοδότες δεν πρέπει να ελέγχονται μόνο εργαστηριακά αλλά και να τους τίθενται ερωτήματα σχετικά με τις συμπεριφορές που αυξάνουν τον κίνδυνο της λοίμωξης HIV.

Σε δημοσίευσμά της η εφημερίδα «Τα Νέα» περιγράφει ένα περιστατικό, το οποίο μας βοηθάει να κατανοήσουμε, όσα αναφέραμε παραπάνω :

«Ποινή για τον οροθετικό αιμοδότη»

Δημοσιεύτηκε: Τετάρτη 10 Μαρτίου 2010

«Ποινή φυλάκισης 33 μηνών - με 3ετή αναστολή - επέβαλε το Τριμελές Πλημμελειοδικείο Θεσσαλονίκης στον 42χρονο αιμοδότη, που πριν από πέντε χρόνια είχε δώσει μολυσμένο με τον ιό HIV που προκαλεί το AIDS αίμα. Από τη μετάγγιση του αίματος είχαν μολυνθεί ένα 16χρονο κορίτσι και ένας ηλικιωμένος καρδιοπαθής.

Το δικαστήριο έκρινε ότι ο 42χρονος είναι ένοχος για σωματική βλάβη από αμέλεια και κατά συρροή αλλά και για παραβίασης των μέτρων που ισχύουν για τη διάδοση ασθενειών από συνειδητή αμέλεια. Στη διάρκεια της δίκης - που έγινε κεκλεισμένων των θυρών - ο 42χρονος ισχυρίστηκε ότι δεν είχε πρόθεση να μεταδώσει τον AIDS σε άλλους κι ότι δεν γνώριζε ότι ήταν φορέας του ιού. Ο ίδιος είχε μολυνθεί ύστερα από επαφή με ιερόδουλη. Σύμφωνα με τη δικογραφία, ο κατηγορούμενος είχε αποκρύψει αυτή την επαφή κατά τη συμπλήρωση του δελτίου αιμοδότη (όπου αναφέρονται τυχόν ριψοκίνδυνες σεξουαλικές επαφές).

Η υπόθεση αποκαλύφθηκε τον Μάρτιο του 2006 προκαλώντας σάλο. Με αφορμή το συγκεκριμένο περιστατικό αναδείχθηκαν οι ελλείψεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στον τομέα ελέγχου του αίματος. Τότε ξεκίνησαν και οι διαδικασίες για να εφαρμοστεί μοριακός έλεγχος - μέσω του οποίου ανιχνεύονται εγκαίρως μολυσμένα δείγματα - σε όλη την ποσότητα αίματος που διακινείται ετησίως στη χώρα (περίπου 600.00 μονάδες).»

Με βάση το παραπάνω περιστατικό είναι απόλυτα λογική η πολιτική που ακολουθείται από το FDA, καθώς είναι καλύτερα να αποκλειστούν ορισμένες κατηγορίες υγιών δοτών, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ακόμη και ο μικρός κίνδυνος

εμφάνισης λοιμωδών νοσημάτων, όπως ο HIV ή η ηπατίτιδα, μέσω μιας μετάγγισης αίματος.

Βέβαια, το FDA, είναι πρόθυμο να εξετάσει νέες προσεγγίσεις στον προσυμπτωματικό έλεγχο του δότη και των δοκιμών, εφόσον αυτές οι προσεγγίσεις να διαβεβαιώνουν ότι οι αποδέκτες αίματος δεν βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο του ιού HIV ή άλλων μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Τέλος, δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε και την άποψη των ομοφυλοφίλων σε αυτό το θέμα, η οποία συνοψίζεται στα εξής : Η ραγδαία εξάπλωση της επιδημίας δεν οφείλεται στους δότες, αλλά στον τρόπο διαχείρισης και ελέγχου του αίματος και στην εμπορευματοποίησή του. Δεν θα έπρεπε, λοιπόν, να επιρρίπτεται η ευθύνη μόνο σε αυτή την ομάδα πληθυσμού.

4.1.3. Τράπεζες αίματος

Η ανεπάρκεια της εθελοντικής αιμοδοσίας να καλύψει τις εθνικές ανάγκες αίματος είχε ως αναμενόμενη συνέπεια την εμφάνιση συμπληρωματικών και παράπλευρων μηχανισμών προσπορισμού αίματος. Ένας τέτοιος είναι και η διαδικασία της ανταλλαγής. Η έμπνευσή της έχει τη βάση της στο πνεύμα των τραπεζών, από το οποίο και ο τίτλος «Τράπεζα Αίματος», που μέχρι τις ημέρες μας πολλές υπηρεσίες αιμοδοσίας αδοκίμως χρησιμοποιούν.

Σε αυτές, αντί χρημάτων «κατατίθεται αίμα», το οποίο ο καταθέτης του μπορεί σε κάθε στιγμή να αναζητήσει και μάλιστα όχι μόνο για κάλυψη δικής του ανάγκης, αλλά και αυτής κάποιου συγγενικού και, σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμη και φιλικού του προσώπου. Αν το κέρδος από την εκμετάλλευση των κατατιθεμένων χρημάτων υπήρξε ο σοβαρότερος, αν όχι ο μοναδικός λόγος της τεράστιας άνθισης των τραπεζών και για την αιμοδοσία, κατ' αναλογία, ο σκοπός ήταν η «δελεαστική» προσέλκυση εθελοντών αιμοδοτών και κατά' ακολουθία η προσδοκία αύξησης της συλλογής αίματος.

Το κίνητρο της προσωπικής κάλυψης θεωρείται και θεμιτό και ανθρώπινο και αποτελεσματικό. Έτσι, σχεδόν διεθνώς, η διαδικασία της ανταλλαγής θεωρείται σήμερα ως εναλλακτική διαδικασία της εθελοντικής αιμοδοσίας.

Πιστώνεται το αίμα για ένα άτομο ή οικογένεια ή σύλλογο, ανάλογα με την ποσότητα, για ένα προσδιορισμένο χρονικό διάστημα, π.χ. εξάμηνο ή χρόνο. Σ' αυτό το διάστημα η υπηρεσία είναι υποχρεωμένη να καλύψει τις ανάγκες των πιστωθέντων μελών, τα οποία μπορεί να είναι αρκετά περισσότερα από τον αριθμό των αιμοδοτησάντων, με την προϋπόθεση, όμως, ότι η κάλυψη θα αφορά τυχαία και οξέα περιστατικά και όχι υπαρκτές και χρόνιες ανάγκες. Η αποδοχή της διαδικασίας και η επιτυχία της εξηγούνται από το ότι :

- Πρόκειται για εθελοντική προσφορά
- Δεν απαιτεί επιπρόσθετα έξοδα (προγραμματισμό, κ.λ.π.)
- Απολαμβάνει σχετικής κοινωνικής αποδοχής

Ωστόσο, θα μπορούσε κανείς να εκφράσει και αντιρρήσεις για την άνευ όρων αποδοχή της, κυρίως συγκρίνοντάς την με τον εθελοντισμό.

Η επανάληψη και διεύρυνση αυτής της πρακτικής σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να αφεθεί να λειτουργήσει υπονομευτικά ή έστω μειωτικά προς το πνεύμα και την ουσία του εθελοντισμού. Αν υποτιμηθεί και δεν προβληθεί η ανάγκη και η σημασία της εθελοντικής χορήγησης αίματος και υπερισχύσει, έτσι αργά αλλά σταθερά το στοιχείο της προσωπικής ωφέλειας, τότε η νόθευση, κατά το ίδιο ποσοστό, του πνεύματος που αποτελεί την κινητήρια δύναμη του εθελοντισμού θα εκδικηθεί, με αποτέλεσμα συμπίεση των δεικτών αιμοδότησης με προφανείς τις συνέπειες για το σύστημα γενικότερα.

Από την άλλη μεριά, η εξασφάλιση και λειτουργία Τράπεζας Αίματος οδηγεί στη δημιουργία ομάδων κοινωνικής υπεροχής, στοιχείο που επιβαρύνει τυχόν άλλου χαρακτήρα κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες προκαλούν αντιπάθειες, αντεγκλήσεις και κάποτε ακόμη και ρήξεις. Έχοντας αυτά υπόψη, δεν μπορούμε, ωστόσο, να απορρίψουμε απόλυτα την πρόταση, πολύ περισσότερο αφού φαίνεται ότι απολαμβάνει μιας ιδιαίτερα ευρείας κοινωνικής αποδοχής.

Η προσδοκία μας βασίζεται στο ενδεχόμενο κινητοποίησης αδρανών αιμοδοτών μέσω του φαινομένου της οργάνωσης Τραπεζών Αίματος από διάφορες κοινωνικές ομάδες, με αυστηρούς όμως όρους, οι οποίοι θα εξασφαλίζουν και τη συνεχή αιμοδοτική ροή αλλά και την ελαχιστοποίηση των όποιων αρνητικών

συνεπειών. Στην οριακή της εκδοχή θα μπορούσε η Τράπεζα Αίματος να συμπεριλάβει καθ' ομάδες όλο τον πληθυσμό, με τρόπο ώστε η συνεχής και συνεπής προσφορά να ισούται τελικά με τη ζήτηση.

Μ' αυτή την προοπτική και σε συνδυασμό με το σεβασμό της ανωνυμίας, που εξασφαλίζει και αποτελεί χαρακτηριστικό της διαδικασίας, τα τελευταία χρόνια προωθείται και αναπτύσσεται η οργάνωση των Τραπεζών Αίματος. Η διαδικασία αυτή έχει μεγάλη συγγένεια με την εθελοντική αιμοδοσία και κάτω από ορισμένους περιοριστικούς και αυστηρούς όρους λειτουργίας της θα μπορούσε σχεδόν να ενδυθεί με το μανδύα της.

Αυτό συμβαίνει στο μέτρο που το τρίτο συστατικό της εθελοντικής αιμοδοσίας, δηλαδή η ανταποδοτικότητα, περιορίζεται στο ελάχιστο μέχρις ότου καταστεί δυσδιάκριτη.

Αν τα τελευταία χρόνια καταγράφεται στη χώρα μας τόσο ραγδαία αύξηση της εθελοντικής αιμοδοσίας, θεωρούμε ότι, τουλάχιστον εν μέρει, αυτό οφείλεται στην αύξηση της διαδικασίας ανταλλαγής παρά σε πραγματική αύξηση μιας αληθούς εθελοντικής αιμοδοσίας.

Ας δούμε, όμως, ορισμένες πρακτικές λεπτομέρειες, οι οποίες δημιουργούν τριβές μεταξύ των «συμβαλλομένων» μερών, αφού εξ ορισμού συνομολογείται σύμβαση με αμοιβαίες υποχρεώσεις και δικαιώματα. Οι κανόνες μιας τέτοιας συνεργασίας πρέπει να είναι σαφείς και κυρίως να δεσμεύουν και τις δύο πλευρές, δηλαδή να είναι σεβαστοί.

Γενικές αρχές Τράπεζας Αίματος

1. Οι αιμοδότες θεωρούνται εθελοντές και απολαμβάνουν όλων των δικαιωμάτων των λοιπών εθελοντών.
2. Το εύρος της κάλυψης των μη αιμοδοτών μελών δεν μπορεί να προσδιορισθεί εξαρχής χωρίς γνώση του ποσοστού αιμοδότησης.
3. Το χρονικό εύρος της συνεργασίας και για τα δύο σκέλη, αιμοδότηση – κάλυψη, προσδιορίζεται εξαρχής, χωρίς αναδρομική ισχύ.

4. Η υποχρέωση διασφάλισης όλων των αιμοδοτών (1^{ου} βαθμού συγγενείας μέλη συνυπολογίζονται), για απεριόριστο μάλιστα αριθμών μονάδων αίματος μέχρι την τελευταία ημέρα της περιόδου, δεν επιτρέπει την εκροή μεγάλων ποσοτήτων και ποσοστών μονάδων αίματος για κάλυψη μη αιμοδοτών μελών. Η πρακτική αυτή έχει την αναλογία απαγόρευσης υπερανάληψης από τις Τράπεζες.
5. Το όριο (πλαφόν) του τελικού ποσοστού αναλήψεων στο τέλος της περιόδου δεν μπορεί να προσδιοριστεί επακριβώς, ωστόσο η εμπειρία υπαγορεύει ότι δεν πρέπει να υπερβαίνει το 20% της συνολικής προσφοράς.
6. Τη ζήτηση υπογράφει πάντα ο υπεύθυνος της ομάδας και δεν την απευθύνει ο καθένας απευθείας στην αιμοδοσία.
7. Το ποσοστό αιμοδότησης μεταξύ του συνόλου των μελών διαμορφώνει τον αιμοδοτικό δείκτη, ο οποίος καθορίζει το επίπεδο αναλήψεων.
8. Η κάλυψη περιλαμβάνει μόνο έκτακτα περιστατικά και όχι χρόνια και προγραμματιζόμενα
9. Αν η συμμετοχή είναι μικρή, πρέπει να διατηρείται επιφύλαξη για ορισμένες «σπάνιες» ομάδες αίματος.
10. Αιμοδότηση και χορήγηση πρέπει να βρίσκονται σε ισορροπία.

