

ΕΛΕΓΧΟ



Πανεπιστήμιο Πειραιώς Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης - Τ.Ε.Ι. Πειραιώς Τμήμα Λογιστικής

## Μεταπτυχιακή εργασία

Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα

Μανιού Μαρία

Νοσηλεύτρια Τ.Ε



00157889

Επιβλέποντες: Φιλομήλα Ομπέση, Δικηγόρος  
Διδάκτορας του d' Etat Πανεπιστημίου  
Καθηγήτρια, Σχολής Επαγγελματιών Υγείας  
και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής,  
ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡ. ΕΠ.	57889
COMP.	39357
ΤΑΞΗ.	617.95 ΜΑΝ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Νοέμβριος 2007



**University of Piraeus, Economics department – Technological  
Educational Institute of Piraeus, Accounting department**

## **Graduate thesis**

**Co-ordination of the transplantations in Greece**

**Maniou Maria**

**Nurse**

**Supervisor teacher : Filomila Obesi,  
Lawyer Dr in d' Etat University  
Professor, School of health and welfare,  
Nursing department, Technological  
Educational Institute of Thessaloniki.**

*MSc in Health Management*

November 2007



Πανεπιστήμιο Πειραιώς

© 2007

Μανιού Μαρία

ALL RIGHTS RESERVED

Έγκριση των εφόρων καθηγητών

Υπογράφει

Ευχαριστώ όλους όσους βοήθησαν στην διεκπεραίωση της εργασίας αυτής και ιδιαίτερα τις καθηγήτριες Φιλομήλα Ομπέση και Αλεξάνδρα Βάρκα Αδάμη, καθώς και τους Γεωργία Μενουδάκου, Ελισάβετ Ιακωβίδου και Μάριο Σαλούστρο.

Την παρούσα εργασία θα ήθελα να την αφιερώσω στους γονείς μου.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Περίληψη

**Μέτρηση της συμπεριφοράς του Συντονιστή μεταμόσχευση σε ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου.**

**Της: Μανιού Μαρία**

**Υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας Φιλομήλας Ομπέσης**

**Νοέμβριος 2007**

Σκοπός της μελέτης είναι η μέτρηση της συμπεριφοράς του Συντονιστή μεταμόσχευσης σε Γενικό νοσοκομείο.

Στην παρούσα μελέτη βασικές προϋποθέσεις ήταν η επιλογή νοσοκομείου το οποίο να μην είναι Πανεπιστημιακό, να μην τηρείτε το καθηκοντολόγιο και να υπάρχουν βασικές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 30 νοσηλευτές που κατέχουν ή κατείχαν μόνιμη θέση στη ΜΕΘ του Νοσοκομείου εκ των οποίων 4 ήταν και άνδρες 26 γυναίκες.

Για τη μέτρηση της συμπεριφοράς του Συντονιστή μεταμόσχευσης, χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς δομημένο σε τρία μέρη. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύουν ότι πιθανά να χάνονται περιστατικά τα οποία ήταν κατάλληλοι δότες για μεταμόσχευση λόγω αμέλειας του Συντονιστή Μεταμόσχευσης και μετάθεσης καθκόντων και ευθυνών του στους νοσηλευτές της ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, για περιστατικά τα οποία ήταν κατάλληλοι δότες και πιθανά να χάθηκαν λόγω αμέλειας του Συντονιστή 60% των ερωτηθέντων απαντά ότι χάνονται περιστατικά («Ναι»), το 20% απαντά ότι δεν χάνονται («Όχι») και το 20% απαντά άγνοια («Δεν γνωρίζω»).

Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα της ερώτησης που αφορά την συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαδικασία της Μεταμόσχευσης λόγω απουσίας του Συντονιστή. Από τους ερωτηθέντες 24 (80%) απάντησαν ότι έχουν συμμετάσχει στην διαδικασία της Μεταμόσχευσης λόγω απουσίας του Συντονιστή («Ναι») και 6 (20%) δεν έχουν εμπλακεί ποτέ («Όχι»).

Η παρούσα μελέτη, είναι η πρώτη που κατέγραψε τη συμπεριφορά του τοπικού Συντονιστή μεταμόσχευση σε ΜΕΘ της Ελλάδος ελπίζοντας ότι θα είναι το πρώτο βήμα

προς την κατεύθυνση της ποιοτικής και αποδοτικής αναβάθμισης του θεσμού και του ρόλου του Συντονιστή μεταμόσχευσης. Θα πρέπει όμως να γίνει έρευνα και καταγραφή της συμπεριφορά του σε μεγαλύτερο αριθμό ΜΕΘ που θα επιτρέψει μια πιο ευρεία διερεύνηση της συμπεριφορά του.

Λέξεις - κλειδιά: Ρόλος Συντονιστή μεταμόσχευσης, νοσηλευτές, ΜΕΘ, κατάλληλος δότη

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**Abstract**

**Measurement of behavior of Transplant Coordinator in a Intensive Care Unit of General Hospital**

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

**University of Piraeus -TEI of Piraeus,  
Greece.**

**Submitted By: Maniou Maria**

**Under the supervision of Professor Filomila Obesi**

**November 2007**

The purpose of this survey is the measurement of behavior of Transplant Coordinator in a Intensive Care Unit of General Hospital

Basic assumptions of the current research were the choice of hospital which is not teaching hospital, also should not abide by the rules of the list of internships and also there were desideratum in nursing personnel. For the measurement of behavior of Transplant Coordinator was used as a tool a questionnaire structured in three parts. The sample consisted of 30 nurses that worked in the Intensive Care Unit of hospital. A percentage of 4 were men and 26 were women (diagram 1), 16 were age of 36-65 and 14 were age of 18-36 (Diagram 2), 10 were bachelors, 19 were wedding, 0 were divorced and 0 were in widowhood. From side of level of studies 5 had Secondary education, 23 had Technological education, none had University education and 2 had titles of Postgraduate studies (Diagram 3). All the nurses were Greeks apart from 1 that was Dutch (Diagram 4).

Nurses who asked if they knew who the transplant Coordinator in the hospital was 27 (90%) answered that they knew (“Yes”), and only 3 (10%) answered ignorance (“No”) (Diagram 5). From a first glance of the results it seems that the Coordinator is acquaintance almost from the all personnel of ICU and probably that means that the Coordinator does his job well. The Coordinator should be a person acquaintance not only in the ICU but in the all hospital.

The results of question that concern who the best professional of health for the role of transplant Coordinator is 12 (33%) answered that the transplant Coordinator should be a nurse, 5 (23%) supports that it should is a doctor and 13 (44%) a team composed of Doctor, Nurse and Psychologist (Diagram 6).



The findings reveal that probably are lost many patients which were the right donors for transplantation because of negligence of transplant Coordinator. The Transplant Coordinator's transfers his duties and responsibilities in the nurses of the Intensive Care Unit. It must be noted that nurses who asked 60% answered that many patients probably are lost because of Transplant Coordinator's delinquency («Yes»), 20% answered that they are not lost («No») and 20% answered ignorance («I don't know») (Diagram 7).

Proportionally they are also the results of question that concern the attendance of nurses in the process of Transplantation because Coordinator's absence. The nurses who were asked 24 (80%) answered that they had participated in the process of Transplantation because absence of Coordinator («Yes») and 6 (20%) answered that they had never been involved in the process of the transplantation («No») (Diagram 8).

Next objective of this study were the causes of absence of Coordinator from the ICU at the duration of transplantation. The bigger percentage 10 (55%) answered "no interest", 1 (6%) "has difficult shift the Coordinator" and finally 7 (39%) answered "I don't know" (Diagram 9).

Finally nurses were asked to mark (from 1 until 7) the policies reported in the role of Transplant Coordinator that would contribute in the increase of Transplantations. By the means that resulted, it was realised that "Education of Coordinators" (mean = 5.3) is considered the best policy to increase the transplantations . follows the Postgraduate title of "Transplant Coordinator" (mean= 5.2), "Personnel of ICU" (mean= 4.1), follows the "Evaluation of Coordinators" (mean = 4.0), "Young person" (mean =3.9), "Motives in the Coordinators" (mean= 4.0) and finally "Change Coordinator every year" (mean =2.3) (Table 7) . The results shows that The National Organism of Transplantations have to set over Coordinators in the hospitals which will have been educated.

The current research is the first that has measured the behavior of Transplant Coordinator in a Intensive Care Unit of Greece hoping that it will be the first step for Transplant Coordinator's institution and role to show qualitative and effectual improvement. However, further research of the measurement of Transplant Coordinator's behavior should be conducted in a larger scale and perhaps a qualitative analysis will permit a profound measurement of this behavior

**Key - Words:** Transplant Coordinator's role, Nurses, Intensive Care Unit, right donor



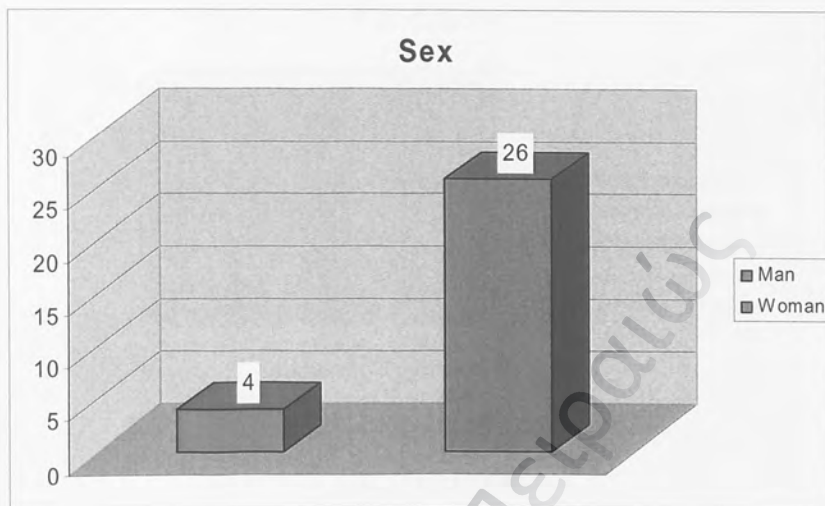


DIAGRAM 1

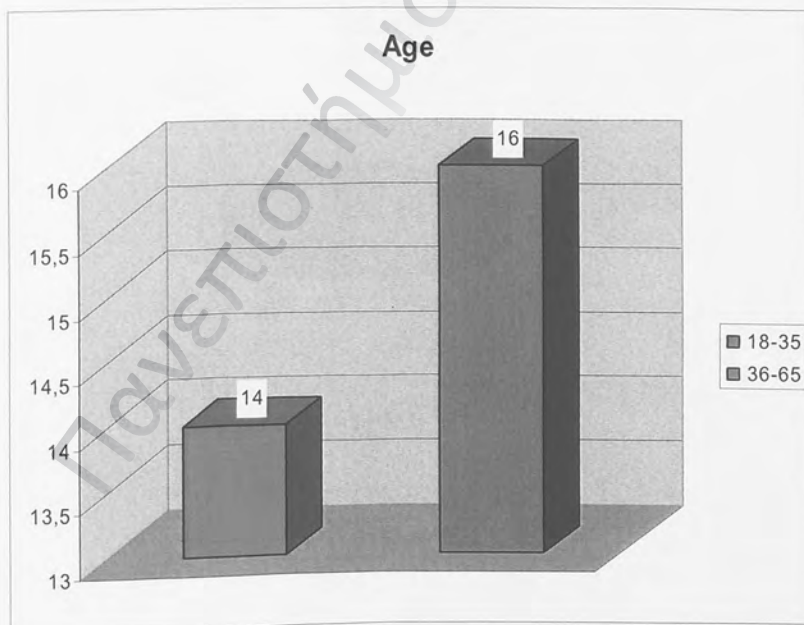


DIAGRAM 2

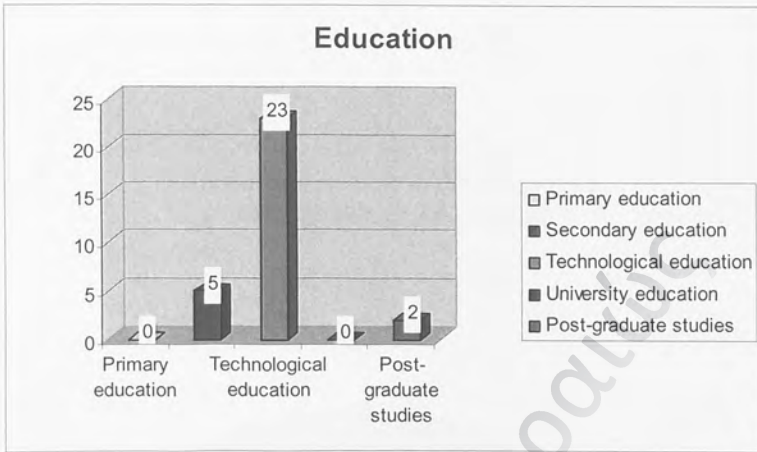


DIAGRAM 3

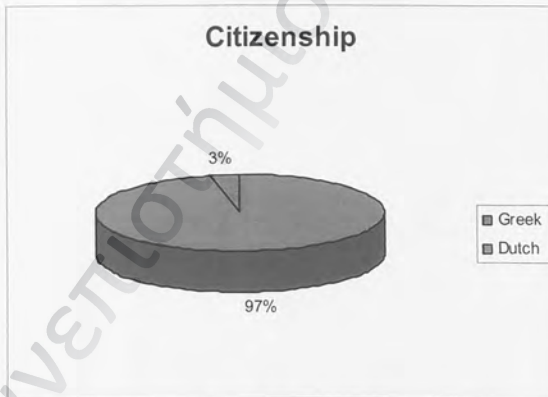
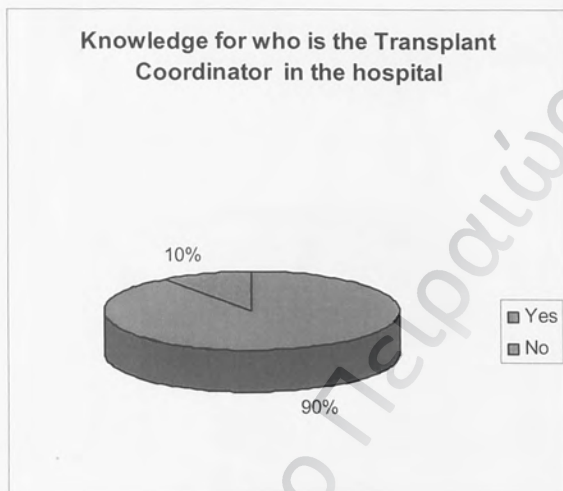


DIAGRAM 4

Citizenship ( Diagram 4)	
Greek	29
Holland	1

TABLE 1



**DIAGRAM 5**

Do you know who is the Transplant Coordinator in your hospital?  
( Diagram 6)

Yes	27
No	3

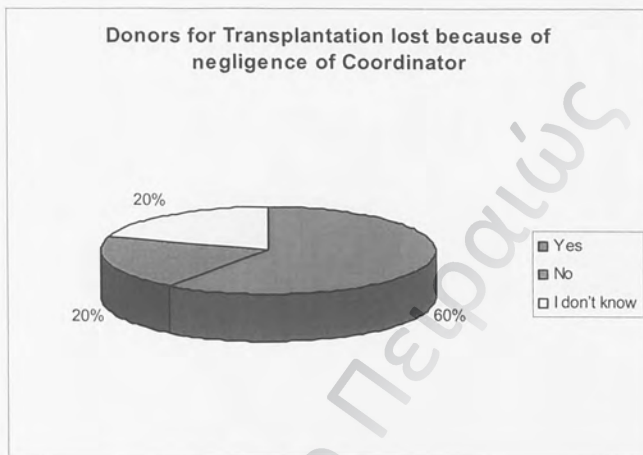
**TABLE 2**



**DIAGRAM 6**

Who do you believe that he is the best health professional for the role of Transplant Coordinator ? (Diagrams8)	
Nurse	10
Doctor	7
A team composed of Doctor, Nurse and Psychologist	13

**TABLE 3**



**DIAGRAM 7**

Do you believe that patients which were the right donors for Transplantation lost because of negligence of Coordinator ?  
(Diagram 9)

Yes	18
No	6
I don't know	6

**TABLE 4**

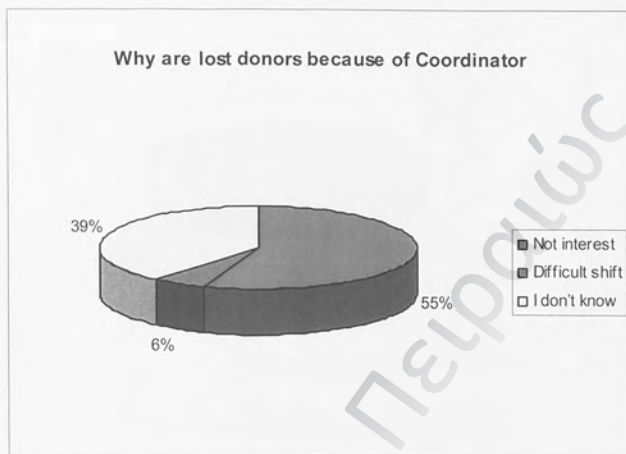
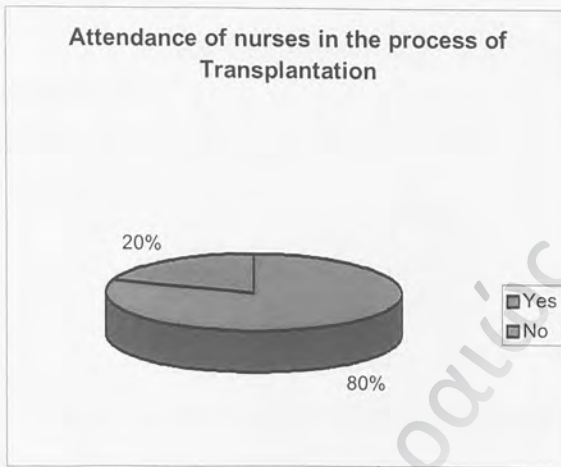


DIAGRAM 8

Why are lost donors because of Coordinator ?  
( Diagram 10)

Not interest	10
Difficult shift	1
I don't know	7

TABLE 5



**DIAGRAM 9**

**Have you ever take part in the process of Transplantation because Coordinator's absence ?**  
(Diagram 10)

YES	24
NO	6

**TABLE 6**

<b>Evaluation of Policies for the creation of new profile of Coordinator (average)</b>	
Education of Coordinators	5.3
Postgraduate title of "Coordinator of Transplantation"	5.2
Personnel of ICU	4.1
Evaluation of Coordinators	4.0
A young person	3.9
Motives in the Coordinators	4.0
Change Coordinator each year	2.3

**TABLE 7**



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	21
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	25
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	27

### ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

#### ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ & ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

1.1 Εισαγωγή	32
1.2. Σκοποί και στόχοι	32
1.3. Το Ισπανικό πρότυπο	35
1.4. Το Γαλλικό πρότυπο	42
1.5. Το Βελγικό πρότυπο	45

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

#### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ

#### ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ & ΕΛΕΓΧΟΥ

#### ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ & ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

#### (Υ.Σ.Ε.) ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (Ε.Ο.Μ.)

2.1. Σκοποί και στόχοι	48
2.2. Δραστηριότητες της Υ.Σ.Ε.	51
2.3 Δραστηριότητες του Ε.Ο.Μ.	56
2.4. Πρόγραμμα Εξωνεφρικής Κάθαρσης	61

2.4.1. Αιμοκάθαρση ασθενών σε τελικό Στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας	61
2.4.2. Ασθενείς σε τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας	62
2.4.3. Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (M.T.N)	64
2.4.4. Παρακολούθηση μεταμοσχευμένων ασθενών	64
2.4.5. Μεταμοσχεύσεις Νεφρών	68
2.4.6. Μεταμοσχεύσεις Καρδιάς - Πνευμόνων - Ήπατος	70
2.4.7. Μεταμοσχεύσεις Κερατοειδών	71
2.5. Πρόγραμμα Δωρεάς Ιστών και Οργάνων	72
2.5.1. Δήλωση Δότη Ιστών και Οργάνων – Μητρώο Δωρητών Οργάνων	72
2.5.2. Ευαισθητοποίηση Κοινής Γνώμης	74
2.5.3. Δωρητές Ιστών και Οργάνων με κάρτα Δότη	74

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3° ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΈΝΑΝ ΝΕΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Εισαγωγή	77
3.2 Οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα	77
3.3. Κεντρικοί, Κλινικοί και Τοπικοί συντονιστές μεταμοσχεύσεων	84

## ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ ΣΥΓΚΟΜΙΔΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

4.1 Εισαγωγή	89
4.2 Που βρίσκονται οι δότες οργάνων;	90
4.3 Αναγνώριση δυνητικών δοτών οργάνων	91
4.4 Συντονισμός αφαίρεσης μοσχευμάτων από δότες πολλαπλών οργάνων	93
4.4.1. Τα προκαταρκτικά στάδια	94

4.4.2. Μελέτη του ιατρικού φακέλου	94
4.4.3. Διοικητικές διαδικασίες	95
4.4.4. Οργάνωση της αφαίρεσης οργάνων	98
4.4.5. Μέσα μεταφοράς	88
4.4.6. Η συνέχεια μετά την αφαίρεση	88
4.5. Δινητικοί και τελικοί δότες ιστών και οργάνων	100

## ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ ΔΙΑΘΕΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° ΔΙΑΘΕΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

5.1. Υποψηφίοι λήπτες μοσχεύματος	103
5.1.1. Καταλληλότητα υποψηφίων ληπτών	103
5.1.2. Ετοιμότητα υποψηφίων ληπτών	103
5.2. Σε ποιόν ανήκει το μόσχευμα;	104
5.3. Κανόνες διάθεσης μοσχευμάτων	106
5.3.1. Νεφρών	106
5.3.2. Παγκρέατος	107
5.3.3. Καρδιάς, Καρδιάς και Πνευμόνων, Πνευμόνων	108
5.3.4 Ήπατος	109
5.4. Ποιότητα ζωής μεταμοσχευμένων νεφροπαθών	110
5.5. Διάθεση μοσχευμάτων στην Ελλάδα	114
5.6. Νομικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα	117

## ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Υλικό – Μέθοδος	127
6.2. Αποτελέσματα	128
6.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	128
6.2.2 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου	128

6.2.3 Πιλοτική μελέτη	129
6.2.4 Συγκέντρωση δεδομένων	129
6.3 Αποτελέσματα – Συζήτηση	130
6.3.1 Συζήτηση σχετικά με τη Μεθοδολογία	130
6.3.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων σχετικά με το ρόλο και τη συμπεριφορά του Συντονιστή μεταμόσχευσης.	131
6.3.3 Προεκτάσεις – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	137
Παράρτημα 1	139
Παράρτημα 2	142
Παράρτημα 3	152
Βιβλιογραφία	157

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 1999								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Ευρώ Transplant <small>TRANSPLANTATION EUROPEAN COORDINATION</small>	Η.Π.Α	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	59,9	10	114,5	268	39,66	0,6	62,88	9,96
Πτωματικοί δότες	970	45	1704		1334	6	846	190
Δότες πολλαπλών οργάνων (%)	77,4%	80%	70,6%		85,3%	83,3%	83,8%	77,9%
Α.Ε.Π. ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	16,2	4,5	14,9	-	33,6	10,0	13,0	19,1
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1760	69	3055	8087	2006	12	1432	358
Α.Ε.Π.	29,4	6,9	26,7	30,1	50,6	20,0	22,8	35,9
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	77	85	579	4490	17	29	269	9
Α.Ε.Π.	1,3	8,5	5,1	16,5	0,4	48,3	4,3	0,9
Μετ. ήπατος	699	12	1494	4700	960	-	703	159
Α.Ε.Π.	11,7	1,2	10,4	17,5	24,2	-	11,2	16,0
Μετ. καρδιάς	349	7	736	2233	336	-	289	12
Α.Ε.Π.	5,8	0,7	6,4	8,3	8,5	-	4,6	1,2
Μετ. καρδιάς- πνευμόνων	28	-	28	48	4	-	50	-
Α.Ε.Π.	0,5	-	0,2	0,2	0,1	-	0,8	-
Μετ. πankρέατος	50	-	309	1556	25	-	40	-
Α.Ε.Π.	0,8	-	2,7	5,8	0,6	-	0,6	-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δεδομένα από το διεθνή χώρο για τη  
δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις 1999

Πηγή: NEWSLETTER TRANSPLANT, September 2000, Vol. 5, N. 1, p. 18-19.

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ								
ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ								
2000								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Ευρώ Transplant <small>ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ</small>	Η.Π.Α	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογα- λία
Πληθυσμός (εκατ.)	60	10,5	118,4	268	39,66	0,6	62,88	9,96
Πρωματικοί δότες	1016	20	1678	-	1345	5	845	194
Δότες πολλαπλών οργάνων (%)	77,6%	-	72,0%	-	81,3%	40,0%	83,8%	81,4%
Α.Ε.Π. για επιπρόσθετο παισίσμο	17,0	1,9	14,2	-	33,9	8,3	13,4	19,5
Μετ. νεφρού (πρωμ. δότης)	1840	32	2867	-	1919	10	1442	346
Α.Ε.Π.	30,7	3,0	24,2	-	48,4	16,7	22,9	34,7
Μετ. νεφρού (ζών δότης)	84	72	563	-	19	29	336	10
Α.Ε.Π.	1,4	6,9	4,8	-	0,5	48,3	5,3	1,0
Μετ. ήπατος	806	10	1285	-	954	-	710	162
Α.Ε.Π.	13,4	1,0	10,9	-	24,1	-	11,3	16,3
Μετ. καρδιάς	353	2	642	-	353	-	251	15
Α.Ε.Π.	5,9	0,2	5,4	-	8,9	-	4,0	1,5
Μετ. καρδιάς- πνευμόνων	25	-	20	-	5	-	33	-
Α.Ε.Π.	0,4	-	0,2	-	0,1	-	0,5	-
Μετ. παγκρέατος	54	-	330	-	-	-	-	-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Δεδομένα από το διεθνή χώρο  
για τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις 2000

Πηγή: NEWSLETTER TRANSPLANT, September 2000, Vol. 5, N. 1, p. 18-19.



ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 2001								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Ευρω Transplant**	Η.Π.Α.	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	60	11	100,95	268	41,1	0,65	59,1	10
Πτωματικοί δότες	1066	32	1491	6081	1335	2	777	202
Α.Ε.Π.*	17,8	2,9	14,8	22,6	32,5	3	13,1	20,2
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1921	74	2693	8859	1893	4	1333	359
Α.Ε.Π.	32	6,7	26,7	33	46	6	22,5	35,9
Μετ. νεφρού (ζων- δότης)	101	89	447	5293	31	26	358	10
Α.Ε.Π.	1,7	8,1	4,4	19,7	0,75	40	6,1	1,0
Μετ. ήπατος	803	18	1086	5177	972	-	675	184
Α.Ε.Π.	13,4	1,6	10,8	19,3	23,6	-	11,4	18,4
Μετ. καρδιάς	342	5	559	2202	341	-	198	17
Α.Ε.Π.	5,7	0,5	5,5	8,2	8,3	-	3,4	1,7
Μετ. καρδιάς - πνευμόνων	26	-	19	27	4	-	32	-
Α.Ε.Π.	0,4	-	0,2	0,1	-	-	0,5	-
Μετ. παγκρέατος	53	-	240	884	56	-	41	4
Α.Ε.Π.	0,9	-	2,4					

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Δεδομένα από το διεθνή χώρο  
για τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις 2001

Πηγή: NEWSLETTER TRANSPLANT, September 2000, Vol. 5, N. 1, p. 18-19.



ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1985 - 2002)													
ΕΤΟΣ	α	β	γ	δ	ε	στ	ζ	η	θ	ι	ια	ιβ	ιγ
1985	18	22	40								98		
1986	35	40	55								131		
1987	48	18	56								101		
1988	55	19	74								74		
1989	58	35	93					1			109		
1990	64	83	147	3	5			2			135		
1991	70	104	174	7	10			6			132		
1992	68	92	160	8	12	2				1	111		
1993	55	86	141	13	10			1	1		101		1366
1994	67	46	113	7	13	4		2			64		1489
1995	89	42	131	7	10	1					52		1423
1996	60	46	106	10	7	3	1			2	57		1627
1997	90	55	145	18	8	1		1			78		1200
1998	82	87	169	18	13						83		
1999	85	69	154	12	7					1	52	1	
2000	72	32	104	10	2								
2001	89	74	163	18	5								
2002	85	102	192	21	9			1					

α = ζώσες μεταμοσχεύσεις νεφρού, β = πτωματικές μετ. νεφρού, γ = σύνολο μετ. νεφρού, δ = μετ. ήπατος, ε = μετ. καρδιάς, στ = μετ. πνευμόνων, ζ = μετ. νεφρών + ήπατος, η = μετ. νεφρών + παγκρέατος, θ = μετ. ήπατος + παγκρέατος, ι = μετ. καρδιάς + πνευμόνων, ια = μετ. κερατοειδούς, ιβ = μετ. παγκρέατος, ιγ = υποψήφιοι λήπτες νεφρού

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Δεδομένα από την Ελλάδα για τις μεταμοσχεύσεις 1985-2002**

Πηγή: NEWSLETTER TRANSPLANT, September 2000, Vol. 5, N. 1, p. 18-19.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γεγονός ότι οι μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων αποτελούν μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης, που έκαναν πραγματικότητα την προσδοκία των ανθρώπων για παράταση αλλά και για καλύτερη ποιότητα ζωής. Από τους Αρχαίους Ινδούς και Αιγυπτίους, μέχρι σήμερα, η χειρουργική στο τομέα αυτό έχει φθάσει πλέον σ' ένα πραγματικά εκπληκτικό επίπεδο, τόσο από πλευράς τεχνικής, όσο και αποτελεσμάτων.

Ενώ όμως, φαίνεται να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα ιατρικού τόπου κατά και μετά τη μεταμόσχευση (επιβίωση μοσχεύματος και ασθενή), προβλήματα που αφορούν τις οργανωτικές, ψυχο-κοινωνικές, ηθικές και νομικές διαστάσεις των μεταμοσχεύσεων, παραμένουν ακόμη σε αναζήτηση λύσεων, προκειμένου να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή ωφέλιμότητα για τον ασθενή και το κοινωνικό σύνολο από αυτό το επίτευγμα της σύγχρονης ιατρικής.

Η κλασική διπολική σχέση γιατρού-ασθενή με την καθιέρωση της μεταμόσχευσης ανθρώπινων ιστών και οργάνων μετατρέπεται σε μία τριπολική σχέση.

Ένας νέος τρίτος, ενδιάμεσος παρεμβαίνει μεταξύ του γιατρού και του ασθενή, ο δότης οργάνων ή υπαρξη του οποίου, αποτελεί την προϋπόθεση όχι μόνο της καθιέρωσης αλλά και της ανάπτυξης των μεταμοσχεύσεων σε μία χώρα.

Η μεταμόσχευση οργάνων ως μία εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος με τις μεγαλύτερες κοινωνικές διαστάσεις, προϋποθέσεις, ή συνέπειες, απαιτεί ένα οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο τέτοιο που να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες της. Σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου έχουν δημιουργηθεί ειδικές υπηρεσίες προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις ιατρικές και κοινωνικές απαιτήσεις μιας επιτυχούς μεταμόσχευσης. Στη χώρα μας ανταποκρινόμενη η Πολιτεία 15 χρόνια πριν στις απαιτήσεις αυτές, δημιούργησε την Υ.Σ.Ε., η οποία έχοντας ως άμεσο στόχο να εισαγάγει την ιδέα της δωρεάς οργάνων για μεταμόσχευση στην ελληνική κοινωνία, ανέπτυξε ένα οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο με απώτερο στόχο την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα.

Η μελέτη του πλαισίου αυτού με ώθησε στην επιλογή του θέματος με τίτλο «Συντονισμός Μεταμοσχεύσεων», ως πτυχιακή εργασία, λόγω του ενδιαφέροντος και σημασίας που παρουσιάζει. Σκοπός μου είναι να αναλύσω, με όσες πληροφορίες μας είναι διαθέσιμες από τον περιοδικό τόπο, βιβλιογραφία αλλά και από το διαδίκτυο, τη

μεταμόσχευση οργάνων τόσο στο επίπεδο της τριτοβάθμιας περίθαλψης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, όσο και για την ελληνική κοινωνία γενικότερα.

Για το λόγο αυτό και για να γίνει πιο κατανοητή η μελέτη μου αυτή, έκρινα σκόπιμο να διαιρεθεί σε πέντε κύρια μέρη με τα επιμέρους κεφάλαια για το καθένα.

Το πρώτο μέρος που τίτλο έχει «Το οργανωτικό πλαίσιο» αναλύει σε δύο κεφάλαια αφ' ενός το έργο και τους σκοπούς των οργανισμών συντονισμού και ελέγχου μεταμοσχεύσεων διεθνώς, αφ' ετέρου αναφερόμαστε λεπτομερειακά στο οργανωτικό και πλαίσιο της υπηρεσία συντονισμού και ελέγχου εξωνεφρικής κάθαρσης, γνωστής και ως Υ.Σ.Ε.

Το δεύτερο μέρος που τίτλο έχει «Συντονιστές μεταμοσχεύσεων» αναλύει το έργο των συντονιστών μεταμοσχεύσεων καθώς και τη δραστηριότητα τους στην Ελλάδα ως νέοι επαγγελματίες υγείας.

Το τρίτο μέρος φέρει τον τίτλο «Συγκομιδή μοσχευμάτων» και περιγράφει όλο το οργανόγραμμα συντονισμού αφαίρεσης οργάνων, από τη στιγμή που θα βρεθεί ο δότης, τις διεργασίες που χρειάζονται από την αφαίρεση του μοσχεύματος και τη μεταφορά έως και την τελική τοποθέτηση του στον τελικό λήπτη.

Το τέταρτο μέρος φέρει τον τίτλο «Διάθεση μοσχευμάτων» και αναλύεται λεπτομερέστατα πως γίνεται η διάθεση μοσχευμάτων, ποιοι είναι οι υποψήφιοι λήπτες και ποιοι οι δότες, ποιοι κανόνες διάθεσης μοσχευμάτων υπάρχουν για κάθε περίπτωση ξεχωριστά, αναλύεται η ποιότητα ζωής των μοσχευμάτων, ενώ δίδεται μια εκτενέστερη ανάλυση της διάθεσης μοσχευμάτων στην Ελλάδα έως τις ημέρες μας αλλά και στο εξωτερικό καθώς και το νομικό πλαίσιο που διέπει τη διάθεση μοσχευμάτων.

Τέλος στο πέμπτο και τελευταίο μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε και που είχε ως σκοπός τη μέτρηση της συμπεριφοράς του Συντονιστή μεταμόσχευσης σε Γενικό νοσοκομείο.

Θεωρώ επιπλέον σκόπιμο καταγράφοντας τα συμπεράσματα να αναφερθώ στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συντονιστικά όργανα μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα, δίνοντας τις δικές μου θέσεις και σκέψεις.

Θεωρώ τέλος υποχρέωση μου να ευχαριστήσω όλους όσους βοήθησαν για την διεκπεραίωση της μελέτης μας αυτής και ελπίζουμε η ανάγνωση της να ικανοποιήσει και να ενημερώσει σωστά κάθε αναγνώστη της.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιδέα της μεταμόσχευσης συναντάτε σε όλες τις ιστορικές περιόδους, σαν μυθολογική ιδέα από τα βάθη των αιώνων σαν όνειρο και φαντασία των μεγάλων καλλιτεχνών του Μεσαίωνα και συνεχίσθηκε με τις πρώτες πειραματικές εργασίες κατά τον 18ο και 19ο αιώνα.

Πλάθοντας και αναπλάθοντας το ανθρώπινο υποκείμενο, μεταμοσχεύοντας στο σώμα του μέρη από άλλα ζώα ή από άλλους ανθρώπους, η μεταμόσχευση είναι ένα όνειρο τόσο παλιό όσο και η ανθρωπότητα. Η ιστορία, μυστικιστική πριν γίνει ιατρική, της προσφοράς και της μεταβίβασης μελών του σώματος περνά από το ζώο στο ανθρώπινο σώμα μέσω του ζώντος ανθρώπου.

Οι μυθολογίες, Αιγυπτιακή και Ελληνολατινική, αποτελούν αληθινούς ανθρωπόμορφους ζωολογικούς κήπους ανθρωποειδών στους οποίους κατοικούσαν σφίγγες, κένταυροι και άλλα υβρίδια των δυο φυλών. Οι Έλληνες και οι Λατίνοι είχαν αντιληφθεί ακόμα την ιδέα του αυτομοσχεύματος, όπως διαφαίνεται από την ιστορία του Βάκχου-Διόνυσου: Το έμβρυο του Βάκχου αφαιρέθηκε με καισαρική από την μητέρα του Σεμέλη και μεταμοσχεύθηκε στην γάμπα του πατέρα Δία (κανένα πρόβλημα ιστοσυμβατότητας), από την οποία αυτομεταμοσχεύθηκε τρεις μήνες αργότερα. Η ιστορία αφορά περισσότερο μια μεταμόσχευση οργανισμού παρά μεταμόσχευση οργάνου. Ο Ασκληπιός, υιός του Απόλλωνα, γεννήθηκε με καισαρική της Κορωνίδας της οποίας ο ζηλότυπος σύζυγος ήθελε να τη σκοτώσει. Αυτή τη φορά πρόκειται για αφαίρεση χωρίς μεταμόσχευση. Ο Βιργίλιος διηγείται την περίπτωση του άτυχου Δύχα ο οποίος ομοίως αφαιρέθηκε από την θνήσκουσα μητέρα του. Οι πρώτοι Καίσαροι είχαν γεννηθεί, όπως υποδηλώνεται από το όνομα τους, με καισαρική. Η ιστορία θέλει τον Νικία Πομπηίο, Βασιλέα της Ρώμης (714-671) να θεσμοθετεί ένα νόμο που καθιστά υποχρεωτική την καισαρική σε κάθε γυναίκα που πέθαινε σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Αυτός ο νόμος φαίνεται να διατηρήθηκε και στον Μεσαίωνα στο χριστιανικό κόσμο. Οι Κοσμάς και Δαμιανός μεταμόσχευσαν την γάμπα ενός νεκρού μαύρου σ' ένα λευκό: ένας νεκρός χρησιμοποιήθηκε κατά κάποιο τρόπο και δεν υπήρχε φυλετική ασυμβατότητα. Αφαιρέσεις, αλλομοσχεύματα και αυτομοσχεύματα, οι αρχαίοι τα είχαν φανταστεί όλα. Από τους Αρχαίους Ινδούς και Αιγυπτίους, που εφάρμοσαν διάφορες τεχνικές αυτομεταμόσχευσης δέρματος και το Γαλήνo στα έργα του οποίου υπάρχουν αξιόλογες αναφορές για μεταμοσχεύσεις ιστών μέχρι σήμερα, η χειρουργική στο τομέα αυτό έχει

περάσει πολλά στάδια εξέλιξης και έχει φθάσει πλέον σ' ένα πραγματικά εκπληκτικό επίπεδο, τόσο από πλευράς τεχνικής, όσο και αποτελεσμάτων.

Πότε και πως η ιδέα της μεταμόσχευσης οργάνων ιατροκοιμήθηκε. Μερικοί ιστορικοί θέλησαν να δείξουν μια συνέχεια της παράδοσης από την αρχαιότητα, περιγράφοντας υποθετικές εγχειρήσεις πραγματοποιούμενες εδώ ή εκεί, κυρίως στην Κίνα και στην Ινδία. Η ιατρική στην Ευρώπη παρέμεινε σιωπηλή σχετικά με το θέμα αυτό μέχρι το 18<sup>ο</sup> αιώνα, όπου μερικά δειλά δοκίμια παρουσιάστηκαν (Duhamel - Dumonceau στη Γαλλία, Hunter στην Αγγλία).

Τον 19ο αιώνα σοβαρές πειραματικές εργασίες έγινάν σε ζώα από τους Ollier, Flourens» και κυρίως από τον Paul Bert, ο οποίος θέτει για πρώτη φορά το πρόβλημα της απόρριψης. Στο τέλος του αιώνα, το ιατρικό λεξικό του Littré αφιερώνει μια στήλη στη λέξη «μόσχευμα» αλλά οι μόνες εφαρμογές αφορούν μοσχεύματα δέρματος και περιστέων.

Για αληθή μοσχεύματα οργάνων δεν γεννάται θέμα, παρά μόνον στις αρχές του 20ου αιώνα, αποτέλεσμα των μεγάλων πειραματικών εργασιών του Alexis Carrel. Τον 20ό αιώνα σηματοδότησαν οι συνταρακτικές εξελίξεις των βιοιατρικών ιδιωτικών με ανακαλύψεις, που επέτρεψαν την καθοριστική επέμβαση του ανθρώπου τόσο στην αναπαραγωγική του, όσο και στη διάρκεια αλλά και στην ποιότητα της ζωής του

Το εναρκτήριο έναυσμα θα δοθεί με τμήματα νεφρικών αλλομοσχευμάτων. Το 1905 ο Princeteau θα μεταμοσχεύσει πολύ λεπτά τεμάχια νεφρού από κουνέλι, κάτω από το δέρμα ουραιμικών, το 1906 ο Jaboulay θα προχωρήσει με ολόκληρους νεφρούς. Μετά τον νεφρό, το οστόν το 1919 με τους Heitz-Borger, οι οποίοι θα επικυρώσουν το οστικό αλλομόσχευμα και θ' ακολουθήσει ο Leriche και οι αδελφοί Judet. Χρησιμοποιούνται οστά σκύλου, αλόγου, χοίρου.

Έχοντας υπόψη την προέλευση των μοσχευμάτων από ζώα, ήταν λογικό να διαμορφωθεί η υπόθεση της στήριξης της ιδέας στην συμβολή των ανθρώπων, λογαριάζοντας κατ' αρχήν τους νεκρούς. Η αρχή έγινε από τα πιο εύκολα: αφαιρέσεις κερατοειδών χιτώνων των οφθαλμών και οστών από νεκρούς. Οι μεταμοσχεύσεις κερατοειδών και οστών είχαν ήδη ξεκινήσει πριν τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, καθιερώθηκαν μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο αποτελώντας μία καλή σχολή και ένα καλό προοίμιο των μεταμοσχεύσεων των σπλάχνων.