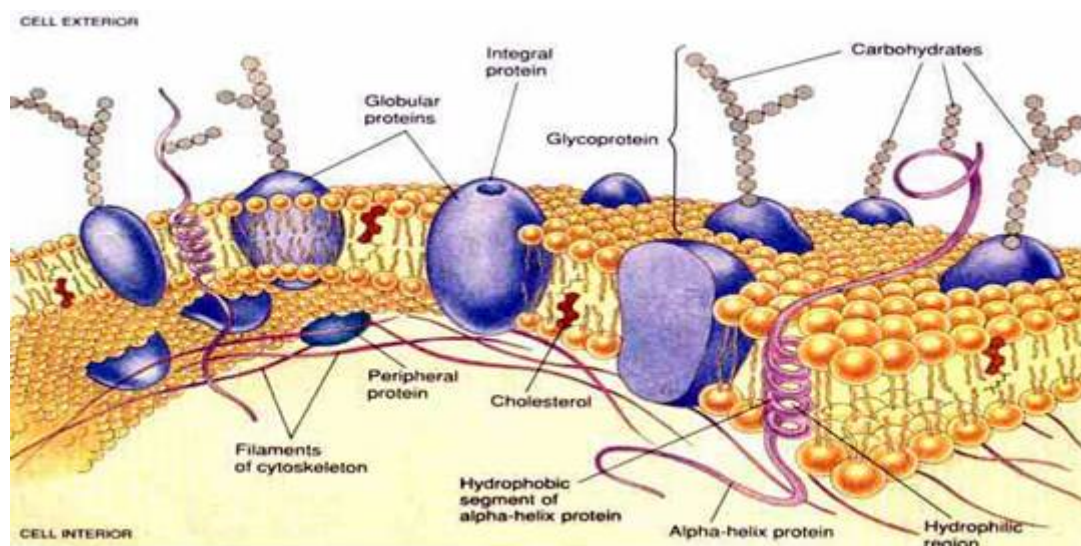
Συμπερασματικά, μπορεί να υποστηριχθεί ότι πρέπει να μην αποκαλούνται «Τράπεζες Αίματος», διότι υποβαθμίζουν τους αληθινούς εθελοντές αιμοδότες, οι οποίοι δωρίζουν το αίμα τους χωρίς αντάλλαγμα, με αλtruισμό.

4.1.4. Μετάγγιση Ρέζους Θετικό σε ηλικιωμένους με Ρέζους Αρνητικό

Ένα, επίσης, πολύ σημαντικό δίλλημα για τον τομέα της αιμοδοσίας, αποτελεί η μετάγγιση αίματος σε ηλικιωμένους, οι οποίοι έχουν ρέζους αρνητικό, αλλά τους μεταγγίζουν ρέζους θετικό. Κατά πόσο είναι ασφαλές αυτό;

Μέσα και πάνω στην ερυθροκυτταρική μεμβράνη, υπάρχουν σάκχαρα, πρωτεΐνες ή γλυκοπρωτεΐνες τα οποία επιτελούν κάποια λειτουργία για το ερυθρό αιμοσφαίριο. Οι ουσίες αυτές λέγονται αντιγόνα, δεν είναι ίδια σε όλους τους ανθρώπους και υπολογίζονται σε πάνω από 250 είδη. Κάθε άνθρωπος έχει ένα

συνδυασμό αντιγόνων που ανήκουν σε διαφορετικά αντιγονικά συστήματα και κατατάσσουν όλους τους ανθρώπους σε διάφορες ομάδες αίματος.



Εικόνα 1

Οι ομάδες αίματος ανακαλύφθηκαν το 1901 από τον Γερμανό επιστήμονα Landsteiner,. Όλες οι ομάδες αίματος καθορίζονται από γονίδια που κληρονομούμε από τους γονείς μας. Όπως όλα τα ξένα αντιγόνα, έτσι και τα ερυθροκυτταρικά αντιγόνα μπορούν να προκαλέσουν ανοσολογική απάντηση, δηλαδή μπορούν να οδηγήσουν σε παράγωγή αντισωμάτων όταν μεταγγισθούν σε ένα ασθενή που δεν αναγνωρίζει ως δικά του τα νεοεισερχόμενα αντιγόνα πάνω στα μεταγγιζόμενα ερυθρά. Τα σπουδαιότερα αντιγονικά συστήματα που λαμβάνονται πάντα υπόψιν στις μεταγγίσεις είναι το σύστημα ABO και Rhesus.

Από αιώνες οι άνθρωποι διαπίστωσαν ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις μεταγγίσεων αίματος, ο δέκτης παρουσίαζε σοβαρά αιμολυτικά προβλήματα, που μπορούσαν να προκαλέσουν ακόμη και το θάνατο.

Η επιστημονική έρευνα (Leindsteiner, 1890) έδειξε ότι το πρόβλημα της μη συμβατότητας του αίματος δότη - δέκτη οφείλεται σε κάποιες ουσίες πρωτεϊνικής φύσης (πιο συγκεκριμένα γλυκοπρωτεΐνες), που υπάρχουν ή δεν υπάρχουν στη μεμβράνη των ερυθροκυττάρων.

Διαπιστώθηκε καταρχήν ότι υπάρχουν δύο ειδών αντιγόνα, τα Α και Β, ή συγκολλητινογόνα, όπως ονομάστηκαν, καθώς, όταν ενώνονται με τα αντίστοιχα αντισώματά τους, προκαλείται συγκόλληση των ερυθροκυττάρων (αιμόλυση). Οι άνθρωποι που έχουν στα ερυθροκύτταρά τους και τα δύο είδη αντιγόνων Α και Β ανήκουν στην ομάδα αίματος ΑΒ (I) του συστήματος ΑΒΟ. Αυτοί που έχουν μόνο τα αντιγόνα Α ανήκουν στην ομάδα Α (II), αυτοί που έχουν μόνο τα Β ανήκουν στην ομάδα Β (III) ενώ αυτοί που δεν έχουν ούτε Α ούτε Β αντιγόνα ανήκουν στην ομάδα Ο (IV).

Παράλληλα, από τους πρώτους μήνες της ζωής του κάθε ατόμου, σχηματίζονται και υπάρχουν στον ορό του αίματος τα αντισώματα ή συγκολλητίνες του συστήματος ΑΒΟ, από την επαφή του νεογνού με χημικές ουσίες της τροφής του, που έχουν δομή συμπληρωματική με αυτή των αντιγόνων Α και Β. Έτσι τα άτομα της ομάδας Α έχουν στον ορό του αίματός τους αντισώματα ή συγκολλητίνες αντι-Β, τα άτομα της ομάδας Β συγκολλητίνες αντι-Α και αντι-Β, ενώ της ομάδας ΑΒ δεν έχουν καθόλου συγκολλητίνες.

Η ομάδα αίματος κάθε ανθρώπου καθορίζεται γενετικά, καθώς τα αντιγόνα είναι πρωτεΐνες και η σύνθεσή τους καθορίζεται από υπεύθυνα γονίδια. Για την ομάδα ΑΒΟ υπάρχουν τρία αλληλόμορφα γονίδια: τα Α και Β (ισοεπικρατή), υπεύθυνα για τη σύνθεση των αντιγόνων Α και Β αντίστοιχα, και το γονίδιο Ο ή *i* (υπολειπόμενο), το οποίο δεν παράγει κανένα αντιγόνο. Ο συνδυασμός ανά δύο (γονότυπος) των τριών αλληλόμορφων γονιδίων προσδιορίζει την ομάδα αίματος κάθε ανθρώπου.

Ο παράγοντας Rhesus πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τις μεταγγίσεις, όπως και η ομάδα αίματος. Τα Rh⁺ άτομα μπορούν να πάρουν αίμα τόσο από άτομα Rh⁺ όσο και από Rh⁻, ενώ τα Rh⁻ μόνο από άτομα επίσης Rh⁻. Αυτό το τελευταίο ισχύει επειδή το αντιγόνο Rhesus όταν εισέλθει στον οργανισμό ενός Rh⁻ ατόμου, θεωρείται από τον οργανισμό του δεύτερου ως ξένο σώμα, διεγείρεται ο ανοσοποιητικός μηχανισμός του δέκτη, ο οποίος παράγει αντισώματα για να εξουδετερώσει τον «εισβολέα». Έτσι τα αντισώματα ενώνονται με αντιγόνα στα ερυθροκύτταρα του δότη και προκαλούν συγκόλληση και καταστροφή τους.

Ο συνδυασμός ομάδας αίματος και Rhesus δυσχεραίνει την αιμοληψία για τα άτομα που συνδυάζουν την ομάδα αίματος O και Rh-, καθώς τα άτομα αυτά μπορούν να δεχτούν αίμα από άτομα επίσης της ομάδας O και Rh- και αποτελούν ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού.

Η μετάγγιση αρνητικών ασθενών με Rhesus (+) μονάδες μπορεί να πραγματοποιηθεί με το έλεγχο που ορίζει το πρωτόκολλο της αιμοδοσίας περί ασφαλείας στις μεταγγίσεις. Πρόκειται για τεχνικές δοκιμασίες που μας πιστοποιούν ότι ο ασθενής μπορεί να μεταγγιστεί με RH(+) μονάδες.

Εκτός από τα αντιγονικά συστήματα ABO & Rhesus, υπάρχουν και πολλά άλλα, όπως το σύστημα Kidd, Kell, Duffy, Lutheran, MNS κ.α. τα οποία ελέγχονται σε ειδικές περιπτώσεις, όπως πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς με αιματολογικά νοσήματα, ασθενείς με μεσογειακή αναιμία, καρκινοπαθείς.

Παρόλο που μπορεί να ακολουθούμε τους κανόνες μετάγγισης και ασφαλείας δεν παύει να υπερβάλλουμε και αυτό διότι η έλλειψη αίματος και δη των αρνητικών ομάδων πολλές φορές μας καθιστά συνένοχους των συνθηκών.

4.1.5. Μετάγγιση Αίματος σε Ασύμβατο δότη

Η μεταμόσχευση οργάνων, ξεκινώντας αρχικά σαν πειραματική διαδικασία ανάγκης, έχει μετατραπεί τελικά σε έναν τεχνολογικά εξελιγμένο τρόπο θεραπείας. Ιδιαίτερα, η ανοσολογία της μεταμόσχευσης αποτελεί ένα νέο και ελκυστικό τομέα της Ιατρικής με τεράστιο ερευνητικό ενδιαφέρον, που απορρέει από την προσπάθεια κατανόησης και ερμηνείας των μηχανισμών εκείνων της ανοσιακής απάντησης του ξενιστή, που τελικά οδηγούν στην καταστροφή του αλλομοσχεύματος.

Η βάση για την έναρξη της ειδικής ανοσιακής απάντησης, μετά την είσοδο ενός αλλοαντιγόνου, είναι η αναγνώριση από το ανοσιακό σύστημα των δικών του από τα ξένα στοιχεία. Στις μεταμοσχεύσεις οργάνων ή ιστών, ο βασικός αυτός βιολογικός ρόλος του ανοσιακού συστήματος διεγείρει τους μηχανισμούς απόρριψης, με αποτέλεσμα την απώλεια των μοσχευμάτων. Τελευταία, με την κατανόηση των μηχανισμών που εμπλέκονται στη διαδικασία της απόρριψης του ξένου καθώς και με την ανακάλυψη

αποτελεσματικών ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών για θεραπευτικούς σκοπούς αποτελεί σήμερα καθημερινή κλινική πρακτική. Για παράδειγμα, σήμερα μεταμοσχεύονται περισσότεροι από 10.000 νεφροί το χρόνο διεθνώς και με μεγάλο ποσοστό επιτυχίας.

Επίσης, οι μεταμοσχεύσεις καρδιάς, πνευμόνων, κερατοειδούς, ήπατος και μυελού των οστών αποτελούν συνηθισμένο κλινικό γεγονός. Η βελτίωση των χορηγούμενων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων έχει επηρεάσει ελάχιστα τη μακρόχρονη επιβίωση των μοσχευμάτων.

Βασικός παράγοντας για τη μακροχρόνια λειτουργία του μοσχεύματος είναι ο βαθμός ιστοσυμβατότητας δότη - λήπτη ως προς τα δύο μείζονα συστήματα ιστοσυμβατότητας που είναι: α) το σύστημα των ερυθροκυτταρικών αντιγόνων και β) το σύστημα Ιστοσυμβατότητας ή HLA.

Η επαγωγή της ανοσολογικής ανοχής (tolerance), δηλαδή της ειδικής για το αντιγόνο μη απαντητικότητας, αποτελεί νέο πεδίο εντατικής έρευνας. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η επαγωγή της ανοσολογικής ανοχής (tolerance) στο λήπτη θα επιτρέπει τη μακροχρόνια επιβίωση του μοσχεύματος χωρίς την απαραίτητη HLA συμβατότητα, δίχως τη συνεχή χορήγηση ανοσοκαταστολής και με μειωμένη πιθανότητα ανάπτυξης λοιμώξεων.

Οι πρώτοι ερευνητές που παρατήρησαν τη βελτίωση της επιβίωσης του μοσχεύματος μετά από μεταγγίσεις αίματος ήταν οι Opelz και Terasaki. Αυτή η παρατήρηση βοήθησε στο σχεδιασμό πρωτοκόλλων με βάση το αίμα ή τα παράγωγα του αρχικά σε ζώα και αργότερα στον άνθρωπο.

Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι η προετοιμασία με διαλυτά ή συνδεδεμένα με το κυτταρικό τοίχωμα τάξης I αντιγόνα του Μείζονος Συμπλέγματος Ιστοσυμβατότητας (Major Histocompatibility Complex, MHC) του δότη, επάγουν την ειδική μη απαντητικότητα μετά τη μεταμόσχευση.

Ορισμένοι ερευνητές αμφισβητούν την ανάπτυξη της ανοσολογικής ανοχής (tolerance) ίη νίνο για τα τάξης II HLA αντιγόνα. Παράλληλα, η χρήση συνθετικών πεπτιδίων με αλληλουχίες παρόμοιες με εκείνες των τάξης II HLA αντιγόνων, για τον

καθορισμό των ανοσογονικών ή όχι επιτόπων, κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος.

Στο μέλλον, ο επιτοπικός χάρτης των HLA αντιγόνων θα είναι χρήσιμος για την επαγωγή της ανεργίας ή της ανοσολογικής ανοχής (tolerance) των T κυττάρων, υπερνικώντας πιθανώς τα πολλαπλά προβλήματα από την HLA ασυμβατότητα.

ABO ασυμβατότητα

Η συμβατότητα στα αντιγόνα των ομάδων αίματος θεωρείται βασικός συντελεστής της επιτυχημένης μεταμόσχευσης οργάνων, καθόσον η ασυμβατότητα δότη-λήπτη ως προς αυτά τα αντιγόνα καταλήγει σε αγγειακή απόρριψη σε διάστημα ωρών ή ημερών. Αυτή η οξεία απόρριψη οφείλεται σε προϋπάρχοντα φυσικά αντισώματα των Α ή Β αντιγόνων των ερυθρών αιμοσφαιρίων, τα οποία είναι παρόντα στο ενδοθήλιο π.χ. του νεφρού.

Όμως, τελευταία δεδομένα αναφέρουν επιτυχημένη μεταμόσχευση οργάνων με ασυμβατότητα ομάδος αίματος. Το ένα τρίτο περίπου των μεταμοσχευμένων οργάνων με ABO ασυμβατότητα δεν απορρίπτεται από μηχανισμούς εξαρτώμενους από το αντίσωμα, η δε επιβίωση του μοσχεύματος είναι ίδια με αυτή των ABO συμβατών μοσχευμάτων, ακόμη και όταν δεν έχει γίνει καμιά ειδική φαρμακευτική αντιαπορριπτική αγωγή. Η επιβίωση του μοσχεύματος παρουσία αντισωμάτων έναντι αντιγονικών καθαριστών του αγγειακού ενδοθηλίου του μοσχεύματος, με φυσιολογικά επίπεδα συμπληρώματος, είναι γνωστή ως διευκόλυνση (accommodation).

Τα ABO αντιγόνα είναι ολιγοσακχαρίτες παρόντα στην επιφάνεια των ερυθρών αιμοσφαιρίων, του ενδοθηλίου των αγγείων και σε άλλους ιστούς του ανθρώπινου σώματος. Η έκφραση τους ποικίλλει στους διάφορους ιστούς. Άτομα με ομάδα αίματος Α, ταξινομούνται σε δύο ομάδες. Στην ομάδα (A1) υψηλής πυκνότητας (high-density) και στην ομάδα (A2) χαμηλής πυκνότητας (low density) έκφρασης του αντιγόνου, η οποία οφείλεται στο ένζυμο γλυκοσυλ - τρανφεράση, απαραίτητο για την προσθήκη του σακχάρου στον Η επίτοπο. Το ποσοστό των ατόμων τύπου A2 της ομάδας αίματος Α κυμαίνεται από 8-25%.

Επειδή υπάρχουν αυτές οι διαφορές στην έκφραση των αντιγόνων των ομάδων αίματος, ο μεγαλύτερος αριθμός αντί - Α αντισωμάτων (ισοσυγκολλητινών) συνδέονται κυρίως με το A1 αντιγόνο. Επομένως, μεταμοσχεύσεις οργάνων με A2 ασυμβατότητα

έχουν μικρότερη πιθανότητα να συσχετίζονται με αντισωματικού τύπου απόρριψη και συνήθως παρουσιάζουν μακροχρόνια επιβίωση του μοσχεύματος.

Τα αποτελέσματα μελέτης μεγάλου αριθμού μεταμοσχεύσεων από τον G. Opelz το 2001 αποδεικνύουν ότι στο 50-60% των πτωματικών μεταμοσχεύσεων νεφρού, ήπατος ή καρδιάς με ABO ασυμβατότητα, η επιβίωση του μοσχεύματος για ένα χρόνο δεν διαφέρει εκείνης με ABO συμβατότητα.³⁰

4.1.6. Προγραμματισμός χειρουργείων ασθενών χωρίς προκατάθεση μονάδων

Καθημερινά, ένα δημόσιο νοσοκομείο καλείται να προγραμματίσει δεκάδες χειρουργεία, άλλα επείγοντα και άλλα προγραμματισμένα, προασπίζοντας την υγεία των ασθενών. Εδώ, όμως, προκύπτει ένα πρόβλημα, το προσωπικό του νοσοκομείου ζητάει από τον ασθενή την κατάθεση μονάδων αίματος από συγγενικά και φιλικά άτομα, προκειμένου, όταν ο ασθενής εγχειρισθεί, να υπάρχει απόθεμα.

Η έλλειψη αίματος, λοιπόν, δημιουργεί προβληματισμούς όσων αναφορά στην γρήγορη διεξαγωγή των χειρουργείων καθώς και στη αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών.

Όταν, για παράδειγμα, υπάρχει έκτακτο περιστατικό, δεν περιμένουν να καταθέσουν οι συγγενείς μονάδες αίματος και αυτό έχει τα εξής σημαντικά αποτελέσματα :

- A. δεν ταλαιπωρούνται οι ασθενείς
- B. οι ασθενείς με έλλειψη περιβάλλοντος καλύπτονται από τα αποθέματα της αιμοδοσίας και χειρουργούνται ανεξάρτητα από την φύση του περιστατικού (θερμό ή ψυχρό)
- Γ. αποφυγή ασθενών με ακατάλληλο περιβάλλον, όπως συγγενείς μεγάλης ηλικίας ή με προβλήματα υγείας ,και τέλος αλλοδαπούς με άγνοια της γλώσσας
- Δ. ασθενείς με χρόνια προβλήματα, όπως αναιμίες και μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα η κάλυψη από την αιμοδοσία δίνει ελπίδα και κουράγιο σε ένα περιβάλλον που έχει εξαντλήσει τις δυνατότητες του.

³⁰ www.transplantation.gr

Πράγματι η παραπάνω ουτοπιστική αντιμετώπιση των περιστατικών θα έδινε στο νοσοκομείο άλλη αίγλη, ενώ ταυτόχρονα ο αλτρουιστικός χαρακτήρας θα έκανε τόσο τους συγγενείς όσο και τους ασθενείς λιγότερο αγχώδεις και περισσότερο ευγνώμονες. Επίσης η ασθενείς με έλλειψη περιβάλλον δεν αναγκάζονται να στέλνουν ακατάλληλους αιμοδοτές μειώνοντας τους επικίνδυνους ή αμφιβόλου ποιότητας άτομα.

Ενώ, στην περίπτωση που υπάρχουν προγραμματισμένα χειρουργεία, ο ασθενής ενημερώνεται να καταθέσει έναν αριθμό μονάδων αίματος, ώστε αν χρειαστεί κατά την επέμβαση να γίνει μετάγγιση. Είναι, όμως, δυνατόν, να ζητούν από έναν ασθενή, ο οποίος θα χειρουργηθεί, να βρει ανθρώπους να καταθέσουν αίμα, από τη στιγμή που βρίσκεται σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση εξαιτίας της ασθένειάς του; Επίσης, μπορεί ο ασθενής προκειμένου να καταθέσει τις μονάδες που του ζητούνται, να ρωτάει συγγενείς και φίλους; Είναι δίκαιο να υποβάλλεται ο ασθενής σε όλη αυτή τη διαδικασία; Μάλιστα, αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε αντίθετα αποτελέσματα, δηλαδή ο ασθενής να στείλει ακατάλληλους αιμοδοτές.

4.1.7. Αποστολή λάθους δείγματος αίματος ασθενούς

Σημαντικό ηθικό δίλλημα, τέλος, αποτελεί η τήρηση των κανόνων ασφάλειας στα εργαστήρια των νοσοκομείων και τα ιατρικά λάθη που τελικά προκύπτουν. Ακολουθεί ως παράδειγμα, για να γίνει κατανοητό, ένα πραγματικό περιστατικό σε εργαστήριο :

- Εστάλη δείγμα ασθενούς από την κλινική –έγινε ομάδα (A+)
- Έγινε διασταύρωση μονάδων A+ στην αιμοδοσία
- Εστάλη από την κλινική νέο δείγμα του ασθενούς για επανέλεγχο ομάδας ώστε ο ασθενής να μεταγγιστεί
- Το δείγμα του επανελέγχου ήταν διαφορετικής ομάδας (0+)
- Ενημερώθηκαν άμεσα οι γιατροί της κλινικής για την ασυμφωνία των δειγμάτων και ζητήθηκε όλος ο έλεγχος από την αρχή.
- Τα νέα δείγματα ήταν όλα O+.
- Διασταυρώθηκαν νέες μονάδες O+ και μεταγγίστηκαν ομαλά.

- Έγιναν αυστηρές συστάσεις από την Δ/ντρια της Αιμοδοσίας στους γιατρούς της κλινικής και εστάλη σχετικό έγγραφο σε όλα τα ιατρικά τμήματα σε σχέση με την αυστηρή τήρηση των κανόνων ασφάλειας στην μετάγγιση.

Μετά από έρευνα που έγινε από τη Μ. Ρήγα, υποψήφια διδάκτορα του Πανεπιστημίου Πειραιώς, υπό την επίβλεψη του λέκτορα του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης κ. Θ. Βοζίκη, διαπιστώθηκε ότι η μέση επιδικασθείσα αποζημίωση ανέρχεται σε 305.093 ευρώ (305.163 ευρώ για τα δημόσια και 282.727 ευρώ για τα ιδιωτικά νοσοκομεία) και αντιπροσωπεύει το 30,4% της αιτούμενης αποζημίωσης, ενώ ο μέσος χρόνος επίτευξης τελεσίδικης απόφασης ανέρχεται περίπου στα έξι χρόνια.

Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει ότι το οικονομικό κόστος εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων, εμφανίζεται να είναι ανησυχητικά υψηλό. Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με άλλες χώρες, η προσέγγιση της συνολικής επιβάρυνσης από τα ιατρικά σφάλματα δεν είναι εφικτή, κυρίως λόγω της έλλειψης οργανωμένου συστήματος καταγραφής και αναφοράς τους», επισημαίνει ο κ. Βοζίκης. Βέβαια, τα ιατρικά λάθη δεν αποτελούν ελληνικό «προνόμιο». Μόνο στις ΗΠΑ, με βάση στοιχεία που δημοσιεύθηκαν το 2000, οι θάνατοι που πιθανόν σχετίζονται με ιατρικά λάθη, υπολογίζονται σε 44.000-98.000 ετησίως. Ακόμη, υπολογίζεται ότι συμβαίνουν περίπου 300.000 ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς ως συνέπεια ιατρικών λαθών, γεγονός το οποίο προκαλεί ζημιές της τάξεως του 1,5 δισ. δολαρίων!³¹

Σήμερα, εφαρμόζεται πιλοτικά σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της χώρας το σύστημα ανίχνευσης, εντοπισμού και εκτίμησης του ιατρικού λάθους, σύμφωνα με πρόταση του Πανεπιστημίου Πειραιώς. Τα αποτελέσματά του αναμένονται με μεγάλο ενδιαφέρον, στο τέλος του τρέχοντος έτους, οπότε και θα κριθεί η εφαρμογή του στα δημόσια νοσοκομεία.

Πρέπει, επομένως να δοθεί ένα τέλος σε αυτή την κατάσταση, διότι αυτό που διακυβεύεται να χαθεί είναι η ανθρώπινη ζωή.

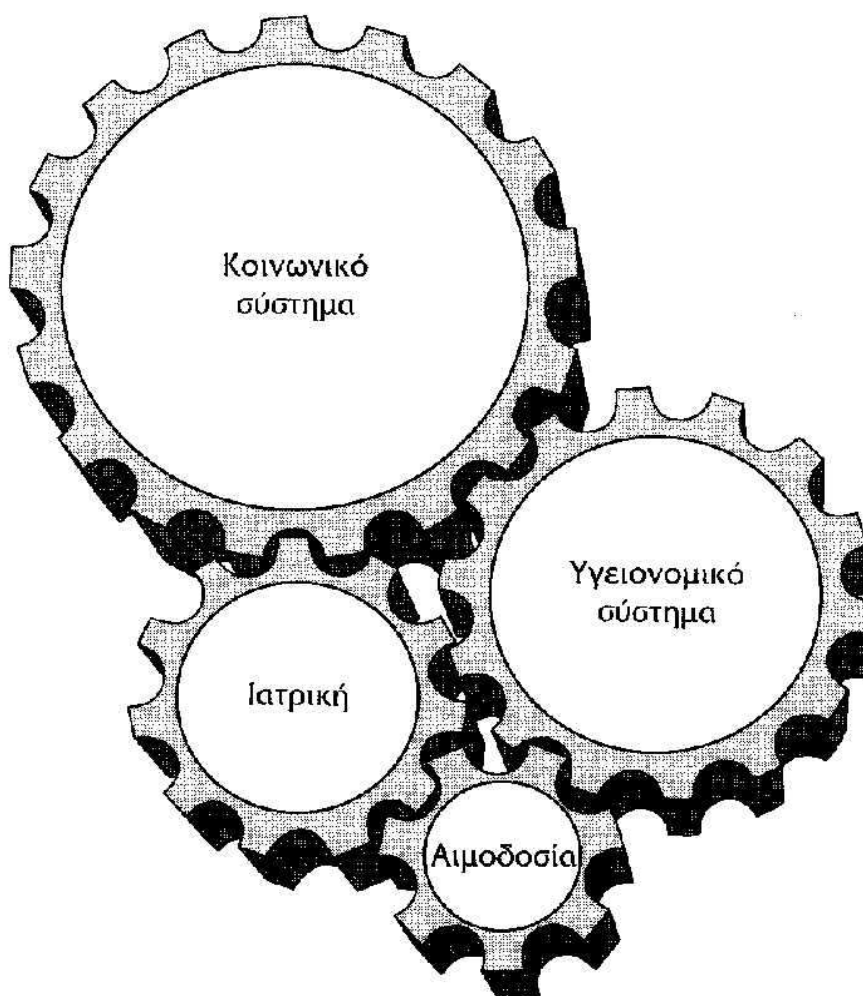
³¹ Εφημερίδα «Η Καθημερινή», Ιατρικός Τύπος, 04/05/2010.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Αιμοδοσία και Κοινωνικό Σύστημα

Για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε καλύτερα το ρόλο της Αιμοδοσίας στην κοινωνία θα πρέπει πρώτα να την εντάξουμε σε ένα μεγάλο σύστημα, το οποίο αποτελείται από διάφορα υποσυστήματα.

Πιο συγκεκριμένα, ας υποθέσουμε ότι υπάρχει το κοινωνικό σύστημα, το υγειονομικό σύστημα, η Ιατρική και η Αιμοδοσία, τότε θα μπορούσαν να διαταχθούν ως εξής :



ΕΙΚΟΝΑ 2³²

³² Σπανός Θ.Α., «ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ – Ένας ύμνος στην κοινωνία», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Εικόνα 2.1., Σχέσεις Συστημάτων, σελ.25.

«Υποχρεωτικά, λοιπόν, ο τρόπος λειτουργίας της υπηρεσίας της αιμοδοσίας, όπως και οι τελικοί σκοποί της, οφείλουν να καθορίζονται από αυτά του υψηλότερου επιπέδου συστήματα.

Αποστολή και λειτουργία του υγειονομικού συστήματος αποτελεί η ικανοποίηση των αναγκών υγείας, όπως αυτές εκφράζονται από το κοινωνικό σύστημα. Και τελικά, ικανοποιούνται κύρια με τη συνδρομή της Ιατρικής.

Η υπηρεσία της αιμοδοσίας είναι επιφορτισμένη από την πολιτεία με την κάλυψη των αναγκών σε αίμα των κρατικών και ιδιωτικών κλινικών, με την παροχή σ' αυτή, για τον σκοπό αυτόν, απόλυτης οικονομικής κάλυψης στα πλαίσια των δημοσίων δαπανών υγείας.

Εκτός από το αίμα. Υποχρεώνεται να εφοδιάζει με όλη τη σειρά προϊόντων αίματος αυτούς που έχουν ανάγκη, για θεραπευτική ή προληπτική χρήση. Ακόμη, είναι υποχρεωμένη να εκτελεί και διάφορες άλλες υπηρεσίες, όπως εξέταση ειδικών ασθενών, αφαιμαξομεταγγίσεις, αιματολογικές εξετάσεις, άσκηση στελεχών και έρευνα. Μ' αυτά τα δεδομένα μπορούμε να πούμε ότι η αιμοδοσία ανήκει, αναντίρρητα, στο υγειονομικό σύστημα, στο εσωτερικό του οποίου έρχεται σε σχέση με τους υπόλοιπους ειδικούς κοινωνικούς συντελεστές συμμετέχουσα στην τελέσφορη λειτουργία του.

Οι κοινωνικοί αυτοί συντελεστές, που επηρεάζουν και τελικά μορφοποιούν με τις ιδιότητές τους την οργάνωση της αιμοδοσίας, είναι :

- Οι διάφοροι υγειονομικοί κλάδοι και επαγγέλματα*
- Οι μονάδες περίθαλψης και πρόληψης*
- Η βιομηχανία υγειονομικού υλικού*
- Η διοίκηση (κύρια υγειονομική)*
- Οι ασφαλιστικοί φορείς*
- Οι μονάδες εκπαίδευσης*
- Οι μονάδες έρευνας*

Και επειδή, όπως προαναφέρθηκε, τα συστήματα υψηλότερου επιπέδου, σχεδόν καθορίζουν τον τρόπο λειτουργίας των κατωτέρων, όπως και τις σχέσεις τους, οι

επεμβάσεις που δέχεται το σύστημα αιμοδοσίας είναι είτε άμεσες, προερχόμενες από το υγειονομικό σύστημα, είτε έμμεσες, προερχόμενες από το κοινωνικό σύστημα.

Μεταξύ των υποσυστημάτων υπάρχει μια δυναμική πολλαπλών σχέσεων και εκεί ακριβώς πρέπει να αναζητηθεί η γένεση της ανάγκης, η οποία δεν πρέπει να θεωρείται απλή και προφανής. Για να εξηγηθεί, αυτή η λογική – εκτός από τα παραπάνω – προτείνονται δύο ακόμη κύριες προσεγγίσεις.

Σύμφωνα με την πρώτη, οι ανάγκες της υγείας, ακόμη και αν αποτελούν κοινή συλλογική έκφραση ή κοινωνική συνείδηση, είναι πριν από όλα ατομικές ανάγκες. Κάθε άτομο, ξεκινώντας από τις επιθυμίες του, που βασίζονται στις φυσικοψυχολογικές αντιλήψεις του, κύρια υποκειμενικές, θα εκφράσει τις ανάγκες και θα τις απευθύνει στο σύστημα παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών υγείας.

Η μορφή του κοινωνικού συστήματος δεν είναι άσχετη βέβαια με τον τρόπο έκφρασης αυτών των αναγκών. Η οποιαδήποτε τροποποίηση του κοινωνικού συστήματος επηρεάζει τις ανάγκες της υγείας. Για παράδειγμα, αστικοποίηση και εκβιομηχάνιση, καταστάσεις που έχουν άμεση επίπτωση στον αριθμό ατυχημάτων, τροποποιούν τη ζήτηση προϊόντος αίματος.

Σύμφωνα με τη δεύτερη ερμηνεία, η Ιατρική, που αποτελεί κύριο στοιχείο του υγειονομικού συστήματος, επεμβαίνει σε δύο επίπεδα, για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του κοινωνικού συστήματος :

- Θεραπεύει τις νοσούσες σχέσεις διασφαλίζοντας την ικανότητα εργασίας
- Διαμορφώνει τον παραγωγικό τομέα αγαθών και υπηρεσιών υγείας, ο οποίος συνιστά έναν κλάδο ειδικής παραγωγής

Έτσι, το ιατρικό σώμα, με τις ιατρικές του πράξεις, απαντά σε δύο είδη αναγκών. Αυτές των ατόμων που έχουν ανάγκη ιατρικής φροντίδας, αλλά και αυτές του οικονομικού συστήματος.

Η θέσπιση, τώρα, των μονάδων αιμοδοσίας, εκτός από τη συλλογή, τον έλεγχο και τη διάθεση του αίματος, είχε ως αντικείμενο και τη διάδοση του πνεύματος της αιμοδοσίας, την προβολή της κοινωνικής σημασίας του εγχειρήματος και φυσικά την άμεση προσέλκυση αιμοδοτών.

Αυτό επιβλήθηκε από οικονομικούς λόγους αλλά και ιδεολογικούς. Δεν ήταν δυνατόν, από την αρχή να γίνει αντιληπτή, σ' όλο το εύρος, η σημασία της συμμετοχής της αιμοδοσίας στο υγειονομικό σύστημα. Οι οικονομικές απαιτήσεις ήταν μεγάλες και γι' αυτό η χρηματοδότηση περιορισμένη.

Έτσι, η επίλυση ενός από τα σοβαρότερα προβλήματα της αιμοδοσίας, όπως η «μεταφορά» ενός ευρύτατου τμήματος της κοινωνίας στο σύστημα, κάτω βέβαια από αυστηρά καθορισμένους και περιοριστικούς όρους, αναλήφθηκε από τους λίγους λειτουργούς του συστήματος.

Όμως, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες, η «διείσδυση» των μονάδων αιμοδοσίας στην κοινωνία ήταν σχετικά μικρή και ανεπαρκής, με συνέπεια η «μεταφορά» πληθυσμού στο σύστημα να είναι μικρότερη από την απαιτούμενη.

Χαρακτηριστικό και αποδεικτικό στοιχείο έκφρασης της ανεπάρκειας για τη χώρα μας είναι η «εύκολη» επίκληση αιμοδότησης του φιλικού και συγγενικού περιβάλλοντος του ασθενούς. Σύντομα, όμως, έγινε εμφανές, ότι η λύση αυτή όχι μόνο δεν ήταν αποτελεσματική αλλά ούτε και κοινωνικά αποδεκτή. Όταν επιτακτικά ζητείται αίμα από το συνοδό του ασθενούς, συγγενή ή φίλο, αυτός εκπλήσσεται και σε ορισμένες περιπτώσεις πανικοβάλλεται, συχνά δε διαμαρτύρεται και αντιδρά.

Η δυναμική αυτών των καταστάσεων επενέργησε καταλυτικά στην, καταρχήν έντονα ιατροκεντρική συμπεριφορά του συστήματος, τροποποιώντας την. Η ανάγκη έγινε φιλοτιμία. Υιοθετήθηκαν θέσεις «ανοίγματος» στην κοινωνία, όμως με μέτρο, ενώ επιβλήθηκαν κανόνες περιορισμού και ελεγχόμενη καθοδήγηση, μέσα όμως πάντα στο ίδιο πλαίσιο και την ίδια θεωρητική βάση, της βελτίωσης και διεύρυνσης του συστήματος αιμοδοσίας.

Η κοινωνική υπηρεσία της αιμοδοσίας, ακόμα και στην καλύτερή της εκδοχή, βρίσκεται στο σύστημα, άρα εξ' ορισμού μακρύτερα από τον αιμοδότη. Η αναζήτηση της λύσης πρέπει συνεπώς να επικεντρωθεί στο κοινωνικό σύστημα, το οποίο με τον πλούτο των υποσυστημάτων του προσφέρει μοναδικές δυνατότητες ενεργοποίησης και επιλογών, που σε καμία περίπτωση δεν «χωρούν» στο σύστημα αιμοδοσίας.

Δεν πρόκειται εδώ για τυπική «απαγόρευση», είναι απλά μια διαπίστωση ορίων. Το σύστημα αιμοδοσίας έχει κάποιες δυνατότητες διαστολής και διεύρυνσης, η προσπάθεια, όμως, να συμπεριλάβει όλη την κοινωνία δεν στερείται μόνο πιθανοτήτων επιτυχίας, αλλά τελικά στερείται και σοβαρότητας. Σε κάθε περίπτωση, η αιμοδοσία

οφείλει να ρίχνει γέφυρες επικοινωνίας με τη μορφή προσκλήσεων, εκκλήσεων ή καλλιέργειας κοινωνικών σχέσεων. Η επαφή μ' έναν ευκαιριακό αιμοδότη είναι πρόσκαιρη και πάντως μικρή. Και ενώ οι γέφυρες επικοινωνίας είναι απαραίτητες, δεν είναι πάντα εφικτή, η χρησιμοποίησή τους.

Αντίθετα πράγματα θα συνέβαιναν αν ο αιμοδότης ανήκε στο σύστημα ή έστω στο περιβάλλον του πριν ενσωματωθεί μ' αυτό. Γι' αυτό τελικά πιστεύουμε ότι το κύριο βάρος της ενεργοποίησης πρέπει να τοποθετηθεί μέσα στο κοινωνικό σύστημα. Όσο για την αιμοδοσία, δεν αμφισβητείται κατά κανένα τρόπο ο ρόλος της, που είναι πραγματικά πολύ σημαντικός. Αντίθετα, οφείλουμε να την απαλλάξουμε από υπέρογκα βάρη και υπερβολικές ευθύνες, που η εμπλοκή της με αυτά μπορεί να φθείρει και πάντως να μειώσει την αξία της προσφοράς της, η οποία ούτως ή άλλως είναι μεγάλη.»³³

5.2. Σχέσεις Βιοηθικής και Κοινωνίας

Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τα ζητήματα της υγείας και της ασθένειας εξαρτάται από το πολιτισμικό, θρησκευτικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

Ο πολιτισμός συνίσταται στις κοινές αξίες, πεποιθήσεις και πρακτικές της πλειοψηφίας των ατόμων που αποτελούν μια ομάδα. Περιλαμβάνει τις νοοτροπίες, τους ρόλους, τις συμπεριφορές, τις πνευματικές πρακτικές που είναι αποδεκτές από την ομάδα. Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τον κόσμο είναι αυτός που διαμορφώνει τις αξίες τους, την αντίληψη και την ερμηνεία των γεγονότων της ζωής.