Η νεφρολογία ανοίγει το δρόμο. Το 1947, ο Jean Hamburger θέτει τις βάσεις ενός γενικού οργανογράμματος της νεφρικής μεταμοσχεύσεως. Το 1951 οι Paul Miller, Andre Lemaire αφαίρεσαν και μεταμόσχευσαν κρυφά τους νεφρούς δύο ανθρώπων-νεκρών από



την γκιλοτίνα, χωρίς να συμβουλευθούν καμία Επιτροπή Ηθικής. Βέβαια η εγχείρηση απέτυχε παταγωδώς. Μία αποτυχία διδακτική κατά την οποία η επιστήμη και η ηθική συναντώνται. Σ' αυτό το στάδιο η προοπτική των μεταμοσχεύσεων ανθρώπινων οργάνων, που αφαιρούνται από νεκρούς ή ζωντανούς συναντά εμπόδια όχι μόνον τεχνικής αλλά και ηθικής, δύσκολα να ξεπεραστούν.

Στη συνέχεια οι προβληματισμοί για τον προσδιορισμό του καταλληλότερου δότη επικεντρώθηκαν στον δίδυμο αδελφό του υπό θεραπείαν αρρώστου. Ισομόσχευμα εξ αρχής σαν αλλομόσχευμα. Η μεταμόσχευση νεφρικού ισομοσχεύματος έλαβε χώρα με επιτυχία το 1954 από την ομάδα του Merrill στην Βοστώνη. Ένας μικρός αριθμός ακολούθησε. Οι πιθανότητες για ένα νεφροπαθή να έχει έναν ομοζυώτη (κατ' έναν ομοζυώτη εκτός της ίδιας αρρώστιας) είναι 3,75 δίδυμοι σε χίλιες γεννήσεις. Η ομάδα Merrill στη Βοστώνη και η ομάδα Hamburger στο Παρίσι κατέγραψαν σημαντικά αποτελέσματα αλλά η αναζήτηση δοτών από τις οικογένειες δεν ήταν δυνατό παρά να καλύψει ένα ελάχιστο μέρος των αναγκών.

Το έτος 1959 ήταν καθοριστικό. Η τύχη ήθελε τρία γεγονότα συμπληρωματικά να εμφανισθούν ταυτόχρονα ή σχεδόν ταυτόχρονα: η καθιέρωση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου από τους Descotes και Jouvet στην Λυόν, η ανακάλυψη από τον Jean Dausset των ιστικών αντιγόνων καθώς και των πρώτων δοκιμασιών της ιστοσυμβατότητας και τέλος η ανακάλυψη της πρώτης αντί-απορριπτικής θεραπείας.

Τριπλή επανάσταση: ο εγκεφαλικός θάνατος επέτρεψε να γίνουν οι νεκροί χρήσιμοι και να αντικατασταθούν οι ζώντες συγγενείς δότες. Τα ιστικά αντιγόνα απομυθοποίησαν κατά τα φαινόμενα την μεταμόσχευση και έκαναν όλους τους κατοίκους του πλανήτη δυνητικούς δότες. Τέλος η καθιέρωση της αντιαπορριπτικής αγωγής ήλθε να προσθέσει μεγαλύτερη ασφάλεια.

Όλα φαίνονταν πιθανά. Όμως έπρεπε να περάσουν εννέα χρόνια σκέψεων, προβληματισμών για ν' αποφασισθεί αφαίρεση οργάνου από εγκεφαλικά νεκρό δότη. Παντού, στα νοσοκομεία των πέντε ηπείρων, περίμεναν κάποιον ν' αποφασίσει να το κάνει. Αυτός ο κάποιος υπήρξε ο Chris Barnard, το 1967.

Το γεγονός ότι το μεταμοσχευόμενο όργανο ήταν καρδιά έδωσε στην εγχείρηση μία αξία συμβολική. Τα νέα έκαναν τον γύρο του κόσμου. Παρόλο που το έναυσμα δόθηκε από την καρδιολογία, η νεφρολογία είναι αυτή που πήρε την σκυτάλη.

Το 1969 έδωσε το σύνθημα των μεταμοσχεύσεων ρουτίνας: μία εκατοστή πραγματοποιήθηκαν στην σειρά.

Όμως δεν είχαν λυθεί όλα τα προβλήματα. Μία νέα δυσκολία παρουσιάστηκε: η

στάση της οικογένειας του δότη. Θα έπρεπε να εξηγείται κάθε φορά ο εγκεφαλικός θάνατος καθώς και η αυξανόμενη ανάγκη οργάνων για μεταμόσχευση. Οι συνήθειες λέξεις «κόμα», «θάνατος», «δωρεά» άλλαξαν έννοια και περιεχόμενο. Το προνόμιο της δωρεάς ή της άρνησης διεκδικείται από τις οικογένειες. Σε ορισμένες χώρες το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζεται με ειδική νομοθεσία, η οποία αποδεσμεύει τις οικογένειες από την ευθύνη της απόφασης.

Αξίζει να αναφερθεί ότι, συγκριτικά είναι πολύ περισσότερες οι περιπτώσεις προσφοράς οργάνων από συγγενείς νεκρών από τις περιπτώσεις της ενσυνείδητης από το ίδιο το άτομο δωρεάς οργάνων του σώματος του, θέμα που δημιουργεί σοβαρούς νομικούς προβληματισμούς. Από το 1986 μέχρι και το 1991 συνελέγησαν στην Ελληνική τράπεζα οφθαλμών 352 βολβοί από 176 δωρητές οφθαλμών. Συντηρήθηκαν 340 μοσχεύματα, ενώ τα υπόλοιπα κρίθηκαν ακατάλληλα για μεταμόσχευση. Από το σύνολο των δωρητών 3 μόνο έφεραν κάρτα δωρητή, ενώ για τους υπόλοιπους χρειάστηκε η συγκατάθεση των συγγενών μετά το θάνατο τους.

Γενικά, σύμφωνα με τη διεθνή αρθρογραφία οι ενσυνείδητη σε ζωή δωρητές οργάνων δεν αποτελούν παρά ένα 20% των δυνητικών δότην οργάνων. Το αντίστοιχο ποσοστό σήμερα για την Ελλάδα είναι 17,4%. Από τα ανωτέρω συνάγεται ότι, οι συγγενείς παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην προσφορά με μοσχευμάτων, γιατί είναι εκείνοι που προσδιορίζουν τη συναίνεση του νεκρού δότη ή έστω τη μη αρνητική θέση του για την προσφορά οργάνων του σώματος του, ανάλογα με το νομικό σύστημα που ισχύει για τη μετά θάνατον δωρεά οργάνων σε κάθε χώρα.

Είναι δυνατόν όμως το αυστηρά προσωπικό δικαίωμα της δωρεάς οργάνων του ανθρώπινου σώματος να υλοποιηθεί και από άλλα πλην του δότη πρόσωπα, χωρίς να θίγεται το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα της προσωπικότητας του; Η υποκατάσταση της θέλησης του νεκρού δότη μπορεί να βρει ικανά νομικά ερείσματα; Γιατί στην πράξη είναι σαφές ότι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι συγγενείς είναι εκείνοι που αποφασίζουν με βάση τα δικά τους πιστεύω, τη συναισθηματική φόρτιση της στιγμής ή άλλους παράγοντες από τους οποίους δεν θα μπορούν να αποκλειστούν τελείως και οι ιδιοτελείς - την προσφορά ή μη οργάνων του σώματος του νεκρού το νεκρού δότη.

Είναι σαφές ότι οι μεταμοσχεύσεις όσο και εάν έγιναν μέρος της καθημερινής μας ζωής δεν θα είναι συνηθισμένες ιατρικές επεμβάσεις. Πέρα από τα ιατρικά προβλήματα που παρουσιάζουν δημιουργούν και άλλα προβλήματα, κοινωνικά ηθικά, δεοντολογικά, θρησκευτικά ιατροδικαστικά και κυρίως προβλήματα νομικά που άπτονται τόσο του αστικού όσο και του ποινικού δικαίου. Επιβάλλεται επομένως ο



σύγχρονος νομοθέτης να παρακολουθεί το καλπασμό της ιατρικής έρευνας και στον τομέα να οριοθετεί κάθε φορά τα πλαίσια των επιτρεπτών ερευνητικών κατευθύνσεων κάθε θυσία και των εφαρμογών τους για την αποτροπή καταχρήσεων και των καταδολιεύσεων, που παρουσιάζουν διαχρονικές ηθικές αξίες και θέτουν σε κίνδυνο την ανθρώπινη υπόσταση στην καταξιομένη μορφή της.

Η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών σήμερα, διανύοντας μια περίοδο ανάπτυξης, έχει καθιερωθεί σαν μία θεραπευτική μέθοδος «ρουτίνας». Για ορισμένους ασθενείς η μεταμόσχευση καρδιάς πνευμόνων, ήπατος, αποτελεί τη μόνη θεραπεία με την οποία τους δίνονται αυξημένες πιθανότητες επιβίωσης και παράτασης της ζωής τους. Αντίθετα για άλλους ασθενείς η μεταμόσχευση νεφρών, παγκρέατος, κερατοειδούς χιτώνα του οφθαλμού, δέρματος, οστών παρέχει τη δυνατότητα βελτίωσης της ήδη πολύ χαμηλής στάθμης της ποιότητας ζωής τους.

Η επανένταξη των ασθενών αυτών, τόσο στο οικογενειακό τους περιβάλλον όσο και στο κοινωνικό σύνολο αποτελεί σήμερα μια πραγματικότητα που βασίζεται στη χαριστική δωρεά μιας ζωής που χάθηκε.

Η σύγχρονη ιατρική έκανε το όνειρο πραγματικότητα, έδωσε τα φτερά του Δαίδαλου, προσφέροντας μια καλλίτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς αυτούς.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

### ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ & ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

#### 1.1. Εισαγωγή

Για την μεγαλύτερη δυνατή εξασφάλιση και επιστημονικά ενδεδειγμένη αξιοποίηση των προσφερομένων οργάνων, δημιουργήθηκαν από τα τέλη της 10ετίας του '60 μεγάλοι Οργανισμοί και Υπηρεσίες Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων στην Ευρώπη και στην Αμερική.

Το 1967 δημιουργήθηκε η Eurotransplant Foundation, Οργανισμός, στον οποίο συμμετέχουν οι χώρες: Ολλανδία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Δ. Γερμανία και Αυστρία. Το 1969, δημιουργείται η France-Transplant: στη Γαλλία και το ίδιο έτος η Scandia Transplant με συμμετοχή των χωρών: Σουηδία, Δανία, Νορβηγία, Φινλανδία, Ισλανδία. Το 1972 η United Kingdom Transplant Service για την Αγγλία και την Ιρλανδία. Στην Ιταλία υπάρχουν τέσσερις περιφερειακές υπηρεσίες συντονισμού: η Nord Italia Transplant (1976), η Centre Sub Italia Transplant (1987) και για την περιοχή της Βόρειο-Κεντρικής Ιταλίας η Sub Italia Transplant και η Interregional Transplant Association (1976 και 1987). Στη Πορτογαλία η Luso Transplant το 1983, η Hispano Transplant στην Ισπανία, η Swiss Transplant για την Ελβετία και τέλος για τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης η Inter Transplant.

#### 1.2. Σκοποί και στόχοι

Αυτοί οι Οργανισμοί και Υπηρεσίες δημιουργήθηκαν πάνω στην αρχή, ότι παρ' όλες τις μεγάλες ιστικές διαφορές μεταξύ των ατόμων, λόγω του πολυμορφισμού του συστήματος HLA, είναι δυνατή η ανεύρεση ιστοσυμβατότητας με μη συγγενή δότη νεφρού, όταν γίνεται διασταύρωση για HLA αντιγόνα σε μια μεγάλη δεξαμενή δονητικών ληπτών.

Κύριοι σκοποί αυτών των Υπηρεσιών ήταν η ανάπτυξη συστημάτων αφαίρεσης, συγκομιδής και διάθεσης οργάνων, όπως και η διερεύνηση, ανάλυση, αξιολόγηση των

## *Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων*

παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την βελτίωση των αποτελεσμάτων των μεταμοσχεύσεων καθώς επίσης και την μείωση του αυξανόμενου διεθνώς μεταμοσχευτικού χάσματος, μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οργάνων.

Οι στόχοι για την επίτευξη των παραπάνω σκοπών ήταν οι εξής:

1. Ο συντονισμός όλων των εμπλεκόμενων ατόμων και ομάδων της ανθρώπινης αλυσίδας που χαρακτηρίζει ένα σύστημα αφαίρεσης και διάθεσης οργάνων.
2. Η δημιουργία και διαρκής ενημέρωση ενός κεντρικού αρχείου εγγραφής υποψηφίων ληπτών και ενός συστήματος επιλογής των καταλληλότερων ασθενών.
3. Η διασφάλιση της διάθεσης των οργάνων, σύμφωνα με θεσπισμένα ιατρικά κριτήρια, κυρίως μέσω της επιδίωξης της όσο το δυνατόν καλλίτερης ιστοσυμβατότητας μεταξύ δότη-λήπτη.
4. Η δημιουργία ενός κέντρου επικοινωνιών με εξειδίκευση στις οργανωτικές πλευρές των διαδικασιών συντονισμού αφαίρεσης, μεταφοράς και μεταμόσχευσης των προσφερομένων οργάνων.

Οι υπηρεσίες αυτές ανάλογα με τις κοινωνικό-οικονομικές, πολιτισμικές, γεωφυσικές ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας λειτουργούν σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο και υπάγονται είτε άμεσα στο Υπουργείο Υγείας, είτε εποπτεύονται από αυτό, θεωρούμενες κοινωφελείς Οργανισμοί.

Αναλυτικότερα οι στόχοι αυτοί εξειδικεύονται ως εξής:

1. Αύξηση και ποιοτική ανάπτυξη των αφαιρέσεων οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση:
  - α. εξασφάλιση της αξιοποίησης όλων των προσφερομένων οργάνων
  - β. προώθηση και συντονισμό αφαίρεσης πολλαπλών οργάνων
  - γ. καθιέρωση κοινών τεχνικών αφαίρεσης για κάθε όργανο.
2. Οργάνωση του συστήματος διάθεσης των οργάνων σύμφωνα με επιστημονικά κριτήρια κοινά αποδεκτά, όπως επίσης και με τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας.
3. Οργάνωση του αναγκαίου συστήματος μεταφοράς ιατρικών ομάδων και αποστολής των διανεμημένων οργάνων.
4. Καθιέρωση εθνικών κανόνων διανομής μοσχευμάτων στηριγμένων πρωταρχικά σε κριτήρια ιατρικά, αναγνωρισμένα από την πλειοψηφία των ιατρικών ομάδων. Αυτοί οι κανόνες διαμορφώνονται προς την κατεύθυνση της αναζήτησης της καλύτερης δυνατής σχέσης μεταξύ μοσχεύματος και λήπτη προς όφελος του τελευταίου.
5. Συστηματοποίηση της τυποποίησης των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας των υποψηφίων ασθενών και έρευνα της προεναισθητοποίησης πριν τη μεταμόσχευση.



### **Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

6. Συστηματοποίηση της τυποποίησης των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας των δοτών χρησιμοποιώντας κοινές τεχνικές.
7. Εξασφάλιση της παραγωγής των αντιδραστηρίων αναφοράς κυτταρική συλλογή αντιπροσωπευτικής HLA-αντιγονικής σύνθεσης του πληθυσμού για την τυποποίηση των HLA αντιγόνων των υποψηφίων ληπτών και δυνητικών δοτών και την διανομή αυτών των αντιδραστηρίων σε όλα τα συνδεδεμένα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας.
8. Προώθηση σχετικών ερευνών που αφορούν την αναζήτηση ιστοσυμβατότητας, όπως και κάθε άλλης ανοσολογικής μεθόδου, την συντήρηση των οργάνων, τις χειρουργικές τεχνικές αφαίρεσης και μεταμόσχευσης, φρενών που κύριο σκοπό έχουν τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων.
9. Διαρκή ενημέρωση της εθνικής λίστας υποψηφίων ληπτών που έχουν εγγραφεί και αναμένουν μεταμόσχευση νεφρού, καρδιάς, πνευμόνων, ήπατος, παγκρέατος, εντέρου και πιστοποίηση ότι οι υποψήφιοι έχουν εγγραφεί σε αναγνωρισμένα Νοσοκομεία στα οποία διενεργούνται μεταμοσχεύσεις.
10. Διαρκή ενημέρωση του Εθνικού Αρχείου Μεταμοσχεύσεων και παρακολούθηση (follow-up) της πορείας των ασθενών. Την ετήσια στατιστική ανάλυση ανά νοσοκομείο, τύπο αφαίρεσης και μεταμόσχευσης των οργάνων.
11. Διαρκή ενημέρωση στοιχείων που αφορούν τους εγκεφαλικά νεκρούς δότες από τους οποίους έχουν αφαιρεθεί όργανα, την διάθεση των οργάνων όπως και τις αιτίες μη αφαίρεσης προσφερομένων οργάνων.
12. Προώθηση των διαδικασιών ενημέρωσης-ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης καθώς επίσης και κατάρτιση και εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το προσωπικό που εμπλέκεται στις αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις οργάνων.
13. Ενεργοποίηση των Δημοσίων Αρχών για την παροχή των αναγκαίων υλικών και οικονομικών μέσων για την επίτευξη των σκοπών αυτών.

Ένα από τα πλέον καταξιωμένα συστήματα συντονισμού μεταμοσχεύσεων είναι αυτό της FRANCE-TRANSPLANT, όπως διαμορφώθηκε πρόσφατα, η συνοπτική περιγραφή του οποίου ακολουθεί.

### **1.3 Το Ισπανικό Μοντέλο**

Η Ισπανία είναι μια χώρα που είναι χωρισμένη σε αυτόνομες 17 περιφέρειες. Η κάθε περιφέρεια έχει την δυνατότητα να χαράζει τη δική της πολιτική, μέσα σε κάποια πλαίσια, και αυτό την καθιστά υπεύθυνη για την πρόοδο ή την αποτυχία της. Για τον λόγο αυτό οποιαδήποτε οδηγία ή νόμος της Ισπανικής Κυβέρνησης δεν μπορεί να εφαρμοστεί, αν δεν συμβαδίζει με τις πολιτικές της εκάστοτε περιφέρειας. Η ιδιομορφία αυτή αν και αρχικά φαίνεται να αποτελεί ίσως εμπόδιο για την ανάπτυξη ενός Εθνικού μεταμοσχευτικού προγράμματος, προωθεί σε σημαντικά το πρόγραμμα της Ισπανίας, λόγω της αποκεντρωμένης δομής των υπηρεσιών.

Έτσι η Ισπανία, ξεκινώντας από την κοινή πλέον παραδοχή No Donor, No transplant, το 1989 ίδρυσε την ONT (Organization National Transplantantes), τον Εθνικό Οργανισμό μεταμοσχεύσεων, που υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και σκοπό είχε την χάραξη μιας κοινής αλλά ευέλικτης πολιτικής στον χώρο των μεταμοσχεύσεων. Επρόκειτο για έναν εξολοκλήρου τεχνικό Οργανισμό, που θα διαδραμάτιζε συντονιστικό ρόλο ανάμεσα στους εμπλεκόμενους επαγγελματίες και κυρίως μέσω της παραδοχής από όλους ότι ο συντονισμός αυτός γίνεται προς εξυπηρέτηση όλων.

Η βασική της φιλοσοφία είναι η αποκέντρωση της μεταμοσχευτικής της διαδικασίας. Θεωρούν ότι ένας μεγάλος οργανισμός με συγκεντρωτικό χαρακτήρα και χωρίς πλήρη εμπλοκή σε κάθε πτυχή της διαδικασίας θα ήταν αποτελεσματικός αντίθετα ένα αποκεντρωμένο σύστημα με πολλά περιφερειακά παραρτήματα που θα έχουν ως κύριο στόχο τους την εξασφάλιση και διανομή των μοσχευμάτων και την προώθηση της ιδέας της δωρεάς οργάνων, θα ήταν ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος για την επίτευξη του στόχου.

Στο παρελθόν είχαν γίνει τοπικά κάποιες αποτυχημένες προσπάθειες για την αύξηση των δοτών, έτσι η φωνή του ήρθε σαν ένα Εθνικό θεσμικό πλαίσιο που θα εξομάλωνε και θα συντόνιζε τις προσπάθειες αυτές. Το αποτέλεσμα ήταν, μέσα σε μία δεκαετία να σημειωθεί αύξηση 142% δοτών αύξηση των δοτών, που σημαίνει ότι οι 14 δότες ανά εκ. πληθυσμού το 1989, να φτάσουν το 1999 τους 33.6.

Η δομή και η λειτουργία της ONT περιλαμβάνει 3 επίπεδα, το Εθνικό, το Περιφερειακό και το Τοπικό. Κεντρικό πρόσωπο και επαγγελματίας κλειδί στο Ισπανικό Μοντέλο είναι ο συντονιστής στις μεταμοσχεύσεις, ο οποίος εργάζεται με διαφορετικές αρμοδιότητες και στα τρία επίπεδα.

Σε Εθνικό επίπεδο, όπως προαναφέρθηκε, το σύστημα αντιπροσωπεύεται από

την ONT με βασικές αρμοδιότητες

- την αφ' υψηλού εποπτεία του τοπικού συντονισμού της μεταμοσχευτικής διαδικασίας,
- την τήρηση της Εθνικής Λίστας όλων των συμπαγών οργάνων,
- την τήρηση αρχείων και την στατιστική ανάλυση των δεδομένων,
- την έρευνα,
- την σύνταξη και προώθηση πρωτόκολλο δυσλειτουργίας και συνεργασίας σε κάθε στάδιο της μεταμοσχευτικής διαδικασίας,
- την ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας,
- την ενημέρωση του κοινού την διεθνή συνεργασία με αντίστοιχους οργανισμούς.

Η στελέχωση της ONT περιλαμβάνει τον Εθνικό Συντονιστή μεταμοσχεύσεων, 4 γιατρούς, 7 νοσηλεύτες και 6 διοικητικούς. Ο συντονισμός του εκάστοτε δότη, δεν γίνεται από την ONT, αλλά αφού τα περιφερειακά γραφεία συντονισμού. Η ONT έχει μόνο την υψηλή εποπτεία και τον έλεγχο της διαδικασίας.

Ο Περιφερειακός συντονισμός θα λαμβάνει ανάλογες αρμοδιότητες με τον Εθνικό, αλλά σε περιφερειακό (17 περιφέρειες). Ασχολείται με ό,τι και η ONT, αλλά πιο επικεντρωμένα βέβαια στην περιφέρεια του. Αποτελεί τον συνδυαστικό κρίκο ανάμεσα στην ONT και τις κατά τόπους γενικές αρχές, νοσοκομεία, επαγγελματίες υγείας. Διατηρεί την Περιφερειακή Λίστα των συμπαγών οργάνων, η οποία αποτελεί μέρος της Εθνικής και ελέγχεται από την ONT. Η Περιφερειακή Συντονιστές κάνουν κάθε χρόνο Συμβούλιο όπου αναφέρουν προβλήματα, κάνουν παρατηρήσεις, ανταλλάσσουν απόψεις και σχεδιάζουν και προτείνουν στην ONT το σχέδιο δράσης του επόμενου χρόνου και τις ρυθμίσεις που θα πρέπει να γίνουν σε Εθνικό και Περιφερειακό επίπεδο για την διευκόλυνση της διαδικασίας και την αύξηση των μεταμοσχεύσεων.

Τέλος, σε Τοπικό/Νοσοκομειακό επίπεδο απασχολείται ο Τοπικός Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων, ο οποίος αποτελεί και το πρόσωπο κλειδί της όλης διαδικασίας. Και στο σημείο αυτό εισάγεται και η έννοια του TPM (Transplant Procurement Manager), ή αλλιώς του Διαχειριστή Εξεύρεσης Μοσχευμάτων. Ο Τοπικός Συντονιστής/ TPM, αναλαμβάνει να διεκπεραιώσει το μεγαλύτερο και σημαντικότερο μέρος της μεταμοσχευτικής διαδικασίας η οποία συνοψίζεται ως εξής:

- Εντοπισμός και αναγνώριση του δυνητικού δότη,
- Διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου,
- Συντήρηση του δότη.



- Προσέγγιση της διαδικασίας αφαίρεσης των μοσχευμάτων,
- Κατανομή των μοσχευμάτων.

Πρόκειται για γιατρό ή νοσηλεύτη που εργάζεται συνήθως part-time ως Συντονιστής, έτσι ώστε να μην χάνει την επαφή του με τον χώρο του νοσοκομείου και να μπορεί, ανά πάσα στιγμή, να παραιτηθεί από την ιδιότητα του Συντονιστή, όταν νιώσει επιβαρυνμένος αυτό το τόσο απαιτητικό έργο (burn-out). Γι' αυτό και ONT τονίζει ιδιαίτερα την ανάγκη διαρκούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των TPMs. Αναγνωρίζει ότι πρόκειται για μια ιδιαίτερα δύσκολη δουλειά που χρειάζεται αφοσιωμένους και εκπαιδευμένους επαγγελματίες, οι οποίοι έχουν την διαρκή στήριξη της ONT σε πρακτικό, θεωρητικό, επιστημονικό και ψυχολογικό. Ταυτόχρονα, η ONT αναγνωρίζει ότι οι TPMs έχουν ημερομηνία λήξης (δύο χρόνια κατά μ.ο. πριν αρχίσει να φθίνει η απόδοση τους) και γι' αυτό η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας ως Συντονιστές είναι συνεχόμενη.

Αναμφισβήτητο γεγονός είναι ότι η επιτυχία του μεταμοσχευτικού προγράμματος έγκειται στην επαγγελματοποίηση (professionalization) της όλης διαδικασίας και στον σαφή καθορισμό αρμοδιοτήτων όλων των εμπλεκομένων στην μεταμοσχευτική διαδικασία. Ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων θα πρέπει να είναι επαγγελματίας, άνδρας ή γυναίκα, ηλικίας 30-40 ετών, ειδικευμένος γιατρός, υποβοηθούμενος από άλλους γιατρούς οι νοσηλεύτες. Θα είναι απαραίτητο να είναι αφοσιωμένος και να πιστεύει στη δωρεά οργάνων και στην μεταμόσχευση ως θεραπευτική παρέμβαση. Θα πρέπει να έχει επικοινωνιακές ικανότητες, να είναι αποδεκτός και να υποστηρίζεται από τους συναδέλφους του καθώς και να πληρώνετε επαρκώς για τις υπηρεσίες που προσφέρει και φυσικά να έχει εργαστεί σε Νεφρολογική κλινική και να έχει εκπαιδευθεί επαρκώς ως Συντονιστής Μεταμόσχευσης.

Στην Ισπανία σε σχέση με άλλα μοντέλα, θεωρούν ότι ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων θα πρέπει να εργάζεται εντός του νοσοκομείου, ανεξάρτητα από Μεταμοσχευτικές Ομάδες, με αποκλειστικό σκοπό την βελτίωση και την εξασφάλιση της άμεσης εκτόπισης των δυνητικών δοτών. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι ο Συντονιστής ανήκει σε ξεχωριστή υπηρεσία των νοσοκομείων του. Σε κάθε νοσοκομείο με ικανό αριθμό κλινών, συστήνεται ένα TPMs Office, ή αλλιώς Γραφείο Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων. Αποτελεί υπηρεσία του Νοσοκομείου και το προσωπικό του αναφέρεται απευθείας στον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, έτσι ώστε να διατηρεί αυτονομία του. Στελεχώνεται και συνήθως από έναν part-time γιατρό



και από δύο part-time ή full time νοσηλευτές του νοσοκομείου, καθώς και από 1-2 διοικητικούς υπαλλήλους. Το σύστημα αμοιβών τους είναι μεικτό, δηλαδή έχουν ένα πάγιο ποσό ως αποζημίωση για την καθημερινή τους εργασία και ένα ποσό bonus με βάση την απόδοσή τους. Μάλιστα, ανάλογα με την ικανότητά τους να εκτοπίζουν δότες, το έργο τους ως Συντονιστές μπορεί να μετατραπεί και σε εργασία full-time (>12 δότες ανά εκατ. πληθυσμού).

Το ισπανικό μοντέλο αφήνει το μεγαλύτερο μέρος της διαδικασίας στα σχέδια των TPMs, των Τοπικών δηλ. Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων. Αυτή τη στιγμή στην Ισπανία υπάρχουν 139 TPM office αντίστοιχα Νοσοκομεία, τον απασχολούν ως Συντονιστές γιατρούς και νοσηλευτές. Η λέξη που χαρακτηρίζει την ιδιότητα του συντονιστή είναι η επαγγελματοποίηση. Η πιστοποίηση και η αποδοχή δηλαδή του Συντονιστή ως εξειδικευμένο Επαγγελματία Υγείας, με υψηλή προσφορά και επιστημονικό κύρος.

Ο Περιφερειακός Συντονιστής ασχολείται με την οργάνωση ενός αποτελεσματικού δικτύου μεταμοσχευτικής διαδικασίας και φροντίζουν έτσι ώστε, μόλις προκύψει ένας δότης, όλη η εξωνοσοκομειακή παράγοντες να λειτουργούν απρόσκοπτα και συντονισμένα (υπηρεσίες υγείας, αστυνομία, αεροδρόμια, κοινή γνώμη, δημοσιογράφοι, εκκλησία κ.α.).

Σύμφωνα με το Ισπανικό Μοντέλο ένα επιτυχημένο σύστημα δωρεάς θα πρέπει,

- Να παράγει πάνω από 25 δότες pmr,
- Να επαγγελματικοποιεί την όλη διαδικασία, αξιοποιώντας τοπικούς συντονιστές,
- Να οργανώνει την ανταλλαγή και διανομή των μοσχευμάτων σε Εθνικό και Διακρατικό επίπεδο.
- Να εμφυτεύει κατά μέσο όρο τουλάχιστον 3 μοσχεύματα από κάθε δότη.
- Να συστήνει προγράμματα ποιοτικού ελέγχου,
- Να συστήνει ερευνητικά πρόγραμμα.
- Να διαθέτει επαγγελματίες που να ασχολούνται με τη δωρεά οργάνων και να τους παρέχει εκπαίδευση και εξειδίκευση.
- Να ενημερώνει και να εκπαιδεύει τους πολίτες, και όλους τους υγειονομικούς επαγγελματίες.
- Να προάγει τη δωρεά σε όλα τα νοσοκομεία και να την εντάσσει στην ευρύτερη νοσοκομειακή ανάπτυξη.

Οι πηγές των δοτών τις οποίες εκμεταλλεύονται οι Ισπανοί είναι κυρίως τριών

ειδών

1.Οι εγκεφαλικά νεκροί δότες, τους οποίους εκτοπίζουν κυρίως σε Μ.Ε.Θ., σε νευροχειρουργικά τμήματα και σε τμήματα επειγόντων περιστατικών.

2.Οι δότες με μη πάλλουσα καρδιά (Non heart beating donors – NHBD), οι οποίοι αποτελούν μη εξαιρετική πηγή μοσχευμάτων, αλλά απαιτούν ένα άριστα οργανωμένο σύστημα ειδικευμένων χειρουργικών ενδονοσοκομειακών ομάδων, που να έχουν την δυνατότητα εντός 30 λεπτών, από την πιστοποίηση του θανάτου, να εφαρμόσουν συγκεκριμένες τεχνικές ψύξης και διατήρησης των οργάνων.

3.Οι ζώντες δότες που μπορούν να δωρίσουν σε συγγενικό τους πρόσωπο το ένα τους νεφρό, μέρος του ήπατος ή τον ένα πνεύμονα.

Από τη στιγμή που το 39,9 ppm των εγκεφαλικά νεκρών δοτών που έχουν καταφέρει οι Ισπανοί, θεωρείται ότι δεν έχει σημαντικά περιθώρια βελτίωσης, άρχισε να επενδύουν σε άλλες πηγές μοσχευμάτων, όπως οι NHBD και οι ζώντες δότες, ως προσπάθεια σύγκλισης που μεταμοσχευτικού χάσματος, ανάμεσα στις πραγματοποιημένες μεταμόσχευσης και των διαρκώς αυξανόμενων ασθενών στη λίστα. Είναι αξιοσημείωτο και παγκοσμίως αποδεδειγμένο γεγονός, ότι όσο αυξάνει ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων, τόσο αυξάνει και ο αριθμός των ασθενών που εντάσσονται στην λίστα με την ελπίδα της μεταμόσχευσης.

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, το ποσοστό των εγκεφαλικών θανάτων σε μια Μ.Ε.Θ. αποτελεί το 12% των θανάτων στη Μ.Ε.Θ. Από αυτούς τους εγκεφαλικά νεκρούς, μόνο το 6% καταλήγει να αξιοποιείται ως δότης οργάνων. Το 50% των δυναμικών δοτών δηλαδή δεν αξιοποιείται και αυτό συμβαίνει για τους παρακάτω λόγους:

- Ιατρικές αντενδείξεις (25,1%),
- Καρδιακή ανακοπή κατά την διατήρηση (7,6%),
- Άρνηση των συγγενών (15,7%),
- Άρνηση για ιατροδικαστικούς λόγους (0,4%),
- Άλλοι λόγοι (1,5%).

Το 12% των πιστοποιούμενων και εντοπισμένων εγκεφαλικών θανάτων είναι πολύ πιθανό να είναι αρκετά μεγαλύτερο, αλλά να μην καταγράφεται λόγω ενδεχόμενης αποτυχίας εντοπισμού τους (αναφέρεται ότι το 1/3 των δυναμικών δοτών δεν εντοπίζεται καν). Περιγράφονται τρεις μέθοδοι εκτόπισης δοτών:

1.Η μέθοδος ανασκοπήσεις ιατρικών φακέλων, όπου ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων

ανατρέχει στη λίστα εισαγωγών στο νοσοκομείο, εντοπίζει αυτούς με σοβαρή εγκεφαλική βλάβη και παρακολουθεί την πορεία τους. Θεωρείται η λιγότερο αποτελεσματική μέθοδος.

2. Η μέθοδος διασυνδέσεις με άλλα κέντρα, όπου από τη στιγμή που διαπιστώνεται, η πιθανολογείται ο εγκεφαλικός θάνατος, τότε ο δότης μεταφέρεται σε νοσοκομείο όπου υπάρχει Συντονιστής για να αναλάβει την εκτίμηση και τη συντήρηση του, την πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου κ.ο.κ.).

3. Η μέθοδος της παρακολούθησης. Η πιο σημαντική και αποτελεσματική μέθοδος αφού περιλαμβάνει:

- Τον Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, που επισκέπτεται σε καθημερινή βάση όλες τις μονάδες του νοσοκομείου όπου μπορεί να εντοπιστεί ένας πιθανός δότης.
- Ευαισθητοποιημένο προσωπικό όλου του νοσοκομείου και ειδικά των Μ.Ε.Θ., το οποίο ειδοποιεί τον συντονιστή σε κάθε περίπτωση. Ο συντονιστής είναι γνωστό πρόσωπο σε όλο το νοσοκομείο, ειδοποιείται και αναλαμβάνει δράση, είτε βρίσκεται στην full-time εργασία του, είτε στην part-time, στο Γραφείο Συντονισμού, είτε εκτός νοσοκομείου.
- Ύπαρξη ειδικών πρωτοκόλλων που διευκολύνουν κάθε στάδιο της διαδικασίας, προσαρμοσμένα στην λειτουργία του κάθε νοσοκομείου και εύκολα προσβάσιμα μέσω διαδικτύου ή άλλου τρόπου τόσο στον συντονιστή, όσο και σε οποιαδήποτε εμπλεκόμενο.
- Δυνατότητα του συντονιστή να ελέγχει και να ζητά ανά πάσα στιγμή από οποιοδήποτε τμήμα του νοσοκομείου ειδικές εξετάσεις για την εκτίμηση του δότη.
- Συνεργασία όλου του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, η οποία επιτυγχάνεται με την διατήρηση καλών δημόσιων σχέσεων από την πλευρά του συντονιστή και με την συχνή ενημέρωση, εκπαίδευση και κινητοποίηση όλου του προσωπικού.

Ο εντοπισμός των δυνητικών δοτών είναι πολύ σημαντικός, αλλά όχι ο μόνος παράγοντας διερεύνησης της δεξαμενής των δοτών. Έχουν εντοπισθεί τρεις βασικοί παράγοντες που ευθύνονται για την μη εντόπιση και αξιοποίηση των δυνητικών δοτών:

1. Η νομοθεσία που πλαισιώνει τη διαδικασία της δωρεάς και μεταμοσχευτική διαδικασία. Και αναφερόμαστε στο θέμα της εικαζόμενης ή μη συναίνεσης. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, είναι κατά 15% ευκολότερη η εξασφάλιση μοσχευμάτων από χώρα με εικαζόμενη συναίνεση. Επίσης, νομοθετικός και ταυτόχρονα επιστημονικός παράγοντας που περιορίζει τον αριθμό των δοτών είναι τα κριτήρια πιστοποίησης, η



κατανόηση και την αποδοχή της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου. Είναι αξιοσημείωτο ότι η κλινική εικόνα του ίδιου δυνητικού δότη στη Ισπανία ισοδυναμεί με εγκεφαλικό θάνατο, ενώ στην Πορτογαλία, οι ενδείξεις δεν επαρκούν για την πιστοποίηση αυτή. Το γεγονός αυτό φανερώνει τη διχογνωμία που υπάρχει στην επιστημονική κοινότητα περί εγκεφαλικού θανάτου και καταδεικνύει την ανάγκη θέσπισης κοινά αποδεκτών κριτηρίων. Ταυτόχρονα, υπάρχουν χώρες, όπως η Γαλλία, όπου ο νομοθετικός αποκλεισμός αξιοποίησης μοσχευμάτων από εγκεφαλικά νεκρούς με HIV, HCV, HBV, σύφιλη κ.α., περιορίζει αρκετά τη δεξαμενή δότην της. Όπως και ο αποκλεισμός ή μη δότην με όγκους εγκεφάλου ή λοιμώξεις, αλλού διευρύνουν και αλλού περιορίζουν τις δυνατότητες.

2. Η ευαισθητοποίηση και η αποδοχή του κοινού σε θέματα δωρεάς οργάνων και μεταμοσχεύσεις, όπως και η γενικότερη κοινωνική αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου. Οι θρησκευτικές, ηθικές αναστολές και οι προκαταλήψεις είναι ευρύτερα γνωστές και εξαρτώνται από το κοινωνικοπολιτιστικό επίπεδο της κάθε χώρας και από τον βαθμό από την εφαρμογή επιτυχημένων επιστημονικά δομημένων και αποτελεσματικών εκστρατειών ενημέρωσης του κόσμου.

3. Οικονομικοί παράγοντες, όπως η επαρκής ή αποζημίωση όλων των εμπλεκόμενων φορέων από το προσωπικό της Μ.Ε.Θ., μέχρι το ίδιο το νοσοκομείο του δότη. Είναι κυρίως του πόσο πιστεύει το κάθε Υπουργείο που χρηματοδοτεί τα μεταμοσχευτικά προγράμματα, στην θα αποτελεσματικότητα της μεταμόσχευσης ως θεραπευτικής παρέμβασης καθώς και στο cost-effectiveness μιας τέτοιας τακτικής. Εδώ αναμφισβήτητα προκύπτει η ανάγκη της κοστολόγησης των μεταμοσχεύσεων σε σχέση με τη μακρόχρονη αμφοκάθαρση, νοσηλεία και κτλ.

4. Η στάση, η αίσθηση εμπιστοσύνης, η κινητοποίηση και η προσφορά κινήτρων στους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη διαδικασία δωρεάς. Είναι συχνό φαινόμενο η αρχική αντίσταση εμπλοκής τους στη διαδικασία, λόγω προσωπικών αναστολών και κυρίως μη εξοικείωσης και ελλείψεις γνώσεων σε θέματα διάδοσης εγκεφαλικού θανάτου και προσέγγισης της οικογένειας. Αν και οι περισσότεροι θεωρητικά γνωρίζουν την μεγάλη ανάγκη εξεύρεσης μοσχευμάτων, στην πράξη κρατούν μία απόσταση από την διαδικασία η οποία μπορεί να εξαλειφθεί μόνο μέσα από διαρκή θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση τους. Είναι σημαντικό να έχουν στην διάθεσή τους Πρωτόκολλα που θα καθοδηγούν και θα διευκολύνουν το έργο τους, καθώς και ένα σημείο αναφοράς, κάθε φορά που έρχονται αντιμέτωποι με δυσκολίες, ένα δίκτυο δηλαδή υποστήριξης και εκπαίδευσης από έμπειρους επαγγελματίες.

Η μόνιμη θετική μορφή παράγοντες που μειώνουν την δεξαμενή δότην και δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε, είναι η βελτίωση της περιθάλψης της Μ.Ε.Θ., η μείωση των τροχαίων και των εργατικών ατυχημάτων, η θέσπιση της ασφάλειας των οδικών δικτύων και των οχημάτων και η αποτελεσματικότερη πρόληψη των εγκεφαλικών παθήσεων.

Τέλος, όσον αφορά την κατανομή των μοσχευμάτων, αυτή μορφοποιείται σε ένα επαγωγικό σύστημα. Δηλαδή, αν το νοσοκομείο του δότη, της εδῶ να είναι και μεταμοσχευτικό κέντρο, τότε τα μοσχεύματα παραμένουν στο νοσοκομείο και μεταμοσχεύονται στους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στην λίστα του, η οποία φυσικά αποτελεί μέρος της Εθνικής λίστας. Αν το νοσοκομείο του δότη δεν είναι μεταμοσχευτικό κέντρο, αλλά έχει μονάδα αιμοκάθαρσης τότε τα μοσχεύματα πηγαίνουν στο Μεταμοσχευτικό Κέντρο της περιφέρειας που έχει στην λίστα του τους ασθενείς που αιμοκαθέρονται στο νοσοκομείο του δότη. Δηλαδή, το κάθε μεταμοσχευτικό κέντρο παρακολουθεί τους αιμακαθαριζόμενους συγκεκριμένων μονάδων τεχνητού νεφρού και όποτε προκύπτει δότης από τα νοσοκομεία αυτά, τότε τα μοσχεύματα πηγαίνουν στο μεταμοσχευτικό κέντρο που υπάγονται οι αιμοκαθερόμενοι του. Αν δεν υπάρχει κατάλληλος λήπτης στην περιφέρεια αυτή, τότε μόνο προσφέρονται σε Εθνικό επίπεδο βάση μερικών εφημερίων. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται ο χρόνος ψυχρής ισχαιμίας το μοσχευμάτων, αφού δεν ταξιδεύουν απ' άκρη σ' άκρη της χώρας και κυρίως δίνεται κίνητρο στις περιφέρειες να προσπαθήσουν να προάγουν τη δωρεά και να αυξήσουν τον εντοπισμό των δότην στην περιοχή τους. Αν η περιφέρεια δεν έχει δότες, τότε δεν θα κάνει και μεταμοσχεύσεις, γιατί απλά η διανομή των συστημάτων σε εθνικό επίπεδο βάση, είναι η τελευταία λύση, άρα και όχι τόσο συχνή. Μόνη παράβαση του κανόνα είναι τα επείγοντα περιστατικά.

#### **1.4 Το Γαλλικό Πρότυπο**

Στη France Transplant (F.T.) συμμετέχουν ως μέλη όλες οι ιατροχειρουργικές ομάδες αφαίρεσης και μεταμόσχευσης, τα εργαστήρια ιστοσυμβατότητας, ομάδες και κέντρα, τα οποία συναποτελούν σε εθνικό επίπεδο την δομή της Ρ.Τ. και τα οποία έχουν αναγνωρισθεί από το Δ.Σ. της με την προϋπόθεση ότι ανήκουν σε Νοσοκομεία εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας.

Τα μέλη τα οποία συμμετέχουν στις δραστηριότητες της F.T. διακρίνονται:



Σε τακτικά, συνδεδεμένα, επίτιμα και μέλη συνεργάτες. Ως τακτικό μέλος θεωρείται κάθε γιατρός που ανήκει σε μια ιατροχειρουργική ομάδα αφαίρεσης και μεταμόσχευσης, κάθε ανοσολόγος που ανήκει σε ένα Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας αναγνωρισμένο ή κάθε Συντονιστής. Συνδεδεμένα μέλη θεωρούνται όσοι περιστασιακά εμπλέκονται στις διαδικασίες αφαίρεσης και μεταμόσχευσης ή κάθε μέλος του παραϊατρικού προσωπικού με εμπειρία τουλάχιστον ενός έτους και ανήκει σε μια από τις παραπάνω ομάδες.

Η Ε.Τ. διευθύνεται από Δ.Σ. το οποίο συνθέτουν 32 εκλεγμένα μέλη και 3 μέλη διορισμένα από το Υπουργείο Υγείας. Τα 32 μέλη εκλέγονται από τη Γενική Συνέλευση για 4 χρόνια, προκειμένου δε να υπάρχει ισομερής εκπροσώπηση των 4 ειδικοτήτων που εμπλέκονται ενεργά στις μεταμοσχεύσεις (χειρουργοί, παθολόγοι, αναισθησιολόγοι, ανοσολόγοι) εκλέγονται 8 ιατροί από κάθε ειδικότητα εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα πολυφωνία ιατρικών συμβούλων.

Από το Δ.Σ. εκλέγονται στη συνέχεια 8 μέλη που αποτελούν το Γραφείο Διοίκησης, αποφεύγοντας μ' αυτό το τρόπο τα συνήθη προβλήματα δυσλειτουργίας, που πηγάζουν από πολυμελή διοικητικά όργανα. Αυτή η εκτελεστική επιτροπή (Δ.Σ. και Γραφείο Διοίκησης) δημιουργεί επιτροπές που έχουν ως έργο την επεξεργασία των προβλημάτων ηθικής, διαφάνειας, πληροφορικής, προϋπολογισμού, συντονισμού. Σε εθνικό επίπεδο λειτουργεί η διαρκής Γραμματεία της Ε.Τ. υπεύθυνη για την διάθεση των οργάνων, 24 ώρες/24ωρο, 365 μέρες το χρόνο, βοηθώντας στην καλύτερη επιλογή του λήπτη και στη διασφάλιση της μεταφοράς των μοσχευμάτων. Επίσης λειτουργεί η Γραμματεία της τήρησης της λίστας αναμονής (τήρηση φακέλων, εκτόπιση ευρητηρίων και καταλόγων και διανομή τους στα ενδιαφερόμενα Κέντρα) και το Εθνικό Αρχείο Μεταμοσχεύσεων (τα στοιχεία από κάθε πραγματοποιούμενη μεταμόσχευση εισέρχονται στον Η/Υ, ο οποίος εκδίδει πλέον τη διαρκώς ενημερωμένη λίστα αναμονής). Η συνεργασία των τριών αυτών γραφείων εξασφαλίζουν έτσι την διαρκή ενημέρωση όλων των σχετικών μεταβολών σε 24ωρη βάση. Η 24ωρη λειτουργία επιτυγχάνεται με την υποστήριξη του Τομέα Πληροφορικής (καθιέρωση δικτύου μικροϋπολογιστών) όπου όλα τα δεδομένα, πριν και μετά την μεταμόσχευση, αναλύονται στη συνέχεια από το Γραφείο Πληροφορικής και Στατιστικής.

Σε κεντρικό επίπεδο λειτουργεί επίσης το Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς, το οποίο αποτελεί τμήμα του Κεντρικού Εργαστηρίου Ανοσολογίας, συμμετέχοντας στις ανταλλαγές των αντιδραστηρίων, καθώς και στην εναρμόνιση των τεχνικών ιστοσυμβατότητας στα πλαίσια του Συμβουλίου της Ευρώπης. Το Κεντρικό Εργαστήριο της Ρ.Τ. επίσης έχει ως στόχο την προώθηση των κοινών τεχνικών ιστοσυμβατότητας

στους κόλλους της F.T. και της παροχής, χάρη στη συλλογή ορρών από τα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας, σειρά αντιορρών (batteries ορρών) για την τυποποίηση των ΗΛΑ αντιγόνων Α, Β και Ο σε όλα τα συνδεδεμένα με την F.T. Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας.

Σε περιφερειακό επίπεδο το Δ.Σ. της Ρ.Τ. μετά από πρόταση της Γενικής Συνέλευσης, δημιουργεί τα περιφερειακά τμήματα της F.T. Ο αριθμός και η γεωγραφική τους κατανομή προσδιορίζονται από τον εσωτερικό κανονισμό σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας. Κάθε Περιφερειακό Τμήμα αποτελείται από όλα τα μέλη της Ρ.Τ. που ανήκουν στην περιοχή. Διευθύνεται από ένα Περιφερειακό Γραφείο με εκλεγμένα μέλη, τα οποία εκπροσωπούν κατ' αντιστοιχία τις 4 ειδικότητες (χειρουργοί, παθολόγοι, αναισθησιολόγοι, ανοσολόγοι).

Οι υποχρεώσεις των Γραφείων των Περιφερειακών Τμημάτων είναι:

- α) Διασφάλιση της εφαρμογής των εθνικών κανόνων διάθεσης των οργάνων,
- β) Διασφάλιση της μεταφοράς των οργάνων σε πραγματικό χρόνο,
- γ) Διαβίβαση όλων των σχετικών με την αφαίρεση και την μεταμόσχευση, πληροφοριών στη Κεντρική Γραμματεία, συμβάλλοντας στη διαφάνεια των δραστηριοτήτων της κάθε ομάδας,
- δ) Λειτουργία εσωτερικού κανονισμού σε αντιστοιχία με αυτόν της Ρ.Τ.,
- ε) Υποβολή υποψηφιοτήτων για το Δ.Σ. της F.T. καθώς και των υποψηφιοτήτων νέων μελών.

Τα Γραφεία Περιφερειακών Τμημάτων συνεργάζονται άμεσα με τον Περιφερειακό Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, ένας για κάθε περιφέρεια, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας μετά από πρόταση του Δ.Σ. της Ρ.Τ.

Σε περιφερειακό επίπεδο έχει επίσης ορισθεί ένα εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας υπεύθυνο για τα «Cross-match a Distance».

Σε τοπικό επίπεδο λειτουργούν οι Ιατροχειρουργικές ομάδες μεταμόσχευσης οργάνων, τα Κέντρα Αφαίρεσης Οργάνων, τα οποία δεν μεταμοσχεύουν αλλά παίζουν σημαντικότατο ρόλο στην όλη διάρθρωση της F.T., διευκολύνοντας τις διαδικασίες για την έγκαιρη αναφορά και αξιοποίηση των προσφερομένων οργάνων των δυνητικών δοτών, που βρίσκονται στη περιοχή ευθύνης τους. Τα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας, έργο των οποίων είναι η τυποποίηση των ΗΛΑ, Α, Β και Ο, η τελική διασταύρωση (Cross-match) οι προσδιορισμοί της ειδικότητας των αντισωμάτων στον λήπτη και ο γενικότερος ανοσολογικός έλεγχος. Τέλος οι τοπικοί συντονιστές συμπληρώνουν το οργανόγραμμα λειτουργίας σε τοπικό επίπεδο, συνεργαζόμενοι άμεσα με τον

Περιφερειακό Συντονιστή της περιοχής στην οποία ανήκουν.

Όλες οι ομάδες τα Κέντρα και τα άτομα συνδέονται διαδοχικά μεταξύ τους και στα τρία αυτά επίπεδα (τοπικό, περιφερειακό, εθνικό) συνθέτοντας την οργανωτική δομή της F.T. Ένα δίκτυο τηλεματικής, στηριγμένο σε μικροϋπολογιστές και στο Minitel, εξασφαλίζει την 24ωρη επικοινωνία μεταξύ των επιμέρους τμημάτων, διευκολύνοντας την συνεργασία και την αποδοτικότητα τους.

### **1.5 Το Βελγικό μοντέλο**

Το 1967 ιδρύθηκε στο Leiden της Ολλανδίας ο πρώτος μεγάλος διακρατικός ευρωπαϊκός οργανισμός συντονισμού και ελέγχου των μεταμοσχεύσεων, είναι της συμμετοχής της Ολλανδίας, του Βελγίου, του Λουξεμβούργου, της Γερμανίας και της Αυστρίας.

Το 1978 συστήθηκε στο Leuven του Βελγίου μία Ομάδα Συνεργασίας σε θέματα Μεταμοσχεύσεων (LCGT – Leuven Collaborative Group for Transplantation) με σκοπό να παράσχει μία αποκεντρωμένη προσέγγιση στο follow-up ληπτών που μεταμοσχεύονται στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Leuven. Η απόφαση αυτή οδήγησε αμέσως στην ανάπτυξη ενός δικτύου να νεφρολόγων πρόθυμων να προωθήσουν τη δωρεά οργάνων στα νοσοκομεία των κλινικών τους, προς όφελος των αιμοκαθερούμενων που είχαν στις λίστες τους. Οι περισσότεροι από αυτούς είχαν αποφοιτήσει από την Ιατρική Σχολή του και έπειτα άρχισαν να εργάζονται στα περιφερειακά νοσοκομεία της περιοχής, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός δικτύου νοσοκομείων και με επίκεντρο το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Leuven.

Το 2000 το δίκτυο αυτό αποτελούταν από 34 συνεργαζόμενα νοσοκομεία. Πολλά από αυτά ήταν αρκετά μεγάλα ώστε να διαθέτουν Μ.Ε.Θ. και νευροχειρουργικές κλινικές. Έτσι προέκυψε η ανάγκη να συνδράμουν και άλλες ειδικότητες, όπως αναισθησιολόγοι και εντατικολόγοι, στην προσπάθεια των νεφρολόγων για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων. Οι περισσότεροι από τους γιατρούς αυτούς των Μ.Ε.Θ. των 34 περιφερειακών Νοσοκομείων, είχαν σπουδάσει κι έκανα την ειδικότητά τους στη σχολή ή στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Leuven, την τελευταία δεκαετία. Το γεγονός αυτό δεν αναφέρεται τυχαία, ευαισθητοποιήθηκαν αυτό τα φοιτητικά τους χρόνια σε θέματα δωρεάς οργάνων και εκπαιδεύτηκαν θεωρητικά και πρακτικά σε κάθε στάδιο της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Αποτέλεσμα αυτού ήταν να διαθέτουν όλες οι



Μ.Ε.Θ. της περιοχής επαγγελματίες εξοικειωμένους απέναντι στην δωρεά αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εργασίας τους και όχι κάτι που του διενεργείται περιστασιακά.

Κεντρικό Συντονιστικό ρόλο, όπως προαναφέρθηκε έχει το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του, το οποίο προσεγγίζει τα νοσοκομεία της περιοχής με 4 διαφορετικές τακτικές, ανάλογα με την περίπτωση, και με απότερο πάντα σκοπό την εξασφάλιση συνεργασίας των Νοσοκομείων αυτών στον εντοπισμό των δυνητικών δότην:

**1.Hospital Start-Up Model.** (τακτική «γνωριμίας» των Νοσοκομείων με τη διαδικασία της δωρεάς). Η τακτική αυτή ξεκινά από την περίοδο εκπαίδευσης των ειδικευόμενων αναισθησιολόγων και εντατικολόγων στο Νοσοκομείο του Leuven. Οι ειδικευόμενοι εμπλέκονται ενεργά στη διαδικασία της δωρεάς με σκοπό την εξοικείωση του και την υιοθέτηση της διαδικασίας ως μέρος των υποχρεώσεων τους. Ταυτόχρονα τους δίνεται και η θεωρητική εκπαίδευση με διαλέξεις που αφορούν την έλλειψη μοσχευμάτων, τη χρησιμότητα των μεταμοσχεύσεων.

Όταν ένα νοσοκομείο έρχεται αντιμέτωπο για πρώτη φορά με ένα δυνητικό δότη, ή όταν ο γιατρός που αναφέρει τον δότη δεν γνωρίζει τη διαδικασία, τότε η Ομάδα των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων του νοσοκομείου του Leuven, τον καθοδηγεί σε κάθε στάδιο της διαδικασίας, είτε τηλεφωνικά, είτε με τη φυσική παρουσία τους στη μονάδα. Παρέχουν Πρωτόκολλα και σαφείς οδηγίες σχετικά με τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, την ιατρική και νομική διάσταση της δωρεάς, την προσέγγιση της οικογένειας, την συντήρηση του δότη, τις διαδικασίες αφαίρεσης των μοσχευμάτων. Επίσης έχουν κατασκευάσει μία βάση δεδομένων που συμπεριλαμβάνονται όλα τα απαραίτητα πρωτόκολλα, πληροφορίες και οδηγίες και είναι προσβάσιμα μέσω διαδικτύου στους γιατρούς όλων των Μ.Ε.Θ. Το νοσοκομείο του Leuven έχει αντιληφθεί ότι ακόμα και τα νοσοκομεία της περιοχής τους με την θέση ότι η κίνηση, συχνά μπορεί να είναι απρόθυμα να μπουν στη διαδικασία της δωρεάς. Γι' αυτό προσπαθεί να εγκαθιδρύσει μαζί τους μία «πελαταιακή σχέση». Έπειτα από την πρώτη αξιοποίηση αναφερθέντα δότη, ονομάζουν τον υπεύθυνο γιατρό «Τοπικό Σύνδεσμο» (local liaison), ο οποίος θα είναι και το άτομο επικοινωνίας σε επόμενα περιστατικά. Αμέσως οργανώνεται μια επίσημη επίσκεψη από κλιμάκιο ειδικών (χειρουργών μεταμοσχεύσεων, αναισθησιολόγων, επικεφαλής Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων κ.α.), που πηγαίνουν να εκτιμήσουν την κατάσταση στη Μ.Ε.Θ., να κάνουν ανασκόπηση και απολογισμό του πρώτου αυτού περιστατικού και να προσφέρουν καθοδήγηση, όπου χρειάζεται.

**1.Fully participating donor hospital module.** (τακτική εμπλοκής του Νοσοκομείου του δότη). Εδώ συμπεριλαμβάνονται τα μεγαλύτερα περιφερειακά

νοσοκομεία με νευροχειρουργικά τμήματα και Μ.Ε.Θ. Ορίζεται και πάλι ένας Τοπικός Σύνδεσμός και οι όλο το προσωπικό της Μ.Ε.Θ., γιατροί και νοσηλευτές, εκπαιδεύονται συστηματικά στις διαδικασίες της θεωρίας και της μεταμόσχευσης. Αξιοσημείωτο είναι ότι στη διαδικασία εμπλέκονται και οι χειρουργικές ομάδες του νοσοκομείου. Αναλαμβάνουν οι ίδιοι την αφαίρεση των μοσχευμάτων και συμμετέχουν ενεργά στο μεταμοσχευτικό πρόγραμμα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Leuven. Επίσης όλοι οι εμπλεκόμενοι ενθαρρύνονται να εκπονήσουν ερευνητικές εργασίες ή να κρατήσουν και να δημοσιεύσουν άρθρα σχετικά με το στάδιο της διαδικασίας που απασχολούνται. Έχουν την υποστήριξη του Νοσοκομείου του Leuven, το οποίο με τον τρόπο αυτό τους εισάγει ενεργά στη διαδικασία δίνοντας τους τα κίνητρα και την κινητοποίηση που χρειάζεται έτσι ώστε να μην μένει αναξιοποίητος κανένας δυνητικός δότης.

**3.All-in service module.** (Τακτική πλήρους εξυπηρέτησης). Η τακτική αυτή αφορά τα μικρά νοσοκομεία στις περιοχές με μικρές Μ.Ε.Θ. είναι και μικρή συχνότητα εκτοπισμού δυνητικών δοτών. Επειδή η σπανιότητα των περιστατικών δεν επιτρέπει την εξοικείωση του προσωπικού με την διαδικασία, ούτε συμφέρει η συστηματική εκπαίδευση του προσωπικού, η Ομάδα Συντονιστών του Νοσοκομείου του Leuven τους παρέχει καλά δομημένες κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με το κάθε στάδιο της διαδικασίας. Ειδικά τονίζεται και επεξηγούνται τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, ο τρόπος προσέγγισης της οικογένειας και νομικά θέματα. Η τακτική αυτή οδήγησε σύντομα σε αύξηση των αναφερθέντων δυνητικών δοτών στα νοσοκομεία αυτά.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ & ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ & ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (Υ.Σ.Ε.) ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (Ε.Ο.Μ.)

#### 2.1. Σκοποί και στόχοι

Λόγω της πολυπλοκότητας των προϋποθέσεων που απαιτούν οι μεταμοσχεύσεις ως συνθέτες ιατροχειρουργικές επέμβασης η επιτυχία και η προαγωγή τους σε κάθε χώρα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διοικητική οργάνωση και το συντονισμό τους.

Το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων ιδρύθηκε με την αριθμ. Α3α/2715/1.3.91 απόφαση του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Είναι Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η οποία εδράζεται στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών. Είναι 13 μελές συλλογικό όργανο που συγκροτείται και λειτουργεί βάσει του άρθρου 19 του Ν. 1599/1986 για θητεία τριών ετών. Απαρτίζεται από τον Πρόεδρο του Κεντρικού Συμβουλίου υγείας (ΚΕΣΥ), τον πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων, τον Διευθυντή της ΥΣΕΜ, τον Πρόεδρο της ΕΣΗΕΑ, τον Πρόεδρο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, τον γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τα λοιπά έτσι τα μέλη που επιλέγονται από τον υπουργό υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων από επιστήμονες κύρους, που ασχολούνται με τις μεταμοσχεύσεις σε όλα τα επίπεδα ενδιαφέροντος.

Στην Ελλάδα ο συνδυασμός της γενικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων έχει ανατεθεί σε ειδικό συλλογικό όργανο το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων (ΕΣΜ) ο όλος μεταμοσχευτικός συντονισμός σε ειδική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων την Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων (ΥΣΕΜ) ενώ έχει θεσμοθετηθεί και ένας νέος επαγγελματίας υγείας ο «συντονιστής μεταμοσχεύσεων».

Η ΥΣΕ που δημιουργήθηκε σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία και προσαρμόστηκε

## **Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

στις ελληνικές ιδιαιτερότητες, έχει την ευθύνη της απογραφής των νεφροπαθών της χώρας, την διακίνηση τους στις μονάδες Αιμοκάθαρσης, την κατάρτιση και προώθηση προγραμμάτων ευαισθητοποίησης του πληθυσμού στην ιδέα της Δωρεάς Οργάνων και την δημιουργία Αρχείου Δωρητών Οργάνων, την κατάρτιση «λίστας αναμονής» ασθενών υποψηφίων για μεταμόσχευση και τέλος τον συντονισμό των μεταμοσχεύσεων. Λειτουργεί σε 24ωρη βάση καθημερινά, συμπεριλαμβανομένων εορτών και αργιών, κατά τις οποίες δέχεται επείγοντα μηνύματα.

Αναλυτικότερα η ΥΣΕ:

- Διατηρεί διαρκώς ενημερωμένο αρχείο Νεφροπαθών όλης της χώρας, εκδίδει ειδικά δελτία ταυτότητας των ασθενών και αποστέλλει πληροφοριακά Δελτία για κάθε ασθενή στη Μονάδα Αιμοκάθαρσης του, προκειμένου να ενημερωθούν οι θεράποντες ιατροί για τις μεταβολές των στοιχείων τους που έχουν εισαχθεί στον Η/Υ.
- Φροντίζει για την εξασφάλιση θέσεων αιμοκάθαρσης για τους ασθενείς και για τη μετακίνηση τους, μεταξύ των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού (MTN) με βάση τον τόπο της μόνιμης κατοικίας και εργασίας τους.
- Ενημερώνει τους νεφροπαθείς για όλες τις διαδικασίες, που πρέπει να γνωρίζουν σχετικά με την απογραφή τους, τις μετακινήσεις τους σε MTN και την προετοιμασία τους για μεταμόσχευση.
- Τηρεί διαρκώς ενημερωμένο Αρχείο Νεφροπαθών Υποψηφίων για Μεταμόσχευση (λίστα Αναμονής) τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, φροντίζοντας για τον περιοδικό ιατρικό έλεγχο, ώστε να ευρίσκονται σε ετοιμότητα και καταλληλότητα για μεταμόσχευση.
- Συντονίζει συνεργαζόμενη με τα Κέντρα Μεταμοσχεύσεων, το Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας όπως και τα τοπικά Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας, τις πρωματικές μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα: έγκαιρη διεκπεραίωση διαδικασιών αναγνώρισης και υποστήριξης δυνητικών δοτών, φροντίδα για την ταχεία εκτέλεση όλων των απαιτούμενων, συμπεριλαμβανομένης της ιστικής τυποποίησης, έλεγχος τήρησης των προβλεπόμενων από τη νομοθεσία δοκιμασιών διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου, προσέγγιση των συγγενών για την συγκατάθεση αφαίρεσης οργάνων κ.α. Τέλος επιλέγει από το Αρχείο Υποψηφίων Ληπτών, μέσω προγράμματος Η/Υ τους καταλληλότερους λήπτες για κάθε μόσχευμα.
- Συνεργάζεται μέσω των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων με τα ειδικά Τμήματα Νοσηλείας των Νοσοκομείων της χώρας, για εξασφάλιση μοσχευμάτων

## **Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

(αναγνώριση, υποστήριξη, και αναφορά δυνητικών δότην οργάνων).

- Συντονίζει τα περιστατικά αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων κερατοειδών.
- Αναλαμβάνει τη ρύθμιση της μεταφοράς των ιατρικών ομάδων αφαίρεσης μοσχευμάτων καθώς και των ληπτών και μοσχευμάτων από τον τόπο της αφαίρεσης στον τόπο της μεταμόσχευσης.
- Συνεργάζεται με τις αντίστοιχες Ευρωπαϊκές Υπηρεσίες France Transplant, Eurotransplant U.K. Transplant Service κ.α.) για προσφορά και ζήτηση μοσχευμάτων και συμμετέχει σε Ευρωπαϊκά και Διεθνή προγράμματα Μεταμοσχεύσεων.
- Συνεργάζεται με τις Εισαγγελικές και Ιατροδικαστικές αρχές για την αντιμετώπιση ιατρονομικών και ιατροδικαστικών προβλημάτων, που τυχόν προκύπτουν κατά τον συντονισμό των διαδικασιών αφαίρεσης και μεταμόσχευσης οργάνων.
- Τηρεί Αρχείο Δωρητών Οργάνων, όσων έχουν συμπληρώσει την ειδική έγγραφη δήλωση δότη, για τους οποίους εκδίδει το Δελτίο Δότη οργάνων.
- Είναι υπεύθυνη για τα προγράμματα ενημέρωσης του κοινού για τη Δωρεά Οργάνων για μεταμόσχευση (ομιλίες, συνεντεύξεις) την έκδοση και διάθεση έντυπου ενημερωτικού υλικού σε όλη τη χώρα (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Αγροτικά Ιατρεία, Κέντρα και Σταθμούς Αιμοδοσίας, Νομαρχίες, Δημόσιους Οργανισμούς, Τράπεζες κ.λ.π.) όπως και την προβολή μηνυμάτων για την δωρεά οργάνων σε Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.
- Εποπτεύει και συντονίζει τις δραστηριότητες των Κοινωνικών Φορέων Προώθησης της Ιδέας για την Δωρεά Οργάνων και Ιστών.
- Συνεργάζεται με το Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας για τη δημιουργία «δεξαμενής» Εθελοντών Δωρητών Μυελού των Οστών. Τέλος κάθε χρόνο επεξεργάζεται τα δεδομένα του έτους, που αφορούν τους τομείς των δραστηριοτήτων της στο Πρόγραμμα Δωρεάς και Μεταμόσχευσης Ιστών και Οργάνων, στον Συντονισμό Μεταμοσχεύσεων και στο Πρόγραμμα Εξωνεφρικής Κάθαρσης και εκδίδει την έκθεση πεπραγμένων την οποία υποβάλλει στον Υπουργό Υγείας, στις αρμόδιες Υπηρεσίες του Υπουργείου, όπως στους ενδιαφερόμενους φορείς που συμμετέχουν στο Εθνικό Πρόγραμμα Μεταμοσχεύσεων (Μονάδες Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας κ.α.).



## **2.2. Δραστηριότητες της Υ.Σ.Ε.**

Η πρώτη επίσημη και συντονισμένη προσπάθεια εφαρμογής μεταμοσχευτικού προγράμματος στην Ελλάδα έγινε το 1985 με τη δημιουργία της υπηρεσίας συντονισμού και ελέγχου των μεταμοσχεύσεων (Υ.Σ.Ε.), με κύριο στρατιωτικό στόχο την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων στη χώρα, σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία και προσαρμοσμένη στις ιδιαιτερότητες της Ελλάδας. Η υπηρεσία αυτή ήρθε να καλύψει ένα σημαντικό οργανωτικό, πρακτικό και νομοθετικό κενό στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, ενώ σημαντικό ρόλο στη χάραξη στρατηγικής άσκησε και η Επιτροπή Πρόληψης και Θεραπείας νεφροπαθών του ΚΕ.ΣΥ. Η επιτροπή αυτή αντικαταστάθηκε διαδοχικά από το Εποπτικό Συμβούλιο της Υ.Σ.Ε. (1990) και από το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων (Ε.Σ.Μ., 1991). Η συμβολή του Ε.Σ.Μ στη χάραξη στρατηγικής περιορίστηκε κυρίως στο επανακαθορισμό των όρων και των προϋποθέσεων λειτουργίας των μονάδων μεταμόσχευσης και στον καθορισμό του Ενιαίου Συστήματος εγγραφής και επιλογής ασθενών προς μεταμόσχευση (εθνική λίστα).

Το Πρόγραμμα Πληροφορικής Υποστήριξης ολοκληρώθηκε από το Κέντρο Ηλεκτρονικού Υπολογιστή Κοινωνικών Υπηρεσιών (ΚΗΥΚΥ) το 1985 και τον Μάιο του 1986 άρχισε η αποστολή των Απογραφικών Δελτίων των Νεφροπαθών από τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, όλης της χώρας προς την Υ.Σ.Ε. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε εξ αρχής στη σημασία της διαρκούς ενημέρωσης του Αρχείου Νεφροπαθών με τις τρέχουσες μεταβολές των κλινικών και εργαστηριακών τους παραμέτρων.

Κατά την πορεία εφαρμογής του Προγράμματος διαπιστώθηκε η ανάγκη βελτίωσης του, σε ορισμένα επίπεδα και πληρέστερης ανάπτυξης του, εκπορευόμενη από την συνεχή εξέλιξη της Ιατρικής Επιστήμης, με σκοπό τη μέγιστη δυνατή εκμετάλλευσή του.

Η βελτίωση αυτή πραγματώνεται σε σταθερή βάση μέχρι σήμερα με την υποστήριξη του ΚΗΥΚΥ.

Ο ρυθμός και η ποιότητα ενημέρωσης του Αρχείου Νεφροπαθών από τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (MTN) αντιμετωπίστηκε με την ευαισθητοποίηση του προσωπικού των Μονάδων, με την καθιέρωση επισκέψεων από το προσωπικό της Υπηρεσίας (επισκέπτριες Αδελφές) σε τακτά χρονικά διαστήματα, προκειμένου να επιτευχθεί, τόσο η ολοκλήρωση της απογραφής των παλαιών ασθενών, όσο και η ενημέρωση για τους νέους ασθενείς και τις μεταβολές τους.

Τον Ιούλιο του 1985 καθορίζονται τα κριτήρια καταλληλότητας των υποψηφίων

ληπτών νεφρικού μοσχεύματος καθώς και η απαιτούμενη διαδικασία, σύμφωνα με την οποία οι υποψήφιοι ασθενείς εγγράφονται στην Εθνική λίστα αναμονής που τηρείται από την ΥΣΕ.

Τον Μάρτιο του 1986 αρχίζουν οι διαδικασίες για την ευαισθητοποίηση του προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και ενημέρωσης του σε θεωρητικά και πρακτικά θέματα (αναγνώριση δότη - εργαστηριακός έλεγχος - προσέγγιση συγγενών) για τις ανάγκες της χώρας σε μοσχεύματα, την αντιμετώπιση από κοινού των προβλημάτων που ανακύπτουν κατά τον συντονισμό από κλιμάκιο ειδικών επιστημόνων και κατάφεραν να δημιουργήσουν μια σταθερή σχέση επικοινωνίας με τις Μ.Ε.Θ μέχρι σήμερα, και σύντομα προέκυψε η ανάγκη καθιέρωσης του τοπικού συντονιστή μεταμοσχεύσεων ως ενδιάμεσο κρίκο ανάμεσα στη Μ.Ε.Θ. και την Υ.Σ.Ε. ο οποίος σε καθημερινή βάση θα προσέφερε τις υπηρεσίες του στα νοσοκομεία της περιοχής ευθύνης του (αντίστοιχα με το μοντέλο του T.P.M. συντονιστή της Ισπανίας). Ταυτόχρονα ξεκίνησαν και διαδικασίες ενημέρωσης του κοινού για την προώθηση της ιδέας της δωρεάς οργάνων. Αποτέλεσμα όλων αυτών των δραστηριοτήτων υπήρξε η αυξημένη προσφορά οργάνων τα επόμενα χρόνια (1990-1993), όπου τα 23 πτωματικά νεφρικά μοσχεύματα στην αρχή της περιόδου αυτής, ξεπέρασαν τα 100 στις αρχές της δεκαετίας του '90.

Η ανάγκη για την ύπαρξη συντονιστών εξεύρεσης μοσχευμάτων (T.P.M.ς) σε Περιφερειακό και Τοπικό επίπεδο πρωτοαναφέρεται σε έκθεση της Υ.Σ.Ε. το 1987, στην οποία αναφέρεται και η απαραίτητη η χωροταξική κατανομή των συντονιστών στον γεωγραφικό χώρο της Ελλάδας. Το δίκτυο των Τοπικών συντονιστών προβλεπόταν να λειτουργήσει σε πρώτη φάση στα μεγάλα νοσοκομεία της περιφέρειας όπου λειτουργούσαν Μ.Ε.Θ., ενώ στην Αττική, ανά συγκρότημα Νοσοκομείων. Επίσης σε ειδικό άρθρο εισηγήσεων της Υ.Σ.Ε. στο Υπουργείο Υγείας αναφέρεται και η ανάγκη ύπαρξης Κλινικών Συντονιστών στις Μονάδες μεταμοσχεύσεων καθώς και Περιφερειακών συντονιστών της Υ.Σ.Ε. στις υγειονομικές περιφέρειες Θεσσαλονίκης, Πάτρας, Ιωαννίνων, Ηρακλείου, Καβάλας και Λάρισας.

Παρά τη σαφή περιγραφή του έργου και τον διαχωρισμό των τριών ειδών Συντονιστών μεταμοσχεύσεων και παρά τις συνεχείς προσπάθειες, η νομική κατοχύρωση του Συντονιστή μεταμοσχεύσεων δεν κατοχυρώθηκε νομικά, μέχρι τον νόμο 2737/1999. Έτσι χάθηκε πολύτιμος χρόνος και η μη λειτουργία ενός θεσμού, που είχε επισημανθεί πως το κλειδί στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων από τη δεκαετία του '80, είχε επιπτώσεις στην πορεία των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα. Η Περιφερειακή οργάνωση



κανείς δεν επιτεύχθηκε, αφήνοντας ένα σημαντικό κενό ανάμεσα στις Μ.Ε.Θ. και την Υ.Σ.Ε.

Τον Μάιο του 1987 καθιερώθηκε η Δήλωση Δότη Ιστών και Οργάνων όπως και η Κάρτα Δότη. Ακολούθησε η δημιουργία και εκτύπωση εντύπου-ενημερωτικού υλικού (φυλλάδια, αφίσες, αυτοκόλλητα) για την Δωρεά οργάνων. Εν συνεχεία διανομή και διάθεση του υλικού αυτού σε τακτά χρονικά διαστήματα στο σύνολο των υπηρεσιών υγείας της χώρας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Αγροτικά Ιατρεία) στις Διευθύνσεις και Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών στους Δήμους και Κοινότητες καθώς και σε φορείς του ευρύτερου Δημόσιου Τομέα. Ταυτόχρονα η Υ.Σ.Ε. προχώρησε σε μία σειρά ομιλιών για την ευαισθητοποίηση ομάδων του πληθυσμού σε συνεργασία με Πολιτιστικούς Συλλόγους και Κοινωνικούς φορείς.

Αποτέλεσμα όλων αυτών των δραστηριοτήτων της Υπηρεσίας αλλά και όλων των άλλων φορέων που συμμετέχουν στο Εθνικό Πρόγραμμα Μεταμοσχεύσεων και αποσκοπούσαν στο να τεθούν οι οργανωτικές βάσεις ενός συστήματος Συντονισμού των Μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας κατά την πρώτη περίοδο (1985-1989) θα μπορούσε να ισχυρισθεί κανείς ότι είναι η παρατηρηθείσα κατά την δεύτερη περίοδο (1995-2000) αυξημένη προσφορά πτωματικών μοσχευμάτων. Όμως η ανοδική πορεία των μεταμοσχεύσεων, όπως αυτή διαφαινόταν ότι διαγράφετε στις αρχές της δεκαετίας του '90, όχι μόνο δεν συνεχίστηκε μέσα στη δεκαετία, αλλά αντίθετα καταγράφηκε σημαντική μείωση της. Αρχική αιτία υπήρξε η διαμόρφωση του αρνητικού κλίματος στην κοινή γνώμη (φημών περί εμπορίας οργάνων), αλλά η κύρια αιτία ήταν η αδυναμία του συστήματος να αντάπεξέλθει στις νέες απαιτήσεις. Η μη ανάπτυξη του συστήματος, του οποίου η οργανωτική δομή και λειτουργία παρέμεινε στάσιμη, οδήγησαν στην αναστολή της ανοδικής πορείας των μεταμοσχεύσεων στη δεκαετία του '90. Είναι γνωστό από τη διεθνή εμπειρία ότι η ανάπτυξη ενός συστήματος μεταμοσχεύσεων δεν είναι δυνατή εάν δεν στηρίζεται στην ανάπτυξη αποκεντρωμένων δομών σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Ως πρώτη αποκεντρωμένη δομή θεωρείτε διεθνώς η καθιέρωση του Τοπικού Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων και ως επόμενη ενδιάμεση δομή η λειτουργία Περιφερειακών Γραφείων Συντονισμού που αποσκοπούν στην ανάπτυξη πρόγραμμα δωρεάς οργάνων στους επαγγελματίες υγείας και το κοινό της κάθε υγειονομικής περιφέρειας και στην εξασφάλιση της αποτελεσματικής ροής των διαδικασιών συντονισμού σε περιφερειακό επίπεδο.

Το Φεβρουάριο του 1990 συστήνεται το Εποπτικό Συμβούλιο της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων-Αιμοκαθάρσεων (Υ.Σ.Ε). Το έργο του

Εποπτικού Συμβουλίου είναι η εποπτεία της λειτουργίας της Υ.Σ.Ε. και η αξιολόγηση του έργου της όπως και η εισήγηση διαφόρων διορθωτικών μέτρων για την καλύτερη λειτουργία της. Το έργο του εποπτικού Συμβουλίου υποστηρίζεται από επιτροπή στην οποία συμμετέχουν εκπρόσωποι βιοιατρικών Επιστημονικών Εταιρειών. Το Εποπτικό Συμβούλιο ενώ συνεκροτήθη σε σώμα, δεν λειτούργησε στην πράξη, χωρίς να συνεδριάσει ούτε μία φορά.

Ένα χρόνο αργότερα τον Φεβρουάριο του 1991 συστήνεται το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων με σκοπό την χάραξη της γενικής πολιτικής Μεταμοσχεύσεων στη χώρα.

Την εισήγηση όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας των κέντρων μεταμοσχεύσεων όπως και την γνωμοδότηση επί γενικών προβλημάτων που αφορούν τις μεταμοσχεύσεις.

Η επιτροπή «πρόληψης και θεραπείας Νεφροπαθειών και Μεταμοσχεύσεων» του ΚΕ.Σ.Υ. μετονομάζεται σε «Επιτροπή πρόληψης και θεραπείας Νεφροπαθειών». Τον ίδιο χρόνο (Μάρτιος 1991) καθορίζονται οι όροι και προϋποθέσεις λειτουργίας των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων.

Οι Μεταμοσχεύσεις διενεργούνται σε ειδικό οργανωμένες μονάδες Περιφερειακών Γενικών Νοσοκομείων και Πανεπιστημιακών όπως και σε Ιδιωτικά Νοσοκομεία. Οι μεταμοσχεύσεις σε ιδιωτικά Κέντρα δεν προεβλέποντο από την προηγούμενη απόφαση (Ιούνιος 1984).

Οι μονάδες μεταμοσχεύσεων διακρίνονται σε:

- α) Μονάδες μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων.
- β) Μονάδες μεταμοσχεύσεων ρευστών οργάνων και
- γ) Μονάδες μεταμοσχεύσεων ιστών-κερατοειδούς.

Προσδιορίζονται οι όροι λειτουργίας των μονάδων μεταμοσχεύσεων, ο εξοπλισμός και η στελέχωση.

Στο άρθρο 6 αναφέρεται στον συντονισμό των μεταμοσχεύσεων ο οποίος ανατίθεται σε πανελλήνια κλίμακα στην Υ.Σ.Ε.Μ. Σε κάθε Νοσοκομείο όπου λειτουργεί μονάδα μεταμοσχεύσεων ορίζεται συντονιστής μεταμοσχεύσεων, έργο του οποίου είναι η διεκπεραίωση όλων των διαδικασιών που απαιτούνται για την εκτέλεση των μεταμοσχεύσεων.

Η Κεντρική Υπηρεσία Συντονισμού (ΥΣΕΜ) ενισχύεται με υπηρεσία στη Θεσσαλονίκη, ενώ για τις υπόλοιπες υγειονομικές περιφέρειες ορίζεται Συντονιστής και αντικαταστάτης του αντίστοιχα στα Νοσοκομεία της Πάτρας, Ιωαννίνων, Ηρακλείου.

Καβάλας και Λάρισας.

Σε κάθε μονάδα μεταμοσχεύσεων όπως και στην ΥΣΕΜ τηρείται κατάλογος υποψηφίων ληπτών. Τα μεταμοσχευτικά Κέντρα υποχρεούνται να αναφέρουν για ενημέρωση της και στην ΥΣΕΜ τους εγγεγραμμένους και σ' αυτά ασθενείς.

Τα μεταμοσχευτικά Κέντρα και η ΥΣΕΜ είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους. Ο υποψήφιος λήπτης έχει ελεύθερη επιλογή του Κέντρου μεταμόσχευσης της προτίμησής του. Η επιλογή των καταλληλότερων ληπτών γίνεται με την ευθύνη του μεταμοσχευτικού κέντρου.

Κάθε μονάδα μεταμοσχεύσεων θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα (ιατρική ομάδα, μέσο μετακίνησης, κατάλληλο εξοπλισμό), ώστε να προβαίνει ανά πάσα στιγμή στη λήψη οργάνων οπουδήποτε βρίσκεται ο δότης. Τις μετακινήσεις και μεταφορές, εφ' όσον το Νοσοκομείο δεν διαθέτει ίδιο μέσο μεταφοράς, αναλαμβάνει η ΥΣΕΜ σε συνεργασία με το ΕΚΑΒ.

Τον Οκτώβριο του 1992 χορηγούνται άδειες λειτουργίας σε μονάδες μεταμοσχεύσεων που πληρούν τις προϋποθέσεις, σε ήδη λειτουργούν μεταμοσχευτικά Κέντρα.

Τον Μάιο του 1993 με υπουργική απόφαση τροποποιείται η ιδρυτική απόφαση του 1985 για την ΥΣΕ: «Η Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων και Αιμοκάθαρσης» διαχωρίζεται με την παρούσα σε δύο υπηρεσίες Τριτοβάθμιας περιθαλψής με ξεχωριστό αντικείμενο και διαφορετικό χώρο εγκατάστασης και λειτουργίας ως εξής:

α) Σε υπηρεσία Εξωνεφρικής Κάθαρσης που παραμένει στον ίδιο χώρο (στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών) με αντικείμενο την καταγραφή των ασθενών οι οποίοι ευρίσκονται στο τελικό στάδιο χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας, την μηχανογράφηση της και την αξιοποίηση των στατιστικών στοιχείων τους.

β) Σε Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου μεταμοσχεύσεων (ΥΣΕΜ) που εγκαθίσταται και λειτουργεί στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός» με αντικείμενο τον συντονισμό των διαδικασιών ανεύρεσης, αφαίρεσης και διάθεσης μοσχευμάτων από πτωματικό δότη με τελικό σκοπό την προαγωγή των μεταμοσχεύσεων στη χώρα.

Σχετικά με το θέμα του διαχωρισμού της Υ.Σ.Ε. και της μετακίνησης της στο Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» έχει αναπτυχθεί έντονος προβληματισμός και οξείες αντιπαραθέσεις μεταξύ των διαφόρων φορέων που εμπλέκονται στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, όπως και ευρύτερων φορέων στο χώρο της υγείας.