Όλοι οι πολιτισμοί έχουν κάποιο «παραδοσιακό γιατρικό» που μεταφέρεται από γενιά σε γενιά, για τη θεραπεία ορισμένων ασθενειών. Η πρακτική ιατρική χρησιμοποιείται συνήθως προτού ζητηθεί η γνώμη του επαγγελματία από το χώρο της υγείας ή μπορεί να χρησιμοποιείται παράλληλα. Η γνώση του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζει τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του την ασθένεια είναι σημαντική για να κατανοήσουμε οποιαδήποτε απροθυμία του ασθενή να ακολουθήσει ένα θεραπευτικό σχήμα που προτείνεται από τους επαγγελματίες υγείας.

³³ Σπανός Θ.Α., «ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ – Ένας ύμνος στην κοινωνία», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σελ.24-31.

Η επιστήμη, η πολιτική, η θρησκεία, η τεχνολογία, η οικονομική ανάπτυξη, το οικογενειακό-συγγενικό περιβάλλον αποτελούν κοινωνικές δομές που επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας και φροντίδας, όπως και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δηλαδή η κατοικία, η διατροφή, η εκπαίδευση, οι συνθήκες εργασίας, το αρδευτικό και αποχετευτικό σύστημα, η ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος και αποτελούν παραφυάδες του ευρύτερου πολιτισμού στον οποίο γεννιόμαστε και μεγαλώνουμε.

Μια πολιτισμική ομάδα διαφοροποιείται από μία άλλη με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά όπως είναι η εθνικότητα, η φυλή, το χρώμα, το φύλο, η ηλικία και ο θρησκευτικός δεσμός.

Η πολιτισμική διαφορά είναι ιδιαίτερα εμφανής στην επικοινωνία, στην αντίληψη του χρόνου, στην οργάνωση της οικογένειας, στη διατροφή, σε ζητήματα που σχετίζονται με τον θάνατο και στις πεποιθήσεις όσο αφορά την υγεία. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει και η θεώρηση του χρόνου, δηλαδή αν ο πολιτισμός εστιάζεται περισσότερο στο παρόν, στο παρελθόν ή στο μέλλον. Πολιτισμοί που προσανατολίζονται στο παρελθόν δίνουν μεγάλη σημασία στις παραδόσεις, ενώ οι πολιτισμοί που προσανατολίζονται στο μέλλον δίνουν μεγάλη αξία στις αλλαγές.

Μια άλλη σημαντική πολιτισμική διαφορά έγκειται στην οργάνωση της οικογένειας. Είναι σημαντική η γνώση για το αν μια οικογένεια είναι πατριαρχική, μητριαρχική ή επικρατεί η ισότητα, διότι η κεφαλή της οικογένειας παίζει ρόλο στις αποφάσεις του ασθενούς για την προσωπική του φροντίδα υγείας.

5.3. Σχέσεις Βιοηθικής και Εκκλησίας

Κυρίαρχο ρόλο για τη λήψη αποφάσεων, όσον αφορά θέματα υγείας κατέχει η θρησκευτική πίστη. Η κάθε θρησκεία έχει την δική της διδασκαλία για το σκοπό και το νόημα της ύπαρξης του ατόμου, για τον κόσμο και το Θείο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα σε αυτό είναι η άρνηση της μετάγγισης αίματος για τους Μάρτυρες του Ιεχωβά και μας δείχνει πως η θρησκεία επιδρά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς.³⁴

³⁴ ΣΑΡΡΗ Α., «Η θέση της νοσηλευτικής στις διαπολιτισμικές κοινωνίες, θρησκείες και μειονότητες», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1):250-255.

«Η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης τα τελευταία χρόνια σε όλους τους τομείς μας αφήνει κυριολεκτικά κατάπληκτους. Εντυπωσιακή ανάπτυξη έχει επέλθει στον τομέα της γενετικής και της βιολογίας, όπου οι επιστήμονες κατόρθωσαν να επέμβουν ακόμα και σε αυτή τη δομή της ζωής και να την τροποποιήσουν σύμφωνα με τη δική τους θέληση. Η τεχνητή γονιμοποίηση, η κλωνοποίηση, η επέμβαση στον πυρήνα του DNA, και άλλα επιτεύγματα έδωσαν ζωηρές ελπίδες στην ανθρωπότητα, ότι είναι κοντά η εποχή όπου ο άνθρωπος θα νικήσει τις γενετικές ανωμαλίες και τις ασθένειες και θα χαρίσει στο ανθρώπινο γένος μακροζωία και ποιότητα ζωής. Δεν είναι λίγοι εκείνοι που μέσα στον ενθουσιασμό τους, ομιλούν για μια νέα εποχή στη ζωή του ανθρώπου επάνω στη γη, όπου ο άνθρωπος επεμβαίνοντας στη διαδικασία της ζωής, έγινε δήθεν θεός. Πρόσφατα αμερικανός βιολόγος υποστήριξε ότι κατόρθωσε να κλωνοποιήσει ανθρώπινα κύτταρα, χαρακτηρίζοντας, για το επίτευγμά του αυτό, τον εαυτό του «θεό»!

Αλλά και αυτή η ίδια η βιοτεχνολογία με τον τρόπο που δρα στη δομή της ζωής, η οποία είναι συχνά βίαιη και τροποποιητική, δημιουργεί συχνά τεράστια ηθική προβληματική. Για το λόγο αυτό θεμελιώθηκε εδώ και μερικές δεκαετίες ένας νέος επιστημονικός κλάδος, η βιοηθική, η οποία προσπαθεί να εναρμονίσει τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης με τον κώδικα της παγκόσμιας και πανανθρώπινης ηθικής δεοντολογίας. Η βιοηθική εμφανίστηκε, σύμφωνα με τον καθηγητή Γ. Σκουτέρη **«σαν μια ανάγκη να αντιμετωπισθούν τα ηθικά προβλήματα που συνδέονται με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, αλλά και εκείνα που απορρέουν από τα πειράματα που σχετίζονται με τη βιολογική ύπαρξη του ανθρώπου»**.³⁵

Ο όρος βιοηθική παράγεται από τις λέξεις βίος που είναι συνώνυμος με τη ζωή και την ηθική. Η λέξη ηθική παράγεται, κατά τον Αριστοτέλη, από τη λέξη έθος, που σημαίνει συνήθεια και που μαζί με την «διανοητική» αποτελούν τους δύο σκέλους της αρετής. Το έθος (η συνήθεια) με το πέρασμα των χρόνων δημιούργησε κανόνες κοινής αποδοχής, οι οποίοι δημιουργούν αρμονικές διαπροσωπικές σχέσεις, και που με τον καιρό αποτέλεσαν τον παγκόσμιο κώδικα ηθικής δεοντολογίας. Ενδιαφέρον έχει η άποψη του μεγάλου Έλληνα φιλοσόφου Ηράκλειτου ότι η ηθική έχει θεία προέλευση και έναυσμα, με τη ρήση του **«ήθος ανθρώπω δαίμων»**,

³⁵ www.romios.bravehost.com: Γ. Σκουτέρη, Βιοηθική και το ήθος της Ορθοδοξίας.

ενοώντας ότι η ηθική του ανθρώπου απορρέει από το θείο στοιχείο που φέρει μέσα του. Η ηθική κατά το μεγάλο σοφό έχει μεταφυσική σημασία και άρα ενέχει τεράστια σημασία για το ανθρώπινο πρόσωπο.

Υπ' αυτό το πρίσμα κάθε ενέργεια του ανθρώπου πρέπει να διέπεται από ηθικούς κανόνες, πολλώ δε μάλλον ό, τι σχετίζεται με τη ζωή και γενικά τη θεία δημιουργία. Η ορθόδοξη θεολογία, ως θεώρηση όλων των πτυχών της ανθρώπινης ζωής, έχει λόγο και για την βιοτεχνολογία και γενικά όλα τα επιτεύγματα της βιολογίας και της ιατρικής. Προτάσσει τη χριστιανική ηθική ως ορόσημο στην έρευνα και την εφαρμογή της βιοτεχνολογίας. Ενώ για τους ερευνητές επιστήμονες κέντρο της δραστηριότητάς τους είναι αυτή καθ' εαυτή η επιστημονική έρευνα, για την ορθόδοξη διδασκαλία κέντρο της είναι το ανθρώπινο πρόσωπο, ως εικόνα του Θεού, ανεπανάληπτη και μοναδική ύπαρξη, προορισμένη να σωθεί και να θεωθεί.

Αξία έχει ό, τι προάγει το ανθρώπινο πρόσωπο, ως ψυχοσωματική ύπαρξη και όχι ό, τι μπορεί να ωφελήσει επιλεκτικά ανθρώπινα άτομα. Έτσι παράμετροι της βιοτεχνολογίας, οι οποίες δεν υπηρετούν και δεν προάγουν το ανθρώπινο πρόσωπο τίθενται από την ορθόδοξη θεολογία υπό κριτική.

Γίνονται, για παράδειγμα και σύμφωνα με επιστημονικές ανακοινώσεις, πειραματισμοί για την επίτευξη δια του κλωνισμού «ανθρωποειδών», εμβρύων ακέφαλων, κατά παραγγελία, για την παραγωγή οργάνων για τις μεταμοσχεύσεις. Ύστερα από την επίτευξη παραγωγής ακέφαλων εμβρύων βατράχων από τον καθηγητή Τζόνathan Σλάκ του πανεπιστημίου του Μπαθ, είναι θέμα χρόνου να παραχθούν αυτά τα «ανθρωποειδή», γεγονός το οποίο γέμισε με απέχθεια και ανησυχία πλήθος ανθρώπων. Αναφέρουμε ακόμη τη διαχείριση του ανδρικού σπέρματος και των γυναικείων ωαρίων για την τεχνητή γονιμοποίηση, από τις λεγόμενες τράπεζες, η οποία δημιουργεί σωρεία ηθικών διλημμάτων.

Η ορθόδοξη θεολογία σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, χωρίς να αντιστρατεύεται αυτή καθ' εαυτή την επιστημονική έρευνα και πρόοδο, ζητά κανόνες και αρχές για την εφαρμογή της βιοτεχνολογίας, ώστε να ωφελείται το ανθρώπινο πρόσωπο, το οποιοδήποτε πρόσωπο, ως ψυχοσωματική οντότητα, χωρίς να βλάπτεται στο ελάχιστο άλλο πρόσωπο, έστω και αν αυτό είναι έμβρυο. Διότι πιστεύει

ακράδαντα στη μοναδικότητα του κάθε ανθρωπίνου προσώπου και στο απόλυτο δικαίωμά του στη ζωή.

Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα στην περίπτωση της αιμοδοσίας. Αφότου βεβαιώθηκε ότι η προσφορά αίματος είναι αναγκαία για τη θεραπεία ασθενών συνανθρώπων μας. Ότι οι μεταγγίσεις γίνονται με υψηλή επιστημονική πρακτική. Και το σπουδαιότερο ότι δεν υπάρχει καμιά περίπτωση οικονομικής ή άλλης συναλλαγής, η Ορθόδοξη Εκκλησία μας πρωτοστατεί στον τομέα της αιμοδοσίας, με ενοριακές τράπεζες αίματος, με εξορμήσεις αιμοδοσίας, με μόνιμους αιμοδότες κληρικούς και λαϊκούς κλπ. Έχει υπολογισθεί πως η Εκκλησία συμβάλλει στη συγκέντρωση αίματος στη χώρα μας, καλύπτοντας περισσότερο από το τριάντα τοις εκατό των αναγκών. Οι πιστοί αιμοδότες δίνοντας αίμα θεωρούν ότι επιτελούν ύψιστο καθήκον, το οποίο απορρέει από την αγάπη τους προς τον συνάνθρωπό τους. Πρώτος αιμοδότης υπήρξε ο Κύριος ημών Ιησούς Χριστός, ο Οποίος ανέβηκε επάνω στο σταυρό και με το τίμιο αίμα Του εξαγόρασε τις αμαρτίες όλων των ανθρώπων, όλων των εποχών.

Η ορθόδοξη θεολογία είναι θετική σε κάθε επιστημονική ανακάλυψη, φτάνει αυτή να συνδυάζεται με την αρετή και το συμφέρον της ανθρωπότητας, σε αντίθεση με την αιρετική ετεροδοξία, όπου βαρύνεται με σωρεία διώξεων επιστημόνων και επιστημονικών ερευνών. Μάλιστα διακεκριμένοι επιστήμονες δηλώνουν ορθόδοξοι χριστιανοί και βεβαιώνουν ότι δεν βρίσκουν ουδεμία αντίθεση στην ορθόδοξη πίστη και την επιστημονική τους ιδιότητα.