Η αντίθεση τους στηρίζεται στις εξής αντιλήψεις και θέσεις:

α) Σε καμία χώρα του κόσμου δεν λειτουργεί στον ίδιο χώρο Υπηρεσία Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων με Μεταμοσχευτικά Κέντρο όπως συμβαίνει στην περίπτωση του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός». Οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να είναι ανεξάρτητες από τα Μεταμοσχευτικά Κέντρα.

β) Αντίθετα οι Υπηρεσίες αυτές βρίσκονται σε οργανική σύνδεση και λειτουργία με τα Εθνικά Κέντρα Ιστοσυμβατότητας, προκειμένου να λειτουργήσουν και όχι απλά ως υπηρεσίες συντονισμού αλλά και ως υπηρεσίες διάθεσης των μοσχευμάτων με αυστηρά ιατρικά κριτήρια.

γ) Στο χώρο που εδράζεται σήμερα η Υ.Σ.Ε. δεν λειτουργεί Μεταμοσχευτικό Κέντρο ούτε προβλέπεται να λειτουργήσει. Λειτουργεί όμως το Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας με το οποίο η Υπηρεσία συνεργάζεται άμεσα από τη σύσταση της.

Από το 1997, το έργο του συντονισμού της Υ.Σ.Ε. ενισχύεται με νοσηλευτές των νοσοκομείων οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους ως τοπικοί συντονιστές στις Μ.Ε.Θ., εκτός του τακτικού τους ωραρίου, σε εικοσιτετράωρη βάση και όποτε παραστεί ανάγκη η συμμετοχή τους στις διαδικασίες συντονισμού υπήρξε σημαντική και επηρέασε θετικά τη στάση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των Μ.Ε.Θ. του λεκανοπεδίου.

Με το νόμο 2737/1999 «Μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων» ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) με σκοπό την υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας για τη χάραξη Εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Η ουσιαστική καινοτομία του νόμου είναι η ίδρυση του Ε.Ο.Μ. που καταργεί το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων (ΕΣΜ) και την υπηρεσία Συντονισμού και ελέγχου Μεταμοσχεύσεων (ΥΣΕΜ).

### **2.3 Δραστηριότητες του Ε.Ο.Μ.**

Στα επτά ουσιαστικά χρόνια λειτουργίας του, αυτό το 2001 μέχρι σήμερα, επιτεύχθηκε αύξηση των μεταμοσχεύσεων. Το 2001 οι εγκεφαλικά νεκροί δότες που αντιστοιχούσαν στην Ελλάδα ανά εκατομμύριο πληθυσμού ήταν 2,9, ενώ το 2004 ο δείκτης αυτός ανέβηκε και στο 6. Αυτό επιτεύχθηκε κυρίως λόγω της έντονης δραστηριότητας που αναπτύχθηκε από την πλευρά του Ε.Ο.Μ. τόσο προς την ευαισθητοποίηση των εμπλεκομένων επαγγελματιών υγείας, όσο και προς την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού. Κατά τη διάρκεια των ετών 2004-2005 ο



Ε.Ο.Μ. κατάφερε να υλοποιήσει πολλούς από τους στόχους που είχαν τεθεί τα προηγούμενα έτη και αυτό μέσα από την ανάπτυξη του μεταμοσχευτικού του προγράμματος.

- Συγκεκριμένα το πρόγραμμα των Τοπικών Συντονιστών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας της χώρας μας. Σήμερα, σχεδόν σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα υπάρχουν Τοπικοί Συντονιστές οι οποίοι είναι σε άμεση συνεργασία με τον Οργανισμό. Για την καλλίτερη εκπαίδευση αυτών, έχουν πραγματοποιηθεί τρία εκπαιδευτικά σεμινάρια (Σεπτέμβριος/04, Δεκέμβριος/04, Σεπτέμβριος/05, Φεβρουάριος/06). Αυτά τα σεμινάρια έχουν ιδιαίτερα ενδιαφέρον και τα αποτελέσματα τους φαίνονται στη μεταμοσχευτική δραστηριότητα της χώρας τα τελευταία χρόνια. Η χώρα μας κατάφερε να είναι από τις χώρες, στις οποίες θα πραγματοποιηθεί το Advanced Transplant Procurement Management, με επιχορήγηση από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα.

- Το Δεκέμβριο 2004 δόθηκαν τα πρώτα πιστοποιητικά εξειδίκευσης συντονιστών. Στα πλαίσια της συνεχούς εκπαίδευσης στο χώρο Μεταμοσχεύσεων, η χώρα μας έχει στείλει για να εκπαιδευτούν στο πρόγραμμα Transplant Procurement Management (Ισπανία) σχεδόν όλους τους υπηρετούντες κεντρικούς και κλινικούς συντονιστές.

- Οργανώθηκε και λειτουργεί πλήρως το Τμήμα Αναζήτησης Δοτών Αρχέγονων Αιμοποιητικών Κυττάρων. Η συνεργασία του Τμήματος με τη Διεθνή Δεξαμενή Αναζήτησης, τα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας και τις Μονάδες Μεταμόσχευσης Μυελού της χώρας, οδήγησε στην αύξηση του αριθμού των εθελοντών δοτών και συνεπώς των μεταμοσχεύσεων αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων για Έλληνες και ξένους ασθενείς.

- Σε συνεργασία με τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού όλης της Χώρας καθώς και με τα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας και την ΥΣΕ, βελτιώθηκε σημαντικά η ποιότητα και πιστότητα των ιατρικών στοιχείων του καταλόγου των υποψηφίων ληπτών νεφρικού μοσχεύματος.

- Ανανεώθηκε η άδεια λειτουργίας των Μονάδων Μεταμόσχευσης: Νεφρού στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ευαγγελισμός", Νεφρού - Ήπατος - Παγκρέατος στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Ιπποκράτειο" και Νεφρού στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας. Εκκρεμεί η ανανέωση της άδειας λειτουργίας της Μονάδας Μεταμόσχευσης Νεφρού - Ήπατος - Παγκρέατος και Νησιδίων στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Λαϊκό".

- Δόθηκε άδεια λειτουργίας Μονάδας Μεταμόσχευσης Κερατοειδούς στο

## **Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας και στο Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν. Ανανεώθηκαν οι άδειες λειτουργίας των Μονάδων Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, στα Νοσοκομεία: Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Παπανικολάου", στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ευαγγελισμός" στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας και στο Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία".

- Πραγματοποιήθηκε η διοργάνωση της 6<sup>ης</sup> Πανευρωπαϊκής Ημέρας του Δότη στην Αθήνα στις 1 Σεπτεμβρίου 2004, με τη συμμετοχή των Εμπειρογνομόνων του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Η Χώρα μας συμμετέχει στο Συμβούλιο Εμπειρογνομόνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο πρόγραμμα παραρτημάτων για τη δημιουργία τραπεζών ιστών και κυττάρων με υψηλά δεδομένα, όπου συμμετέχουν και όλες οι υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Επίσης συμμετέχει στο πρόγραμμα European Transplant Network, μέσω του οποίου έχει συναφθεί συμφωνία με τρία Μεταμοσχευτικά κέντρα της Ιταλίας τα οποία δέχονται Έλληνες ασθενείς για μεταμόσχευση ήπατος. Η χώρα μας επίσης συμμετέχει στο European Exchange Organization.

- Μέσα στο 2005 άρχισε και ολοκληρώθηκε στις αρχές του 2006, η δημιουργία της υλικοτεχνικής υποδομής για την εγκατάσταση ενός νέου προγράμματος – λογισμικού, μέσω της εταιρίας Aitec, για την δικαιότερη αλλά κυρίως πιο εκσυγχρονισμένη διαδικασία κατανομής μοσχευμάτων.

- Εκδόθηκε Υπουργική Απόφαση για τον καθορισμό των όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας Μονάδων Μεταμοσχεύσεων Ιστών (κερατοειδούς, δέρματος) και διαδικασία χορήγησης και ανάκλησης άδειας λειτουργίας αυτών (24/1/05.Αρ.Φύλλου 71). Επίσης έγινε τροποποίηση της υπ' αριθμ. Υ4α/45132/2002(Φ.Ε.Κ.599/Β'/2002) απόφασης περί του "Καθορισμού όρων και προϋποθέσεων Λειτουργίας των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων, των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων Μυελού των Οστών και διαδικασία χορήγησης και ανάκλησης άδειας λειτουργίας αυτών" (Υ4α/71720-22/7/05 Αρ.Φύλλου 1043)

- Έχει συσταθεί, όπως ο νόμος ορίζει, η επιτροπή ελέγχου κατανομής μοσχευμάτων με τακτικά μέλη της νεφρολογικής κλινικής του Γ.Ν.Θ."Γ. Παπανικολάου". Η επιτροπή συνεδρίασε 2 φορές και τα αποτελέσματα τέθηκαν υπόψη του Διοικητικού Συμβουλίου του Ε.Ο.Μ.

- Έχει συσταθεί η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας.

- Ο Ε.Ο.Μ συμμετέχει στο έργο του ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α. "Εθνικό Δίκτυο Δημόσιας Διοίκησης «ΣΥΖΕΥΞΗΣ», το οποίο εκτελείται από την ΚτΠ Α.Ε σε συνεργασία με το

## **Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

Υπουργείο, στο πλαίσιο του επιχειρησιακού προγράμματος "Κοινωνία της Πληροφορίας", αποτελεί το μεγαλύτερο έργο τηλεπικοινωνιών στο Δημόσιο Τομέα και ένα πρωτοποριακό εγχείρημα υποδομής τηλεπικοινωνιών σε πανευρωπαϊκό επίπεδο. Το έργο αφορά στη δημιουργία ασφαλούς δικτύου Φορέων της Δημόσιας Διοίκησης, το οποίο αφενός θα μειώσει σημαντικά το κόστος το τηλεπικοινωνιών και του Internet. Παράλληλα, θα διασφαλίσει τη δικτυακή υποδομή που απαιτείται για την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων στη Δημόσια Διοίκηση με τελικό στόχο την παροχή ηλεκτρονικών υπηρεσιών προς τους πολίτες.

- Ο αριθμός των δοτών και κατ'επέκταση των μεταμοσχεύσεων, αλλά και ο αριθμός των Δωρητών Ιστών και Οργάνων αυξήθηκε σε βαθμό που τα προηγούμενα έτη φαινόταν ως μακρινός στόχος (αναλύεται στην μεταμοσχευτική δραστηριότητα)

- Πιο συγκεκριμένα οι κυριότερες από τις δραστηριότητες που πραγματοποιήθηκαν ήταν:

- Ενημερωτικές επισκέψεις στις Μ.Ε.Θ. όλης της χώρας.

- Ορισμός Τοπικών Συντονιστών σε 90 Μ.Ε.Θ.

- Διοργάνωση δύο μεγάλων εκπαιδευτικών σεμιναρίων για τους Τοπικούς Συντονιστές των Μ.Ε.Θ.

- Διανομή δήλωσης δωρητή στη γενική απογραφή πληθυσμού το 2000.

- Διοργάνωση της «σκυταλοδρομίας Ζωής» σε όλη τη χώρα.

- Διοργάνωση της «6<sup>ης</sup> Πανευρωπαϊκής Ημέρας για τη Δωρεά Οργάνων και τη Μεταμόσχευση».

- Διοργάνωσης συναυλιών.

- Συμμετοχή εκπροσώπων του Ε.Ο.Μ. σε εκδηλώσεις, ενημερωτικές ομιλίες συνεντεύξεις ραδιοφωνικές και τηλεοπτικές εκπομπές.

- Δημιουργία τηλεοπτικών διαφημιστικών μηνυμάτων.

Από τη σύντομη αυτή ανασκόπηση της Ελληνικής πραγματικότητας και από την προηγούμενη αναφορά στα δύο επιτυχημένα μοντέλα μεταμοσχευτικών προγραμμάτων προκύπτουν από μέρος μας δυο παρατηρήσεις:

1.Οτι οι συντονισμένες και αποτελεσματικές προσπάθειες για την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού, με σκοπό την αύξηση των μεταμοσχεύσεων έγιναν και στο παρελθόν από την Υ.Σ.Ε. κατά την πενταετία 1986-1991, αλλά και από τον Ε.Ο.Μ. την τελευταία τριετία.

2.Η ανάγκη για Τοπική και Περιφερειακή οργάνωση του συστήματος έχει προκύψει τόσο από τη διεθνή εμπειρία όσο και από την προηγούμενη προσπάθειά της



Υ.Σ.Ε., η οποία στον απολογισμό του έργου της ξεκάθαρα αναφέρει ως κύρια αιτία της μη ευδοκίμησης των προσπαθειών της, την αδυναμία του συστήματος να ανταποκριθεί στην στήριξη του δικτύου Τοπικών Συντελεστών και στη δημιουργία Περιφερειακών Συντονιστικών Υπηρεσιών. Ο Ε.Ο.Μ. μετράει ήδη επτά σχεδόν χρόνια προσπαθειών ανάπτυξης του μεταμοσχευτικού προγράμματος της χώρας. Οι προσπάθειες αυτές, (αν και θα ακολούθησαν κάποιο επίσημο σχεδιασμό), σύμφωνα με τη μεταμοσχευτική δραστηριότητα που αναπτύχθηκε τα χρόνια αυτά, θα μπορούσαν να θεωρηθούν επιτυχημένες. Το τελευταίο διάστημα οι πρόσφατες αυτές έχουν συντονιστεί και κορυφωθεί, ιδιαίτερα όσον αφορά την κινητοποίηση των Μ.Ε.Θ. ως προς την αναφορά και αξιοποίηση δυνατικών δοτών. Ο οργανισμός ευελπιστεί και αναμένει την θετική ανταπόκριση των Μ.Ε.Θ. Τα ερωτήματα που τίθεται εδώ είναι τα εξής: Οι υπάρχουσες δομές είναι έτοιμες και επαρκείς να σηκώσουν το βάρος μιας ενδεχόμενης αυξημένης προσφοράς:

Το οικονομικό κίνητρο προς τους Τοπικούς Συντονιστές των Μ.Ε.Θ. είναι ικανό να εξασφαλίσει διάρκεια στις υπηρεσίες που αναμένουμε από αυτούς αν δεν υπάρχει ανάλογη Περιφερειακή στήριξη και έλεγχος του έργου τους, και αν η προσφορά τους εξακολουθήσει να στηρίζεται στη θετική τους προαίρεση:

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σταθούμε με ιδιαίτερη προσοχή σε λάθη ή παραλείψεις που έγιναν στο παρελθόν, έτσι ώστε να μην επαναλάβει ο Ε.Ο.Μ. την πορεία της Υ.Σ.Ε. καθώς και να λάβουμε υπόψη μας στρατηγικές που έχουν επιτύχει στο εξωτερικό και να εξετάσουμε, αν και με ποιο τρόπο κάποιες από αυτές θα μπορούσαν να έχουν εφαρμογή στο Ε.Σ.Υ.



## **2.4. Πρόγραμμα Εξωνεφρικής Κάθαρσης**

### **2.4.1. Αιμοκάθαρση ασθενών σε τελικό Στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας**

#### **A. Έναρξη Αιμοκάθαρσης**

Η έγκριση για έναρξη αιμοκάθαρσης σε ασθενείς που πάσχουν από Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, χορηγείται από τα Νεφρολογικά Τμήματα ή τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (MTN) των Νοσοκομείων της χώρας, με την συμπλήρωση ειδικού εντύπου ένταξης σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση.

Στην περίπτωση όπου το τμήμα ή η Μονάδα που χορηγεί την έγκριση δεν έχει θέση για αιμοκάθαρση του ασθενή τον παραπέμπει στην Υ.Σ.Ε. Στη συνέχεια η Υ.Σ.Ε. φροντίζει για την ένταξη του ασθενή σε MTN, όσο το δυνατόν πλησιέστερα είτε στο χώρο εργασίας του, είτε στο χώρο της κατοικίας του.

#### **B. Απογραφή αιμοκαθαιρομένων ασθενών**

Η MTN στην οποία έχει ενταχθεί ο ασθενής για πρώτη φορά σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής Αιμοκάθαρσης αποστέλλει στην ΥΣΕ το ειδικό Δελτίο Απογραφής συμπληρωμένο με τα ήδη γνωστά στοιχεία της ιατρικής του παρακολούθησης.

Στοιχεία που δεν είναι εξακριβωμένα την στιγμή της απογραφής αναγγέλλονται στο μέλλον με την απονομή του ειδικού Δελτίου Μεταβολών.

Το Δελτίο Απογραφής είναι απαραίτητο για την έκδοση από την ΥΣΕ του Δελτίου ταυτότητας νεφροπαθή.

Η απογραφή του νεφροπαθή είναι απαραίτητη για την έκδοση από την ΥΣΕ του Δελτίου Ταυτότητας Νεφροπαθή. Η απογραφή του νεφροπαθή είναι επίσης απαραίτητη για την εγγραφή του ασθενή στον κατάλογο των υποψηφίων ληπτών για μεταμόσχευση νεφρού.

#### **Γ. Διαρκής ενημέρωση μεταβολών**

Η MTN στην οποία αιμοκαθαίρεται ο ασθενής ενημερώνει την ΥΣΕ για τις μεταβολές και την πορεία του ασθενή με την συμπλήρωση του Δελτίου Μεταβολών και την αποστολή του στην ΥΣΕ.

## ***Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων***

Η σημασία της διαρκούς ενημέρωσης με τις πρόσφατες μεταβολές της πορείας του ασθενή είναι πολύ μεγάλη και παίζει σημαντικό ρόλο, ιδιαίτερα για όσους ασθενείς αναμένουν μεταμόσχευση.

Επιτυγχάνεται έτσι η διαρκής παρακολούθηση της πορείας των ασθενών με όλα τα ιατρικά τους στοιχεία (follow - up).

### **Δ. Έλεγχος και εισαγωγή των μεταβολών στον Η/Υ**

Ο έλεγχος των στοιχείων που αναφέρονται είτε στα Δελτία Απογραφής είτε στα Δελτία Μεταβολών πραγματοποιείται με την διασταύρωση των στοιχείων που παρουσιάζονται στα ευρετήρια ασθενών που εκτυπώνονται από τον Η/Υ της ΥΣΕ θεματικές ενότητες κάθε μήνα. Τα στοιχεία που προκύπτουν από τη διερεύνηση της ορθότητας των στοιχείων, την απογραφή των νέων ασθενών, καταχωρούνται στον Η/Υ. Ιδιαίτερη σημασία δίδεται για τους ασθενείς οι οποίοι ενώ έχουν ενταχθεί σε Πρόγραμμα Χρόνιας Περιοδικής Αιμοκάθαρσης δεν έχουν απογράψει από τις MTN, προκαλώντας έτσι ετεροχρονισμένη ενημέρωση της ΥΣΕ.

### **Ε. Έκδοση Πληροφοριακών Δελτίων**

Μετά την ενημέρωση του Αρχείου Νεφροπαθών στον Η/Υ εκτυπώνονται τα πληροφοριακά Δελτία τα οποία περιλαμβάνουν όλες τις ιατρικές πληροφορίες που εστάλησαν στην Υ.Σ.Ε. από τις MTN με τα Δελτία Απογραφής και Μεταβολών.

Στη συνέχεια τα πληροφοριακά Δελτία αποστέλλονται στις MTN όπου αιμοκαθαίρονται οι ασθενείς προκειμένου να είναι δυνατός ο τελικός έλεγχος των ιατρικών στοιχείων με τα οποία έχει ενημερωθεί ο Η/Υ της Υ.Σ.Ε.Ρ

#### **2.4.2 Ασθενείς σε τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας**

Οι ασθενείς σε τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (Χ.Ν.Α.) ήταν 4.752 τον Δεκέμβριο του 1992. Στους ασθενείς αυτούς συμπεριλαμβάνονται τόσο οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς όσο και οι μεταμοσχευόμενοι με λειτουργούν μόσχευμα (12,6%) σύμφωνα με την ενημέρωση της Υ.Σ.Ε από τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού της χώρας μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 1992.

## **Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

1. Το 1986-1992 παρουσιάζεται η αύξηση των ασθενών σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α με μια μέση αύξηση 16,9%.

2. Οι ασθενείς σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. οι άνδρες αποτελούν το 59% (2.807/4.752) και οι γυναίκες το 40,0% (1.945/4.752).

4. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι μεταξύ 61 και 70 ετών (27,9%, 1.329/4.752) και μεταξύ 51 και 60 ετών (23%, 1.097/4.752). Κάτω των 20 ετών βρίσκεται το 1,6% (79/4.752) και άνω των 70 ετών το 19,9% (950/4.752).

5. Το 75,3% (3337/4.431) των ασθενών είναι έγγαμοι και 16,5% (739/4.752) άγαμοι, ενώ για 321 ασθενείς δεν έχει δηλωθεί η οικογενειακή τους κατάσταση.

6. Σχεδόν οι μισοί ασθενείς (47,8%, 2.276/4.752) είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, στον ΟΓΑ το 26,5% (1.261/4.752), ενώ οι άποροι αποτελούν το 2,8% (135/4.752).

7. Στην ομάδα αίματος Ο ανήκει το 41,9% (1.954/4.657) και στην ομάδα Α το 41% (1.914/4.657) ενώ για 95 ασθενείς δεν έχει δημοσιευτεί η ομάδα αίματος τους.

8. Το 91% (4.329/4.752) των ασθενών έχει ελεγχθεί για λοίμωξη από τον ιό της Ηπατίτιδας Β. Από τους ελεγχθέντες το 4,2% (184/4.329) έχουν θετικό Αυστραλιανό αντιγόνο. Υπερτερούν οι μη ανοσοποιημένοι : 59,8% (825/1.379) έναντι 40,1% (554/1.379).

9. Στο σύνολο των ασθενών για τους οποίους έχει δηλωθεί η αιτία της Χ.Ν.Α. (64,9 % 3 088 / 4.752) οι σπειραματονεφρίτιδες αποτελούν την κύρια αιτία (38,4%, 1.186/3088), ακολουθούν οι χρόνιες διάμεσες νεφροπάθειες (15,6%, 482/3088) οι κληρονομικές-συγγενείς παθήσεις (11,8%, 365/3088) και οι μεταβολικές (12%, 372/3088). Αξιοσημείωτη είναι η δηλωθείσα άγνωστη αιτία της νεφροπάθειας η οποία αποτελεί το 14,8% (459/3088).

10. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (53,4%, 2527/4731) έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής Αιμοκάθαρσης στην τελευταία πενταετία (1988-1992), 31,4% (1488/4731) των ασθενών υποβάλλονται σε θεραπεία από 6 μέχρι 10 χρόνια, 11,8% (526/4731) από 11 μέχρι 15 χρόνια, 3% (144/4731) από 16 μέχρι 20 χρόνια, 10 ασθενείς υποβάλλονται σε θεραπεία πάνω από 20 χρόνια, ενώ για 21 ασθενείς δεν έχει δηλωθεί το έτος έναρξης της θεραπείας τους.

11. Το 76,7% (3649/4752) των ασθενών υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο, ενώ 12,6% (601/4752) ήταν μεταμοσχευμένοι ασθενείς με λειτουργούν μόσχευμα την 31η/12/1992.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ.) αποτελούν μόλις το 7,9% (378/4752). Όμως λόγω της ανεπαρκούς



ενημέρωσης της Υπηρεσίας ιδιαίτερα για την κατηγορία αυτή των ασθενών, τα στοιχεία δεν εκφράζουν πλήρως την πραγματικότητα.

### **2.4.3. Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (Μ.Τ.Ν)**

Την 31η Δεκεμβρίου 1997 λειτουργούσαν στη χώρα 71 Μ.Τ.Ν. από τις οποίες οι 55 είναι Κρατικές και οι 16 Ιδιωτικές. Στις 71 Μ.Τ.Ν. υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση 3.737 μόνιμοι ασθενείς σε 48.299 τακτικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης κατά τη διάρκεια του Δεκεμβρίου 1997.

#### **Α. Δυναμικότητα και Λειτουργικότητα Μονάδων Τεχνητού Νεφρού (MTN)**

Η ΥΣΕ ενημερώνεται σε μηνιαία βάση από όλες τις MTN της χώρας με τ' απαραίτητα στοιχεία της δυναμικότητας των (αριθμός ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού/ αριθμός λειτουργούντων μηχανημάτων, τεχνητού νεφρού, αριθμός τακτικών και έκτακτων ασθενών και αιμοκαθάρσεων τους, αριθμός ημερησίων προγραμμάτων θεραπείας (βάρδιες).

Συχνά παρατηρείται η δυναμικότητα των MTN να είναι σε τέτοιο βαθμό που να μην επιτρέπει την πλήρη και συστηματική κάλυψη της αιμοκάθαρσης των ασθενών της περιφέρειας της.

Όσον αφορά την απόδοση των Μ.Τ.Ν. κατά τον Δεκέμβριο του 1992 μεγαλύτερη του 100% απόδοση είχαν 9 Κρατικές Μ.Τ.Ν. στην Αθήνα, 4 Κρατικές στην Θεσσαλονίκη και 15 Κρατικές Μ.Τ.Ν. της Επαρχίας.

Αντίστοιχα μικρότερη από 100% απόδοση είχαν 8 Κρατικές Μ.Τ.Ν. στην Αθήνα και 19 Κρατικές Μ.Τ.Ν. της Επαρχίας. Από Ιδιωτικές 1 Μ.Τ.Ν στη Θεσσαλονίκη είχε μικρότερη απόδοση από 100%.

Ο τρόπος υπολογισμού της απόδοσης μιας Μ.Τ.Ν., εκτιμάται με βάση τον αριθμό των λειτουργούντων μηχανημάτων και με σταθερό δεδομένο την λειτουργία δύο προγραμμάτων ημερήσιας θεραπείας επί 25 ημέρες το μήνα. Υπολογίζεται έτσι ο αριθμός των δυνητικών αιμοκαθάρσεων για κάθε Μονάδα.

Η διαφορά μεταξύ των δυνητικών με τις πραγματοποιούμενες αιμοκαθάρσεις και η αναγωγή της επί τοις εκατό (%) δίνει την απόδοση των Μονάδων όπου ποσοστά μεγαλύτερα του 100% δείχνουν απόδοση μεγαλύτερη της αναμενόμενης και ποσοστά



μικρότερα του 100% δείχνουν ελαττωμένη απόδοση.

## **B. Χωροταξική κατανομή Μονάδων Τεχνητού Νεφρού (MTN)**

Η επεξεργασία των παραπάνω στοιχείων επιτρέπει την μελέτη του προβλήματος της κάλυψης των υγειονομικών περιφερειών της χώρας με MTN το οποίο είναι άμεσα συνδεδεμένο με την χωροταξική κατανομή των ασθενών.

Ως προς την χωροταξική κατανομή των Μ.Τ.Ν., 29 Μονάδες λειτουργούν στο Λεκανοπέδιο Αττικής 4 στην Στερεά Ελλάδα, 6 στην περιοχή Θεσσαλονίκης, 7 στην υπόλοιπη Μακεδονία, 1 στην Θράκη, 2 στην Ήπειρο, 5 στην Θεσσαλία, 8 στην Πελοπόννησο, 5 στην Κρήτη, 2 στα Νησιά του Ιονίου και 2 στα Νησιά του Αιγαίου.

## **Γ. Χωροταξική κατανομή των ασθενών**

Η επεξεργασία του όγκου των πληροφοριών που παρέχει ο Η/Υ επιτρέπει την ορθολογικότερη κατανομή των ασθενών. Παρατηρείται ακόμα το γεγονός ασθενείς να αιμοκαθαίρονται σε MTN που ευρίσκονται σε νομούς διάφορους από τους Νομούς Μόνιμης Κατοικίας των, διατρέχοντας τρεις φορές την εβδομάδα σημαντικές χιλιομετρικές αποστάσεις.

Παρά την κατανομή των Μ.Τ.Ν. σε όλη τη χώρα, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (21,4%, 1.017/4.5.16) είναι υποχρεωμένο να μετακινείται εκτός νομού μόνιμης κατοικίας, προκειμένου να μεταβεί στη Μονάδα θεραπείας του, διανύοντας μεγάλες χιλιομετρικές αποστάσεις. Από τους 1017 μετακινούμενους ασθενείς, οι 375 (36,8%) διανύουν τρεις φορές την εβδομάδα αποστάσεις μέχρι και 100 Km και 95 (9,3%) ασθενείς διανύουν αποστάσεις μεγαλύτερες από 300 Km. Οι μετακινούμενοι από και προς τα νησιά αποτελούν το 16,4% (167/1.017) των εκτός Νομού μόνιμης κατοικίας αιμοκαθαρομένων ασθενών. Τέλος για 236 (4,9%) ασθενείς δεν έχει δηλωθεί τρέχουσα Μονάδα θεραπείας, ευρισκόμενοι υπό μετακίνηση λόγω αλλαγής Μ.Τ.Ν.

Η μη ύπαρξη Μ.Τ.Ν. σε όλους τους Νομούς της χώρας και η υπολειτουργία των ήδη υπάρχοντων Μ.Τ.Ν. δημιουργεί σημαντικά προβλήματα στη χωροταξική κατανομή των ασθενών. Απαιτείται η λειτουργία νέων Μ.Τ.Ν. στους νομούς που δεν διαθέτουν. Όπως επίσης και η ικανή στελέχωση των ήδη λειτουργούντων.

Όσον αφορά τον ρυθμό της ενημέρωσης από τις Μ.Τ.Ν. προς την Υ.Σ.Ε.

επιβάλλεται η δημιουργία ενιαίου δικτύου περιφερειακών σταθμών Η/Υ συνδεδεμένων με τον κεντρικό Η/Υ της ΥΣΕ.

#### **A. Καταλληλότητα υποψηφίων ληπτών**

Όταν ο ασθενής εκφράσει την επιθυμία του να υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού διενεργεί τον προμεταμοσχευτικό σχετικό έλεγχο προκειμένου να εξακριβωθεί η ιατρική του καταλληλότητα ως υποψήφιος λήπτης νεφρικού μοσχεύματος.

Ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος αρχίζει από την Μονάδα Αιμοκάθαρσης του και ολοκληρώνεται στη Μονάδα Μεταμόσχευσης της επιλογής του. Με την τελική έγκριση της καταλληλότητας του από τη Μονάδα Μεταμοσχεύσεων ενημερώνεται η ΥΣΕ προκειμένου να εγγραφεί ο ασθενής στον κατάλογο των υποψηφίων ληπτών του Η/Υ της ΥΣΕ. Προϋπόθεση όμως είναι να έχει προηγηθεί απογραφή του στο Γενικό Αρχείο Νεφροπαθών με την έναρξη της αιμοκάθαρσης του. Οι ασθενείς που κρίνονται κατάλληλοι για μεταμόσχευση θεωρούνται ότι συνθέτουν την εθνική λίστα αναμονής της ΥΣΕ.

#### **B. Ετοιμότητα υποψηφίων ληπτών**

Η ετοιμότητα των υποψηφίων ληπτών είναι αποφασιστική για την πιθανή επιλογή τους σε περίπτωση προσφερομένου μοσχεύματος. Η ετοιμότητα αυτή εξασφαλίζεται με τον περιοδικό διμηνιαίο εργαστηριακό έλεγχο στο Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, όπως και στο Περιφερειακό Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας της Θεσσαλονίκης, καθώς και με τον διετή κλινικό έλεγχο των υποψηφίων ληπτών στις Μονάδες Αιμοκάθαρση και Μεταμοσχεύσεων. Η διαρκής επικοινωνία της Υ.Σ.Ε. με τις παραπάνω Μονάδες Παρακολούθησης και Θεραπείας αποφέρει την τρέχουσα ενημέρωση του Προγράμματος Επιλογής Υποψηφίων Ληπτών του Η/Υ έτσι ώστε η επιλογή των κάθε φορά καταλληλότερων υποψηφίων ληπτών να χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία και εγκυρότητα βοηθώντας έτσι και την τελική επιλογή των υποψηφίων από τις Μονάδες Μεταμοσχεύσεων.

Από το 01/10/1998 έως το 31/03/2001 το Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ) στο Ηράκλειο Κρήτης ανέλαβε το έργο RETRANSPLANT που είχε ως βασικό στόχο

την εισαγωγή και χρήση πληροφοριακών εργαλείων τηλεματικής στην ιατρική διαδικασία της μεταμόσχευσης οργάνων. Αυτά τα συστήματα πληροφορικής και τα εργαλεία εγκαταστάθηκαν σε μονάδες αιμοκάθαρσης, κέντρα μεταμόσχευσης, οργανισμούς που είναι υπεύθυνοι για την επιλογή του καταλλήλου λήπτη για κάθε όργανο, και άλλους οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες μεταμόσχευσης στις χώρες τις κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης. Η επιλογή του καταλληλότερου λήπτη για ένα συγκεκριμένο όργανο γίνεται στην Ευρώπη από εθνικούς ή πολυεθνικούς οργανισμούς. Ο οργανισμός EUROTRANSPLANT είναι υπεύθυνος για τη Γερμανία, την Αυστρία και τις κάτω χώρες, ο HUNGARO-TRANSPLANT για την Ουγγαρία και ο SLOVENJA-TRANSPLANT για τη Σλοβενία. Στην διάρκεια του έργου RETRANSPLANT χρησιμοποιήθηκε ένας ηλεκτρονικός φάκελος για όλους τους ασθενείς που βρίσκονται στη λίστα αναμονής για κάποιο όργανο, καθώς και ένα σύστημα επιλογής του καταλλήλου λήπτη για κάθε διαθέσιμο όργανο. Απώτερος στόχος του έργου είναι η δημιουργία ενός δικτύου για το ταίριασμα λήπτη - δότη μεταξύ των χωρών: Τσεχία, Λιθουανία, Ουγγαρία, Σλοβακία, Σλοβενία και Πολωνία. Το δίκτυο αυτό θα μπορεί στο μέλλον να συνεργαστεί με αντίστοιχα δίκτυα στην δυτική Ευρώπη, δίνοντας τη δυνατότητα να βρεθούν λήπτες με μεγαλύτερη ιστοσυμβατότητα. Επίσης το έργο θα προμηθεύσει όλους τους νεφροπαθείς που βρίσκονται στις διάφορες λίστες αναμονής με έξυπνες κάρτες "Αιμοκάθαρσης" ή "Μεταμόσχευσης" ανάλογα με την περίπτωση. Η κάρτα αυτή θα ενημερώνεται αυτόματα από την ηλεκτρονικό φάκελο και θα διαβάζεται εύκολα από Η/Υ όπου είναι απαραίτητο και υπάρχουν τα δικαιώματα πρόσβασης. Τέλος το έργο RETRANSPLANT θα χρησιμοποιήσει συστήματα τηλεσυνδιάσκεψης, τηλεπαθολογίας και τηλεακτινολογίας μέσω των οποίων θα επικοινωνεί ο χειρουργός, κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης, με τους υπεύθυνους παθολόγους και ακτινολόγους τόσο του δότη όσο και του λήπτη.

Η ετοιμότητα των υπονήφειων ληπτών εξασφαλίζεται επίσης με τον διασταυρούμενο συγκριτικό έλεγχο των μεταβλητών στοιχείων και των πληροφοριών από τα εκτυπωμένα μηνιαία συγκεντρωτικά ευρετήρια του Αρχείου Νεφροπαθών σύμφωνα με τις παραμέτρους των ιατρικών τους μεταβολών (προηγούμενες μεταμοσχεύσεις, απορρίψεις, θανάτους, κυτταρο-τοξικά αντισώματα, μεταγίσεις, κυήσεις, επιπλοκές από τη θεραπεία ή από εγχειρήσεις) όπως και τυχόν αλλαγής Μονάδας Αιμοκάθαρσης ή κατοικίας κ.α.



#### 2.4.4 Παρακολούθηση μεταμοσχευμένων ασθενών

Η Υ.Σ.Ε. παρακολουθεί την πορεία όλων των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού είτε από πτωματικό δότη είτε από ζώντα συγγενή δότη. Τηρεί με διαρκή ενημέρωση Αρχείο Μεταμοσχευμένων Ασθενών με τα εξής στοιχεία: Μονάδα θεραπείας, αιτία Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ), ηλικία, θεραπευτική μέθοδο πριν και μετά τη μεταμόσχευση (μετά την τυχόν απόρριψη), συνολικό αριθμό μεταγγίσεων, ποσοστό και ιστορικό κυτταροτοξικών αντισωμάτων, αριθμό κινήσεων, ομάδα αίματος και αντιγόνα ιστοσυμβατότητας, διάρκεια αιμοκάθαρσης μέχρι τη μεταμόσχευση, τόπος και τύπος μεταμόσχευσης, ποιότητα ιστοσυμβατότητας μεταξύ δότη-λήπτη, απόρριψη, αιτία απόρριψης, επιβίωση μοσχεύματος και ασθενή. Η τήρηση των παραπάνω στοιχείων παρακολούθησης των μεταμοσχευμένων ασθενών θεωρείται αναγκαία προκειμένου να είναι δυνατή η αξιολόγηση της επιστημονικά ενδεδειγμένης χρησιμοποίησης των προσφερομένων μοσχευμάτων (καμπύλες επιβίωσης μοσχεύματος και ασθενή).

#### 2.4.5 Μεταμοσχεύσεις Νεφρών

1α. Ο αριθμός των αναφερομένων δυνητικών δοτών παραμένει και για το 1992, ιδιαίτερα μικρός και ανεπαρκής προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες της χώρας σε νεφρικά μοσχεύματα. Στη διάρκεια του 1992 αναφέρθηκαν 135 δυνητικοί δότες νεφρών ενώ το 1991, 81 δυνητικοί δότες νεφρού. Παρ' όλη τη δεδομένη αύξηση κατά 66,6% (54/81) της αναφοράς δυνητικών δοτών νεφρού το 1992 εν τούτοις το ποσοστό αξιοποίησης μειώθηκε στο 36,2% (49/135), από 55,5% (45/81) το 1991, κυμαινόμενο στο ίδιο επίπεδο με αυτό του 1990 (28/79,35,4%).

1β. Κατά την περίοδο 1985-1992 στο σύνολο των αναφερομένων δυνητικών δοτών, το ποσοστό αξιοποίησης κυμάνθηκε στο 34,7% (149/429). Το μεγαλύτερο ποσοστό αξιοποίησης παρουσιάστηκε το 1991 (55,8%).

2α. Σε σύγκριση με το 1991/παρατηρείται μια αντιστροφή στη ποσοστιαία αναλογία των αιτιών μη αφαίρεσης : οι ιατρικοί λόγοι αποτελούσαν το 69,4% (25/36), ενώ η άρνηση συγγενών το 27,7% (10/36).

2β. Στο σύνολο των μη αξιοποιηθέντων δοτών νεφρού κατά την περίοδο (1985-1992) οι ιατρικοί λόγοι αποτελούν το 60,7% (169/278), η άρνηση συγγενών το 35,6%



(99/278), ενώ οι ιατροδικαστικοί και οργανωτικοί λόγοι, το 1,7% (5/278) και 1,7% (5/278) αντίστοιχα.

3. Οι μεταμοσχεύσεις νεφρών από πτωματικό δότη κατά τα 3 τελευταία έτη, αποτελούν το 54,9% (284/481), ενώ από ζώντα συγγενή δότη το 40,9% (197/481). Αντίθετα από το 1986 μέχρι και το 1989 η σχέση ήταν αντίστροφη: 34,7% (114/328) από πτωματικό δότη και 65,2% (214/328) από ζώντα συγγενή δότη. Στο σύνολο των μεταμοσχεύσεων νεφρού κατά την περίοδο 1985-1992, οι πτωματικές και οι ζώσες - συγγενείς, κατανέμονται εξίσου κατά το ήμισυ: 49,1% (398/809) από πτωματικό δότη και 50,8% (411/809) από ζώντα συγγενή δότη.

4. Την 31/12/1992, ανέμεναν για πτωματική μεταμόσχευση νεφρού 1.318 υποψήφιοι λήπτες, ενώ ο αριθμός των υποψήφιων ληπτών νεφρικού μοσχεύματος για το 1991 ήταν 1.076, για το 1990 ήταν 917 και για το 1989 813 ασθενείς.

Η ετήσια αύξηση των υποψήφιων για το 1992 ήταν 22/4%, για το 1991 17,3%, ενώ το 1990 ήταν 12,7%.

4α. 62,7% (827/1318) των υποψήφιων είναι άνδρες και 37,2% (491/1318) γυναίκες.

5. Το μεγαλύτερο ποσοστό υποψήφιων ανήκει στην ομάδα αίματος Ο, 44,9% (592/1318) και στην ομάδα αίματος Α, 40,4% (533/1318).

6. 34,3% (453/1318) των υποψηφίων ευρίσκεται μεταξύ 50-60 ετών, ενώ 3,6% (48/1318) είναι κάτω των 20 ετών και 20,7% (273/1318) άνω των 60 ετών.

7. Όλοι οι υποψήφιοι, έχουν ελεγχθεί για κυτταροτοξικά αντισώματα αλλά μόνον 2% (26/1318) είναι ευαισθητοποιημένοι με 75% και άνω κυτταροτοξικά αντισώματα.

8. Το 63,9% (843/1318) των υποψηφίων αναμένουν από 1 μέχρι και 4 έτη, ενώ 36% (475/1318) αναμένουν από 5 μέχρι και άνω των 10 ετών.

Ο μεγάλος αριθμός υποψηφίων (N=318) για το 1987 εκφράζει την εγγραφή και παλαιότερων υποψηφίων, η οποία έγινε το καλοκαίρι του 1987 στον Η/Υ της Υ.Σ.Ε.

9. Παρά την δεδομένη αύξηση των πτωματικών μεταμοσχεύσεων νεφρού κατά την τελευταία τριετία εντούτοις το μεταμοσχευτικό χάσμα συνεχίζει να διευρύνεται καθώς ο αριθμός αύξησης των νέων ασθενών που εγγράφονται στη λίστα αναμονής είναι μεγαλύτερος του ρυθμού αύξησης των μεταμοσχεύσεων νεφρού συνολικά τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

Για το 1992 το ποσοστό των μεταμοσχευμένων ήταν 13,5% (178/1318) των αναμενόντων, το 1991 ήταν 18,3% (197/1076), το 1990 19,4% (178/917) και το 1989 14,7% (120/813). Παρατηρείται ότι η διεύρυνση του μεταμοσχευτικού χάσματος το 1992

κυμαίνεται στα επίπεδα του 1989.

Το 1999 οι μεταμοσχεύσεις νεφρού από πρωματικό δότη ήταν 69 και το 2000 σημειώνουν πτώση στις 32 και το 2001 αυξάνονται στους 74 (ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2.3).

#### **2.4.6 Μεταμοσχεύσεις Καρδιάς - Πνευμόνων – Ήπατος**

Το 1992 συνεχίστηκε η αναφορά Δοτών Πολλαπλών Οργάνων (Δ.Π.Ο.) και κατά συνέπεια και ο συντονισμός όλων των σχετικών διαδικασιών λήψης και αξιοποίησης των προσφερομένων μοσχευμάτων πλην νεφρών και κερατοειδών.

Δότες Πολλαπλών οργάνων θεωρούνται οι δότες εκείνοι με κριτήρια: την ηλικία (<60 ετών), το τμήμα αναφοράς από το Νοσοκομείο όπου ευρίσκεται ο δότης (ΜΕΘ-Ν/Χ) καθώς και την επιθυμία των συγγενών του δότη.

1. Ενώ ο αριθμός των δυνητικών Δοτών Πολλαπλών Οργάνων (Δ.Π.Ο.), παρουσίασε μια αισθητή αύξηση το 1992 στο σύνολο των αναφερθέντων δοτών καθώς από 41/2% (61/148) το 1991 ανήλθε στο 66.1% (123/186) το 1992, εν τούτοις το ποσοστό αξιοποίησης των Δ.Π.Ο. παρουσίασε σημαντικότερη μείωση: από 67,1% (41/61) το 1991 μειώθηκε στο 39% (48/123) το 1992.

1α. Στο σύνολο των αναφερθέντων δυνητικών Δοτών Ιστών και Οργάνων κατά την τριετία 1990-1993 οι αναφερθέντες Δ.Π.Ο. αποτελούσαν το 54% (256/474) και το ποσοστό αξιοποίησης τους ήταν κατά την ίδια περίοδο 48% (123/256).

1β. Οι αιτίες μη υφαίρεσης καρδιάς, πνευμόνων, ήπατος, παγκρέατος κατά την περίοδο 1990-1992. Οι αιτίες μη αφαίρεσης, αφορούν ιατρικούς λόγους (39.8%, 53/133), άρνησης συγγενών (57.1%, 53/133), ιατροδικαστικούς λόγους (1.5%, 2/133) και οργανωτικούς λόγους (9.5%, 2/133).

2α. Όμως σε σύγκριση των δύο τελευταίων ετών αξιοσημείωτη είναι η κατακόρυφη μείωση των ιατρικών λόγων από 60% (12/90) το 1991 σε 21.3% (16/75) το 1992 και η κατακόρυφη αύξηση της άρνησης των συγγενών από 35% (7/20) το 1991 σε 77.3% (58/75) το 1992.

3. Ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων καρδιάς και πνευμόνων, ήπατος και παγκρέατος κατά την τριετία 1990-1992.

4. Τα αφαιρεθέντα μοσχεύματα από τους Δότες Πολλαπλών Οργάνων παρατηρείται αύξηση του ποσοστού αξιοποίησης καρδιάς-πνευμόνων και συστηματική μείωση στους κερατοειδείς.

## **Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

4α. Το ποσοστό αξιοποίησης νεφρών το 1992, παραμένει περίπου στα ίδια επίπεδα με αυτά του 1991 : 87,8% (36/41) το 1991 και 89,5% (43/48) το 1992.

4β. Τα ποσοστά αξιοποίησης καρδιάς, καρδιάς και πνευμόνων, ήπατος, παγκρέατος, είχαν ως εξής:

- για την καρδιά ήταν 11,7% (4/34) το 1990, 26,8% (11/41) το 1991, 25% (12/48) το 1992.
- για την καρδιά και πνεύμονες ήταν 5,8% (2/34) το 1990, 19,5% (18/41) το 1991, 29,1% (14/48) το 1992.
- για το ήπαρ ήταν 8,8% (3/34) το 1990, 29,2% (12/41) το 1991, 47,9% (23/48) το 1992.
- για το πάγκρεας ήταν 5,8% (2/34) το 1990, 14,6% (6/41) το 1991, ενώ το 1992 δεν αφαιρέθηκε πάγκρεας από κανένα Δ.Π.Ο.
- για τους κερατοειδείς ήταν 97% (33/34) το 1990, 51,2% (21/41) το 1991, 66,6% (32/48) το 1992.

5. Μοσχεύματα για τα οποία δεν υπήρχαν κατάλληλοι λήπτες στην Ελλάδα, προσφέρθηκαν σε άλλους Ευρωπαϊκούς Οργανισμούς και Υπηρεσίες Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής συνεργασίας, μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ο.Κ., όπως προβλέπεται εξ' άλλου και από σχετικές διατάξεις και οδηγίες του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Αντίστοιχα προσφέρθηκαν στην Ελλάδα μοσχεύματα νεφρών και άλλων οργάνων. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον Πίνακα 5 αφορούν την διάθεση των μοσχευμάτων τα οποία έγιναν τελικά αποδεκτά από τα ενδιαφερόμενα κέντρα από και προς την Ελλάδα.

6. Τα έτη 1997-1998 έγιναν οι περισσότερες μεταμοσχεύσεις ήπατος 18 τον αριθμό κατά έτος, ενώ ακολουθεί το έτος 1993 με 13 ενώ τα 1999 με 12.

7. Ο αριθμός μεταμοσχεύσεων καρδιάς που έγιναν κατά τα έτη 1994 και 1998 ήταν οι περισσότερες 13 τον αριθμό κατά έτος και ακολουθεί το έτος 1992 με 12 και τα έτη 1991, 1993 με 10.

### **2.4.7. Μεταμοσχεύσεις Κερατοειδών**

1. Ο αριθμός των αναφερομένων δυνητικών δοτών κερατοειδούς παραμένει ιδιαίτερα μικρός και ανεπαρκής, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες της χώρας σε



μοσχεύματα κερατοειδούς.

2. Στη διάρκεια του 1992 αναφέρθηκαν στην Υ.Σ.Ε. 185 δυνητικοί δότες κερατοειδούς, αύξηση κατά 52.8% (64/121) σε σχέση με τους αναφερθέντες δότες κερατοειδούς το 1991.

## **2.5. Πρόγραμμα Δωρεάς Ιστών και Οργάνων**

Ένας από τους σπουδαιότερους λόγους της έλλειψης προσφερομένων πτωματικών μοσχευμάτων είναι ότι δεν υπάρχει ικανοποιητική πληροφόρηση του κοινού για τη τεράστια σημασία της μεταμόσχευσης τόσο για τους ασθενείς όσο και για το σύνολο της κοινωνίας.

Είναι γνωστό ότι η οργάνωση ενός εθνικού προγράμματος για τη μεταμόσχευση χρειάζεται την ηθική συμμετοχή όλων των πολιτών μιας χώρας οι οποίοι αφού ενημερωθούν υπεύθυνα θα είναι οι κήρυκες και το στήριγμα για την καθιέρωση της Δωρεάς Οργάνων και των Μεταμοσχεύσεων.

### **2.5.1. Δήλωση Δότη Ιστών και Οργάνων – Μητρώο Δωρητών Οργάνων**

Το μητρώο δωρητών οργάνων αποτελεί δείκτη της αποδοχής της ιδέας της δωρεάς οργάνων από τους πολίτες. Η αύξηση αριθμού των πολιτών που δηλώνουν εν ζωή την επιθυμία τους να δωρίσουν τα όργανα τους μετά θάνατον προς μεταμόσχευση, η επίτευξη του οποίου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

Στη χώρα μας σύμφωνα με τη ισχύουσα νομοθεσία η αφαίρεση οργάνων διενεργείται εφόσον ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναινέσει σε αυτήν ενώ αποκλείετε εάν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνηση του. Σε κάθε γενική απογραφή πληθυσμού, κάθε ενήλικος καλείται να δήλωση εγγράφως σε ειδικό έντυπο διαβιβαζόμενο στον Ε.Ο.Μ., αν συναινεί ή όχι στην αφαίρεση Ιστών και Οργάνων τους σώματος του για μεταμόσχευση μετά το θάνατο του. Εάν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει την συναίνεση ή την άρνηση του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του. Οποιοσδήποτε άνδρας ή γυναίκα μπορεί να γίνει δωρητής οργάνων. Για τα παιδιά απαιτείται η ενυπόγραφη συγκατάθεση των δύο γονέων.

Η συναίνεση ή η άρνηση πάντοτε ελευθέρα ανακλητή. Ο ΕΟΜ από το 2001,



σύμφωνα με το Νόμο 2737, τηρεί αρχείο δωρητών. Στο Αρχείο του ΕΟΜ έχουν μεταφερθεί οι δωρητές που έκαναν τη δήλωση τους στην ΥΣΕ από το 1985-2000. Η εγγραφή στο Μητρώο του ΕΟΜ ξεκίνησε το 2001 με τη γενική απογραφή του πληθυσμού.

Έκτοτε, το 2005 υπήρξε η χρονιά με τις περισσότερες εγγραφές στο Μητρώο Δωρητών Οργάνων με 4000 περίπου νέους δωρητές.

Η δήλωση δότη ιστών και οργάνων είναι ανακλητή, οποιαδήποτε στιγμή. Κάθε Δωρητής δεν σημαίνει ότι θα γίνει τελικά και δότης μετά τον θάνατο εφ' όσον δεν πληροί τα ιατρικά κριτήρια καταλληλότητας.

Κάθε δήλωση ελέγχεται για την ορθή συμπλήρωσή της, αριθμείται, ενημερώνεται ο Η/Υ, εκτυπώνεται το Δελτίο Δότη και εν συνεχεία γίνεται συγκριτικός έλεγχος της δήλωσης και του Δελτίου.

## **2.5.2. Ευαισθητοποίηση Κοινής Γνώμης**

Η ευαισθητοποίηση της Κοινής Γνώμης κατά την πρώτη περίοδο ακολούθησε κυρίως τους εξής τρόπους:

- Δημιουργία και διάθεση έντυπου ενημερωτικού υλικού (αφίσα, φυλλάδια, αυτοκόλλητα σε όλη τη χώρα (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Αγροτικά Ιατρεία, Κέντρα και Σταθμούς Αιμοδοσίας, Νομαρχίες, Δημόσιους Οργανισμούς και Τράπεζες).
- Αναγραφή σε τακτά χρονικά διαστήματα ενημερωτικού μηνύματος στους φακέλους αλληλογραφίας που διακινούνται από τα ΕΛΤΑ σε όλη τη χώρα όπως και στους λογαριασμούς της ΔΕΗ και του ΟΤΕ.
- Ανάρτηση αφίσας για τη Δωρεά Οργάνων στα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς του Ν. Αττικής (λεωφορεία, τρόλεϊ, σιδηρόδρομος).
- Εκπομπή ενημερωτικού μηνύματος από τα ραδιοτηλεοπτικά Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας όλης της χώρας
- Σειρά ενημερωτικών ομιλιών και εκπομπών σε συνεργασία με διάφορους φορείς.
- Μεταγλώττιση 20λεπτης video ταινίας της Eurotransplant σχετικής με τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων για την προβολή της σ' ενημερωτικές ομιλίες όπως και σε διάφορες Μονάδες του Στρατού.

Η απουσία ειδικών κονδυλίων υποχρεώνει την Ε.Ο.Μ στην ερασιτεχνική

κατάρτιση ενός προγράμματος ευαισθητοποίησης της Κοινής Γνώμης. Το όποιο έργο έχει επιτελεστεί μέχρι σήμερα στηρίζεται στην εθελοντική προσφορά υπηρεσίας του προσωπικού, παρ' όλες τις σημαντικές ελλείψεις εξοπλισμού της με τα απαραίτητα μέσα.

### **2.5.3. Δωρητές Ιστών και Οργάνων με κάρτα Δότη**

Από τον Ιούνιο του 1985 μέχρι και τον Δεκέμβριο του 1992, 48.343 δωρητές ιστών και οργάνων είχαν δηλώσει την επιθυμία τους να βοηθήσουν μετά θάνατον κάποιο συνάνθρωπο τους να ζήσει και είχαν εφοδιασθεί με την κάρτα δότη. Μετά τη συμπλήρωση και αποστολή στον Ε.Ο.Μ. της "δήλωσης δωρεάς οργάνων", ο δυνητικός δότης πρέπει να συμπληρώσει την "κάρτα δωρεάς οργάνων", την οποία οφείλει να φέρει πάντοτε μαζί του. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνει τις διαδικασίες για την υλοποίηση της επιθυμίας του.

1. Παρατηρείται μια σταθερή αύξηση, περίπου 23% των νέων δωρητών που είναι φορείς της κάρτας δότη κάθε χρόνο, με εξαίρεση τα δύο τελευταία έτη, κατά τα οποία η αύξηση των νέων δωρητών κυμάνθηκε στο 8,2% για το 1991 και 3,8% για το 1992.

1α. Η μεγαλύτερη ετήσια αύξηση νέων δωρητών παρουσιάστηκε το 1986 (40,5%) ενώ η μικρότερη το 1992 (3,8%).

1β. Λιγότερο από 1% έχουν ανακαλέσει την επιθυμία τους επιστρέφοντας την κάρτα δότη.

2. 52,9% των δωρητών με κάρτα δότη είναι γυναίκες και 47,1% είναι άνδρες.

3. Περισσότεροι από τους μισούς δωρητές (55%) είναι ηλικίας μεταξύ 21-40 ετών.

4. 56,3% των δωρητών είχαν συμπληρώσει την ειδική δήλωση δότη σε Υπηρεσίες του Δημόσιου τομέα και 43,6% σε Κοινωνικούς Φορείς.

5. Από το σύνολο των εγγεγραμμένων σε Υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα, 52,2% (14227/27220) είχαν συμπληρώσει την δήλωση τους στις κοινωνικές και Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες των Νοσοκομείων, 15,3% (4189/27220) στις Διευθύνσεις και Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών, 3,4% (931/27220) στα Κέντρα Υγείας, 25,3% (6897/27220) σε λοιπούς Φορείς και 3,5% (97 6/27 220) στην ΥΣΕ κατά τα τρία τελευταία έτη.

6. Κατά την ίδια περίοδο (1985-1992) 17,4% των αναφερομένων στην Υπηρεσία δυνητικών δοτών, κυρίως από την περιοχή του Λεκανοπεδίου Αττικής, ήταν δωρητές με κάρτα δότη.

βα. Το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται κατά τα έτη 1987 και 1988 όπου ήταν 28.3% και 28.3% αντίστοιχα, ενώ το μικρότερο ποσοστό παρατηρείται το 1992 όπου ήταν 4.8%.

Αξιολογώντας τ' αποτελέσματα της εφαρμογής της Κάρτας Δότη στη χώρα μας κατά την περίοδο 1985-1992, περίοδο κατά την οποία για πρώτη φορά καθιερώθηκε ο θεσμός της Κάρτας Δότη, καθώς επίσης στην ίδια περίοδο τοποθετείται η έναρξη των διαδικασιών μέσω της Υπηρεσίας, ενημέρωσης ευαισθητοποίησης του κοινού με την ενεργοποίηση παράλληλα των Υπηρεσιών Υγείας και διαφόρων Κοινωνικών Φορέων, την ακόλουθη αυξητική τάση του αριθμού των δωρητών κάθε χρόνο, τα αποτελέσματα αυτά συνηγορούν υπέρ μιας θετικής εκτίμησης του όλου έργου.

Ειδικότερα εάν θεωρήσουμε επίσης την Κάρτα Δότη ως ένα μέσο για την διάδοση της ιδέας της Δωρεάς Ιστών και Οργάνων, και λάβουμε υπόψη αντίστοιχα δεδομένα από την διεθνή αρθρογραφία σύμφωνα με τα οποία τα μέσα αυτά (Κάρτες Δότη, Άδειες Οδήγησης, κ.λ.π.) δεν αποφέρουν παρά μόνον ένα 20% στην αύξηση των αναφερομένων δυνητικών δοτών οργάνων (Caplan, Transpl. Proc. 1986), το γεγονός ότι 17.4% (134/766) των αναφερθέντων στην Υπηρεσία δυνητικών δοτών ήταν δωρητές με Κάρτα Δότη, εκτιμάται ότι αποτελεί ιδιαίτερη επιτυχία του όλου προγράμματος.

Είναι κοινή διαπίστωση ότι η Κάρτα Δότη, ως μέσον έκφρασης της συναίνεσης ενός δυνητικού δότη οργάνων θέτει ταυτόχρονα γενικότερους προβληματισμούς ως προς τις προϋποθέσεις αφαίρεσης ιστών και οργάνων για μεταμόσχευση.

Στην Ευρώπη εφαρμόζονται κυρίως δυο συστήματα για την μετά θάνατο δωρεά οργάνων καθώς και σε μερικές περιπτώσεις ο συνδυασμός αυτών των συστημάτων. Το πρώτο σύστημα (opting-in system) στηρίζεται στην ρητή και σαφή συναίνεση (explicit consent) του δότη θεωρώντας ότι καμία αφαίρεση δεν επιτρέπεται να γίνει, εκτός εάν προηγουμένως ο δότης έχει εκφράσει, εν ζωή, την συναίνεση του, προϊόν της ελεύθερης βούλησής του.

Το δεύτερο σύστημα (opting system) στηρίζεται στην εικαζόμενη συναίνεση του δότη (presumed consent), θεωρώντας ότι όλοι οι πολίτες είναι δυνητικοί δότες και επιτρέπεται η αφαίρεση οργάνων σε κάθε περίπτωση, εκτός εάν ο νεκρός είχε κατά τη διάρκεια της ζωής ρητά εκφράσει την αντίθεση του, βάση των φιλοσοφικών ή θρησκευτικών του πεποιθήσεων.

Η επιλογή του ενός ή του άλλου συστήματος εξαρτάται από την σημασία που αποδίδεται τόσο στο δικαίωμα του αυτοπροσδιορισμού του ατόμου όσο και στο δικαίωμα της ωφελιμότητας των ασθενών. Και στις δύο περιπτώσεις οι συγγενείς παίζουν αποφασιστικό ρόλο, καθόσον είναι οι μόνοι που μπορούν να προσδιορίσουν θετικά ή



αρνητικά την στάση και τη βούληση της τελευταίας στιγμής του θανόντος.

Από την άποψη των δικαιωμάτων του δότη ένας συνδυασμός των δύο συστημάτων προσεγγίζει περισσότερο το πρόβλημα του αυτοπροσδιορισμού.

Παρέχοντας την δυνατότητα στον καθένα να επιλέξει υπέρ ή κατά της δωρεάς οργάνων, οδηγείται σε μια σαφή και ρητή επιλογή, εκφράζοντας έτσι την ελεύθερη βούληση του. Εάν παρ' όλα αυτά δεν έχει εκφρασθεί αυτή η επιλογή του, η υπόθεση ότι ο νεκρός ήταν «αδιάφορος» μπορεί να οδηγήσει νομικά στην αφαίρεση οργάνων, ενισχυμένη μάλιστα από την θετική στάση των συγγενών.

Ίσως είναι ο μόνος τρόπος για την εξασφάλιση δημιουργίας ενός κλίματος εμπιστοσύνης και συναίνεσης μεταξύ των δυνητικών δωρητών, των συγγενών, των επαγγελματιών και λειτουργών υγείας αλλά και της Κοινής Γνώμης γενικότερα, έτσι ώστε η καθιέρωση της ιδέας της Δωρεάς Οργάνων για μεταμόσχευση των ασθενών που αναμένουν ένα μόσχευμα είτε για να κρατηθούν στη ζωή, είτε για να βελτιώσουν την χαμηλού βαθμού ποιότητα ζωής τους, να βρει υποστηρικτές τους Πολίτες όλης της χώρας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1. Εισαγωγή

Στο τέλος της 10ετίας του '70 διαφάνηκε η αναγκαιότητα της καθιέρωσης ενός νέου θεσμού, ο οποίος θα είχε σαν σκοπό να διευκολύνει τον συντονισμό των μεταμοσχεύσεων αποτελώντας μια ενδιάμεση δομή στην οργάνωση του όλου συστήματος.

Έτσι εμφανίστηκε ένας νέος επαγγελματίας υγείας, ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων (Σ.Μ.). Στόχος του Σ.Μ. είναι η αξιοποίηση των προσφερομένων μοσχευμάτων, αλλά και η συμβολή του στη ποιοτική βελτίωση των μεταμοσχεύσεων όπως και καθιέρωση κοινών πρωτοκόλλων για το συντονισμό των διαδικασιών.

Οι πρώτοι Σ.Μ. εμφανίσθηκαν στην 10ετία του 70 στις Η.Π.Α., οι οποίοι αριθμούν σήμερα περισσότερους από 700, προσφέροντας τις υπηρεσίες τους σε 120 προγράμματα μεταμοσχεύσεων.

Στην Ευρώπη δημιουργήθηκαν αρχικά θέσεις Σ.Μ., στην Ολλανδία το 1979 και στη συνέχεια στη Μεγ. Βρετανία. Σήμερα περισσότεροι από 200 Σ.Μ. προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης. Το 50% των Σ.Μ. στην Ευρώπη είναι νοσηλευτές, το 33% γιατροί, το 12% φοιτητές και οι υπόλοιποι διοικητικοί. Το 1979 δημιουργήθηκε η πρώτη Ένωση Συντονιστών στις Η.Π.Α. (North American Transplant Coordinators Organization-NATCO). Το 1982, ιδρύθηκε και στην Ευρώπη αντίστοιχη ένωση η Ευρωπαϊκή Οργάνωση των Συντονιστών Μεταμόσχευσης (European Transplant Coordinators Organization-ETCO). Σκοπός των Ενώσεων αυτών είναι η παροχή στο ιατρικό, παραϊατρικό προσωπικό και το κοινό, πληροφοριών για τις μεταμοσχεύσεις, προκειμένου να γίνεται η μεγαλύτερη δυνατή εξασφάλιση και καλλίτερη αξιοποίηση μοσχευμάτων με την κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την υποστήριξη των Σ.Μ. στην άσκηση των καθηκόντων τους.

Στις Η.Π.Α. οι Σ.Μ. διακρίνονται σε «Συντονιστές Συγκομιδής οργάνων» (Procurement Transplant Coordinators) και σε «Κλινικούς Συντονιστές» (Clinical Transplant Coordinators).

Οι Συντονιστές Συγκομιδής οργάνων διευκολύνουν τη δωρεά οργάνων έχοντας υπευθυνότητα για την ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας σε θέματα μεταμοσχεύσεων, την ανάπτυξη προγραμμάτων δωρητών στα νοσοκομεία, την αναγνώριση και τον έλεγχο των δυνητικών δότην, την προσέγγιση των συγγενών, την διατήρηση του δότη, την αφαίρεση και την διανομή των οργάνων.

Οι Κλινικοί Συντονιστές διευκολύνουν την διαδικασία των μεταμοσχεύσεων με την παροχή διαρκούς φροντίδας στον υποψήφιο λήπτη και οι αρμοδιότητες τους περιλαμβάνουν τον έλεγχο των ζώντων δότην και των ληπτών, την ενημέρωση του λήπτη, την εκπαίδευση κοινού και επαγγελματιών υγείας και τον συντονισμό της μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ληπτών.

Η επιτυχημένη καθιέρωση του Σ.Μ. οδήγησε στην ανάγκη δημιουργίας, στις περισσότερες χώρες, ενός δικτύου συντονιστών σε όλο το γεωγραφικό χώρο της κάθε χώρας (Μ. Βρετανία, Ολλανδία, Γερμανία, Βέλγιο, Γαλλία, Αυστρία, Σουηδία), ενώ σε άλλες (Ελβετία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα) οι Σ.Μ. καλύπτουν μόνον περιοχές ή Κέντρα Μεταμοσχεύσεων. Ένα ανεπτυγμένο δίκτυο περιλαμβάνει κεντρικούς Σ.Μ., οι οποίοι εργάζονται στις κεντρικές Υπηρεσίες Συντονισμού, περιφερειακούς Σ.Μ. που καλύπτουν ευρύτερες υγειονομικές περιοχές μιας χώρας και τοπικούς Σ.Μ. οι οποίοι εργάζονται μέσα σε Κέντρα Μεταμοσχεύσεων ή μεγάλα Νοσοκομεία. Ένα τέτοιο δίκτυο Σ.Μ. προβλέπεται και για τη χώρα μας στην πρόσφατη υπουργική απόφαση για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμόσχευσης σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη δημιουργία περιφερειακών τμημάτων της Κεντρικής Υπηρεσίας Συντονισμού (Υ.Σ.Ε.).

Μελέτη που έγινε το 1989 από την EUROPEAN DIALYSIS TRANSPLANTATION ASSOCIATION (EDTA) για την απασχόληση των Σ.Μ. στις ευρωπαϊκές χώρες, έδειξε ότι το 70% από 187 μεταμοσχευτικά κέντρα, που απάντησαν σε ειδικό ερωτηματολόγιο απασχολούσε τουλάχιστον ένα συντονιστή. Τα περισσότερα από αυτά είχαν μέχρι δύο Σ.Μ., ενώ λίγα κέντρα με μεγάλη δραστηριότητα απασχολούσαν περισσότερους από 2 και σε εξαιρετικές περιπτώσεις πάνω από 5 Σ.Μ. Οι περισσότεροι είχαν αρχίσει να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους μεταξύ των ετών 1984-1985, όταν αυξήθηκαν οι δραστηριότητες για μεταμοσχεύσεις νεφρών και άρχισε η επέκταση των προγραμμάτων και σε μεταμοσχεύσεις άλλων οργάνων. Ο χώρος εργασίας τους είναι συνήθως το χειρουργικό ή νεφρολογικό τμήμα του Νοσοκομείου και σε



περιπτώσεις περιφερειακών και κεντρικών συντονιστών οι αντίστοιχες Υπηρεσίες Συντονισμού. Σε σπάνιες περιπτώσεις ο Συντονιστής μπορεί να έχει ως έδρα της δουλειάς του το σπίτι. Πέραν του κανονικού ωραρίου εργασίας οι Σ.Μ. έχουν συνήθως 24 ώρες ετοιμότητα για τα περιστατικά προσφοράς οργάνων του τμήματος ή της περιοχής που καλύπτουν.

Παρ' όλο που η οργάνωση των προγραμμάτων μεταμοσχεύσεων διαφέρει από χώρα σε χώρα ο ρόλος των Σ.Μ. γενικά καθορίζεται από τις ακόλουθες δραστηριότητες:

1 Τήρηση και διαρκής ενημέρωση της λίστας αναμονής των υποψηφίων ληπτών έτσι ώστε οι ασθενείς να είναι ανά πάσα στιγμή σε ετοιμότητα (τρέχουσα καταλληλότητα) ενημερώνοντας τις τυχόν μεταβολές των κλινικών και εργαστηριακών τους στοιχείων.

2 Συντονισμός των διαδικασιών εξασφάλισης και αφαίρεσης οργάνων ως συνδεδετικός κρίκος μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων ατόμων και ομάδων. Οι Σ.Μ. αποτελούν το σημείο αναφοράς και αναγγελίας από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και Νευροχειρουργικά Τμήματα (Ν/Χ) όλων των δυνητικών δότην της περιφέρειας τους και η ενεργός συμμετοχή τους αφορά: α) την προσέγγιση των συγγενών από του οποίους ζητείται η συγκατάθεση για την αφαίρεση οργάνων, β) την ρύθμιση νομικών θεμάτων σε περιπτώσεις αιφνίδιων θανάτων ή ατυχημάτων, που χρήζουν ιατροδικαστικής πραγματογνωμοσύνης, γ) τον έλεγχο σωστής φροντίδας για τον δότη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανα σε καλή κατάσταση, δ) την ταχεία αποστολή δειγμάτων οργάνων για την εκτέλεση των εργαστηριακών εξετάσεων, ε) την επικοινωνία με τα εργαστήρια ιστοσυμβατότητας για την έγκαιρη τυποποίηση του δότη, στ) την ενημέρωση των Μεταμοσχευτικών Κέντρων (Μ.Κ.) και την ανταλλαγή πληροφοριών, εάν διαθέτουν κατάλληλους υποψηφίους λήπτες προς τα προσφερόμενα όργανα, ζ) τον χρόνο και την προετοιμασία του χειρουργείου, η) την οργάνωση της μεταφοράς οργάνων και ιατρικών ομάδων και θ) την αναφορά και αποδοχή μοσχευμάτων προς και από τις υπηρεσίες διάθεσης μοσχευμάτων.

3. Διοικητικές και άλλες δραστηριότητες: α) διατήρηση της επικοινωνίας και ενημέρωσης της οικογένειας του δότη για τα αποτελέσματα των εξετάσεων, β) ενημέρωση του Νοσοκομείου του δότη για την εξέλιξη των διαδικασιών δωρεάς οργάνων, γ) ετήσια έκθεση δραστηριοτήτων συντονισμού, δ) συνεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών με άλλους Σ.Μ., ε) έρευνα και αρθρογραφία εργασιών.

4. Εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Ενημέρωση σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων σε άλλους επαγγελματίες υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό

προσωπικό των ΜΕΘ-Ν/Χ και των άλλων τμημάτων των νοσοκομείων καθώς και σε ομάδες πληθυσμού σε συνεργασία με κοινωνικούς φορείς. Η ενημέρωση αφορά: α) τις ανάγκες της χώρας σε μοσχεύματα, β) τις τρέχουσες μεθόδους θεραπείας των παθήσεων από τις ανεπάρκειες των οργάνων, γ) τα ενεργητικά αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων στο λήπτη, δ) το κοινωνικό-οικονομικό όφελος για την πολιτεία και την κοινωνία γενικότερα, ε) τα ποσοστά επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων, στ) την παρουσίαση των κανόνων και των πρωτοκόλλων για την έγκαιρη αναγνώριση δυνητικών δότην, την αναγνωρισμένη νομικά διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, τις απαιτούμενες πληροφορίες για την αξιολόγηση της λειτουργίας των οργάνων, την φροντίδα για τον δότη και τις χειρουργικές τεχνικές αφαίρεσης των οργάνων.

Η μεγάλη ποικιλία των δραστηριοτήτων των Σ.Μ. καθορίζει και τη σημασία του ρόλου τους για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων.

- Η σωστή οργάνωση της λίστας αναμονής των υποψηφίων ληπτών είναι το πρώτο βήμα για την εκτίμηση των αναγκών και την ετοιμότητα των ασθενών για μεταμόσχευση.
- Η σωστή ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας επιδρά άμεσα στην επιτυχία των προγραμμάτων μεταμοσχεύσεων. Το κοινό εξοικειώνεται με την ιδέα της δωρεάς οργάνων και την αποδέχεται σε περίπτωση ενός τραγικού και αναπάντεχου θανάτου και οι γιατροί, νοσηλευτές κινητοποιούνται ευκολότερα στις διαδικασίες.
- Η συστηματική συνεργασία του Σ.Μ. με νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό εξασφαλίζει την αποδοτικότερη λειτουργία του όλου συστήματος. Με την ενημέρωση για τα κριτήρια αναγνώρισης και υποστήριξης ενός δυνητικού δότη οργάνων, για την ροή των διαδικασιών του συντονισμού σε κάθε στάδιο, για την προσέγγιση των συγγενών, αίρεται η παρατηρούμενη απροθυμία του προσωπικού να εμπλακεί στις διαδικασίες λόγω άγνοιας ή φόρτου εργασίας.
- Η καθιέρωση του Σ.Μ. ως πρόσωπο αναφοράς διευκολύνει τις επικοινωνίες και την ροή των διαδικασιών στους απαιτούμενους χρονικούς περιορισμούς διεκπεραίωσης όλων των σταδίων του συντονισμού μεταξύ των εμπλεκόμενων ατόμων και ομάδων. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η άσκηση του ρόλου του Σ.Μ. στις περιπτώσεις των Δοτών Πολλαπλών Οργάνων όπου η περιπλοκότητα του περιστατικού με την συνύπαρξη ταυτόχρονα πολλών ιατρικών ομάδων σε διαφορετικές αποστάσεις από το Νοσοκομείο του δότη, καθώς και με τον απαιτούμενο ελάχιστο χρόνο μεταφοράς

ιατρικών ομάδων και μοσχευμάτων, απαιτεί την αποτελεσματική παρέμβαση του έτσι ώστε να ωφεληθούν όσο το δυνατόν περισσότεροι ασθενείς από ένα δότη.

### **3.2. Οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα**

Στη χώρα μας η ανάγκη για την ύπαρξη συντονιστών μεταμόσχευσης είχε προσδιορισθεί από το 1984 με την Υπουργική Απόφαση περί όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας των Μονάδων Μεταμόσχευσης (Α3β /2445/8-6-84, Αρθρ. 2, ΦΕΚ 415, τ. Β' 22.6.84), οι οποίοι θ' ανήκαν και θα λειτουργούσαν στα πλαίσια των Μεταμοσχευτικών Κέντρων.

Το θέμα επανέρχεται τρία χρόνια αργότερα από την ΥΣΕ στην ετήσια έκθεση του 1987. Όμως στην περίπτωση αυτή εισάγεται νέα αντίληψη για τον Σ.Μ. Η ΥΣΕ θεωρεί τους Σ.Μ. κατανεμημένους χωροταξικά στο γεωγραφικό χώρο της Ελλάδας, και ν' ανήκουν στην ΥΣΕ όχι στα Μεταμοσχευτικά Κέντρα. Το δίκτυο αυτό των συντονιστών σε Εθνικό Επίπεδο σε πρώτη φάση προβλεπόταν να λειτουργήσει, στα μεγάλα περιφερειακά Νοσοκομεία της επαρχίας και κυρίως όπου υπάρχουν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Το έργο τους θα ήταν η ανεύρεση-αναγνώριση δυνητικών δοτών, η υποστήριξη και διεκπεραίωση των διαδικασιών συντονισμού σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο.

Επίσης στο τομέα της ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης τόσο του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας (Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας, Νομαρχίες κ.α.) όσο και της κοινής γνώμης του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης των, το έργο τους θα ήταν αποφασιστικής σημασίας για την προαγωγή των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας.

Το 1991 στην υπουργική απόφαση περί του καθορισμού όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας των Μονάδων Μεταμόσχευσης, αναφέρεται επίσης η ανάγκη ύπαρξης συντονιστών τόσο στα Μεταμοσχευτικά Κέντρα, όσο και σε δίκτυο συντονιστών της ΥΣΕ στις Υγειονομικές περιφέρειες (Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ιωάννινα, Ηράκλειο, Καβάλα, Λάρισα).

Συντονιστές μπορεί να είναι ειδικά εκπαιδευμένοι ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτες.

Το φθινόπωρο του '91, άρχισε δμηνη εκπαίδευση νοσηλευτριών στο έργο του Συντονιστή από την ΥΣΕ, προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες του συντονιστή Μονάδας Μεταμόσχευσης και συνεχίζεται έως και σήμερα.



Σήμερα, εκτός από τους Συντονιστές της Κεντρικής Υπηρεσίας στην Αθήνα υπάρχουν 2 συντονίστριες σε αντίστοιχα Μεταμοσχευτικά Κέντρα (υπολείπονται ακόμα από 2 Μεταμοσχευτικά Κέντρα) και στη Θεσ/νίκη 4 συντονίστριες στα 2 λειτουργούντα Μεταμοσχευτικά Κέντρα.

Επίσης 3 ακόμα συντονίστριες οι οποίες θα στελεχώσουν την περιφερειακή Υπηρεσία της ΥΣΕ στη Θεσ/νίκη, όπως προβλέπεται από την παραπάνω απόφαση.

Τον Ιούλιο του 1993 με απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) προσδιορίζεται το έργο των Συντονιστών Μεταμόσχευσης: Αύξηση των προσφερομένων για μεταμόσχευση οργάνων ταχεία αναφορά και διάθεση των μοσχευμάτων, κατάρτιση πρωτοκόλλων για τον συντονισμό των μεταμοσχεύσεων, υποστήριξη στις οικογένειες των δοτών, παρακολούθηση των ληπτών, σχεδίαση και οργάνωση προγραμμάτων μεταμοσχεύσεων σύμφωνα με τις ανάγκες της χώρας σε μοσχεύματα.

Οι Συντονιστές διακρίνονται σε Συντονιστές Προμήθευσης οργάνων (Procurement Transplant Coordinator) και σε Κλινικούς Συντονιστές (Clinical Transplant Coordinator).

Έργο των Συντονιστών Προμήθευσης Οργάνων είναι:

α) η προαγωγή της δωρεάς οργάνων μέσα από την ευαισθητοποίηση του Κοινού και των επαγγελματιών υγείας σε θέματα μεταμοσχεύσεως καθώς και με την κατάρτιση και εφαρμογή προγραμμάτων δωρεάς οργάνων στα Νοσοκομεία.

β) η διεκπεραίωση όλων των διαδικασιών που απαιτούνται για την αναγνώριση και τον έλεγχο των δυνητικών δοτών, την προσέγγιση των συγγενών τους, την αφαίρεση και την διάθεση των μοσχευμάτων.

Ο Κλινικός Συντονιστής ασχολείται κυρίως με τον λήπτη ή και τους ζώντες συγγενείς δότες, την ενημέρωση του για την διαδικασία της μεταμόσχευσης, την μετεγχειρητική παρακολούθηση του, την ενημέρωση του κοινού και την επαγγελματιών υγείας.

Ο «Συντονιστής Προμήθευσης Οργάνων» λειτουργεί στο επίπεδο της Μονάδας όπου ευρίσκεται ο δυνητικός δότης (ΜΕΘ-N/X), ενώ ο «Κλινικός Συντονιστής» στο επίπεδο του Μεταμοσχευτικού Κέντρου.

Σε σχέση με το Εθνικό Δίκτυο της υπηρεσίας οι Συντονιστές διακρίνονται σε: α) Κεντρικούς Συντονιστές που εργάζονται στη Κεντρική Υπηρεσία, β) Περιφερειακούς Συντονιστές, που καλύπτουν μεγάλες Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας και εργάζονται σε παρτηρήματα της Υ.Σ.Ε., τα οποία δεν έχουν αρχίσει ακόμα να λειτουργούν, γ) Τοπικούς Συντονιστές που εργάζονται στα Μεταμοσχευτικά Κέντρα

(Μ/Κ). Κάθε Μ.Κ. θα απασχολεί 2-3 Συντονιστές υποχρεωτικά, οι οποίοι θα υπάγονται στην Υ.Σ.Ε. Από τους Συντονιστές αυτούς ο ένας τουλάχιστον θα είναι κλινικός Συντονιστής.

Ο χώρος εργασίας των Συντονιστών είναι: α) Η Μονάδα που ευρίσκεται ο δότης, β) Το Μεταμοσχευτικό Κέντρο, γ) Το Τμήμα που νοσηλεύεται ο λήπτης (Νεφρολογικό, Ηπατολογικό, Καρδιολογικό) και δ) Στις περιπτώσεις Περιφερειακών και Κεντρικών Συντονιστών οι αντίστοιχες υπηρεσίες.

Πέραν του κανονικού τους ωραρίου εργασίας οι Συντονιστές ευρίσκονται σε συνεχή 24ωρη ετοιμότητα. Στη συνέχεια της γνωμοδότησης του ΚΕ.Σ.Υ. προσδιορίζονται τα προσόντα και οι προϋποθέσεις προαγωγής των Συντονιστών Μεταμόσχευσης.

Προτείνεται επίσης η θέσπιση Συμβουλίου Συντονιστών Μεταμόσχευσης.

Οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων σύμφωνα με το άρθρο 5 του νόμου 2737 προσφέρουν υπηρεσίες για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποβοηθούν τον μεταμοσχευτικό έργο. Οι θέσεις των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων συνιστώνται στον Ε.Ο.Μ. και στα παραρτήματα του, όταν αυτά αναπτυχθούν, καθώς και στις μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που συμμετέχουν στη μεταμοσχευτική διαδικασία, οι οποίες καλύπτονται από πτυχιούχους επαγγελματιών υγείας (Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι.) μετά αφού εξειδίκευση στο αντικείμενο του συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Η αμοιβή των συντονιστών μεταμοσχεύσεων γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν 2470.1997 (ΦΕΚ 40/Α). Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται τα προσόντα και τα καθήκοντα των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Στην με το νόμο 2737/1999 περί "Μεταμοσχεύσεων ιστών και οργάνων" και το Προεδρικό Διάταγμα Υπ. Αριθμ.93/2002 περί "συντονιστών μεταμοσχεύσεων" Άρθρο 2 γίνεται διαχωρισμός των Συντονιστών Μεταμόσχευσης σε:

- 1.Κεντρικούς Συντονιστές
- 2.Κλινικούς Συντονιστές
- 3.Τοπικούς Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων

### **3.3. Κεντρικοί, Κλινικοί και Τοπικοί συντονιστές μεταμοσχεύσεων**

#### **A. Κεντρικός Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων (Π.Σ.Μ.)**

Τα καθήκοντα των κεντρικών συντονιστών Μεταμοσχεύσεων όπως αναφέρονται στο Προεδρικό Διάταγμα έχουν ως εξής:

Οι κεντρικοί συντονιστές υπηρετούν στην έδρα του ΕΟΜ

- Συνεργάζονται με τις λοιπές κατηγορίες συντονιστών μεταμοσχεύσεων για την κοινή προώθηση και εφαρμογή του Εθνικού Μεταμοσχευτικού Προγράμματος, όπως αυτά καταρτίζεται από το Δ.Σ. του ΕΟΜ.
- Φροντίζουν για τον επιτυχή συντονισμό και της εκάστοτε Μεταμοσχευτικής Διαδικασίας συμπεριλαμβανομένης και της κατανομής των προσφερομένων μοσχευμάτων.
- Ασχολούνται και συμμετέχουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με την προώθηση και τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς ιστών και οργάνων συμπεριλαμβανομένων και των οργανώσεων εκδηλώσεων με τους εμπλεκόμενους φορείς.

#### **B. Κλινικός Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων (Κ.Σ.Μ.)**

Οι κλινικοί Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων υπηρετούν αποκλειστικά σε μονάδες μεταμοσχεύσεων ιστών, οργάνων και μυελού των οστών. Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα υπάρχουν 11 κλινικοί συντονιστές, συνήθως 2 ανά Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, Γ.Ν.Α "Λαϊκό", Γ.Ν.Θ "Ιπποκράτειο", Γ.Ν.Α "Ευαγγελισμός", Π.Γ.Ν Πάτρας με εξαίρεση το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο που έχει 3.

Καθήκοντα:

- Ασχολούνται με τη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των ιατρείων των μονάδων μεταμοσχεύσεων ιστών, οργάνων και μυελού των οστών συνεργαζόμενοι με τους ιατρού στη συμπλήρωση των προμεταμοσχευτικών ελέγχων ασθενών υποψηφίων ληπτών μοσχεύματος.
- Ασχολούνται με την παρακολούθηση της προ κατά και μετά τη μεταμόσχευση παροχής φροντίδας σε υποψήφιους λήπτες μοσχεύματος.
- Ασχολούνται και συμμετέχουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικά με τη διάδοση



της ιδέας της δωρεάς ιστών και των οργάνων και μυελού των οστών προς μεταμόσχευση.