Γι' αυτό το λόγο η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, με υψηλό αίσθημα ευθύνης απέναντι στον πιστό λαό και με σεβασμό προς την επιστημονική κοινότητα, θέσπισε εδώ και λίγα χρόνια ειδική Συνοδική Επιτροπή Βιοηθικής, πλαισιωμένη από επιφανείς επιστήμονες (ιατρούς, βιολόγους, θεολόγους κλπ), ως συμβουλευτικό όργανο, να παρακολουθεί τα τεκταινόμενα στο χώρο της βιοτεχνολογίας και της ιατρικής, να ενημερώνει τη διοικούσα Εκκλησία και το εκκλησιαστικό πλήρωμα και να δίνει την πολύτιμη συμβουλή της όπου χρειάζεται. Κλείνουμε το πόνημά μας αυτό με τη γνωστή ρήση του μέγιστου των αρχαίων φιλοσόφων Πλάτωνα: **«πάσα επιστήμη χωριζομένη αρετής, πανουργία και ου**

σοφία φαίνεται», η οποία εκφράζει με τον καλύτερο τρόπο την ανάγκη σύζευξης επιστήμης και ηθικής.»³⁶

5.4. Σχέσεις Βιοϊατρικής και Φιλοσοφίας

Ο καθημερινός καταγισμός ειδήσεων βιοϊατρικών εξελίξεων προκαλεί ανάμεικτα αισθήματα δέους, θαυμασμού και απορίας θαυμασμό μπροστά στις νέες προοπτικές που σχετίζονται με τη δημιουργία ή τη θεραπεία της ζωής και απορία ως προς τις δυνατότητες των ατόμων και των κοινωνιών να επεξεργαστούν, να εκμεταλλευτούν καθώς και να διαχειριστούν τις νέες γνώσεις και δυνατότητες συμβιβάζοντάς τις με ηθικές και κοινωνικές αντιλήψεις.

Αμείλικτα ερωτήματα παρουσιάζονται, όταν καινούρια δεδομένα αναφύονται στο χώρο της ιατρικής και βιολογίας, που φαντάζουν ως διλήμματα ορίων. Ποια είναι τα όρια της επιστημονικής έρευνας, αν βέβαια υπάρχουν όρια, ποιος τα ορίζει και με ποια κριτήρια; Ποια είναι τα όρια της αντοχής στους κινδύνους;

Σπουδαίες επιστημονικές ανακαλύψεις από το χώρο της ιατρικής αναθεωρούνται με ταχύτατους ρυθμούς. Οι ειδικοί μοιάζει να διχάζονται ή να ισορροπούν σε τεντωμένο σκοινί ανάμεσα στα υπέρ και στα κατά. Από τη μια πλευρά, υπάρχει η πρόκληση και, από την άλλη πλευρά, ο φόβος μπροστά στη νέα γνώση. Από τη μια, ο φιλόσοφος που συζητά για το επιθυμητό βασισμένος σε φιλοσοφικές αρχές και, από την άλλη, ο βιολόγος που αναζητά πιθανές λύσεις.

Η ταχύτητα της ερευνητικής εξέλιξης είναι πολύ μεγαλύτερη από τη δυνατότητα προεκτίμησης των αποτελεσμάτων. Η φύση της βιοτεχνολογικής έρευνας δεν μας επιτρέπει να προλάβουμε να σκεφθούμε τις συνέπειές της λόγω της τριπλής ιδιότητάς της, η οποία την καθιστά ασύλληπτη στο μέγεθός της, απρόβλεπτη στις συνέπειές της και πάντοτε αιφνιδιαστική στο χρόνο της. Η γενετική μηχανική μαζί με την εντυπωσιακή αποκάλυψη των μυστικών της ζωής εμφανίζεται απρόβλεπτα προκλητική στο να γεννά μέσα στο κοινωνικό σώμα αναπάντητα διλήμματα καθώς η αρχή και το τέλος της ζωής ορίζονται με δυσκολία.

Το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο λαμβάνει άλλο νόημα καθώς ζούμε σε μια ευγονική και ευθανασιακή εποχή. Λόγω της αλματώδους προόδου της επιστήμης

³⁶ Σκόντζος Κ. Λάμπρος. Καθηγητής Θεολογίας.

και της τεχνολογίας, πρωτόγνωρα ηθικά προβλήματα έχουν προκύψει, ζητήματα «ζωής και θανάτου», ταυτότητας και αυτονομίας. Οι παλαιότεροι «κώδικες ηθικής και δεοντολογίας» δεν επαρκούν. Η σχέση γιατρού- ασθενή, η ηθική έννοια του προσώπου, η αξία της ζωής, οι «γκρίζες ζώνες της ζωής» όπως χαρακτηρίστηκαν, προγεννητικά και επιθανάτια προβλήματα είναι κοινά στη βιοηθική και την παραδοσιακή ιατρική ηθική.

Η ανάγκη διαμόρφωσης προτάσεων κανονιστικής υφής πρόβαλε αδήριτη και οι φιλόσοφοι άρχισαν να βγαίνουν από την κοινωνική απομόνωση στην οποία τους καταδικάζει ο θετικισμός, να εγκαταλείπουν τον «χρυσελεφάντινο πύργο» τους και «να κατεβαίνουν στην αγορά». Άρχισαν έτσι να αποκρυσταλλώνονται οι κυριότεροι κλάδοι της εφαρμοσμένης ηθικής, όπως η περιβαλλοντική, η επιχειρησιακή και η βιοηθική, η οποία αποτελεί το αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας. Το παράδοξο για πολλούς είναι πώς μια καθαρά πρακτική επιστήμη, η βιοτεχνολογία συμβιώνει και εξαρτάται εν πολλοίς από μια καθαρά θεωρητική επιστήμη, τη φιλοσοφία. Κατά αυτόν τον τρόπο, η φιλοσοφία, και ιδιαίτερα ο κλάδος της εφαρμοσμένης ηθικής, γίνεται σήμερα τόσο επίκαιρος, όσο ποτέ άλλοτε.

Η άσκηση της φιλοσοφίας μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη στην αντιμετώπιση προβλημάτων βιοηθικής. Η πρακτική εφαρμογή των ηθικών θεωριών είναι το δυσκολότερο σημείο αντιμετώπισης τους, γεγονός που καταδεικνύει ότι απαιτούνται νέοι τύποι θεωριών ή καλύτερα η διαμόρφωση μιας ηθικής θεωρίας, η οποία κριτικά θα ενσωματώνει στοιχεία τόσο ωφελμιστικά όσο και δεοντολογικά.³⁷ Συγχρόνως, είναι βέβαια αναγκαία η θεωρητική κατάρτιση όλων των εμπλεκομένων σε προβλήματα βιοηθικής ώστε να μην αναγκαστούμε να υποκύψουμε σε κάποιο είδος σχετικιστικής ηθικής που θα περιλαμβάνει ρευστά και ιδιωτικά κριτήρια. Οι ηθικές αποφάσεις λαμβάνονται με κριτήριο κάποιες αρχές που αποδέχεται κανείς ελεύθερα. Η χρήση της ηθικής επιχειρηματολογίας, σε αντίθεση με την επίκληση των συνειδησιακών προσταγών, προσδίδει κύρος στις θέσεις τους, συμβάλλοντας στην επίτευξη μιας γενικά αποδεκτής τεκμηρίωσης.

Σύμφωνα με τον Θ. Πελεgrίνη, «η φιλοσοφία δεν μας καλεί να προσθέσουμε τις δικές μας ιδέες σ' ένα πρόβλημα, αλλά να εξετάσουμε και την πιθανότητα μήπως

³⁷ Μ. Δραγώνα-Μονάχου, *Σύγχρονη Ηθική Φιλοσοφία. Ο αγγλόφωνος στοχασμός*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.

αυτό εμφανίζεται ως ένα ψευδοπρόβλημα, που προέκυψε από παρανοήσεις, παραλείψεις ή παρεξηγήσεις».³⁸ Ως παρεξηγήσεις θεωρούνται η διαστρέβλωση ενός ορισμού, η παρανόηση του τρόπου χρησιμοποίησης των όρων και των αρχών που ρυθμίζουν την συμπεριφορά μας, η εμμονή μας σε ξεπερασμένο περιεχόμενο των εννοιών.

Τα προβλήματα της ηθικής προέρχονται από την κοινωνία και η τήρησή τους είναι έργο ατομικής επιλογής. Τρεις επιπλέον παράγοντες επιτείνουν τις δυσκολίες στην επίλυση των βιοηθικών προβλημάτων, όπως η απίστευτα ταχύρρυθμη εξέλιξη της επιστημονικής έρευνας, συμφέροντα, οικονομικής κυρίως φύσεως που συσκοτίζουν το τοπίο του ηθικού προβληματισμού και οι προτεινόμενες λύσεις σε προβλήματα βιοηθικής είναι σε συνάρτηση με τις μεταφυσικές πεποιθήσεις του καθενός.³⁹ Πολλές φιλοσοφικές αρχές που προέκυψαν από διαφορετική ανθρωπολογία αλληλοσυγκρούστηκαν, όπως η αρχή της αυτονομίας που έχει καντιανή προέλευση, με την αρχή της ευεργεσίας και της μη πρόκλησης βλάβης και πόνου που έχουν ωφελμιστική προέλευση. Το πατερναλιστικό μοντέλο υποκαθίσταται από την αυτονομία του ασθενούς που έχει τις καταβολές του στη θεωρία του ωφελιμισμού.

Η βοήθεια της φιλοσοφίας στην ιατρική πράξη δεν έγκειται στην παροχή ελιξιρίων ιατρικής ηθικής αλλά στην ανάλυση συγκεκριμένων καταστάσεων που εμφανίζονται στα διάφορα ιατρικά διλήμματα, στην ανάγκη ιεράρχησης των ηθικών αρχών και, ενίοτε, στην υπέρβαση, και όχι στην παραβίαση, ασυμβίβαστων ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η εναπόθεση της λήψης απόφασης στη συνείδηση του γιατρού, χωρίς να δοθούν κάποιες κατευθυντήριες γραμμές της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας ανάγεται σε αυθαιρεσία ή ταυτίζεται με τα συναισθήματα. Κάθε κοινωνία προσδιορίζει, σε κάθε εποχή με δικά της κριτήρια, τι είναι σωστό δεδομένου ότι οι αξίες μεταβάλλονται. Το αν υπάρχουν διαχρονικές αξίες είναι ένα βασικό ερώτημα για την ηθική, γιατί βάσει και αυτής της απάντησης θα απαντήσει στα

³⁸ Θ. Πελεgrίνης, Βιοηθική και φιλοσοφία, Σύλλογος Διδακτικού- Ερευνητικού Προσωπικού Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 2003.

³⁹ Γ. Κουμάντος, «Προβλήματα Βιοηθικής», Εκδόσεις Πόλις, Αθήνα 2003.

σύγχρονα ηθικά διλήμματα. Για την απάντηση της φιλοσοφίας στα προαναφερόμενα προβλήματα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

- (1) Η ζωή αποτελεί ύψιστο αγαθό σ' αυτό τον κόσμο. (Θεωρία της «ιερότητας της ανθρώπινης ζωής»/ Theory of the Sanctity of Human Life).
- (2) Ο άνθρωπος είναι η τελειότερη μορφή ζωής που εξελίχτηκε σ' αυτόν τον πλανήτη.
- (3) Η βάση για κάθε υποτιθέμενο καλό είναι η ελευθερία η οποία εμπεριέχει και τη δυνατότητα επιλογής του κακού. Η εξαρχής όμως κατάλυση της ελευθερίας είναι το χειρότερο δεινό, κάτι που δεν εξαγιάζεται ούτε στο βωμό των καλύτερων προθέσεων.
- (4) Κανείς δεν έχει το δικαίωμα να βλάψει άμεσα ή έμμεσα την υγεία άλλου ατόμου.
- (5) Οποιαδήποτε χρήση των επιτευγμάτων της βιοτεχνολογίας πρέπει να γίνεται για το καλό του ανθρώπου. Το οικονομικό όφελος είναι δευτερεύον σε σχέση με τη ζωή και την ελευθερία του ατόμου. Κανείς δεν μπορεί να έχει την αποκλειστική χρήση και εμπορία οποιασδήποτε μορφής ζωής.
- (6) Κανείς δεν μπορεί να εμποδίσει την έρευνα για τη γνώση.
- (7) Πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη η θέση «ότι είναι τεχνητά δυνατόν δεν είναι πάντοτε προς όφελος του ανθρώπου και του κόσμου γενικότερα».
- (8) Μπορεί να απαγορεύονται σε ακραίες περιπτώσεις οι εφαρμογές της γνώσης (η πολιτεία είναι υποχρεωμένη να προστατεύει τους πολίτες της), όχι όμως και η αναζήτηση της αλήθειας η οποία υπάρχει και απλώς ο άνθρωπος προσπαθεί να την κατανοήσει.
- (9) Η γνώση έχει ηθικό περιεχόμενο όταν ωφελεί το σύνολο.
- (10) Είναι απαραίτητη η βιολογική και η φιλοσοφική παιδεία, ώστε να μπορούν οι πολίτες να συμμετέχουν στις αποφάσεις με κριτήριο τη γνώση και όχι με τον ενστικτώδη φόβο για το νέο και το άγνωστο.

Η βιοηθική καλείται να προτείνει λύσεις σε προβλήματα που σχετίζονται κυρίως με τη ζωή και το θάνατο. Μέχρι σήμερα δεν έχει επιτευχθεί αντικειμενικά ο ορισμός των ορίων της ζωής, που θα ήταν αποδεκτός από τις κοινωνίες. Η βιοηθική δεν έρχεται να σταματήσει την πρόοδο, αλλά να υποδείξει τις ασφαλιστικές δικλείδες που θα διασφαλίσουν το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, αυτονομίας και αξιοκρατικής συμβίωσης. Σκοπός της βιοηθικής δεν είναι να βάλει όρια στην επιστήμη, αλλά να δείξει δρόμους. Αυτοί οι δρόμοι ορίζουν, δεν περιορίζουν. Δεν έχει σκοπό να εκδίδει συναινετικές ή απαγορευτικές συνταγές για κάθε σοβαρό πρόβλημα, αλλά να γνωστοποιεί τις βασικές βιοηθικές αρχές, να ενημερώνει για τις τυχόν συνέπειες που μπορεί να έχει η συγκατάθεση του ανθρώπου σε μια νέα τεχνολογία και έτσι να καθιστά τον άνθρωπο υπεύθυνο για τις αποφάσεις του και έναντι των επερχόμενων γενεών.

5.5. Οικονομικό Πλαίσιο

Αν το αίμα ως δώρημα δεν αναφέρεται συχνά στην οικονομική βιβλιογραφία ως οικονομικό αγαθό, αυτό αναμφίβολα συμβαίνει επειδή η οικονομία θεωρείται χώρος μελέτης, εμπορικών σχέσεων και μια τέτοια συμπεριφορά θα κινδύνευε να χαρακτηριστεί ως άτοπη ή και αντικοινωνική, η οποία χυδαιολογεί μια σημαντική ανθρώπινη πράξη, θεωρούμενη από πολλούς και ως υπέρτατη απόδειξη ανθρωπιάς και αγάπης.

Είναι γνωστό ότι η αγορά αίματος αποτέλεσε ιστορικά τον πρώτο τρόπο προσπορισμού αίματος. Η έλλειψη επιστημονικών γνώσεων γύρω από τη σκοπιμότητα της χορήγησης αλλά κυρίως σε σχέση με την αθωότητα ή μη του εγχειρήματος για το δότη, τροφοδότησαν τη διαδικασία της αγοράς.

Η αγορά αίματος μπορεί να φαίνεται ότι επιλέχθηκε τυχαία ή έστω επιβλήθηκε αναγκαστικά. Η αλήθεια, όμως, είναι ότι η αντίληψη μιας τέτοιας οργάνωσης είναι πολύ παλαιά και γι' αυτό συνεχίζει να έχει θερμούς υποστηρικτές έως τις μέρες μας.

Όλα αρχίζουν από το χαρακτηρισμό του αίματος. Σύμφωνα με την κλασική οικονομική θεωρία, κάθε τι στο οποίο ενυπάρχει δυνατότητα επιλογής οφείλει να χαρακτηρίζεται ως οικονομικό αγαθό. Η ύπαρξη του αίματος και η αιμοδότηση

θεωρείται ότι καθορίζονται από κανόνες επιλογής. Μπορεί κανείς, δηλαδή, να δώσει αίμα ή να μη δώσει, να το χαρίσει ή να το πουλήσει.

Από τα παραπάνω, δεν προκύπτει κώλυμα χαρακτηρισμού του αίματος ως οικονομικού αγαθού και κατ' ακολουθία, εφαρμογής όλων των κανόνων που διέπουν τα οικονομικά αγαθά, μ' άλλα λόγια τον νόμο της αγοράς.

Δεν έλειψαν, βέβαια, από την πρώτη στιγμή οι αλτρουιστές και οι κήρυκες της αγάπης, ιδίως μεταξύ των ιερωμένων και των μοναχών, οι οποίοι με το υψηλό ήθος και το επίπεδο κοινωνικής ευαισθησίας, διαφοροποιήθηκαν εξ αρχής, διαφωνώντας με την εξάπλωση της αγοράς αίματος. Παρενέβησαν σε θεωρητικό και σε πρακτικό επίπεδο, εμποδίζοντας τους εμπόρους και καλώντας παράλληλα τους πολίτες προς αιμοδότηση. Σημαντικό σταθμό, σε αυτή την αντιπαράθεση αποτέλεσε ο χαρακτηρισμός του αίματος από τους Cooper και Culger ως αγοραίο αγαθό («κόκκινος χρυσός»)⁴⁰.

Σύμφωνα με πολλούς κοινωνιολόγους και ειδικότερα τον γνωστό Άγγλο ανθρωπιστή Titmus, έναν πρωτοπόρο κοινωνικό λειτουργό και θερμό υποστηρικτή της εθελοντικής αιμοδοσίας, *«η αποδοχή από την κοινωνία της αμοιβής του αίματος διαρρηγνύει τους κοινούς δεσμούς της και το κενό που δημιουργείται τείνει να καλυφθεί από την πάλη και την κοινωνική ρήξη»*.⁴¹

Ωστόσο, δεν είναι μόνο οι λόγοι της αναποτελεσματικότητας και της πιθανής κοινωνικής ρήξης που οφείλουν να οδηγούν σε απόρριψη τη διαδικασία της αμειβόμενης αιμοδοσίας, αλλά και η συμπεριφορά του ίδιου του αιμοδότη. Ο αμειβόμενος δότης, περιστασιακός ή μόνιμος, αποκρύπτει τις τυχόν ασθένειές του ή λήψεις φαρμάκων ή άλλων ουσιών, εφόσον εξ ορισμού αιμοδοτεί για να πάρει χρήματα που σε αντίθετη περίπτωση θα έχανε.

Αυτό, όμως, μπορεί να αποβεί καταστρεπτικό για το δέκτη του αίματος, αφού δεν υπάρχει πάντα η δυνατότητα εντοπισμού στο αίμα, του συνόλου των νοσογόνων παραγόντων και γι' αυτό η ειλικρίνεια του δότη αποτελεί σημαντικό και αναντικατάστατο στοιχείο της μεταγγισιακής ασφάλειας.

⁴⁰ Cooper MH, Culger AJ., «The Price of Blood», London Institute of Economic Affairs, 1968.

⁴¹ Titmus RM., «The gift relationship», Allen and Unwin, London, 1970.

Σε μια μελέτη που έγινε σε 2.921 τοξικομανείς στη Βαλτιμόρη⁴², διαπιστώθηκε ότι αυτοί έδιναν κανονικά αίμα και μετά την υποχρεωτική και συστηματική εξέταση για AIDS και μάλιστα σε αναλογία 88,1% ως αμειβόμενοι και 11,9% ως εθελοντές. Αυτό σημαίνει ότι οι πιθανότητες να είναι μολυσματικό ένα αίμα παρά την αρνητική ένδειξη είναι περίπου 7-8 φορές περισσότερες όταν το αίμα δίνεται για εμπορικούς σκοπούς, παρά όταν δίνεται εθελοντικά.

Η ασφάλεια του αίματος, λοιπόν, περιορίζεται, όταν ο δότης δέχεται – από το χρήμα – ισχυρή ψυχολογική πίεση να μην αναφέρει τα τυχόν προβλήματα υγείας του. Ο κίνδυνος της εκμετάλλευσης και των συνεπειών της υγείας του δότη είναι μεγάλος, πολύ περισσότερο αφού εξ αντικειμένου αυτός ανήκει σε μια χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη με προβληματική διατροφή και διαβίωση.⁴³

⁴² Nelson KE, Vlahov D, Margolick J, Bernal M, Tylor E., Blood and plasma donating among cohort of intravenous drug users., JAMA 1990, 263:2194-2197.

⁴³ Σπανός Θ.Α., «ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ – Ένας ύμνος στην κοινωνία», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σελ.41-46.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τονίζουμε, ότι μία ολοκληρωμένη και ορθή προσέγγιση, οποιουδήποτε ηθικού διλήμματος, είναι αυτή η οποία λαμβάνει υπόψη και εξισορροπεί όλη τη γκάμα των διαφορετικών φιλοσοφικών προσεγγίσεων, υπό την έννοια της θεώρησης τόσο των **καθηκόντων**, όσο και των **συνεπειών**, της αυτονομίας, καθώς και των **αναγκών της κοινότητας** με παράλληλη θεώρηση των **αρχών** και **αρετών** που συγκροτούν αυτό που θεωρείται σωστός και υπεύθυνος ιατρός.

Επίσης, η ορθή και ολοκληρωμένη ηθική προσέγγιση συνεκτιμά τις **επιταγές του νόμου** και τις **υποδείξεις των επίσημων γνωμοδοτικών οργάνων** του ιατρικού επαγγέλματος και οφείλει να διερευνά, γιατί σε ορισμένες περιπτώσεις οι ιατροί, με την ίδια αταλάντευτη αποφασιστικότητα, μπορούν να υποστηρίξουν διαμετρικά αντίθετες θέσεις σχετικά με το τι είναι «σωστό» και τι «λάθος» στη δεδομένη υπό θεώρηση συγκυρία.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στη δημιουργία ενός λειτουργικού και πλήρους νομοθετικού πλαισίου για την ορθή λειτουργία του ευαίσθητου αυτού τομέα της βιοτεχνολογίας και στην Ελλάδα.

Τέλος, η ορθή και ολοκληρωμένη προσέγγιση κατατείνει σε ένα και μοναδικό σκοπό: πώς μέσω της **αναλυτικής ιατρικής ηθικής** προάγεται και διευκολύνεται η **ηθική άσκηση της ιατρικής καθημερινότητας**.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αθανασόπουλου Δημητρίου, Η Ψευδώνυμος Γνώσις ή η Δικτατορία του Υποκόσμου, Αθήνα 1992.
2. Ακινούσογλου Κ., Ε. Αποστολάκης, Δ. Δουγένης, « Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει », Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007.
3. Αλαχιώτης Σ.Ν., «Βιοηθική, Αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2004.
4. Αλεβιζοπούλου Αντωνίου, Εγχειρίδιο Αιρέσεων και Παραχριστιανικών Ομάδων, Πρέβεζα 1991.
5. Αριστοτέλη, Ηθικά Νικομάχεια.
6. Βάντσου Μ. Βιοηθική και Θεολογικός προβληματισμός. Εισήγηση στο 31ο Ιερατικό Συνέδριο της Ι. Μ. Γερμανίας, Μόναχο.
7. Βασιλειάδη Ν. Χριστιανισμός και Ανθρωπισμός. Αθήνα, Σωτήρ, 1992.
8. Βελογιάννη Λ. Ηθικά και κοινωνικά προβλήματα στη στείρωση των διανοητικά καθυστερημένων ατόμων με σεξουαλική δραστηριότητα. Δελτ. Α΄ Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπ. Αθηνών 2004.
9. Βιβλική και Φυλλαδική Εταιρία Σκοπιά, Οι Μάρτυρες του Ιεχωβά και το Ζήτημα του Αίματος. Μπρούκλιν, ΝΥ, 1977.
10. Βλιαγκόφτη Αρσενίου, Σύγχρονες Αιρέσεις, Θεσσαλονίκη 2004.
11. ΓΕΝΕΣΙΣ 9.
12. Γιανναρά Χρήστου, Σχεδιάγραμμα Εισαγωγής στη Φιλοσοφία, τόμοι 2, Αθήνα 1980.
13. Γιανναρά Χρήστου, Η Ελευθερία του Ήθους, Αθήνα, 2002.
14. Γιανναρά Χρήστου, Τίμιοι με την Ορθοδοξία, Αθήναι 1968.
15. Γιανναρά Χρήστου, Νεοελληνική Ταυτότητα, Αθήνα 1983.
16. Γιούλτση Β. Πνευματικότητα και Κοινωνική Ζωή. Θεσσαλονίκη, Πουρνάρα 1999.
17. Γλυκατζή – Αρβελερ Ε. Dausset J, Haseltine W, Γονιδίωμα - Κλωνοποίηση– Ηθική. Eurobank Forum. Αθήνα, 1997.
18. Δακουρά Διονυσίου, Θρησκεία και Μαγεία, Αθήνα 1996.
19. Δαμασκηνού Ιωάννη, Περί Ορθόδοξου Πίστεως 2.