- Συμμετέχουν στις ομάδες λήψης οργάνων και μυελού των οστών.

## **B. Τοπικός Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων (Τ.Σ.)**

Σύμφωνα με τις οδηγίες Rec (2005)11 της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων του Συμβουλίου της Ευρώπης θα πρέπει να οριστεί σε κάθε νοσοκομείο που διαθέτει Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ένας επαγγελματίας υγείας, υπεύθυνος για την αναγνώριση των δυνητικών δότην. Ο επαγγελματίας αυτός θα διαθέτει την κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία στο θέμα της δωρεάς οργάνων.

Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων: Είναι ο πολυδύναμος επαγγελματίας υγείας που αποτελεί το πρόσωπο ενδιάμεσων επαφών στα διάφορα στάδια δωρεάς οργάνων. Ο ρόλος του είναι καταλυτικός και καθοριστικός στην έκβαση στη μεταμοσχευτική διαδικασία.

Ο Τοπικός Συντονιστή μεταμοσχεύσεων είναι το πρόσωπο επικοινωνίας από πλευράς του νοσηλευτικού ιδρύματος με τον Ε.Ο.Μ. στην αναφορά δυνητικού δότη και συντονισμού της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Σε συνεργασία με τους Διοικητές των νοσοκομείων ορίζονται 55 Τοπικοί Συντονιστές σε 45 ΜΕΘ Νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Οι τοπικοί συντονιστές είναι επαγγελματίες υγείας (ιατροί-νοσηλευτές)

Ο ρόλος του Τοπικού Συντονιστή είναι πρωταρχικός για την εύρυθμη διεκπεραίωση των διαδικασιών συντονισμού αφαίρεσης, επιτρέποντας έτσι με τον πιο κατάλληλο τρόπο μια επιτυχή μεταμόσχευση στη συνέχεια. Ο τοπικός συντονιστής είναι συνδεδεμένος μ' ένα Νοσοκομείο, μια πόλη, ένα τμήμα μιας περιοχής και εργάζεται υπό την ευθύνη του Περιφερειακού Συντονιστή. Είναι επομένως πολύ διαφορετικός ο ρόλος του από τον ρόλο του Συντονιστή ενός Μεταμοσχευτικού Κέντρου. Ο ειδικός ρόλος του Τοπικού Συντονιστή απαιτεί την ανεξαρτησία του από τις διάφορες μονάδες μεταμοσχεύσεων και δεν θα πρέπει να συγγέονται οι λειτουργίες μεταξύ των δύο αυτών μορφών συντονιστή.

Ο ρόλος του Τοπικού Συντονιστή αφορά αποκλειστικά τον δότη. Εφ' όσον στο Νοσοκομείο, την πόλη, ή το τμήμα της περιοχής στο οποίο ανήκει, του ανακοινώνεται ένας εγκεφαλικός θάνατος, ο Τοπικός Συντονιστής έχει άμεση σχέση συνεργασίας με τον

γιατρό των ΜΕΘ-N/X για την κανονικοποίηση όλων των σχετικών διαδικασιών μέχρι και το χειρουργείο της αφαίρεσης. Έτσι μ' αυτό τον τρόπο είναι σε θέση να πιστοποιείται ότι όλες οι απαιτούμενες ενέργειες γίνονται σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διατάξεις των διοικητικών αποφάσεων (συμπεριλαμβανομένης και της αναζήτησης περί ύπαρξης τυχόν άρνησης του δυνητικού δότη και της προσέγγισης των συγγενών του). Η προσέγγιση και η υποστήριξη της οικογένειας του δότη από τον Τοπικό Συντονιστή είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντική. Ο τοπικός Συντονιστής επίσης πρέπει να διασφαλίσει ότι σε περίπτωση ιατρονομικών προβλημάτων όλα έχουν γίνει σύμφωνα με τους κανόνες και τις διατάξεις οι οποίες δεν εμποδίζουν τελικά τις αφαιρέσεις, θα επαληθεύσει ακόμα ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν επιτρέπουν την μετάδοση ασθενειών από τον δότη. Τέλος σε άμεση συνεργασία με τον γιατρό της ΜΕΘ-N/X θα εξετάσει κατ' αρχήν την καταλληλότητα των διαφόρων οργάνων και την δυνατότητα της μεταμόσχευσης τους. Εάν όλες οι διοικητικές προϋποθέσεις τηρούνται, επιτρέποντας την αφαίρεση οργάνων, έρχεται σε επαφή με το Περιφερειακό Τμήμα για ν' αναφέρει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και ιδιαίτερα το ύψος, το βάρος, την ομάδα αίματος, τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, τα όργανα τα οποία μπορούν να αφαιρεθούν και μεταξύ αυτών ποια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τις τοπικές ομάδες μεταμοσχεύσεως. Ο ρόλος του δεν είναι αυτός της διανομής των οργάνων. Αυτή η λειτουργία ανήκει αποκλειστικά στον Περιφερειακό Συντονιστή που θα του υποδείξει τις ομάδες και τους ασθενείς που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από τα αφαιρούμενα όργανα.

Κάτοχος αυτών των πληροφοριών ο Τοπικός Συντονιστής θα έλθει σ' επαφή με τις διάφορες ομάδες προκειμένου να οργανώσει τις ώρες, τη μεταφορά και γενικά να διευκολύνει τον μεταξύ τους συντονισμό. Σ' αυτόν εναπόκειται επίσης να προετοιμάσει το χειρουργείο, να προετοιμάσει και να υποδεχθεί τις ομάδες. Μετά την αφαίρεση των οργάνων φροντίζει για την παράδοση του σώματος, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις περί μη παραμόρφωσης του, εκφράζοντας έτσι τον προσήκοντα σεβασμό της Πολιτείας προς τον ίδιο τον δότη και την οικογένειά του.

Επίσης ενημερώνει το Περιφερειακό Τμήμα Συντονισμού με τις τρέχουσες πληροφορίες κατά την διάρκεια της αφαίρεσης, παρατηρήσεις, προβλήματα που ανακύπτουν κάθε φορά, προκειμένου να βελτιώνεται αυτή η ουσιαστική πράξη της αφαίρεσης.

Εάν λάβουμε επίσης υπόψη ότι ο Τοπικός Συντονιστής ενημερώνεται πολύ συχνά από τις ομάδες αφαίρεσης και μεταμόσχευσης για τις τρέχουσες ανάγκες, τον ρόλο του στην ενημέρωση των συγγενών, του κοινού, των γιατρών, θα του αναγνωρίσουμε ότι



πρόκειται για τον άνθρωπο-κλειδί της μεγάλης αυτής ανθρώπινης αλυσίδας των μεταμοσχεύσεων.

Τα καθήκοντά τους ορίστηκαν από τον E.O.M. ως κάτωθι:

1. Κύριο και πρωταρχικό καθήκον του τοπικού συντονιστή είναι η αναζήτηση του δυνητικού δότη.
2. Κάθε βαθιά εγκεφαλική βλάβη πιθανότητα εγκεφαλικού θανάτου αντιμετωπίζεται ως δυνητικός δότης οργάνων.
3. Φροντίζουμε για λήψη εργαστηριακών εξετάσεων σύμφωνα με το φύλλο του δότη.
4. Φροντίζουμε για την πραγματοποίηση της πρώτης δοκιμασίας διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου 24 ώρες μετά τη διακοπή της καταστολής.
5. Σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό ενημερώνουμε την οικογένεια για τα αποτελέσματα της πρώτης διάγνωσης εγκεφαλικού θάνατο, ότι θα επακολουθήσει η δεύτερη μετά από 8-12 ώρες (αυτό το κρίνει η ομάδα των γιατρών που τα πραγματοποιεί) και τονίζουμε ότι η βλάβη είναι μη αναστρέψιμη. Πρέπει να βεβαιωθούμε ότι οι συγγενείς το κατανοούν και απαντάμε στις ερωτήσεις τους με υπομονή ακόμη και αν τις θεωρούμε περιττές.
6. Επαναλαμβάνουμε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο το συντομότερο δυνατόν. Σε συνεργασία με την ομάδα των γιατρών που πιστοποιεί τον εγκεφαλικό θάνατο πραγματοποιείται η δεύτερη δοκιμασία διαπίστωσης εγκεφαλικού θανάτου.
7. Ενημερώνει ο θεράπων ιατρός την οικογένεια για τα αποτελέσματα. Πρέπει να είμαστε σίγουροι ότι έχουν κατανοήσει για το μη αναστρέψιμο της κατάστασης. Περιμένουμε να το κατανοήσουν. Τότε κάνουμε την πρώτη πρόταση για τη δωρεά και τους αφήνουμε να το σκεφτούν εξηγώντας τους ότι τα χρονικά περιθώρια δεν είναι δεν είναι πολύ μεγάλα.
8. Από τη στιγμή της εισαγωγής του δυνητικού δότη στη Μ.Ε.Θ., Ο τοπικός συντονιστής σε συνεργασία με τους γιατρούς της Μ.Ε.Θ., φροντίζει να είναι αιμοδυναμικός σταθερός, να καλύπτεται με αντιβίωση, να είναι τα μάτια κλειστά και να μπαίνει κάποιο κολλύριο ή οφθαλμολογική αλοιφή για να προστατεύονται οι κερατοειδείς. Οι κερατοειδείς μπορεί να αφαιρεθούν από οποιοδήποτε νεκρό μέχρι 75 ετών χωρίς ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη και λοιμώδους νοσήματος, αρκεί να υπάρχει ορός αίματος για να γίνει ιολογικός έλεγχος, πιστοποιητικό θανάτου και συναίνεση συγγενών.
9. Φροντίζουμε για τη λήψη και αποστολή δειγμάτων αίματος για την HLA τυποποίηση.



10. Όσο χρόνο χρειαστεί ο δότης να παραμείνει στη μονάδα μέχρι την έναρξη αυτού χειρουργείου προσπαθούμε να μην επιβαρύνουμε το υπόλοιπο προσωπικό σε ό,τι αφορά στο δότη.
11. Απαντάμε στα τηλέφωνα που προέρχονται από Μονάδες Μεταμόσχευσης. Σε περίπτωση που θα ζητηθεί κάποια επιπλέον εξέταση, εξετάσουμε το ενδεχόμενο της πραγματοποίησης και απαντάμε ανάλογα.
12. Ενημερώνουμε τους συγγενείς για το στάδιο της διαδικασίας που βρισκόμαστε, αν και τον ιδανικότερο τόσο για το έργο του τοπικού συντονιστή όσο και για τους ίδιους είναι να τους εξηγηθεί ότι μέχρι την ώρα του χειρουργείου ο χρόνος αναμονής είναι δύσκολος και μεγάλος και θα ήταν πολύ καλλίτερο γι' αυτούς να πάνε στο σπίτι τους να ξεκουραστούν και ότι θα ειδοποιηθούν να προσέλθουν στο Νοσοκομείο τη χρονική στιγμή που εκείνοι θα υποδείξουν .
13. Σε καθένα από τα παραπάνω στάδια συνεργάτης μας είναι ο κεντρικός συντονιστής του Ε.Ο.Μ. ο οποίος πρέπει να ενημερώνεται σε κάθε στάδιο της μεταμοσχευτικής διαδικασίας και είναι υποχρεωμένος να παρέχει αυτή τη βοήθεια του όταν του ζητείται.
14. Όταν ενημερωθούμε από τον Ε.Ο.Μ. για την ώρα χειρουργείου, ενημερώνουμε το προσωπικό του χειρουργείου για την ώρα αλλά και για το ποια όργανα θα αφαιρεθούν, ποιες ομάδες χειρουργών θα έρθουν και από πού.
15. Οδηγούμε το δότη στο χειρουργείο και δίνουμε στους κλινικούς συντονιστές ή στους χειρουργούς μεταμόσχευσης τις πληροφορίες που πιθανώς θα ζητηθούν.
16. Δεν κοινοποιούμε σε κανένα τα προσωπικά στοιχεία του δότη και κυρίως στα ΜΜΕ. Σεβόμαστε την ανωνυμία και τηρούμε τις σχετικές διατάξεις του νομού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

#### 4.1. Εισαγωγή

Είναι γνωστό ότι η προώθηση των πτωματικών μεταμοσχεύσεων σε μια χώρα καθώς και η βελτίωση των αποτελεσμάτων επιβίωσης των μοσχευμάτων εξαρτάται από την όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη οργάνωση ενός εθνικού συστήματος μεταμοσχεύσεων.

Είναι επίσης γνωστό ότι το σύνολο των διαδικασιών συντονισμού αφαίρεσης και διάθεσης οργάνων, αποτελείται από ένα ισχυρό σύστημα ανθρωπίνων πράξεων και αλληλοεπιδρώνων ενεργειών. Κάθε στάδιο αυτής της διαδικασίας παρουσιάζει τα δικά του ειδικά προβλήματα τα οποία είναι: αναγνώριση-υποστήριξη ενός δυνητικού δότη οργάνων, συζητήσεις με την οικογένεια του δότη, συμμετοχή στις διαδικασίες του ιατρικού συντονισμού και νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου όπου ευρίσκεται ο δότης, αποφασιστική συμμετοχή των ιατρικών ομάδων αφαίρεσης και μεταμόσχευσης οργάνων Εργαστηρίων Ιστοσυμβατότητας, των Υπηρεσιών Συντονισμού και τέλος των υποψηφίων ληπτών των προσφερομένων μοσχευμάτων. Πολλοί άνθρωποι εμπλέκονται σε κάθε στάδιο ροής αυτών των διαδικασιών και κάθε συνδετικός κρίκος αυτής της ανθρώπινης αλυσίδας πρέπει να λειτουργεί

Τα κέντρα και οι ομάδες αυτές είναι:

1. Οι ΜΕΘ-Μ/Χ στις οποίες ευρίσκονται ως επί το πλείστον οι δυνητικοί δότες οργάνων, αποτελούν τον πρώτο κρίσιμο κόμβο του όλου συστήματος καθ' όσον σ' αυτές τις Μονάδες λαμβάνει χώρα η αναγνώριση-υποστήριξη του δότη και η προσέγγιση των συγγενών του.
2. Οι Μονάδες αφαίρεσης μεταμόσχευσης οργάνων υπεύθυνες για την έγκαιρη λήψη και αξιοποίηση των προσφερομένων μοσχευμάτων, αποτελούν τον δεύτερο κρίσιμο κόμβο του όλου συστήματος.
3. Τα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας υπεύθυνα για την τυποποίηση των HLA αντιγόνων, την τελική διασταύρωση δότη-λήπτη (Cross-match) και τον γενικότερο

ανοσολογικό τους έλεγχο.

4. Οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων, που αποτελούν τον συνδυαστικό κρίκο μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων ομάδων. Ο θεσμός αυτός καθιερώθηκε από τα τέλη της 10ετίας του 70, αποσκοπώντας στη καθιέρωση ενδιάμεσων δομών μέσα στο όλο σύστημα της «Δωρεάς οργάνων για Μεταμόσχευση». Από τα πρώτα κι' όλες χρόνια εφαρμογής του θεσμού αυτού παρατηρήθηκε σημαντική πρόοδος των μεταμοσχεύσεων τόσο αριθμητική όσο και ποιοτική.

5. Το Εθνικό Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας, το οποίο έχει την ευθύνη για τον ποιοτικό έλεγχο των εκτελουμένων εξετάσεων με τη χρησιμοποίηση κοινών τεχνικών.

6. Την Εθνική Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων η οποία λειτουργεί σε 24ωρη βάση και αποτελεί το Κέντρο συντονισμού σε κάθε χώρα για την διεκπεραίωση όλων των σχετικών διαδικασιών αφαίρεσης και διάθεσης των οργάνων στους καταλληλότερους λήπτες-ασθενείς της χώρας ή εφόσον δεν υπάρχουν κατάλληλοι λήπτες, στους ασθενείς άλλων χωρών, σε συνεργασία με τις αντίστοιχες Υπηρεσίες των χωρών αυτών.

#### **4.2. Που βρίσκονται οι δότες οργάνων;**

Οι δυνητικοί δότες οργάνων βρίσκονται σε Ειδικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, σε Νευροχειρουργικές Κλινικές, Μονάδες Ανάλυσης, Καρδιολογικές Μονάδες ή άλλα τμήματα, όπου τους παρέχεται αναπνευστική υποστήριξη.

Ειδικά για κερατοειδείς, καρδιακές βαλβίδες και άλλους ιστούς, οι δότες μπορεί να νοσηλεύονται και σε άλλα νοσοκομειακά τμήματα ή και να έχουν πεθάνει εκτός Νοσοκομείου. Η αφαίρεση τους μπορεί να γίνει μέχρι και 6 ώρες μετά την επέλευση του θανάτου. Οι Ειδικές Μονάδες και τα τμήματα αυτά έχουν την υλικοτεχνική και επιστημονική υποδομή σε μηχανήματα και προσωπικό για την τεχνική υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας των εγκεφαλικά νεκρών ατόμων.

Με την διάγνωση και πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου από την τριμελή ιατρική ομάδα (ένας αναισθησιολόγος, ένας νευροχειρουργός ή νευρολόγος και ο θεράπων γιατρός), η οποία σημειώτεον δεν έχει σχέση με τις ιατρικές ομάδες μεταμοσχεύσεων, ο εγκεφαλικά νεκρός θεωρείται δυνητικός δότης οργάνων και η ΜΕΘ-Ν/Χ υποχρεούται να ενημερώσει άμεσα την Υ.Σ.Ε.

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία (Ν.1383/83) με την επέλευση του θανάτου



η αφαίρεση ιστών και οργάνων μπορεί να γίνει και όταν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων, εκτός από τον εγκέφαλο, διατηρούνται με τεχνητά μέσα.

Η ευαισθητοποίηση και η ενεργός συμμετοχή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας όπως και των άλλων ειδικών μονάδων είναι αποφασιστικής σημασίας και αποτελεί πρωταρχική προϋπόθεση για την επιτυχή καθιέρωση ενός εθνικού προγράμματος Μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας.

Από τις αρχές του 1986 (Α2γ/οικ. 620/6-2-86, και Α2γ/1488/31-3-86) η ευαισθητοποίηση του προσωπικού των ΜΕΘ-N/X είναι το θέμα μιας σειράς υπουργικών αποφάσεων, εκφράζοντας το ενδιαφέρον της Πολιτείας.

Οι επισκέψεις κλιμακίου της ΥΣΕ σε συνεργασία με τις Μονάδες Μεταμοσχεύσεων αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Οι επισκέψεις αφορούν όλες τις ΜΕΘ-N/X του Λεκανοπεδίου Αττικής και της Θεσ/νίκης.

Περιλαμβάνουν ομιλίες προς το ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων προκειμένου να ενημερωθούν σχετικά με τις ανάγκες της χώρας σε μοσχεύματα, τις δυνατότητες αναφοράς - αναγνώρισης - υποστήριξης - καταλληλότητας ενός δυνητικού δότη οργάνων, την οργάνωση των διαδικασιών συντονισμού αφαίρεσης, την προσέγγιση των συγγενών, το νομοθετικό πλαίσιο των αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων ιστών και οργάνων, την αντιμετώπιση τυχόν ιατρονομικών προβλημάτων.

Η πλήρης αναφορά των δυνητικών δοτών από τις ΜΕΘ-N/X στην ΥΣΕ ήταν το θέμα μιας άλλης υπουργικής απόφασης (Α2γ/οικ. 4788/7-12-87) η οποία: ήλθε να επιστεγάσει τις πρωτοβουλίες και προσπάθειες της ΥΣΕ για την ευαισθητοποίηση του προσωπικού των ΜΕΘ-N/X.

Η ενημέρωση όλου του προσωπικού των Νοσοκομείων για τις διαδικασίες συντονισμού των μεταμοσχεύσεων όπως και η έγκαιρη ενημέρωση της ΥΣΕ, στην περίπτωση όπου εκφράζεται η επιθυμία δωρεάς οργάνων, προκειμένου να διεκπεραιώνεται ο συντονισμός λήψης και αξιοποίησης των προσφερομένων πτωματικών μοσχευμάτων, ήταν το θέμα τριών ακόμη υπουργικών αποφάσεων (Α2γ/οικ. 1627/4-4-90, Α2γ/οικ. 874/19-2-90, και Α3β/οικ. 13038/20-8-90), οι οποίες απευθύνονται προς όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας.

### **4.3. Αναγνώριση δυνητικών δοτών οργάνων**

Οι δυνητικοί δότες νεφρών, καρδιάς, ήπατος, πνευμόνων, παγκρέατος είναι

εγκεφαλικά νεκρά άτομα, που βρίσκονται σε αναπνευστήρα και συνηθέστερη αίτια θανάτου τους είναι:

- α. Κρανιοεγκεφαλικός τραυματισμός (ατύχημα-αυτοκτονία).
- β. Υπαραχνοειδής αιμορραγία.
- γ. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- δ. Πρωτοπαθής όγκος εγκεφάλου.
- ε. Ανοξία (οφειλόμενη σε καρδιακή ανακοπή ή ανεπάρκεια, λήψη φαρμάκων, πνιγμός) με μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη.

Για κερατοειδείς, καρδιακές βαλβίδες, δέρμα, οστά ή άλλους ιστούς δεν απαιτείται διατήρηση της κυκλοφορίας και δυνητικοί δότες μπορεί να είναι θανόντες και από άλλες αιτίες θανάτου.

Γενικά κριτήρια επιλογής δοτών οργάνων είναι:

- ηλικία μέχρι 75 χρόνων
- γνωστή αιτία θανάτου
- εγκεφαλικός θάνατος (όχι απαραίτητος για δότες ιστών)
- όχι λοιμώδες νόσημα
- όχι σηψαιμία
- όχι σοβαρή αρτηριοσκληρυνση
- όχι κακοήθες νόσημα (εκτός από πρωτοπαθή όγκο εγκεφάλου)
- όχι τραυματισμός ή φλεγμονή των οργάνων που θ' αφαιρεθούν για μεταμόσχευση
- αρνητικό αντιγόνο για ηπατίτιδα Β και αρνητικά αντισώματα για AIDS
- Ειδικά κριτήρια καταλληλότητας οργάνων και ιστών είναι για :
- τους νεφρούς : ηλικία μέχρι 70 χρονών, όχι ιστορικό νεφροπάθειας, καλή νεφρική λειτουργία και ικανοποιητική διούρηση
- το ήπαρ : ηλικία μέχρι 55 χρόνων, φυσιολογικές δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας, όχι χρήση αλκοόλ.
- το πάγκρεας : ηλικία μέχρι 50 χρόνων, φυσιολογική τιμή αμυλάσης, όχι οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη.
- τη καρδιά : ηλικία μέχρι 50 χρονών, φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα, φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα, όχι μακρά περίοδος καρδιακής ανακοπής.
- τους πνεύμονες : ηλικία μέχρι 50 χρόνων, όχι πνευμονικό τραύμα ή φλεγμονή, φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα, φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα, όχι μακρά παραμονή στον αναπνευστήρα, όχι καπνιστής.

## **Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

- τους κερατοειδείς : ηλικία από 5 μέχρι 75 χρονών, όχι ιστορικό ενδοφθάλμιας επέμβασης ή νόσου
- τις καρδιακές βαλβίδες : ηλικίας μέχρι 60 χρόνων, όχι ιστορικό βαλβιδοπάθειας.
- τα οστικά μοσχεύματα (οστά, περιτονίες, σύνδεσμος): ηλικίας από 10-75 χρονών, όχι βαριά μεταβολικά νοσήματα, όχι ανοικτό τραύμα. Η τελική εκτίμηση για την ηλικία γίνεται από τους ιατρούς των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων.

### **4.4. Συντονισμός αφαίρεσης μοσχευμάτων από δότες πολλαπλών οργάνων (Δ.Π.Ο.)**

#### **Τα προκαταρκτικά στάδια**

##### **Άμεσα**

Η Μονάδα εντατικής θεραπείας επικοινωνεί με τον συντονιστή που εφημερεύει για την αναγγελία ύπαρξης εγκεφαλικά νεκρού ατόμου. Ο θεράπων γιατρός του παρουσιάζει τα στοιχεία: όνομα, ηλικία, συνθήκες και ώρα θανάτου, αξιολόγηση ΗΚΓ και όλων των σχετικών πληροφοριών και τη δυνατότητα αφαίρεσης των οργάνων κατά την ενημέρωση των συγγενών.

- Ο συντονιστής διερευνά στην υπερ-επείγουσα λίστα για το ήπαρ, στην περιφερειακή λίστα για καρδιά, πνεύμονες, ήπαρ, πάγκρεας και στην εθνική λίστα για το ήπαρ, εάν υπάρχουν κατάλληλοι δυνητικοί υποψήφιοι λήπτες.
- Φροντίζει για τις εργαστηριακές εξετάσεις (έλεγχος ιών, ιστοσυμβατότητας) ενημερώνοντας για τη φύση και την έκτακτη ανάγκη, προκειμένου να γίνουν γρήγορα οι εξετάσεις ώστε να μην καθυστερήσει η αφαίρεση οργάνων. Δίνει τις τηλεφωνικές του συντεταγμένες όπου θα του μεταβιβαστούν τ' αποτελέσματα.

##### **Στη ΜΕΘ-N/X**

Με την άφιξη του, ο Σ.Μ. έχει μια συζήτηση με τον θεράποντα γιατρό γύρω από τον κλινικό, ακτινολογικό, βιολογικό και ψυχοκοινωνικό φάκελο του δότη. Ο ζητούμενος στόχος είναι η καλή λειτουργία των οργάνων για την αφαίρεση, η οποία εξετάζεται με πάρα πολλές παραμέτρους.



#### 4.4.1. Μελέτη του ιατρικού φακέλου

Ο Συντονιστής θα συμπληρώσει όλο τον ιατρικό φάκελο με τις απαιτούμενες εξετάσεις και τυχόν άλλες συμπληρωματικές.

α) Αιμοδυναμική κατάσταση δότη, η αιμοδυναμική κατάσταση του δότη θα πρέπει να είναι σταθερή, δηλ. αρτηριακή πίεση, ωριαία διούρηση, διούρηση 24ώρου, δοσολογία φαρμάκου, αριθμός μεταγγίσεων, αναζήτηση αντενδείξεων, σοκ.

β) Παρακλινικός έλεγχος,

γ) Εξακρίβωση μη μολυσματικών νόσων,

δ) Απουσία γενικών αντενδείξεων,

ε) Λήψη γαγγλίων και αίματος για τυποποίηση HLA, η οποία θα πρέπει να γίνεται αμέσως στη ΜΕΘ από τον εφημερεύοντα χειρουργό του Νοσοκομείου. Τρία σωληνάρια αίματος για την ομάδα αίματος ABO. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι για κάθε όργανο που αφαιρείται, τα τρία σωληνάρια αίματος θα πρέπει να υπάρχουν και να συνοδεύουν το μόσχευμα.

στ) Σωματομετρικές μετρήσεις.

Ο Σ.Μ. φροντίζει για τον υπολογισμό των σωματομετρικών διαστάσεων: βάρος, ύψος, περιφέρεια κοιλίας και θώρακος, ύψος στέρνου. Το σύνολο αυτών των πληροφοριών θα χρησιμοποιηθούν για την συμπλήρωση των ειδικών εντύπων που θα συνοδεύουν κάθε αφαιρούμενο όργανο και ένα αντίγραφο θα παραμείνει στο φάκελο του δότη για το αρχείο της ΜΕΘ και του Νοσοκομείου.

#### 4.4.2. Διοικητικές διαδικασίες

##### α) Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Ο Σ.Μ. φροντίζει για την ύπαρξη των υποχρεωτικών υπογραφών πάνω στα απαιτούμενα πιστοποιητικά:

1. Διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου,
2. Βεβαίωση της μη μόλυνσης από τον γιατρό της Μονάδας,
3. Πιστοποιητικό θανάτου υπογεγραμμένο κατά την έναρξη του χειρουργείου.

**β) Η ενημέρωση και συναίνεση της οικογένειας**

Σε συμφωνία με τον θεράποντα γιατρό, ο Σ.Μ. αναλαμβάνει την ενημέρωση της οικογένειας και φροντίζει για την ενυπόγραφη συναίνεση των συγγενών πρώτου βαθμού του δότη. Το ίδιο ισχύει και στη περίπτωση ανήλικου ή ανάπηρου όπου απαιτείται η έγγραφη άδεια από τον νόμιμο εκπρόσωπο του.

Με την συναίνεση της οικογένειας διασφαλίζεται η μη ύπαρξη τυχόν αντιθέσεων-αρνήσεων ενώπιον των φιλοσοφικών ή θρησκευτικών-πεποιθήσεων του δότη.

**γ) Διερεύνηση ιατρονομικών περιπτώσεων**

Ο Σ.Μ. θα ενημερώσει τον εισαγγελέα της περιοχής του ατυχήματος, όταν πρόκειται για θάνατο βίαιο ή αιφνίδιο. Σημειώνεται ότι εάν διαπιστωθεί ιατρονομικό πρόβλημα, απαιτείται η ενημέρωση και παρέμβαση ενός ιατροδικαστή.

Η οικογένεια θα ενημερωθεί για την μη άμεση δυνατότητα ενταφιασμού του σώματος στην περίπτωση ιατρονομικού προβλήματος.

Αλληλογραφία θα διεκπεραιωθεί αργότερα για την βεβαίωση της αφαίρεσης των οργάνων.

**4.4.3. Οργάνωση της αφαίρεσης οργάνων**

Μετά την εκτίμηση της δυνατότητας για αφαίρεση πολλαπλών οργάνων, ο Σ.Μ. θα εξασφαλίσει για την λειτουργία του χειρουργείου την ύπαρξη των απαραίτητων μέσων, υλικών (φιάλες αίματος, π.χ. ειδικά εργαλεία) και την παρουσία αναισθησιολόγου και νοσηλευτών, προκειμένου να αποφύγει προβλήματα της τελευταίας στιγμής.

**α) Διανομή μοσχευμάτων σε συνεργασία με το Περιφερειακό Τμήμα και την Εθνική Γραμματεία**

Μετά την ενημέρωση του Περιφερειακού Τμήματος, ο Σ.Μ. θα προτείνει τα όργανα, απευθυνόμενος στις διάφορες ομάδες (καρδιοαναπνευστικές, ηπατικές με προτεραιότητα στις εθνικές υπερεπείγουσες προτεραιότητες) και νεφρικές, σύμφωνα τους κανόνες που έχουν καθιερωθεί.

Για κάθε αφαίρεση η περιφερειακή και εθνική Γραμματεία θα πρέπει να είναι

ενημερωμένη σε πραγματικό χρόνο.

Η πρόταση για τους νεφρούς θα γίνει μετά την τυποποίηση των HLA και συχνά στο τέλος της αφαίρεσης.

### **β) Το χρονοδιάγραμμα**

Σε συνάρτηση με τ' αποτελέσματα των εξετάσεων και το χρόνο άφιξης των ιατρικών ομάδων αφαίρεσης (κατά σειρά νεφρών, ήπατος, καρδιάς, πνευμόνων) ένα χρονοδιάγραμμα καθορίζεται.

### **γ) Οι μεταφορές**

Όταν πρόκειται για αφαιρέσεις πολλαπλών οργάνων από ένα δότη όπου συμμετέχουν πολλές ομάδες και η γεωγραφική απόσταση είναι μεγάλη, ο συγχρονισμός των διαφορετικών χειρουργικών χρόνων απαιτεί μια ακριβή και αποτελεσματική οργάνωση των μεταφορών. Έχοντας υπόψη τα οδικά και μεταφορικά προβλήματα θα ζητήσει από την Τροχαία υποστήριξη για ταχεία μεταφορά.

### **δ) Η αφαίρεση πολλαπλών οργάνων**

Ο ρόλος του Σ.Μ. είναι θεμελιώδης: θα πρέπει να καθιερώσει μία μεθοδολογία εργασίας πολύ εξεζητημένη, προκειμένου να είναι σε θέση να προβλέψει όλα όσα είναι δυνατόν να συμβούν. Συμμετέχει στην αφαίρεση πολλαπλών οργάνων, όπου οι διαδικασίες είναι περίπλοκες και οι οποίες κλιμακώνονται με τον ακόλουθο τρόπο:

- Εξασφάλιση όλου του ειδικού υλικού (π.χ. εξοπλισμός, υγρά συντήρησης) στην περίπτωση που κάποια ομάδα θα ξεχάσει κάτι ή θα καθυστερήσει να φθάσει.
- Εξασφάλιση του συντονισμού μεταξύ των ομάδων αφαίρεσης νεφρών, ήπατος, παγκρέατος, καρδιάς και πνευμόνων. Ο συγχρονισμός είναι το θεμελιώδες στοιχείο προκειμένου να μειωθεί η απώλεια χρόνου και οι κίνδυνοι επιδείνωσης της λειτουργίας των οργάνων.
- Η οργάνωση της άφιξης και αναχώρησης των ομάδων που έρχονται από άλλες περιοχές.
- Ρόλος διασύνδεσης μεταξύ ομάδων αφαίρεσης και ομάδων μεταμόσχευσης.



## **Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

- Ενημέρωση για την καλή πορεία των διαφορετικών χειρουργικών χρόνων μέχρι την αφαίρεση των οργάνων.
- Με την ολοκλήρωση της αφαίρεσης των οργάνων, αυστηρά μέτρα (από τα οποία εξαρτάται η επιτυχία των μεταμοσχεύσεων) λαμβάνονται: ψύξη, συντήρηση και τοποθέτηση των οργάνων σε αποστειρωμένα κουτιά. Ειδικά για τους νεφρούς, σε ξεχωριστό κουτί με σαφή την ένδειξη αριστερός νεφρός και δεξιός νεφρός.
- Προετοιμασία των ειδικών εντύπων που συνοδεύουν τα μοσχεύματα, στα οποία σημειώνεται μεταξύ άλλων και η ώρα κλεισίματος της αορτής.
- Εξασφάλιση τεμαχίων σπλήνας και λεμφαδένα, συντηρημένων σε φυσιολογικό ορό, και τρία σωληνάρια αίματος για κάθε όργανο.
- Πρόβλεψη για την επιστροφή των διαφόρων ομάδων γιατί ο χρόνος ψυχρής ισχαιμίας πρέπει να είναι ο μικρότερος δυνατός και αυτό εξασφαλίζεται από την ώρα άφιξης τους.
- Υπογραφή του εντύπου αφαίρεσης οργάνων για σκοπούς θεραπευτικούς, (μεταμόσχευση) από τον/τους χειρουργούς.
- Σαν εκφραστής των επιθυμιών του δότη και των συγγενών του ο Σ.Μ. είναι ο φύλακας του απαιτούμενου σεβασμού προς αυτούς. Ο Σ.Μ. θα εξασφαλίσει την μετά θάνατο περιποίηση και εμφάνιση του σώματος και μεταφορά του στο νεκροθάλαμο. Ένα φύλλο πιστοποιητικού θανάτου θα συνοδεύσει το σώμα με προορισμό το νεκροταφείο.
- Ο Συντονιστής θα είναι διαθέσιμος για όλα τα μετέπειτα θέματα που αφορούν το νεκροταφείο. Στην περίπτωση αφαίρεσης οστών, θα εξασφαλίσει ότι έχουν αντικατασταθεί από προθέσεις.
- Μία από τις τελευταίες φροντίδες του Σ.Μ. είναι η επιστροφή των συγγενών στο σπίτι μέσα στα νομικά περιθώρια, η διευκόλυνση των διαδικασιών, στις οποίες εμπλέκονται.

### **ε) Αποστολή νεφρικών μοσχευμάτων**

Εάν οι νεφροί έχουν προορισμό κατεύθυνση σε Κέντρα έξω από την περιοχή της αφαίρεσης, τηρούνται οι θεμελιώδεις κανόνες:

- Συνοδεύονται από τα πιστοποιητικά μοσχεύματος συμπληρωμένα
- Επαλήθευση της ύπαρξης τεμαχίων σπληνός, λεμφαδένα και αίματος σε ξεχωριστή

## **Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

συσκευασία από το κουτί, φέροντας το όνομα του δότη

- Προσδιορισμός του Νοσοκομείου -παραλήπτη,
- Έλεγχος παραμέτρων συντήρησης μοσχευμάτων: υγρό, ξηρό πάγο, χρόνος ισχαιμίας.  
Ο Σ.Μ. οργανώνει τη μεταφορά και εξασφαλίζει την άφιξη των μοσχευμάτων σε καλή κατάσταση.

### **4.4.5. Μέσα μεταφοράς**

Χρησιμοποιούμενα μέσα μεταφοράς ανάλογα με τις χιλιομετρικές αποστάσεις μεταξύ τόπου αφαίρεσης και αποστολής οργάνων είναι:

- από 0-200 km: ασθενοφόρο για νεφρούς-ελικόπτερο για καρδιά- ήπαρ
- από 0-500 km: αεροπλάνο απλό (ντακότα κλπ) ή ελικόπτερο.
- από 500 έως και πάνω από 1000 km: αεροπλάνο (*lear jet*)

### **4.4.6. Η συνέχεια μετά την αφαίρεση**

#### **α. Ο δότης: Επιστροφή του σώματος στην οικογένεια**

Η ανθρωπιστική πλευρά του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων δεν σταματά στην ενημέρωση της οικογένειας του. Πρέπει να καλύπτει με ιερότητα και σεβασμό όλες τις διαδικασίες μέχρι, την παράδοση του σώματος στην οικογένεια:

- ευπρεπής παρουσίαση του σώματος εάν αυτή δεν έγινε στο χειρουργείο τα σχετικά έγγραφα και δικαιολογητικά
- διακανονισμός της επιστροφής στο σπίτι

Επίσης θα πρέπει να διασφαλίσει την όσο το δυνατόν καλύτερη διεκπεραίωση μέχρι το νεκροθάλαμο. Όσον αφορά το σημείο αυτό θα πρέπει να γνωρίζει εκ των προτέρων εάν ο νεκροθάλαμος, του Νοσοκομείου όπου ευρίσκεται ο νεκρός θα πρέπει να έχει κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους. Αυτό είναι σημαντικό γιατί έρχονται στιγμές ακόμα και εάν η ενημέρωση έχει γίνει, όπου μόνο λίγοι, οι πιο κοντινοί συγγενείς να

## ***Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων***

γνωρίζουν τα της αφαίρεσης και να μην επιθυμούν να επιβαρύνουν συναισθηματικά τους άλλους συγγενείς.

Ο Συντονιστής αφού λάβει σχετικές οδηγίες από την οικογένεια, τις ανακοινώνει στο νεκροθάλαμο (κατά προτίμηση γραπτές) και επιβλέπει εάν έχουν γίνει σεβαστές.

### **β. Ο Φάκελος**

Είναι απαραίτητο να συμπληρωθεί ο «φάκελος-δότη» με τις απαραίτητες πληροφορίες που θα μπορούσαν να βοηθήσουν ίσως αργότερα.

Με άλλα λόγια η ταυτότητα του δότη και οι κλινικές, βιολογικές και διοικητικές πληροφορίες που έχουν επιτρέψει την ομαλή ροή της αφαίρεσης πολλαπλών οργάνων όπως και ένα αντίγραφο του πρωτοκόλλου του χειρουργείου από τους γιατρούς που αφαιρέσαν τα όργανα. Αυτός ο φάκελος επιτρέπει όλη τη σχετική με το δότη αλληλογραφία και αρχειοθετείται.

### **γ. Η καταγραφή των αφαιρέσεων**

Τα κύρια χαρακτηριστικά του φακέλου του δότη καταγράφονται σ' ένα Αρχείο αφαιρέσεων, το οποίο αντανακλά χρονολογικά την δραστηριότητα των αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων (γιατί σημειώνει για κάθε αφαίρεση πολλαπλών οργάνων το προορισμό των μοσχευμάτων) και επιτρέπει σε κάθε στιγμή να ενημερώνεται σ' ένα συγκεκριμένο στοιχείο (ώρα θανάτου, αίτια μη αφαίρεσης ενός οργάνου κλπ.). Εάν αυτό το αρχείο είναι σωστά συμπληρωμένο, θα πληροφορεί με ακρίβεια την εξέλιξη των αφαιρέσεων πολλαπλών οργάνων χωρίς αναζήτηση των φακέλων.

### **δ. Η διοικητική αλληλογραφία**

Οι διοικητικές διαδικασίες είναι κεφαλαιώδους σημασίας γιατί τυχόν λάθη θα είχαν βαρύτερες συνέπειες όπως στη περίπτωση ενός αιφνίδιου ή βίαιου θανάτου. Η αλληλογραφία με τον εισαγγελέα βεβαιώνοντας την αφαίρεση, και αναφέροντας τις συνθήκες και την ταυτότητα του δότη, είναι σημαντικότερη. Παρ' όλο που οι πρώτες επαφές-επικοινωνίες με τις εισαγγελικές και ιατροδικαστικές αρχές έχουν γίνει τηλεφωνικά, θα πρέπει στη συνέχεια να πιστοποιούνται με έγγραφο.



#### 4.5. Δυνητικοί και τελικοί δότες ιστών και οργάνων

1. Ο αριθμός των αναφερομένων δοτών ιστών και οργάνων κυμάνθηκε για το 1992 (N=148) στα ίδια επίπεδα με αυτά του 1991 (N=140) ενώ για το 1992 παρατηρείται αύξηση κατά 25,6% (N=186).

- Το 1991 το 45,2% (N=67/148) του συνόλου των αναφερομένων δοτών οργάνων έχουν αναφερθεί αιτό ΜΕΘ-N/X, ενώ κατά το 1992 οι αναφερθέντες δότες από ΜΕΘ-N/X έχουν σημαντικά αυξηθεί (N=143/186, 76,8%).
- Από άλλα Νοσοκομειακά Τμήματα οι αναφερθέντες δότες κατά το 1991 αποτελούσαν το 49,3% (N=73/148), ενώ για το 1992 έχουν μειωθεί σημαντικά, αποτελώντας το 20% του συνόλου των αναφερομένων δοτών (39/186).
- Επίσης μειώθηκαν από 5,4% (N=8/148) το 1991 σε 2,1% (N=4/186) οι αναφερθέντες δότες από συγγενείς στο σπίτι.

1α. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία που αφορούν την αξιοποίηση των αναφερομένων δοτών κατά τμήμα αναφοράς.