20. Δραγώνα-Μονάχου Μ, «Σύγχρονη Ηθική Φιλοσοφία. Ο αγγλόφωνος στοχασμός», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
21. Δραγώνα-Μονάχου Μ, «Ηθική και βιοηθική», Επιστήμη και κοινωνία 8-9, 1989.
22. Εφημερίδα «Η Καθημερινή», Ιατρικός Τύπος.
23. Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια.
24. Ιπποκράτης, Παραγγελίαι- Αφορισμοί, Αθήνα, 1991.
25. Ιπποκράτους, «Άπαντα τα έργα», Εκδόσεις Μαρτίνη, Αθήνα.
26. Ιωαννίδης Α., «Ιατρική ηθική», Γαληνός, 1988.
27. Καθολική επιστολή Ιωάννου, δ-19.
28. Κατσιμίγκας Γεώργιος, Βασιλοπούλου Γεωργία : «Βασικές Αρχές Βιοηθικής και Ορθόδοξης Ηθικής», «ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ», ΤΟΜΟΣ 9^{ος}, ΤΕΥΧΟΣ 2^ο, ΑΠΡΙΛΙΟΣ-ΙΟΥΝΙΟΣ 2010.
29. Κοϊός Ν., «Ηθική θεώρηση των Τεχνικών Παρεμβάσεων στο Ανθρώπινο Γονιδίωμα», Αθήνα, Εκδόσεις Σταμούλη, 2003.
30. Κορντινέσκου Ι., «Ο Ανθρωπισμός κατά τον ιερό Χρυσόστομο», Θεσσαλονίκη, Πουρνάρα, 1971.
31. Κουμάντος Γ., «Προβλήματα Βιοηθικής», Εκδόσεις Πόλις, Αθήνα 2003.
32. Κουτσελίνη Α, «Αναγκαιότητα και αρμοδιότητες των επιτροπών δεοντολογίας», Ιατρική, 1990.
33. Λεμοντζή Θεόφιλου, Το Θαύμα απέναντι στη Μαγεία, Αθήνα 2008.
34. Λεξικό Βιβλικής Θεολογίας, εκδόσεις Άρτος Ζωής, Αθήνα 1980.
35. Λευιτικόν 17.
36. Μ.Βασιλείου, Κανονικαί Επιστολαί 2 και 8.
37. Μ. Βασιλείου, Ομ. Εις Ησαΐα 13.
38. Μ. Βασιλείου, Εις το Πρόσεχε σε αυτό 6.
39. Ματζαρίδης Γεώργιος, «Χριστιανική Ηθική», Θεσσαλονίκη, 1983.
40. Μαρκεζίνη Κ, «Η έννοια της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας του ασθενή», *Επιστήμη και Κοινωνία* 8-9, 1989.
41. Ματθαϊάκη Τίτου, «Σχέσεις Επιστήμης και Θρησκείας», Αθήναι, 1985.
42. Ματσούκα Ν., «Δογματική και Συμβολική Θεολογία Α». Θεσσαλονίκη, Πουρνάρα, 1996.
43. Μεγάλη Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια Φοίνιξ.
44. Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια.

45. Μεταλληνού Γεωργίου, «Μάρτυρες του Ιεχωβά και Ελληνικόν Έθνος», Αθήναι, 1979.
46. Μητσόπουλου Νικολάου, «Θέματα Ηθικής Δογματικής Θεολογίας», Αθήναι, 1984.
47. Μητσόπουλου Νικολάου, «Δογματικοθητικά Μελετήματα», Αθήναι, 1977.
48. Μπονίκος Σπ. Διονύσιος, «Εισαγωγή στην Ιατρική Ηθική», Σεπτέμβριος 2005.
49. Μπουγάτσου Νικόλαου, «Κοινωνική Διδασκαλία των Ελλήνων Πατέρων», (κείμενα τόμοι 2), έκ. Αποστολικής Διακονίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήναι, 1982.
50. Μπρούσαλης Π., Γρηγορίου Νύσσης, «Περί κατασκευής του ανθρώπου», Κατερίνη, Τέρτιος, 1992.
51. Νύσσης Γρ., «Περί Νηπίων».
52. Παιονίδης Φ., «Επικλήσεις της συνείδησης και επιχειρηματολογία στην ιατρική ηθική», *Ιατρική* 58, 1990.
53. Παπουτσόπουλος Χ., «Δια πονούντας και Θλιβομένους», Αθήνα, Σωτήρ, 2004.
54. Πελεγρίνης Θ., «Βιοηθική και φιλοσοφία», Σύλλογος Διδακτικού-Ερευνητικού Προσωπικού Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 2003.
55. Πιέριου Αναστασίου, «Ο Κοινωνισμός του Χριστιανισμού», Αθήναι, 1980.
56. Πιέριου Αναστασίου, «Η Ορθοδοξία κατά του Χιλιασμού», εν Αθήναις, 1977.
57. Πρακτικά της FDA : «Ημερίδα για συμπεριφορά που βασίζεται στην απόρριψη αιμοδοτών – NAT εποχή».
58. Πράξεις 15.
59. Σαρρή Α., «Η θέση της νοσηλευτικής στις διαπολιτισμικές κοινωνίες, θρησκείες και μειονότητες», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2007.
60. Σπανός Θ.Α., «ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ – Ένας ύμνος στην κοινωνία», Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
61. Στεφανίδου Βασιλείου, «Εκκλησιαστική Ιστορία», Εκδόσεις Αστέρως, Αθήναι, 1978.
62. Σωτηρόπουλου Νικολάου, «Αντιχιλιαστικόν Εγχειρίδιον», Αθήναι, 1986.
63. Τατάκη Β., «Μελετήματα Χριστιανικής Φιλοσοφίας», Εκδόσεις Αστέρως, Αθήνα.

64. Τζαβέλλα Φ., «Βιοηθική και Φαρμακευτική», Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, 1992.
65. Τσιάκα Χριστοφόρου, «Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό Θρησκευιών και Αιρέσεων», έκδοση Ιεράς Μονής Τροοδοτίσσης Κύπρου, 2002.
66. Φανάρα Β., «Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή», Θεσσαλονίκη, Το Παλίμψηστον, 2000.
67. Φαράντου Μέγα, «Δογματική και Ηθική», Αθήναι, 1973.
68. Χατζηνικολάου Ν. Μητροπολίτη Λαυρεωτικής και Μεσογαίας, «Βιοηθική Ταλάντωση στο Εκκρεμές της Λογικής και του Τολμήματος», Ομιλία υπό την αιγίδα του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο.

ΞΕΝΗ

1. American Academy of Pediatrics, “Sterilization of minors with developmental disabilities, Committee of Bioethics”, Pediatrics, 1999.
2. Bankowski Z, “Ethics and health”, World Health, 1989.
3. Barret D, “Values in America, Indiana: University of Notre Dame Press”. 1961.
4. Beauchamp T, Childress J, Clouser KD, “Principlism and its alleged competitors”, Kennedy Inst Ethics J. 1995.
5. Beauchamp T, “The Principle Approach, Special Supplement”, Hasting Center Report, 1993.
6. Benner P, Wrubel J, “Skilled clinical knowledge: the value of perceptual awareness”, part 1. J Nurs Adm. 1982.
7. Binetti P, “Biotechnology and the birth of a third culture”, J Biol Regul Homeost Agents, 2004.
8. Bolooki H, “Η Νοσηλεία των Μαρτύρων του Ιεχωβά: Παράδειγμα καλής περίθαλψης”, Miami Med, 1981.
9. Busch MP, SA Glynn, SL Stramer, Strong DM, Caglioti S, DJ Wright, B Pappalardo, SH Kleinman? NHLBI-REDS Ομάδας Μελετών για το NAT. “Μια νέα στρατηγική για την εκτίμηση των κινδύνων από τη μετάγγιση μεταδιδόμενες λοιμώξεις από ιούς που βασίζεται στα ποσοστά ανίχνευσης πρόσφατα μολυσμένους δότες. Μετάγγιση του 2005”.
10. Chomsky N., “Philosophers and Public Philosophy”, Ethics 79, 1968.
11. Clouser KD, Gert B, “A critique of principlism”, J Med Philos. 1990.

12. Cooper MH, Culger AJ., «The Price of Blood», London Institute of Economic Affairs, 1968.
13. R. Dworkin, “Life’s Dominion”, New York, 1994.
14. Elander G, Hermeren G, “The autonomy of nurses in high dependency care. Conflicts of loyalties and their consequences for patient care”, Scand J Caring Sci. 1991.
15. Former MJ, “Ethical Issues in Health care”, St Louis: The C.V. Mosby Company, 1981.
16. Fry ST, “Toward a theory of nursing ethics”, Adv Nurs Sci. 1989.
17. Fuerst ML, «Ο Υπερηχοτόμος (Sonic scalpel) σώζει αιμοφόρα αγγεία», Med Trib 1981.
18. Gardner B, Bivona J, Alfonso A, “et al: Σοβαρές εγχειρήσεις σε Μάρτυρες του Ιεχωβά”, NY State J Med, 1976.
19. Germain, M., Remis, RS, και Delage, Γ. “Οι κίνδυνοι και τα οφέλη από την αποδοχή τους άνδρες που είχαν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες ως δότες αίματος”, Μετάγγιση 2003.
20. Gilligan C, “New maps of development: new visions of maturity”, Am J Orthopsychiatry, 1982.
21. Gonzàles ER: Η εποχή του ‘τεχνητού αίματος’: Fluosol, ένα ειδικό ευεργέτημα για τους Μάρτυρες του Ιεχωβά. JAMA 1980.
22. Hamstra RD, Block MH, Schocket AL: Ενδοφλέβια χορήγηση σιδηρούχας δεξτράνης στην κλινική ιατρική. JAMA 1980.
23. Harvey JP: Ένα ζήτημα δεξιοτεχνίας. Contemp Orthop 1980.
24. Herbsman H: Παροχή Νοσηλείας στους Μάρτυρες του Ιεχωβά. Emerg Med 1980.
25. Hetastarch (Hespan), «Ένα νέο εκτατικό πλάσματος». Med Lett Drugs Ther 1981.
26. Habermas j., “Το μέλλον της ανθρώπινης φύσης. Πίστη και γνώση”, Εκδόσεις Scripta, Αθήνα, 2004.
27. Jonsen A. R The Birth of Bioethics Special Supplement. Hasting Center Report, 1993.
28. JAMA 1981.
29. Judith T. Rochiccioli, Mary S. Tillovry, Clinical Nursing Leadership. Philadelphia-London: SaundersWB.1996.

30. Kelly AD: Aequanimitas Can Med Assoc J 1967.
31. Kieffer G. Bioethics. A Textbook of Issues, Reading. Massachusetts, Addison Wesley, 1979.
32. Kinghorn S, Gamlin R. Ανακουφιστική Νοσηλευτική. Αθήνα, ΒΗΤΑ, 2004.
33. Kolins J: Θάνατοι από μετάγγιση αίματος. JAMA 1981.
34. Lanara VA, Heroism as a Nursing Value? A Philosophical perspective. Athens, 1991.
35. Lapin R: Σοβαρές εγχειρήσεις σε Μάρτυρες του Ιεχωβά. Contemp Orthop 1980.
36. McDaniel, Charlotte, Hospital Ethics Committees and Nurses' Participation. J Nurs Administration. 1998.
37. MEDICAL NEWS, «Η υποτασική αναισθησία διευκολύνει τις εγχειρήσεις του ισχίου», JAMA 1978.
38. MEDICAL NEWS, «Η υποτασική αναισθησία διευκολύνει τις εγχειρήσεις του ισχίου», JAMA 1978.
39. Medicolegal Forms With Legal Analysis. Σικάγο, Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος, 1976.
40. Milton CL, The ethics of respect in nursing. Nurs Sci Q. 2005.
41. Nelson CL, Martin K, Lawson N, et al: Ολική πρόθεση ισχίου χωρίς μετάγγιση. Contemp Orthop 1980.
42. Nelson KE, Vlahov D, Margolick J, Bernal M, Tylor E., Blood and plasma donating among cohort of intravenous drug users, JAMA 1990.
43. Ott DA, Cooley DA: Καρδιοαγγειακές Χειρουργικές Επεμβάσεις σε Μάρτυρες του Ιεχωβά. JAMA 1977.
44. Paris JJ: Η υποχρεωτική περίθαλψη και η θρησκευτική ελευθερία: Τίνος νόμος θα υπερισχύσει; Univ San Francisco Law Rev 1975.
45. Roen PR, Velcek F: Εκτεταμένες ουρολογικές εγχειρήσεις χωρίς μετάγγιση αίματος. NY State J Med 1972.
46. Sherrard Philippe - Γουνέλα Σωτήρη, Δύο Κείμενα περί Επιστήμης, Αθήνα 1986.
47. Sherrard Philippe, Δοκίμια για τον Νέο Ελληνισμό, Αθήνα, 1971.
48. Smith JP, First International Congress on Nursing Law and Ethics, J Adv Nurs.1983.

49. Soldan, K. και Sinka, K., “Αξιολόγηση του de-επιλογή των ανδρών που είχαν σεξουαλική επαφή με άνδρες από την αιμοδοσία στην Αγγλία”, Vox Sanguinis 2003.
50. Titmus RM., «The gift relationship», Allen and Unwin, London, 1970.
51. Toulmin S. How Medicine Saved the Life of Ethics. Perspect. Biol. Med. 1982.
52. Tristram Engerhardt H. The foundations of Bioethics. New York, Oxford University Press, 1986.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. www.BeStrong.org.gr
2. www.el.wikipedia.org/wiki/Βιοθηκή
3. www.hema-river.com
4. www.imlarisis.gr
5. www.nomoteleia.gr
6. www.onlineboks.parisianou.gr
7. www.physicisapanthismatektamos.blogspot.com
8. www.transplantation.gr