- Από τις ΜΕΘ-M/X το 1991 το ποσοστό αξιοποίησης κυμάνθηκε σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα (N=53/67, 79,1%), ενώ το 1992 παρουσίασε μείωση περίπου κατά το ήμισυ (N=61/143,42,6%).

Από τα άλλα Νοσοκομειακά Τμήματα το ποσοστό αξιοποίησης για το 1991 ήταν 15% (N=11/73) ενώ για το 1992 παρουσιάζεται υπερδιπλασιαζόμενο (N=14/39, 35%).

1β. Σε ότι αφορά το ποσοστό αξιοποίησης στο σύνολο των αναφερομένων δοτών αυτό έχει μειωθεί ελαφρά το 1992 συγκριτικά με το 1991 από 43,2% (64/148) το 1991 σε 40,3% (75/186) για το 1992.

2. Από τους αναφερόμενους από τις ΜΕΘ-N/X το 1991 αφαιρέθησαν κερατοειδείς από 30 δότες, νεφροί από 44, καρδιά από 11, καρδιά και πνεύμονες από 7, πνεύμονες από 1, ήπαρ από 12 και πάγκρεας από 6 δότες.

- Αντίστοιχα το 1992 αφαιρέθησαν κερατοειδείς από 47 δότες, νεφροί από 45, καρδιά από 12, καρδιά και πνεύμονες από 14 και ήπαρ από 23 δότες.

Από τους αναφερόμενους από άλλα Νοσοκομειακά Τμήματα το 1991 αφαιρέθησαν κερατοειδείς από 9 δότες, νεφροί αιτό 1 και καρδιά-πνεύμονες από 1 δότη.

- Αντίστοιχα το 1992 αφαιρέθησαν κερατοειδείς από 13 και νεφροί από 2

δότες.

3. Οι αιτίες μη αφαίρεσης οργάνων από 84 αναφερθέντες δότες το 1991 αφορούν κατά 40,4% ιατρικούς λόγους (34/84) 22,6% λόγω άρνησης των συγγενών (19/84) και 36,9% οφείλεται σε ιατροδικαστικούς λόγους (31/84).

- Αντίστοιχα οι αιτίες μη αφαίρεσης οργάνων από 111 αναφερθέντες το 1992 έχουν ως εξής :

Ιατρικοί λόγοι 31,5% (35/111), άρνησης συγγενών 58,5% (65/111), ιατροδικαστικοί λόγοι 9% (10/111) και οργανωτικοί 0,9% (1/111).

- Διαπιστώνεται ότι κατά το 1992 έχει υπερδιπλασιασθεί το ποσοστό άρνησης των συγγενών από 22,6% σε 58,5% ενώ αντίθετα το ποσοστό των ιατροδικαστικών λόγων έχει μειωθεί σημαντικότητα από 36,9% σε 9% το 1992.

Επίσης και οι ιατρικοί λόγοι έχουν μειωθεί αισθητά.

3α. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως παρουσιάζουν οι αιτίες μη αφαίρεσης οργάνων κατά τμήμα αναφοράς των δυνητικών δοτών.

Η άρνηση των συγγενών αποτελεί το 71,4% (10/14) των αναφερομένων το 1991 από τις ΜΕΘ-N/X δυνητικών δοτών ενώ το 1992 είναι 75,6% (62/82).

Για τους αναφερθέντες δότες από τα άλλα Νοσοκομειακά Τμήματα, η άρνηση των συγγενών είναι μόνο 9,6% (6/62) το 1991 ενώ για το 1992 είναι 12% (3/25).

3β. Οι ιατρικοί λόγοι μη αφαίρεσης οργάνων από τους αναφερθέντες το 1991 δότες από τις ΜΕΘ-N/X είναι 14,2% (2/14) ενώ το 1992, 23,1% (19/82) αυξανόμενο αισθητά.

3γ. Αντίστοιχα 14,2% (2/14) των περιπτώσεων από τις ΜΕΘ-N/X αφορούν ιατροδικαστικούς λόγους το 1991 ενώ το 1992 το ποσοστό είναι μηδενικής βάσης.

Από τα άλλα Νοσοκομειακά Τμήματα οι ιατροδικαστικοί λόγοι αποτελούν το 43,5% (27/62) το 1991 ενώ το 1992 το 40% (10/25).

4. Στο σύνολο των αναφερθέντων δοτών ιστών και οργάνων το 1992 η κρανιοεγκεφαλική κάκωση (87, 46,7%), όπως και η εγκεφαλική αιμορραγία (59, 31,7%) αποτελούν τις συνηθέστερες αιτίες θανάτου ενώ κατά το 1991 η κρανιοεγκεφαλική κάκωση αποτελούσε το 35,19% και η εγκεφαλική αιμορραγία το 18,2% των περιπτώσεων.

Παρατηρείται αισθητή αύξηση της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, όπως και η εγκεφαλική αιμορραγία η οποία ως αίτια θανάτου διπλασιάζεται.

4α. 33,8% (63/186) των αναφερθέντων δοτών ανήκαν στην ομάδα ηλικιών

μεταξύ 21 και 40 ετών, ενώ κάτω των 21 ετών ανήκε το 27,4% (51/186) και αιτό 41 μέχρι 60 ετών το 22,5% (42/186).

4β. 41,3% (36/87) αιτό τους αναφερθέντες δότες με αίτια θανάτου την κρανιοεγκεφαλική κάκωση ανήκαν στην ομάδα ηλικιών από 21-40 ετών.

Ενώ από τους αναφερθέντες δότες με αίτια θανάτου την εγκεφαλική αιμορραγία το 45,7% (27/59) ανήκε στην ομάδα ηλικιών από 41-60 ετών.

5. Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση (40/75, 53,3%) αποτελούσε την κύρια αίτια θανάτου των τελικών δοτών από τους οποίους αφαιρέθηκαν όργανα ή ιστοί ενώ η εγκεφαλική αιμορραγία αποτελούσε το 32% (24/75).

5α. 44% (33/75) των τελικών δοτών ανήκε στην ομάδα ηλικιών από 21-40 ετών.

5β. Σε συνδυασμό με τα στοιχεία του Πίνακα 4 προκύπτει ότι από το 45,9% (40/87) των δοτών με κρανιοεγκεφαλική κάκωση αφαιρέθηκαν όργανα ή ιστοί, ενώ από τους δότες με εγκεφαλική αιμορραγία το 40,6% (24/59).

6. Στο σύνολο των αναφερθέντων δοτών οι άνδρες αποτελούσαν το 69,3% (129/186) και οι γυναίκες το 30,6% (57/186).

6α. Στους τελικούς δότες οι άνδρες αποτελούσαν το 65,3% (49/75) όπως και στους δυνητικούς δότες οι οποίοι δεν χρησιμοποιήθηκαν, οι άνδρες αποτελούσαν το 72% (80/111).

7. Κατά την περίοδο από τον Ιούνιο 1985 μέχρι τον Δεκέμβριο 1992 αναφέρθηκαν στην Υπηρεσία κυρίως από το Λεκανοπέδιο Αττικής 743 δυνητικοί δότες ιστών και οργάνων.

Από το σύνολο αυτό αφαιρέθηκαν κερατοειδείς, νεφροί και άλλα όργανα από τους 332 (43,3%).

Το υψηλότερο ποσοστό αξιοποίησης παρατηρείται το 1987 (51,5%) ενώ το 1992 (40,3%) παρατηρείται μια ελαφρά μείωση συγκριτικά με το 1991 (43,2%).

8. Όπως φαίνεται για το σύνολο των μη αξιοποιηθέντων δοτών ιστών και οργάνων κατά την περίοδο 1985-1992, οι αιτίες μη αφαίρεσης, έχουν ως εξής:



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

### ΔΙΑΘΕΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

#### 5.1. Υποψήφιοι λήπτες μοσχεύματος

##### 5.1.2. Καταλληλότητα υποψηφίων ληπτών

Όταν ο ασθενής εκφράζει την επιθυμία του να υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού διενεργεί τον προμεταμοσχευτικό σχετικό έλεγχο προκειμένου να εξακριβωθεί η ιατρική του καταλληλότητα ως υποψήφιος λήπτης νεφρικού μοσχεύματος.

Ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος αρχίζει από τη Μονάδα Αιμοκάθαρσης του και ολοκληρώνεται στη Μονάδα Μεταμόσχευσης της επιλογής του. Με την τελική έγκριση της καταλληλότητας του από τη Μονάδα Μεταμοσχεύσεων ενημερώνεται η ΥΣΕ προκειμένου να εγγραφεί ο ασθενής στον κατάλογο των υποψηφίων ληπτών του Ηλεκτρονικού Υπολογιστή της ΥΣΕ.

Προϋπόθεση όμως είναι να έχει προηγηθεί απογραφή του στο Γενικό Αρχείο Νεφροπαθών με την έναρξη της αιμοκάθαρσης του. Οι ασθενείς που κρίνονται κατάλληλοι για μεταμόσχευση θεωρούνται ότι συνθέτουν την εθνική λίστα αναμονής της ΥΣΕ.

##### 5.1.2. Ετοιμότητα υποψηφίων ληπτών

Η ετοιμότητα των υποψηφίων ληπτών είναι αποφασιστική για την πιθανή επιλογή τους σε περίπτωση προσφερόμενου μοσχεύματος. Η ετοιμότητα αυτή εξασφαλίζεται με τον περιοδικό διμηνιαίο εργαστηριακό έλεγχο στο Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, όπως και στο Περιφερειακό Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας της Θεσσαλονίκης καθώς και με τον διετή έλεγχο των υποψηφίων ληπτών στις Μονάδες Αιμοκάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων. Η διαρκή επικοινωνία της ΥΣΕ με τις παραπάνω μονάδες Παρακολούθησης και Θεραπείας απόφέρει την τρέχουσα ενημέρωση του Προγράμματος επιλογής Υποψηφίων ληπτών του Η/Υ έτσι ώστε η επιλογή, των κάθε

φορά καταλληλότερων υποψηφίων ληπτών να χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία και εγκυρότητα, βοηθώντας έτσι και την τελική επιλογή των υποψηφίων από τις Μονάδες Μεταμόσχευσης.

Η ετοιμότητα των υποψηφίων ληπτών εξασφαλίζεται επίσης με τον διασταυρούμενο συγκριτικό έλεγχο των μεταβλητών στοιχείων και των πληροφοριών από τα εκτυπωμένα μηνιαία συγκεντρωτικά ευρετήρια του Αρχείου Νεφροπαθών, σύμφωνα με τις παραμέτρους των ιατρικών τους μεταβολών (προηγούμενες μεταμοσχεύσεις, απορρίψεις, θανάτους κυτταρο-τοξικά αντισώματα, μεταγίσεις, κήσεις, επιπλοκές και τυχόν αλλαγής Μονάδας Αιμοκάθαρσης ή κατοικίας κ.α.).

## **5.2. Σε ποιόν ανήκει το μόσχευμα;**

Ένα ερώτημα κεντρικής σημασίας, που αναδύεται από την μέχρι σήμερα εμπειρία, η απάντηση του οποίου επηρεάζει άμεσα την φιλοσοφία αλλά και την οργάνωση τόσο του όλου συστήματος όσο και το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των Υπηρεσιών Συντονισμού είναι το εξής: Σε ποιόν ανήκει το όργανο μετά την αφαίρεση του από το σώμα του δότη; Ανήκει στον χειρουργό, που το αφαίρεσε ή σ' αυτόν που διευθύνει το όλο πρόγραμμα; Ανήκει στο τοπικό Μοσχευματικό Κέντρο ή στην Περιφερειακή Υπηρεσία Συντονισμού και Διάθεσης οργάνων η οποία είναι υπεύθυνη για τους ασθενείς της περιφέρειας της; Ανήκει στη Πολιτεία και στους πολίτες της χώρας όπου έγινε η αφαίρεση ή ανήκει στους ανώνυμους δυνητικούς λήπτες μιας ευρείας-ενιαίας δεξαμενής (Εθνική λίστα αναμονής), οι οποίοι αναμένουν ένα μόσχευμα για να κρατηθούν στη ζωή και να βελτιώσουν την ήδη χαμηλόβαθμη ποιότητα ζωής τους;

Είναι φανερό ότι το ερώτημα θέτει το μεγάλο πρόβλημα των κριτηρίων διανομής και διάθεσης των μοσχευμάτων, γύρω από το οποίο τα τελευταία χρόνια, έχουν αναπτυχθεί προβληματισμοί μεταξύ των ειδικών, έντονες συζητήσεις και αντιπαραθέσεις.

Σύμφωνα με τις οδηγίες για την διανομή των πτωματικών οργάνων υπαγορεύθηκε ο κανόνας από το Συμβούλιο της Διεθνούς Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων (Lancet, 28-9-85) ότι τα όργανα πρέπει να μεταμοσχεύονται στους πλέον κατάλληλους λήπτες στη βάση ιατρικών και ανοσολογικών κριτηρίων.

Το 1984 καθιερώθηκε στην Αμερική με ομοσπονδιακή νομοθεσία ένα εθνικό σύστημα προτεραιότητας για την διανομή των πτωματικών νεφρικών μοσχευμάτων, το

οποίο στηρίζεται στις αρχές της ισότιμης διανομής των οργάνων και της επιλογής των υποψηφίων με αντικειμενικά ιατρικά κριτήρια.

Το 1987 η United Network Organ Sharing (UNOS) εφαρμόζει ενιαίο σύστημα ιατρικών κριτηρίων επιλογής υποψηφίων το οποίο χρησιμοποιείται από τις τοπικές και περιφερειακές υπηρεσίες διανομής οργάνων. Πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό σύστημα επιλογής ληπτών πτωματικών νεφρών, επινοημένο από τον Thomas Starzl, γνωστό σαν 5 Points System, λαμβάνοντας υπόψη τους εξής παράγοντες:

1. Χρόνο αναμονής.
2. Ποιότητα συμβατότητας δότη-λήπτη.
3. Επείγουσα κατάσταση ασθενή.
4. Χρόνο ψυχρής ισχαμίας.
5. Κυτταροτοξικά αντισώματα.

Στην Ευρώπη η γνωστή πολυκεντρική μελέτη από τον Opelz, η οποία άρχισε το 1982 και συνεχίζεται μέχρι σήμερα, συμμετέχοντας σ' αυτήν 279 μεταμοσχευτικά κέντρα σε 40 χώρες (Transpl. Proc. 1991) υποδεικνύει ότι, οι νεφροί με καλή ποιότητα ιστοσυμβατότητας, δίνουν υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης μοσχεύματος μακροπρόθεσμα με λιγότερο οικονομικό και κοινωνικό κόστος για την Πολιτεία και καλλίτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς, συγκριτικά με τους νεφρούς με φτωχή συμβατότητα. Παρόμοιες εργασίες έχουν δημοσιευθεί από τον Terasaki, τον Bradley και άλλους.

Η αποδοχή της HLA συμβατότητας ως κύριος παράγων στη διάθεση των νεφρικών, κατ' αρχήν, μοσχευμάτων, οδηγεί στην ανάγκη δημιουργίας ενός προγράμματος διάθεσης των μοσχευμάτων, η επιτυχία του οποίου εξαρτάται από το μέγεθος της δεξαμενής των υποψηφίων ληπτών. Όσο μεγαλύτερη είναι η δεξαμενή τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες επίτευξης μιας καλής συμβατότητας μεταξύ δότη-λήπτη.

Οι μεγάλοι οργανισμοί συντονισμού μεταμοσχεύσεων της Ευρώπης όπως η Eurotransplant, η France transplant, η United Kingdom Transplant Service αλλά και οι Υπηρεσίες των άλλων χωρών της Ε.Ο.Κ. έχουν αναπτύξει ένα σύστημα ανταλλαγής οργάνων σ' εθνικό επίπεδο, αφού προηγουμένως έχουν θεσπίσει ενιαία ιατρικά κριτήρια εγγραφής των υποψηφίων ασθενών στη λίστα αναμονής καθώς και επιλογής των δυναμικών ληπτών.

Στα πλαίσια της ευρωπαϊκής συνεργασίας και σύμφωνα με τις οδηγίες του Συμβουλίου της Ευρώπης που αφορούν τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες όργανα που με ιατρικά κριτήρια, που δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν τοπικά, θα πρέπει να προσφέρονται στους Εθνικούς Οργανισμούς Αφαίρεσης και Διάθεσης Οργάνων των



χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, προκειμένου κανένας ευρωπαίος πολίτης να μην πεθαίνει σ' εξαιρετικά επείγουσα κατάσταση.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού οι προϋποθέσεις είναι: α) διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των Οργανισμών Συντονισμού στις χώρες της Ε.Ο.Κ. (υλικοτεχνική υποδομή-πληροφορική υποστήριξη κοινών προγραμμάτων),

β) εναρμόνιση κριτηρίων εγγραφής υποψηφίων ληπτών στη λίστα αναμονής και εναρμόνιση κριτηρίων επιλογής δυνητικών ληπτών, γ) τήρηση εθνικής λίστας και δημιουργία ευρωπαϊκής λίστας, τουλάχιστον σε πρώτη φάση, για ορισμένες κατηγορίες ασθενών (υπερευαισθητοποιημένοι, ανήλικοι, ασθενείς σε υπερεπείγουσα κατάσταση κ.α.),

δ) διευκόλυνση μεταφοράς των μοσχευμάτων στον ελάχιστο δυνατό χρόνο και καθιέρωση κοινού πιστοποιητικού οργάνων.

### **5.3. Κανόνες διάθεσης μοσχευμάτων**

#### **5.3.1. Νεφρών**

α. Ετήσια αναθεώρηση-επανεξέταση των κανόνων σε σχέση με τ' αποτελέσματα

β. Οι υπερευαισθητοποιημένοι έχουν κάθε προτεραιότητα έναντι όλων των άλλων ασθενών

(>80% κυτταροτοξικά αντισώματα)

Προτεραιότητα στην επιλογή έχουν οι εξής συμβατότητες:

1. - 2DK, 2B, 2A = 6 ταυτότητες

- 2DK, 2B, 1A

2. - 2DK, 1B, 2A = 5 ταυτότητες

- 1DK, 2B, 2A

3. - ODR, 2B, 2A = 4 ταυτότητες

γ. Συμβατότητα ABO εκτός από την Β ομάδα που μπορεί να δεχθεί νεφρούς με Ο ομάδα και ΑΒ με Α ομάδα.

δ. Οι νεφροί δωτών ηλικίας μέχρι 10 ετών δίνονται με προτεραιότητα στα παιδιά μέχρι 15 ετών.

ε. Η Εθνική Γραμματεία τηρεί σε διαρκή ενημέρωση όλους τους δυνητικούς δότες,

αξιοποιημένους και μη. Ενημερώνεται επίσης για όλες τις πραγματοποιούμενες μεταμοσχεύσεις (πτωματικές και ζώσες- συγγενείς).

### **5.3.2. Παγκρέατος**

Η αφαίρεση παγκρέατος είναι δυνατή από δότες ηλικίας <55 ετών χωρίς εννοείται τις σχετικές αντενδείξεις. Όλοι οι υποψήφιοι εγγράφονται στον Η/Υ με την διευκρίνιση εάν περιμένουν μόνο πάγκρεας ή και νεφρό.

α. Δεν υπάρχει υπέρ-επείγουσα κατηγορία αλλά οι υπερευαίσθητο-ποιημένοι και αυτοί που περιμένουν 2η μεταμόσχευση, έχουν προτεραιότητα έναντι των άλλων.

β. Η συμβατότητα ομάδας αίματος ABO είναι σεβαστή εκτός από αυτούς με B ομάδα οι οποίοι μπορούν να δεχθούν O ομάδα και αυτοί της AB να δεχθούν A ομάδα.

γ. Η διανομή των μοσχευμάτων παγκρέατος γίνεται με την ακόλουθη σειρά:

- Προτεραιότητα του κέντρου που αφαιρεί (τοπικό επίπεδο)
- Προτεραιότητα σε περιφερειακό επίπεδο: εάν το μόσχευμα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί τοπικά, προσφέρεται σε άλλα κέντρα της περιοχής σύμφωνα με τη σειρά εγγραφής στη λίστα αναμονής.
- Προτεραιότητα σ' εθνικό επίπεδο: εάν τα μοσχεύματα παγκρέατος δεν γίνουν αποδεκτά σε περιφερειακό επίπεδο διανέμονται από την Εθνική Γραμματεία στους αρχαιότερους υποψήφιους από την εθνική λίστα με βάση τον χρόνο εγγραφής.

δ. Στη περίπτωση αφαίρεσης νεφρού και παγκρέατος από Μ.Κ. εκτός της περιοχής που βρίσκεται ο δότης, το κέντρο που αφαιρέσει τα μοσχεύματα, υποχρεούται να επιστρέψει ένα νεφρό ίδιας ομάδας αίματος στο κέντρο που επέτρεψε την αφαίρεση νεφρού και παγκρέατος.

### **5.3.3. Καρδιάς, Καρδιάς και Πνευμόνων, Πνευμόνων**

Οι αφαιρέσεις καρδιάς-πνευμόνων είναι εφικτές από δότες ηλικίας μέχρι 55 ετών. Η διάθεση των μοσχευμάτων στηρίζεται στην αρχή της ταυτότητας της ομάδας αίματος μεταξύ δότη-λήπτη και διενεργείται σύμφωνα με τους παρακάτω κανόνες:

α. Άμεση προτεραιότητα έχουν οι υπερεπείγοντες ασθενείς.

Υπερεπείγοντες ασθενείς θεωρούνται μόνο οι ασθενείς με πολύ άσχημη αιμοδυναμική κατάσταση παρ' όλη την θεραπευτική αγωγή στην οποία υποβάλλονται. Σε υπερεπείγουσα κατάσταση δεν θεωρούνται οι εγχειρισμένοι ασθενείς ακόμα και εάν δεν μπορούν να στερηθούν την εξωσωματική κυκλοφορία ούτε αυτοί που βρίσκονται σε κάποια μορφή κυκλοφοριακής υποστήριξης. Αυτές οι δύο τελευταίες κατηγορίες ασθενών παραμένουν σε απλή επείγουσα κατάσταση στην λίστα των Μεταμοσχευτικών Κέντρων που του παρακολουθούν. Η λίστα των υπερεπείγοντων ασθενών, όπως αυτοί, ορίζονται πιο πάνω, κυκλοφορεί μεταξύ των ευρωπαϊκών οργανισμών διάθεσης μοσχευμάτων με προοπτική τη δημιουργία Ενιαίας Λίστας Αναμονής Ασθενών σε υπερεπείγουσα κατάσταση μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ο.Κ.

β. Προτεραιότητα σε τοπικό επίπεδο.

Λόγω κόστους και χρόνου μεταφοράς τα μοσχεύματα καρδιάς-πνευμόνων προτείνονται κατ' αρχή στην πλησιέστερη από το Νοσοκομείο του δότη τοπική ομάδα μεταμόσχευσης.

γ. Προτεραιότητα σε περιφερειακό επίπεδο.

Εάν τα μοσχεύματα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν τοπικά λόγω μη ύπαρξης κατάλληλου λήπτη, η Περιφερειακή Γραμματεία ενημερώνει τις άλλες ομάδες Μεταμόσχευσης από την ευρύτερη Υγειονομική Περιφέρεια με την ακόλουθη σειρά.

γ.1. Δίνεται προτεραιότητα στην ανεύρεση κατάλληλων υποψηφίων ληπτών πνευμόνων μόνον ή καρδιάς και πνευμόνων μαζί σ' ένα ασθενή λόγω της ιδιαιτερότητας τους ότι πρέπει το μέγεθος τους να ταιριάζει ακριβώς με αυτό του λήπτη. Οι πιθανότητες μεταμόσχευσης για τους ασθενείς αυτούς επομένως περιορίζονται και θα πρέπει να αυξάνονται στο μέγιστο δυνατόν οι πιθανότητες αυτές προκειμένου να είναι δυνατή η αντιμετώπιση της σημαντικής ζήτησης αυτών των οργάνων.

γ.2. Στα πλαίσια της περιοχής η διάθεση των μοσχευμάτων καρδιάς-πνευμόνων εξασφαλίζεται από την Περιφερειακή Γραμματεία, σύμφωνα με το σύστημα της εκ περιτροπής ενημέρωσης των Μεταμοσχευτικών Κέντρων (Rotation System) εάν έχουν κατάλληλο λήπτη αυτής της ομάδος αίματος και αυτής της κατηγορίας υποψηφίων. Η ενημέρωση ακολουθεί έναν αλφαβητικό κατάλογο των Μεταμοσχευτικών Κέντρων ο οποίος είναι κατατιθέμενος στην Περιφερειακή Γραμματεία. Στη περίπτωση ύπαρξης ενός δυνητικού δότη οργάνων ειδοποιείται κατ' αρχήν το Μεταμοσχευτικό Κέντρο το οποίο ακολουθεί εκείνο που μεταμόσχευσε την τελευταία φορά. Εάν το Μ.Κ. δεν δεχθεί το μόσχευμα ενημερώνονται τα επόμενα του αλφαβητικού καταλόγου, μέχρι κάποιο



Μ.Κ. δηλώσει ότι έχει κατάλληλο λήπτη. Στο επόμενο περιστατικό προσφοράς οργάνων η σειρά ενημέρωσης των Μ.Κ. συνεχίζεται από εκεί όπου είχε σταματήσει. Για την καλή λειτουργία του συστήματος διάθεσης των μοσχευμάτων κάθε Μ.Κ. είναι υποχρεωμένο ν' απαντήσει εάν δέχεται ή όχι το μόσχευμα σε 20 λεπτά. Κάθε αποδεκτή αφαίρεση ή μη θα πρέπει επίσης να αιτιολογείται στην Περιφερειακή Γραμματεία.

δ. Προτεραιότητα σε εθνικό επίπεδο.

Τα μοσχεύματα για τα οποία δεν υπάρχουν κατάλληλοι λήπτες στην περιφέρεια στην οποία ευρίσκεται ο δότης, προσφέρονται από την Εθνική Γραμματεία σε εθνικό επίπεδο.

Η Εθνική Γραμματεία ενημερώνει τις άλλες περιφέρειες εκ περιτροπής σύμφωνα με μια προκαθορισμένη σειρά. Μέσα σε κάθε περιφέρεια το σύστημα ενημέρωσης των Μ.Κ. λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο που αναφέρθηκε πιο πάνω (εκ περιτροπής).

ε. Για να είναι δυνατή η αποτελεσματικότητα και η αξιολόγηση του συστήματος διάθεσης των μοσχευμάτων καρδιάς-πνευμόνων το οποίο στηρίζεται στον χρόνο αναμονής των υποψήφιων, προβλέπεται ο επιθυμητός αριθμός των μεταμοσχεύσεων για κάθε Μ.Κ. και για κάθε περιφέρεια στη διάρκεια του έτους. Το ιδεώδες θα ήταν να λαμβάνεται επίσης υπόψη και η συμβατότητα των HLA αντιγόνων.

### **5.3.4 Ήπατος**

Οι αφαιρέσεις ήπατος διενεργούνται από δότες ηλικίας μέχρι 55 ετών. Η διάθεση των μοσχευμάτων ήπατος στηρίζεται στην ομάδα αίματος, το βάρος το ύψος και την ηλικία του λήπτη.

α. Άμεση προτεραιότητα έχουν οι υπερεπείγοντες ασθενείς. Στην υπερεπείγουσα λίστα δεν εγγράφονται παρά μόνον δύο κατηγορίες ασθενών: α) με κεραυνοβόλο ηπατίτιδα και β) σε επαναμεταμόσχευση. Οι ασθενείς αυτοί εγγράφονται δύο φορές στη λίστα και για μόνο 48 ώρες μετά διαγράφονται οριστικά από τη λίστα αναμονής. Η αναζήτηση κατάλληλου λήπτη από την υπερεπείγουσα λίστα αναμονής γίνεται ανεξάρτητα από την ηλικία, το βάρος το ύψος του δότη και την ομάδα αίματος.

β. Εάν δεν βρεθεί κατάλληλος λήπτης από την υπερεπείγουσα λίστα αναμονής, η διάθεση του ήπατος διενεργείται με προτεραιότητα σε τοπικό-περιφερειακό-εθνικό επίπεδο, με κριτήρια την ομάδα αίματος και το βάρος του λήπτη.

γ. Το σύστημα ενημέρωσης των Μ.Κ. ήπατος λειτουργεί εξίσου με τον ίδιο τρόπο που λειτουργεί για τα Μ.Κ. καρδιάς-πνευμόνων (εκ περιτροπής ενημέρωση με

προκαθορισμένη αλφαβητική σειρά των Μ.Κ.). Όμως σε κάθε επίπεδο ξεχωριστά η διάθεση του ήπατος είναι οριζόντια σε σχέση με το βάρος του δότη:

γ.1. Εάν το βάρος του δότη είναι πάνω από 30 Kg αναζητείται πρώτα κατάλληλος λήπτης με βάρος πάνω από 30 Kg και εάν δεν βρεθεί τότε αναζητείται λήπτης με βάρος κάτω των 30 Kg. Αντίστοιχα και εάν ο δότης είναι κάτω από 30 Kg.

γ.2. Εάν δεν βρεθεί κατάλληλος λήπτης σε τοπικό επίπεδο ακολουθεί η αναζήτηση σε περιφερειακό και μετά σε Εθνικό Επίπεδο πάντα με την ίδια σειρά και κριτήρια. Κάθε Μ.Κ. είναι υποχρεωμένο να δίνει την απάντηση του σε 20 λεπτά.

Τα κριτήρια διάθεσης όλων των συμπαγών οργάνων επανεξετάζονται κάθε χρόνο ενώ μια επιτροπή διαφάνειας παρακολουθεί την εγκυρότητα και αξιοπιστία του όλου συστήματος.

#### **5.4. Ποιότητα ζωής μεταμοσχευμένων νεφροπαθών**

Το 1985 ο Roger W. Evans, μελέτησε την ποιότητα ζωής των ασθενών σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (Χ.Ν.Α.), συγκρίνοντας παράλληλα τις υποκείμενες και αντικειμενικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών κατά θεραπευτική μέθοδο. Ο συνολικός αριθμός του δείγματος ήταν 859 ασθενείς από τους οποίους οι 287 αιμοκαθαιρόνταν στο σπίτι, οι 347 σε νοσοκομείο, οι 81 υποβάλλονταν σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση και οι 144 είχαν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού. Οι 70 μεταμοσχευμένοι νεφροπαθείς είχαν δεχθεί νεφρικό μόσχευμα από πτωματικό δότη και οι 74 από ζώντα συγγενή δότη. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών, από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι ήταν ενήμεροι της κατάστασης υγείας των ασθενών και από τους ίδιους τους ασθενείς κατά την διάρκεια προσωπικής συνέντευξης.

Τέσσερις κύριες κατηγορίες μεταβλητών αναλύθηκαν:

α) Κοινωνία - δημογραφικές: ηλικία, φύλο, φυλή και εκπαίδευση

β) Ιατρικές - πρωταρχική διάγνωση (αιτία Χ.Ν.Α.), νοσηρότητα, διάρκεια τρέχουσας θεραπείας - ιστορικό αποτυχίας μεταμόσχευσης. Για την μέτρηση της τρέχουσας κατάστασης υγείας δημιουργήθηκε ένας πίνακας νοσηρότητας με την νοσηρότητα ταξινομημένη ως εξής:

1. στηθάγχη ή μονοκάρδια έμφραξη
2. άλλα καρδιοαγγειακά προβλήματα

3. αναπνευστικές παθήσεις
4. γαστρεντερικά προβλήματα
5. νευρολογικά προβλήματα ή αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
6. μυοσκελετικές διαταραχές ή άλλες παθήσεις των οστών
7. άλλες λοιμώξεις πλην των access-site infection και περιτονίτιδα
8. ηπατίτιδα
9. άλλα αιματολογικά προβλήματα πλην της αναιμίας

γ) αντικειμενικοί δείκτες ποιότητας ζωής - λειτουργική επιδείνωση ικανότητα για αμειβόμενη εργασία. Η λειτουργική επιδείνωση μετρήθηκε με τον Πίνακα Karnofsky ο οποίος χρησιμοποιείται σαν μέτρο της συνολικής φυσικής λειτουργίας με σκορ που κυμαίνεται από 1 (ετοιμοθάνατο) μέχρι 10 (φυσιολογική δραστηριότητα). Η ικανότητα για εργασία προσδιορίστηκε από την απάντηση του ίδιου του ασθενή στην ερώτηση «είσαι τώρα ικανός για εργασία πλήρους μερικής απασχόλησης». Η λειτουργική επιδείνωση και η ικανότητα για εργασία θεωρήθηκαν ως αντικειμενικοί δείκτες ποιότητας γιατί αντανakλούν τη φυσική κατάσταση.

1. υποκειμενικοί δείκτες ποιότητας ζωής - ψυχολογική επίδραση, συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, ευεξία. Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής δείκτες μέτρησης: Intex of psychological Affect, βασισμένος σε 8 διπολικά θέματα που περιγράφουν πως οι ασθενείς αισθάνονται την τρέχουσα ζωή τους.
2. Intex of Overall Satisfaction, επίσης βασισμένη σε διπολικά θέματα
3. Intex of WelthBeing, ο οποίος στηρίζεται στον συνδυασμό των δύο προηγούμενων δεικτών.

Τα σκορ στους πρώτους δείκτες κυμαίνονται από ένα χαμηλό επίπεδο 1.0 (τελείως ανικανοποίητος) σε ένα υψηλό επίπεδο 7.0 (τέλεια ικανοποιημένος), ενώ στον τρίτο δείκτη κυμαίνεται από 2.1 (χαμηλό επίπεδο ευεξίας) έως 14.7 (υψηλό επίπεδο ευεξίας).

Οι υποκειμενικοί δείκτες εκφράζουν τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή. Όποιο και αν είναι το επίπεδο της λειτουργικής επιδείνωσης του ασθενή αυτό μπορεί να εκτιμηθεί από το προσωπικό του νοσοκομείου, όμως η ικανοποίηση από τη ζωή, η γενική ψυχολογική επίδραση και η ευεξία γίνονται αντιληπτές και μόνο από τον ίδιο τον ασθενή. (Η ικανότητα για εργασία αναφέρεται από τον ίδιο τον ασθενή και ως εκ τούτου δεν αποτελεί έναν αληθινά αντικειμενικό δείκτη, εντούτοις είναι πιο αντικειμενικός από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται την συναισθηματική του κατάσταση ο ίδιος ο ασθενής).

Οι υποκειμενικοί αυτοί δείκτες είναι οι ίδιοι που χρησιμοποιήθηκαν από το



Campbell το 1972 και το 1980 και οι οποίοι σχεδιάστηκαν για να εξετάσουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού των Η.Π.Α., προκειμένου να είναι δυνατή η σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. με αυτήν του γενικού πληθυσμού. Η συλλογή των στοιχείων και στις δύο έρευνες από τον Campbell και τον Evans αντίστοιχα έγινε με προσωπικές συνεντεύξεις.

Οι στατιστικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής : Simple Bivariate Correlation, για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών δεικτών μέτρησης της ποιότητας τους. Multiple Classification Analysis, Dummy Variable Multiple Regression Analysis, Covariance Analysis.

### **Κύρια ευρήματα**

1. Κοινωνιο-δημογραφικά χαρακτηριστικά: Περίπου 75% των ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στο σπίτι ή σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (Ε.ΦΟ.ΠΕ.Κ) ήταν έγγαμοι και περίπου 80% είχαν δικό τους σπίτι. Οι μεταμοσχευμένοι ήταν νεαρότεροι στην ηλικία και τα 2/3 αυτών ήταν έγγαμοι και είχαν εξίσου δικό τους σπίτι. Ο γάμος και ιδιόκτητη στέγη ήταν λιγότερο συχνά στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο.

2. Ιατρικά χαρακτηριστικά: Σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν στα ιατρικά χαρακτηριστικά των ασθενών των 4 ομάδων όσον αφορά την αρχική διάγνωση, τη νοσηρότητα, τη διάρκεια θεραπείας και την αποτυχή μεταμόσχευση. Οι ασθενείς που ήταν ικανοί για εργασία καθώς και εκείνοι με ελάχιστη λειτουργική επιδείνωση, είχαν καλύτερη υποκείμενη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που δεν ήταν ικανοί για εργασία και που είχαν σοβαρή λειτουργική επιδείνωση.

3. Αντικειμενικοί δείκτες: Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν την μικρότερη λειτουργική επιδείνωση. Η ηλικία, η εκπαίδευση και η νοσηρότητα είχαν σημαντική επίδραση στη λειτουργική επιδείνωση και στην ικανότητα για εργασία. Το φύλο, η φυλή, η προηγούμενη αποτυχής μεταμόσχευση, η διάρκεια θεραπείας δεν επιδρούν σημαντικά στη λειτουργική επιδείνωση ή στην ικανότητα για εργασία, παρόλο που το φύλο αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη δυνατότητα ανεύρεσης εργασίας. Ικανοί για πλήρη ή μερική εργασία δήλωσε το 49,6% του συνόλου των ασθενών όλων των ομάδων. Ειδικότερα : 74,1% των μεταμοσχευμένων, 59,3% των ομάδων. Ειδικότερα : 74,1% των

μεταμοσχευμένων, 59,3% των αιμοκαθαιρμένων στο σπίτι, 37,2% των αιμοκαθαιρομένων στο νοσοκομείο και 24,7% των υποβαλλομένων σε Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ.

4. Υποκειμενικοί δείκτες: Στους δείκτες της ψυχολογικής επίδρασης, της ικανοποίησης και ευεξίας οι μεταμοσχευμένοι σημείωσαν το υψηλότερο σκορ ενώ οι αιμοκαθαιρμένοι στο νοσοκομείο το χαμηλότερο. Οι νέοι, οι λευκοί και οι περισσότερο μορφωμένοι αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους άλλους ασθενείς. Η διάρκεια θεραπείας, η νοσηρότητα, το φύλο και η αποτυχής μεταμόσχευση δεν δείχνουν να επιδρούν σημαντικά στην υποκειμενική διάσταση της ποιότητας ζωής. Αντίθετα η οικογενειακή κατάσταση και η ιδιόκτητη στέγη φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στον προσδιορισμό της υποκειμενικής διάστασης της ποιότητας ζωής.

5. Ποιότητα ζωής Ασθενών και Γενικού Πληθυσμού: Οι ασθενείς σε τελικό στάδιο ΧΝΑ δηλώνουν μία ελαφρά χαμηλότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με αυτήν, του γενικού πληθυσμού. Στην πραγματικότητα μόνο οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς εκφράζουν μια ποιότητα ζωής που δεν διαφέρει σημαντικά από αυτή του γενικού πληθυσμού. Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς αναφέρουν σταθερά καλύτερη και υψηλότερη ποιότητα ζωής τόσο ως προς την υποκειμενική όσο και ως προς την αντικειμενική διάσταση αυτής σε σχέση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε κάθε μορφή αιμοκάθαρσης. Οι ασθενείς που αιμοκαθαίρονται στο σπίτι δείχνουν να προσεγγίζουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής των μεταμοσχευμένων ενώ οι αιμοκαθαιρόμενοι στο νοσοκομείο και οι υποβαλλόμενοι σε Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα.

Η σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών σε σχέση με αυτήν του γενικού πληθυσμού δείχνει ότι οι συνθήκες ζωής των ασθενών σε τελικό στάδιο ΧΝΑ, όπως ερμηνεύονται υποκειμενικά από τους ίδιους μπορεί να είναι τόσο φτωχές και άσχημες, όπως μερικοί πιθανόν να νομίζουν.

Όμως με βάση τα στοιχεία, οι ασθενείς σε τελικό στάδιο ΧΝΑ έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής ως προς την αντικειμενική διάσταση αυτής με εξαίρεση τους μεταμοσχευμένους. Είναι γνωστό ότι οι αιμοκαθαιρομένοι ασθενείς δεν ζουν όπως οι υγιείς παρόλο που δείχνουν να εκφράζουν ότι ευχαρίστιαται τη ζωή.

Παρόμοια έλλειψη αντιστοιχίας μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής έχει διαπιστωθεί και αναφέρεται και σε άλλες μελέτες. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να επικεντρωθούν στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των



υποκειμενικών και αντικειμενικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής προκειμένου να προσδιορισθεί εάν και είναι, με ποιο τρόπο, η ικανότητα για εργασία και η λειτουργική επιδείνωση επιδρούν στην εκτίμηση του ίδιου του ασθενή για την ποιότητα της ζωής του. Καθώς δεν είναι ευκρινείς ακόμα ποιες διαστάσεις της ποιότητας ζωής ασκούν ειδικό βάρος στη λήψη αποφάσεων εκτίμησης της ποιότητας ζωής.

### **5.5. Διάθεση μοσχευμάτων στην Ελλάδα**

Στη χώρα μας μόλις πρόσφατα έχει αναπτυχθεί προβληματισμός και μάλιστα έντονος, σχετικά με το θέμα της διάθεσης των οργάνων, Μέχρι σήμερα δεν έχουν θεσπισθεί κανόνες διάθεσης των μοσχευμάτων. Αυτό οφείλεται κατ' αρχήν στο γεγονός ότι κατά την περίοδο 1985-1990 δεν λειτουργούσαν περισσότερα του ενός Μεταμοσχευτικά Κέντρα Νεφρών (ένα Μ.Κ. στην Αθήνα και ένα στη Θεσσαλονίκη). Από το 1991 που άρχισε να λειτουργεί και δεύτερο Μ.Κ. Νεφρών στην Αθήνα, τέθηκαν οι προβληματισμοί για τις οργανωτικές πλευρές του συντονισμού, μόνο της αφαίρεσης μοσχευμάτων. Όσον αφορά στη διάθεση των μοσχευμάτων, δεν υφίσταται προβληματισμός, ταυτίζοντας την αφαίρεση με την διάθεση των οργάνων: όποιος αφαιρεί, μεταμοσχεύει.

Κάθε Μεταμοσχευτικό Κέντρο εφημερεύει ανά 15νήμερο το οποίο ενημερώνεται από την ΥΣΕ για την ύπαρξη δυνητικού δότη νεφρών, παγκρέατος, ήπατος. Στη περίπτωση όπου το εφημέρευαν Μ.Κ. εκτιμά ότι η λειτουργία των οργάνων δεν είναι η αρμόζουσα για μεταμόσχευση ή ότι δεν έχει κατάλληλο λήπτη (συνήθως για το πάγκρεας ή το ήπαρ), ενημερώνεται το δεύτερο Μ.Κ. Στη περίπτωση αρνητικής απάντησης το μήνυμα για την ύπαρξη δυνητικού δότη μεταβιβάζεται στο Μ.Κ. Θεσ/νίκης. Η σειρά αυτή της ενημέρωσης των Μ.Κ. λειτουργεί και αντιστρόφως από την Θεσ/νίκη προς την Αθήνα.

Για τα μοσχεύματα καρδιάς και πνευμόνων το ζήτημα είναι απλούστερο καθώςον μέχρι στιγμής λειτουργεί ένα Μ. Κ. καρδιάς και πνευμόνων στην Αθήνα και στην Θεσ/νίκη, αλλά η ενημέρωση γίνεται με την ίδια σειρά, ανάλογα σε ποιο Νοσοκομείο βρίσκεται ο δότης.

Το πρόβλημα θα γίνει περίπλοκο όταν θα λειτουργήσουν περισσότερα Μ.Κ. στον ίδιο γεωγραφικό χώρο, όπως αναμένεται σύντομα να γίνει στην Αθήνα (π.χ. Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο).

Με Υπουργική απόφαση (Α2γ/οικ. 4209/6.10.92) χορηγήθηκε άδεια



λειτουργίας σε Μονάδες Μεταμοσχεύσεων που πληρούν τις προϋποθέσεις. Στην Αθήνα λειτουργούν τέσσερις Μονάδες Μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων (τρεις για νεφρό, ήπαρ, πάγκρεας και ένα για καρδιά και πνεύμονες). Στην Θεσσαλονίκη λειτουργεί ένα Μεταμοσχευτικό Κέντρο (Μ.Κ.) νεφρού, ήπατος παγκρέατος και ένα Μ.Κ. καρδιάς και πνευμόνων. Προβλέπεται επίσης να λειτουργήσουν ένα ακόμη Μ. Κ. νεφρών, παγκρέατος, ήπατος και ένα Μ. Κ. καρδιάς και πνευμόνων στην Θεσσαλονίκη και ένα Μ.Κ. νεφρών, παγκρέατος και ήπατος στην Πάτρα. Σε Μονάδες Μεταμοσχεύσεων Κερατοειδούς χιτάνα του οφθαλμού χορηγήθηκε άδεια σε τέσσερις (4) Μονάδες (μία στην Θεσσαλονίκη, μία στα Ιωάννινα μία στην Πάτρα και μία στην Αθήνα). Το άρθρο 6 της Υπουργικής απόφασης, που καθορίζει τους όρους και προϋποθέσεις λειτουργίας των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων (Α3α/1526/ ΦΕΚ. 144/13/12.3.91) αναφέρεται στο Συντονισμό Μεταμοσχεύσεων.

Στις 4 και 5 παραγράφους περιγράφεται το πλαίσιο του συντονισμού αφαίρεσης και μεταμόσχευσης οργάνων: «Ο υποψήφιος λήπτης έχει ελεύθερη επιλογή του Κέντρου Μεταμόσχευσης της προτίμησής του».

Η επιλογή των καταλληλότερων ληπτών γίνεται με την ευθύνη του Μεταμοσχευτικού Κέντρου.

Εφ' όσον βρεθεί κατάλληλος δότης, ειδοποιείται η ΥΣΕ και η Μονάδα Μεταμοσχεύσεων του οικείου Νοσοκομείου ώστε να καταστεί η χρησιμοποίηση όσο το δυνατόν περισσότερων οργάνων. Προτεραιότητα (κατηγορία μηδέν) έχουν οι επείγουσες περιπτώσεις (οξεία ηπατίτιδα και επαναμεταμόσχευση) όπως επίσης οι άρρωστοι που δεν έχουν άλλη δυνατότητα fistula ή Shunt ή ασθενείς με τεχνητή καρδιά και η μικρή ομάδα των υπερευαίσθητοποιημένων. Ευνόητο είναι ότι οι συμβατοί λήπτες, οι οποίοι βρίσκονται στο αρχείο του Μεταμοσχευτικού Κέντρου όπου νοσηλεύεται ο δότης ή το πλησιέστερο κέντρο έχουν προτεραιότητα».

Όπως γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω δεν γίνεται διάκριση μεταξύ της αφαίρεσης και μεταμόσχευσης οργάνων. Όποιο Μ.Κ. αφαιρεί, αυτό κατά βάση, μεταμοσχεύει το μόσχευμα. Στο ερώτημα «σε ποιόν ανήκει το μόσχευμα μετά την αφαίρεση του από το σώμα του δότη», θα μπορούσε να απαντήσει κανείς ότι ανήκει στον χειρουργό που το αφαιρέσει, όπως φαίνεται τουλάχιστον να πραγματώνεται στην εφαρμογή του το σύστημα μεταμοσχεύσεων στην χώρα μας.

Η μόνη διάσταση που υπονοείται στο παραπάνω άρθρο είναι η γεωγραφική : «Το πλησιέστερο Κέντρο έχει προτεραιότητα». Διάσταση η οποία είναι ιδιαίτερα προβληματική στην πρακτική της λειτουργίας όταν στον ίδιο γεωγραφικό χώρο

λειτουργούν περισσότερο του ενός Μ.Κ.

Για να είναι αποτελεσματική η γεωγραφική διάσταση όπως γίνεται σε άλλες χώρες σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, πρέπει να συμπληρώνεται από δυο πρωταρχικές προϋποθέσεις : την καθιέρωση ενιαίων κριτηρίων επιλογής υποψηφίων ληπτών και την καθιέρωση κανόνων διάθεσης των μοσχευμάτων, κοινά αποδεκτών από όλα τα Μ.Κ. που συμμετέχουν στο πρόγραμμα Μεταμοσχεύσεων στην χώρα μας.

Παρόλο που υπάρχει και λειτουργεί ειδικό πρόγραμμα επιλογής υποψηφίων ληπτών νεφρικού μοσχεύματος στον Η/Υ της ΥΣΕ από το 1985, όπου η επιλογή γίνεται από την Εθνική λίστα της υπηρεσίας, εν τούτοις συχνά δεν γίνεται από τα Μεταμοσχευτικά Κέντρα σεβαστός ο κατάλογος των καταλληλότερων ληπτών που αποστέλλεται από την ΥΣΕ κάθε φορά που αφαιρούνται νεφροί από κάποιον δότη. Όπως προαναφέρθηκε η επιλογή των καταλληλότερων ληπτών γίνεται με την ευθύνη του Μεταμοσχευτικού Κέντρου (Α3α/1526, άρθρο 6, ΦΕΚ 144/13/12.3.91)."

Τα κριτήρια επιλογής των υποψηφίων ληπτών νεφρού, που έχουν προβλεφθεί στον Η/Υ της ΥΣΕ είναι αυστηρά εργαστηριακά, σύμφωνα με την ομάδα αίματος και τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας μεταξύ δότη και λήπτη, ο δε κατάλογος καταρτίζεται με βάση τον αριθμό και την σημασία των κοινών αντιγόνων.

Προηγούνται αυτοί που έχουν πλήρη ιστοσυμβατότητα (6 στα 6 κοινά αντιγόνα, έπονται αυτοί που έχουν 5 στα 6 κοινά αντιγόνα, ακολουθούν αυτοί που έχουν 4 στα 6, 3 στα 6 και ούτω καθ' εξής).

Είναι γεγονός ότι όσο μικρότερη είναι η δεξαμενή των υποψηφίων ληπτών τόσο είναι στατιστικά λιγότερες οι πιθανότητες να επιλεγούν υποψήφιοι λήπτες με όσο το δυνατόν περισσότερα κοινά αντιγόνα (ποιότητα ιστοσυμβατότητας).

Είναι ευνόητο ότι οι λίστες αναμονής των Μεταμοσχευτικών Κέντρων, δεν εξασφαλίζουν την καλύτερη δυνατή επιλογή υποψηφίων ληπτών έστω και μόνο λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών τους.

Η λειτουργία της Εθνικής λίστας αναμονής, όπου σ' αυτήν είναι εγγεγραμμένο το σύνολο των προς μεταμόσχευση ασθενών όλης της χώρας προσφέρεται για την πλέον επιστημονικά ενδεδειγμένη αξιοποίηση των προσφερομένων μοσχευμάτων.

Κρίνεται επομένως επιβεβλημένη η ανάγκη καθιέρωσης της εθνικής λίστας μέσα από την οποία να γίνεται η επιλογή των υποψηφίων ληπτών και αυτή η επιλογή θα γίνεται σεβαστή από τα Μεταμοσχευτικά Κέντρα. Προς το παρόν η εθνική λίστα αναμονής τηρείται στην ΥΣΕ και διαρκώς ενημερώνεται με όλες τις τρέχουσες ιατρικές μεταβολές των ασθενών που αναμένουν νεφρικό μόσχευμα.



Για τα άλλα όργανα (πάγκρεας, ήπαρ, καρδιά, πνεύμονες) δεν υφίσταται προς το παρόν λίστα αναμονής και πρόγραμμα επιλογής σε Η/Υ στην ΥΣΕ.

Όσον αφορά τους κανόνες διάθεσης των μοσχευμάτων αυτοί δεν έχουν θεσπισθεί ακόμα στην χώρα μας. Σε άλλες χώρες όπως στην Γαλλία έχει οριστεί ο κανόνας των ελάχιστων κοινών αντιγόνων ιστοσυμβατότητας, που είναι τέσσερα μεταξύ δότη-λήπτη. Εάν δεν υπάρχει υποψήφιος λήπτης με τουλάχιστον τέσσερα κοινά αντιγόνα η επιλογή γίνεται από το τοπικό στο περιφερειακό επίπεδο και εν συνεχεία στο εθνικό επίπεδο όπου η λίστα αναμονής από επίπεδο σε επίπεδο διευρύνεται.

Σε άλλες χώρες έχει οριστεί μικρότερος αριθμός ελάχιστων κοινών αντιγόνων τρία ή και δύο κοινά αντιγόνα. Για τα άλλα όργανα (ήπαρ, καρδιά, πνεύμονες, πάγκρεας) επίσης δεν έχουν θεσπισθεί ούτε ενιαία κριτήρια επιλογής υποψηφίων ληπτών ούτε κανόνες διάθεσης αυτών των οργάνων έστω σε μία βάση εκ περιτροπής η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει και σε ένα σύστημα ανταλλαγής μοσχευμάτων μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών της χώρας με γνώμονες βέβαια την επιλογή του καταλληλότερου λήπτη για το συγκεκριμένο μόσχευμα κάθε φορά.

Από τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι στη χώρα μας δεν έχει διαχωριστεί ακόμα η αφαίρεση των μοσχευμάτων από την μεταμόσχευση, θα έπρεπε τα Μεταμοσχευτικά Κέντρα να εφημερεύουν μόνο ως Μονάδες αφαίρεσης οργάνων και όχι κατ' ανάγκη να μεταμοσχεύουν οπωσδήποτε τα όργανα που αφαίρεσαν. Μετά την αφαίρεση η επιλογή των καταλληλότερων υποψηφίων ληπτών θα πρέπει να γίνεται από την εθνική λίστα αναμονής της ΥΣΕ. Στην συνέχεια οι καταλληλότεροι λήπτες θα μεταμοσχεύονται στο Μ.Κ. της προτίμησής τους. Αυτό το μοντέλο φαίνεται να ταιριάζει περισσότερο στο επίπεδο της μεταμόσχευσης που βρίσκεται η χώρα μας όπου δεν υπάρχουν ούτε πολλά Μ.Κ. ανά όργανα, ούτε είναι κατανεμημένα χωροταξικά. Επίσης υπαγορεύεται από το μοναδικό κριτήριο που είναι το όφελος του ίδιου του ασθενούς και διασφαλίζεται έτσι η επιστημονικά ενδεδειγμένη αξιοποίηση των προσφερομένων μοσχευμάτων.

## **5.6. Νομικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα παρόλο που οι μεταμοσχεύσεις είχαν ξεκινήσει από το 1968/ ο πρώτος νόμος «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως» ψηφίστηκε το 1978 (νόμος 821 /14,10,1978 αρ. ΦΕΚ173). Ο νόμος αυτός



δε βοήθησε όσο αναμενόταν τις μεταμοσχεύσεις για αυτό και αντικαταστάθηκε από τον νόμο 1383/1983 με τον τίτλο «Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων». Τέλος στις 27/8/99 ψηφίστηκε ο νόμος 2737 «Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις».

Η πρώτη περιγραφή εγκεφαλικού θανάτου έγινε το 1959 στη Γαλλία. Το 1968 ομάδα ιατρών, θεολόγων και νομικών από το Πανεπιστήμιο του Μανχάταν δημοσίευσε άρθρο όπου έλεγε ότι όταν ο εγκέφαλος είναι νεκρός τότε το άτομο θα πρέπει να θεωρείται νεκρό. Το 1976 δημοσιεύτηκαν τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου τα οποία βελτιώθηκαν το 1979 και το 1981. Σήμερα ο θάνατος ορίζεται ως «η ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση, σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή, που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση αυτόνομης καρδιακής λειτουργίας». Οι λειτουργίες της αναπνοής και της κυκλοφορίας που χαρακτηρίζουν μια ανθρώπινη ύπαρξη σαν αυτόνομη και βιολογικά ανεξάρτητη μονάδα, είναι λειτουργίες που ξεκινούν από το εγκεφαλικό στέλεχος. Εφόσον υπάρχει ανεπανόρθωτη βλάβη και νέκρωση του στελέχους, η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων δε μπορεί να ολοκληρωθεί με συνέπεια το άτομο να θεωρείται νεκρό. Δηλαδή ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους είναι συνθήκη αναγκαία και ικανή για να χαρακτηριστεί ο εγκέφαλος νεκρός και η διάγνωση του θανάτου να ταυτίζεται με το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους. Το σταμάτημα της καρδιακής λειτουργίας από την άλλη μεριά είναι συνθήκη ικανή αλλά όχι αναγκαία για να διαγνωστεί ο θάνατος.

## **ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ.2737**

### **Μεταμόσχευση ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις.**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

##### **Άρθρο 1**

##### **Αντικείμενο Εφαρμογής**

1. Οι αφαιρέσεις ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζωντανό ή νεκρό, με προορισμό τη μεταμόσχευση ή τον ενοφθαλμισμό σε άλλο άνθρωπο για θεραπευτικούς ή ερευνητικούς σκοπούς ενεργούνται με τους όρους και κατά τη διαδικασία των επόμενων διατάξεων.
2. Οι διατάξεις του νόμου αυτού δεν εφαρμόζονται: α) στις αυτομεταμοσχεύσεις, β) στις

αφαίρεσεις και μεταμοσχεύσεις όρχεων και ωοθηκών, γ) στη λήψη και μετάγγιση αίματος, δ) στη χρησιμοποίηση ωαρίων και σπέρματος και ε) στην ενδομήτρια εμφύτευση εμβρύου.

## **Άρθρο 2**

### **Απαγόρευση ανταλλάγματος**

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Απαγορεύεται οποιαδήποτε συναλλαγή μεταξύ δότη, λήπτη, των οικογενειών τους ή οποιοδήποτε άλλου προσώπου. Στην έννοια της οικονομικής συναλλαγής κατά την προηγούμενη παράγραφο δεν περιλαμβάνονται τα έξοδα αφαίρεσης, συντήρησης και μεταφοράς του μοσχεύματος.

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

## **Άρθρο 4**

### **Μονάδες Μεταμοσχεύσεων**

1.. Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά οργανωμένες μονάδες Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Οι μονάδες Μεταμόσχευσης λειτουργούν με άδεια του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που χορηγείται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ. και γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.ΣΥ). Η άδεια εκδίδεται για τρία (3) έτη, εφόσον διαπιστωθεί η επάρκεια της μονάδας και η δυνατότητας συμβολής της στην αντιμετώπιση των αναγκών για μεταμοσχεύσεις. Μετά την πάροδο τριών ετών λειτουργίας χορηγείται οριστική άδεια, με βάση τα αποτελέσματα της μεταμοσχευτικής δραστηριότητας.

## **Άρθρο 5**

### **Οι Συντονιστές Μεταμόσχευσης**

Οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων σύμφωνα με το άρθρο 5 του νόμου 2737 προσφέρουν υπηρεσίες για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποβοηθούν τον μεταμοσχευτικό έργο. Οι θέσεις των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων συνιστώνται στον Ε.Ο.Μ. και στα παραρτήματα του, όταν αυτά αναπτυχθούν, καθώς και στις μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που συμμετέχουν στη μεταμοσχευτική διαδικασία, οι οποίες καλύπτονται από πτυχιούχους επαγγελματιών υγείας (Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι.) μετά αφού εξειδίκευση στο αντικείμενο του συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Η αμοιβή των συντονιστών μεταμοσχεύσεων γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν 2470.1997 (ΦΕΚ 40/Α). Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται τα προσόντα και τα καθήκοντα των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

## **Άρθρο 6**

### **Τράπεζες Ιστών προς μεταμόσχευση και Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών.**

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται ο όροι ίδρυσης και λειτουργίας των Τ.Ι.Μ., οι ειδικότερες κατηγορίες τους, έλεγχος της λειτουργίας τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια
2. Ο Ε.Ο.Μ καταρτίζει «Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών των μυελού των Οστών» το οποίο είναι ενιαίο για όλη τη χώρα και στο οποίο τηρούνται τα στοιχεία των εθελοντών δοτών μυελού των οστών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑΝΟ ΔΟΤΗ**

## **Άρθρο 10**

### **Προϋποθέσεις και Διαδικασία**



1. Η αφαίρεση ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση από ζωντανό δότη επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικού οφέλους του λήπτη, εφόσον δεν διατίθενται ιστοί και όργανα, μέχρι τη στιγμή της διενέργειας λήψης του οργάνου από αποβιώσαντα πρόσωπα δε υφίσταται άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδο ανάλογης αποτελεσματικότητας και δεν συνεπάγεται προφανή σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του δότη.
2. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το δεύτερο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει στη μεταμόσχευση μυελού των οστών.
3. Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η αφαίρεση μυελού των οστών και από ανήλικό δότη, όταν πρόκειται για μεταμόσχευση σε αδελφό ή αδελφή του εφόσον υπάρχει μεταξύ τους ιστοσυμβατότητας, η αφαίρεση είναι αναγκαία για τη ζωή του λήπτη, δεν υπάρχει άλλος διαθέσιμος ιστοσυμβατός δότης, ο οποίος να έχει την δικαιοπρακτική ικανότητα να παράσχει έγκυρα τη συναίνεση του στη μεταμόσχευση, και συναινούν σε αυτή και οι δύο γονείς, έστω και εάν μόνο ο ένας έχει την επιμέλεια του ανήλικού τέκνου. Αν δεν υπάρχουν γονείς ή αν και οι δυο έχουν εκτέσει από τη γονική μέριμνα, συναίνεση παρέχεται από τον επίτροπο.
4. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση είναι δυνατή μόνον εφόσον ο δότης δεν τελεί σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση, έχει την ικανότητα συναίνεσης και δηλώνει ελευθέρως την προς τούτο συναίνεση του, αφού προηγουμένως ενημερωθεί για το σκοπό, τη φύση και τους ενδεχομένους κινδύνους της επέμβασης.
5. Η συναίνεση παρέχεται με έναν από τους εξής τρόπους.
  - α) με συμβολαιογραφικό έγγραφο
  - β) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται από τη Αστυνομική Αρχή η γνησιότητα της υπογραφής του δότη.
  - γ) με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο, το οποίο τηρείται στο νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου θα γίνει η μεταμόσχευση. Κατά τη δήλωση παρίστανται δύο μάρτυρες, οι οποίοι και συνυπογράφουν με το δότη τη σχετική καταχώρηση της συναίνεσης στο ειδικό βιβλίο.
6. Η συναίνεση του δότη είναι ελευθέρως ανακλητή, έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία αφαίρεσης. Η ανακλητή γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο.
7. Όλα τα σχετικά με τη μεταμόσχευση στοιχεία διαβιβάζονται στον Ε.Ο.Μ., όπου και φυλάσσονται σε ειδικό αρχείο.

## Άρθρο 6

### Δαπάνες αφαίρεσης

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

2. Στις δαπάνες της προηγούμενης παραγράφου περιλαμβάνονται:

α) οι ιατρικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν, κατά και μετά την αφαίρεση και εξαιτίας αυτής, β) Τα έξοδα μετακίνησης και διαμονής του υποψήφιου δότη. γ)Κάθε θετική ζημία του υποψήφιου δότη εξ αιτίας της αποχής του από την εργασία του, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία που ο υποψήφιος δότης στερήθηκε εξ αιτίας της απουσίας του για την προετοιμασία και πραγματοποίηση της αφαίρεσης και την αποκατάσταση της υγείας του.

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΑΦΑΙΡΕΣΕΙΣ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΝΕΚΡΟ ΔΟΤΗ

## Άρθρο 7

### Προϋποθέσεις και διαδικασία

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση

επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς. Η αφαίρεση διενεργείται μετά από επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα.

2. Η αφαίρεση διενεργείται ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναίνεσει σε αυτή. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνηση του.

3. Σε κάθε γενική απογραφή πληθυσμού, κάθε ενήλικος απογραφόμενος άτομο καλείται να δηλώσει εγγράφως, σε ειδικό έντυπο διαβιβαζόμενο στον Ε.Ο.Μ. εάν συναινεί ή όχι στην αφαίρεση ιστών και οργάνων του σώματος του για μεταμόσχευση μετά το θάνατο του. Εφόσον παρόμοια δήλωση δεν έχει ήδη γίνει οι δήμοι και τα ασφαλιστικά ταμεία μπορούν να φροντίζουν για τη λήψη των σχετικών δηλώσεων από τους δημότες ή τους ασφαλισμένους τους.

4. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεση ή την άρνηση του η αφαίρεση ενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτή ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του.

5. Η συναίνεση ή η άρνηση είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή. Η συναίνεση ή η άρνηση παρέχεται από ενήλικο πρόσωπο που δεν τελεί υπό πλήρη στερητική συμπαράσταση και που είναι σε θέση να εκφράσει ελεύθερα τη βούληση του.

6. Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη σχετικού πιστοποιητικού θανάτου.

Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει γιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Ο θεράπων γιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, για να εκφράσουν την κατά την παρ. 4 συναίνεση ή άρνηση τους αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εγγράφως συναίνεση ή αποκλείσει την μεταμόσχευση. Μόνο εάν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη.

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

8. Αμέσως μετά από το θάνατο τους, οι δυνητικοί δότες, που είχαν δώσει την συναίνεση τους για την αφαίρεση ιστών και οργάνων μετά το θάνατο τους



καταχωρούνται σε κατάλογο που συντάσσει ο Ε.Ο.Μ.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

### **Άρθρο 20**

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

8. Οι ποινές για τις πράξεις που προβλέπονται από τις παραγράφους 1 έως 7 του άρθρου αυτού, επιβάλλονται εφόσον δεν τιμωρούνται βαρύτερα με άλλη ποινική διάταξη. Εάν οι πράξεις που προβλέπονται από τις παραγράφους 1, 2, 3, 4, 5 και 6 του παρόντος άρθρου τελούνται κατ' επάγγελμα ή κατά συνήθεια τιμωρούνται με κάθειρξη.

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

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

### **Άρθρο 15**

#### **Επωνυμία – Έδρα – Σκοπός**

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

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

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

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

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

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

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

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

στ. Συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της

αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων.

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

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

## **ΝΟΜΟΣ 3204/2003**

### **Άρθρο 32**

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης, μπορεί να συνιστώνται περιφερειακά Παραρτήματα του Ε.Ο.Μ και να συνιστώνται μέχρι 10 θέσεις ιατρικού και λοιπού προσωπικού για κάθε παράρτημα. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η έδρα, η κατά τόπο αρμοδιότητα, η διάρθρωση και στελέχωση, καθώς και οι αρμοδιότητες του Παραρτήματος και κατανέμονται ο θέσεις προσωπικού κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα.

### **Άρθρο 44, Παρ.4:**

Ιατροί του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. και λοιπού προσωπικού των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., ιατροί μέλη Δ.Ε.Π. των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, καθώς και υπάλληλοι δημοσίων υπηρεσιών και νομικών προσώπων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου του δημοσίου τομέα, επιτρέπεται να απασχολούνται στο Κ.Ε.Ε.Λ και στον Ε.Ο.Μ., εκτός του τακτικού ωραρίου τους, για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών. Για την απασχόληση τους καθορίζονται ωριαία αποζημίωση. Η διαδικασία για την ανάθεση της απασχόλησης, το ύψος της ωριαία αποζημίωσης. Η διαδικασία για την ανάθεση της απασχόλησης, το ύψος της ωριαίας αποζημίωσης, ο τρόπος πληρωμής και το ανώτατο όριο ωρών απασχόλησης, καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 6.1 Υλικό – Μέθοδος

Το θέμα που πραγματεύεται η έρευνα αφορά τον Συντονιστή μεταμόσχευσης. Ο Συντονιστής μεταμόσχευσης είναι ο επαγγελματίας υγείας που έχει γνώση των θεμάτων της μεταμόσχευσης και είναι υπεύθυνος για την οργάνωση όλων των διαδικασιών που αφορούν τις επεμβάσεις δότη και λήπτη. Επιμελείται για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών και των οικογενειών των δοτών οργάνων, καθώς και για την παροχή σωστής ιατρικής φροντίδας στους δότες και λήπτες οργάνων.

Για την πρακτική προσέγγιση του θέματος που πραγματεύεται η εργασία συντάχθηκε ερωτηματολόγιο (παράρτημα 1) το οποίο δόθηκε προς συμπλήρωση τον Νοέμβριο του 2007 σε ένα δείγμα από προσωπικό της ΜΕΘ και συγκεκριμένα νοσηλευτές Γενικού Νοσοκομείου του οποίου το όνομα δεν θα αναφέρουμε για λόγους επαγγελματικής δεοντολογίας αφού η έρευνα επικεντρώνεται σε ένα συγκεκριμένο άτομο, τον Συντονιστή μεταμόσχευση του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

Προετοιμάστηκαν και υποβλήθηκαν ερωτήματα σε 30 επιλεγμένα άτομα τα οποία κατέχουν ή κατείχαν μόνιμη θέση νοσηλεύτη στη συγκεκριμένη ΜΕΘ. Κάθε ερωτηματολόγιο αποτελείτο από 12 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 5 πρώτες αποσκοπούσαν στην περιγραφή των προσωπικών χαρακτηριστικών, οι επόμενες 5 για το ρόλο του Συντονιστή Μεταμόσχευσης στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και οι 2 τελευταίες αφορούν προτάσεις για τη βελτίωση του ρόλου του Συντονιστή Μεταμόσχευσης. Πρόκειται για πολλαπλής επιλογής και κλειστού τύπου ερωτήσεις. Τέθηκαν αρχικά γενικά ερωτήματα όπως "Πιστεύεται ότι ο συντονιστής μεταμόσχευσης ως θεσμός έχει βοηθήσει στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων;" και "Έχετε πότε ακούσει για το θεσμό και το ρόλο του Συντονιστή Μεταμόσχευσης;". Οι ερωτήσεις κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα από ζητήματα όπως υποχρεώσεις και τρόποι για την αύξηση των μεταμοσχεύσεων που αφορούν τον Συντονιστή Μεταμόσχευσης.

Οι ερωτήσεις υποβλήθηκαν με τρεις τρόπους: δόθηκε προσωπικά το ερωτηματολόγιο στους νοσηλευτές στο χώρο της ΜΕΘ και απεστάλησαν τα ερωτηματολόγια με e-mail ή συμπληρώθηκαν τηλεφωνικά όταν δεν ήταν εφικτό να

δοθούν προσωπικά.

Πριν την έναρξη της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ενημερώθηκαν οι νοσηλευτές για το είδος ,το σκοπό και την αιτία πραγματοποίησης της έρευνας και δόθηκαν διαβεβαιώσεις ότι θα μείνουν εμπιστευτικές οι απαντήσεις καθώς και το νοσοκομείο στο οποίο διεξάγεται η έρευνα . Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του Excel [Τζωρτζόπουλος, 1995].

Γενικά στοιχεία για τα νοσοκομεία και τη δομή τους παραθέτονται στο παράρτημα 3.

## **6.2. Αποτελέσματα**

### **6.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος**

Το ερωτηματολόγιο είχε ανταπόκριση 100%. Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 30 νοσηλευτές εκ των οποίων 4 ήταν άνδρες και 26 γυναίκες, (διάγραμμα 1)

Από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα 16 είναι ηλικίας 36-65 ετών και 14 ηλικίας 18-36 ετών (διάγραμμα 2), 10 άγαμοι , 19 παντρεμένοι, 0 διαζευγμένοι και 0 σε χηρεία (διάγραμμα 3). Από πλευράς επιπέδου σπουδών 5 δευτεροβάθμιας (Δ.Ε.), 23 τεχνολογικής (Τ.Ε.), 0 πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Π.Ε.) και 2 κατέχουν τίτλους μεταπτυχιακών σπουδών (διάγραμμα 4). Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ελληνικής υπηκοότητας εκτός από 1 που ήταν ολλανδικής υπηκοότητας. (διάγραμμα 5)

### **6.2.2 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου**

Το πρώτο μέρος του ερευνητικού εργαλείου, περιλαμβάνει ερωτήσεις τύπου λίστας για την συγκέντρωση των δημογραφικών στοιχείων που αφορούν στο φύλο, στην ηλικία, στην εθνικότητα, στο επίπεδο σπουδών, στην οικογενειακή κατάσταση και την προϋπηρεσία των μελών της ΜΕΘ.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής ( Ναι, Όχι, Δεν ξέρω) και κλειστού τύπου - διχοτομική (Ναι, Όχι) Οι απαντήσεις αυτές αναφέρονται στην δημοσιότητα και τη συμβολή του Συντονιστή Μεταμόσχευσης και περιγράφουν κάποιες συμπεριφορές που αναμένονται ή απαιτούνται από τον Συντονιστή Μεταμόσχευση καθώς και οι επιπτώσεις από αυτή.

Τέλος, το τρίτο μέρος του ερευνητικού εργαλείου περιλαμβάνει 1 κλίμακα η οποία μετράει τις πολιτικές σχετικές με το ρόλο του συντονιστή μεταμόσχευσης που θα συμβάλλουν στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων. Οι απαντήσεις σε αυτή δίδονται σε μια κλίμακα επτά διαβαθμίσεων (rating) από 7 μέγιστο έως 1 ελάχιστο.

### **6.2.3 Πιλοτική μελέτη**

Το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε σε αριθμό 5 ατόμων που ήταν φοιτητές Νοσηλευτικής σε Α.Τ.Ε.Ι. Οι ερωτώμενοι, είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της μελέτης και ζητήθηκε από αυτούς η γνώμη τους σχετικά με την τελική μορφοποίηση (διάταξη, εμφάνιση, κατανόηση, σαφήνεια, διατύπωση και συντακτική διάρθρωση) του ερευνητικού εργαλείου.

Η πιλοτική μελέτη διήρκησε δύο μέρες ( Νοέμβριος 2007) και αναλυτικά εξετάστηκε:

- Εάν η ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης ήταν διατυπωμένη με σαφήνεια.
- Εάν οι οδηγίες ήταν κατανοητές από όλους .
- Εάν για τις κλειστές ή πολλαπλής επιλογής τύπου ερωτήσεις περιλαμβάνονταν οι απαιτούμενες επιλογές ή απαντήσεις.
- Εάν η εμφάνιση – παρουσίαση του ερωτηματολογίου ήταν αυτή ώστε να μην απορριφθεί από τους ερωτώμενους

### **6.2.4 Συγκέντρωση δεδομένων**

Για την διεξαγωγή της μελέτης στο συγκεκριμένο νοσοκομείο , προηγήθηκε γραπτή έγκριση από το επιστημονική συμβούλιο του νοσοκομείου. Κατά την επίσκεψη στη ΜΕΘ έγινε ενημέρωση του προσωπικού για το σκοπό της έρευνας και διαβεβαίωση για το σκοπό της ανωνυμίας των ατόμων. Αφιερώθηκε όσος χρόνος χρειαζόταν για διευκρινιστικές ερωτήσεις . Στη ΜΕΘ πραγματοποιήθηκαν 6 επισκέψεις.



## 6.3 Αποτελέσματα – Συζήτηση

### 6.3.1 Συζήτηση σχετικά με τη Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη, βασίζεται στην ποσοτική προσέγγιση μέτρησης (ποιοτικών χαρακτηριστικών), των κοινών κανόνων (norms) και ασάφεια ρόλων που καθορίζουν την συμπεριφορά του Συντονιστή μεταμόσχευσης σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου νοσοκομείου ήταν όχι μόνο ο μικρός αριθμός εργαζομένων και η μη τήρηση του καθηκοντολογίου αλλά και το ότι το νοσοκομείο δεν είναι Πανεπιστημιακό.

Το μέγεθος του δείγματος, μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητικό. Ως δείγμα πάρθηκε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ. Οι ερευνητές γενικά προτρέπονται να χρησιμοποιούν το μεγαλύτερο δυνατό δείγμα. Όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα, τόσο πιθανότερο είναι ότι αυτό αντιπροσωπεύει περισσότερο πληθυσμό (Σαχίνη-Καρδάση 2004)

Ορίστηκε αναγκαία συνθήκη για τη χρήση του συγκεκριμένου ερευνητικού εργαλείου, η επιλογή των ατόμων σε ένα οργανισμό (Cooke & Rousseau 1998; Cooke & Szumal 1991). Υπάρχουν σχετικές μελέτες που έχουν συμπεριλάβει μόνο τους διευθυντές, τους προϊσταμένους και τους υπευθύνους αλλά μια τέτοια ερευνητική προσέγγιση θα ήταν μονομερής. Θα μπορούσε επίσης να χρησιμοποιηθεί σε αυτού του είδους τις μελέτες μία μέθοδο διαστρωματικής δειγματοληψίας (stratified sampling method), (Bowling, 2002). Όμως σε αυτή τη περίπτωση, δεν θα ήταν εύκολο να εξασφαλίσει την ίδια αντιπροσωπευτικότητα μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων (νοσηλευτές, γιατροί), λόγω του ότι σε μια ΜΕΘ οι νοσηλευτές είναι περισσότεροι από τους ιατρούς (αναλογία 30:8 για τη συγκεκριμένη ΜΕΘ) ακόμα έτσι δεν θα ελάμβανε υπόψη του τη διαφορετική επιρροή, που αυτές οι επαγγελματικές ομάδες θα ασκούσαν, είτε της θέσης που θα είχαν μέσα στη ΜΕΘ ή λόγω της αναλογίας τους προς τις άλλες ομάδες εργαζομένων. Επίσης οι οργανισμοί υγείας, παρουσιάζουν για τους μελετητές, μία επιπλέον δυσκολία σε σχέση με τους άλλους οργανισμούς και ο λόγος είναι η ύπαρξη ισχυρών υποκοουλτούρων (subcultures) που διέπουν τις διάφορες επαγγελματικές ομάδες που αποτελούν τον οργανισμό (Hofstede 1980; Degeling et al. 1998).

Όσο αφορά την δεοντολογία της παρούσας μελέτης, εφαρμόστηκαν οι αρχές δεοντολογίας που ορίζονται από την αναφορά του Belmont (1976), για τα δικαιώματα

των υποκείμενων μιας έρευνας (οφέλους, μη βλάβης, σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, δικαιοσύνης)

Για τη συλλογή δεδομένων της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς δομημένο σε τρία μέρη. Η δύναμη των εργαλείων αυτών έγκειται στο ότι είναι λιγότερα δαπανηρά και χρειάζονται λιγότερο χρόνο και περιέχουν την δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας έτσι ώστε να είναι καθοριστική στη λήψη πληροφοριών για μη αποδεκτές συμπεριφορές (Σαχίνη-Καρδάση 2004) και τέλος η αντικειμενικότητα που χαρακτηρίζει τέτοια εργαλεία είναι συνήθως υψηλή (Lim 1995).

Όσο αφορά την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, η ανάλυση παραγόντων σε διαφορετικά δείγματα έχει δείξει ότι το ερωτηματολόγιο διαθέτει σταθερή παραγοντική δομή και επομένως εγκυρότητα εννοιολογικής δομής (Cooke & Rousseau 1988)

### **6.3.2 Συνζήτηση αποτελεσμάτων σχετικά με το ρόλο και τη συμπεριφορά του Συντονιστή μεταμόσχευσης.**

Για το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου στην αρχή τοποθετήθηκαν απλές-γενικές ερωτήσεις για να προκαλέσουν το ενδιαφέρον των ερωτηθέντων έτσι ώστε να μουν στο θέμα και στο τέλος τοποθετήθηκαν οι δύσκολες ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις τοποθετήθηκαν με σειρά έτσι ώστε να είναι αλληλοεξαρτώμενες.

Στην ερώτηση που αφορά κατά πόσο είναι γνωστός ο θεσμός και ο ρόλος του Συντονιστή Μεταμόσχευσης από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ 28 (93%) απάντα ότι γνωρίζει σχετικά («Ναι»), και μόνο 2 (7%) απάντα ότι δεν γνωρίζει («Όχι»). Από ότι φαίνεται ο ρόλος του Συντονιστή μεταμόσχευσης είναι γνωστός στους νοσηλευτές της ΜΕΘ. Ωστόσο, αν και ο ρόλος του Συντονιστή φαίνεται να είναι γνωστός οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν είχαν γνώση για τον τρόπο με τον οποίο κάποιος μπορεί να γίνει Συντονιστής μεταμόσχευσης. Με τη μέθοδο της παρατήρησης κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων οι περισσότεροι αποκάλυψαν ότι πιστεύουν ότι δεν δίνονται ίσες ευκαιρίες σε όλους για να ασχοληθούν. Πολλοί εξέφρασαν την επιθυμία ότι θα ήθελαν να γίνουν Συντονιστές αλλά θα ήθελαν να μάθουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά και άλλοι ζήτησαν το τηλέφωνο και τη διεύθυνση του Ε.Ο.Μ για να απευθυνθούν για περισσότερες πληροφορίες.



Στην ερώτηση για το εάν γνωρίζουν ποιος είναι ο Συντονιστής μεταμόσχευσης στο νοσοκομείο τους 27 (90%) απάντα ότι γνωρίζει σχετικά («Ναι»), και μόνο 3 (10%) απάντα ότι δεν γνωρίζει («Όχι»). Από μια πρώτη ματιά των αποτελεσμάτων φαίνεται ότι ο Συντονιστής είναι γνωστός σχεδόν από όλο το προσωπικό της ΜΕΘ πράγμα που σημαίνει ότι κάνει αισθητή την παρουσία του προφανώς από την προσφορά και το έργο του. Ο Συντονιστής θα πρέπει να είναι πρόσωπο γνωστό όχι μόνο στο χώρο της ΜΕΘ αλλά σε όλο το νοσοκομείο. Θα πρέπει να ασχολείται και να συμμετέχει στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με την προώθηση και τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς ιστών και οργάνων συμπεριλαμβανομένων και των οργανώσεων εκδηλώσεων με τους εμπλεκόμενους φορείς μέσα στο χώρο του νοσοκομείου αλλά και στις περιοχές που εξυπηρετεί το νοσοκομείο του και ακόμα να ψάχνει για υποψήφιους δότες όχι μόνο στο χώρο της ΜΕΘ αλλά και σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου π.χ Νευροχειρουργική κλινική.

Στην ερώτηση για το εάν πιστεύουν ότι ο Συντονιστής μεταμόσχευσης ως θεσμός έχει βοηθήσει στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων 18 (60%) απαντά ότι ο θεσμός έχει βοηθήσει στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων («Ναι»), 6 (20%) απάντα ότι δεν έχει βοηθήσει ο θεσμός του συντονιστή («Όχι»), και 6 (20%) απάντα ότι δεν γνωρίζει («Δεν γνωρίζω»). Από το 1997, το έργο του συντονισμού της Υ.Σ.Ε. ενισχύεται με νοσηλευτές των νοσοκομείων οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους ως τοπικοί συντονιστές στις Μ.Ε.Θ. και έτσι αρχίζει η ανοδική πορεία των μεταμοσχεύσεων. Όμως η ανοδική πορεία των μεταμοσχεύσεων, όπως αυτή διαφαινόταν ότι διαγράφετε στις αρχές της δεκαετίας του '90, όχι μόνο δεν συνεχίστηκε μέσα στη δεκαετία, αλλά αντίθετα καταγράφηκε σημαντική μείωση της. Αρχική αιτία υπήρξε η διαμόρφωση του αρνητικού κλίματος στην κοινή γνώμη (περί εμπορίας οργάνων). Από τη διεθνή εμπειρία η ανάπτυξη ενός συστήματος μεταμοσχεύσεων δεν είναι δυνατή, εάν δεν στηρίζεται στην ανάπτυξη αποκεντρωμένων δομών σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Ως πρώτη αποκεντρωμένη δομή θεωρείτε διεθνώς η καθιέρωσή του Τοπικού Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων

Στην ερώτηση ποιος πιστεύετε ότι είναι ο καλύτερος επαγγελματίας υγείας για το ρόλο του συντονιστή μεταμόσχευσης από τους ερωτηθέντες το 12 (33%) απάντησαν ο Συντονιστής μεταμόσχευσης πρέπει να είναι νοσηλευτής («Νοσηλευτής»), οι 5 (23%) υποστηρίζουν ότι πρέπει να είναι γιατρός («Γιατρός») και οι 13 (44 %) ότι θα πρέπει να είναι ομάδα που να αποτελείται από Γιατρό, Νοσηλευτή και Ψυχολόγο («Ομάδα από Γιατρό, Νοσηλευτή και Ψυχολόγο»). Στην Ελλάδα το μεγαλύτερο μέρος των συντονιστών είναι νοσηλευτές. Στην Ισπανία στα πλαίσια βελτίωσης και αύξησης της



δωρεάς οργάνων δημιούργησαν μια «ομάδα συντονισμού» για κάθε νοσοκομείο που αποτελείται από γιατρό και νοσηλεύτη. Χάρης και σε αυτή τη βασική ενέργεια, η δωρεά οργάνων αυξήθηκε στην Ισπανία από 14 σε 33 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού τη δεκαετία του ενενήντα. Και αποτέλεσε τη μεγαλύτερη και υψηλότερη αύξηση στον κόσμο. Στην Ιταλία και ειδικά στις βόρειες περιοχές της που υιοθέτησαν αυτό το βασικό χαρακτηριστικό καθώς και άλλα του Ισπανικού μοντέλου έφτασαν πάνω από 20 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού και σε κάποιες περιοχές πάνω από 30. Επομένως θα μπορούσε να προσαρμοστεί και στη χώρα μας.

Με την πρώτη ανάγνωση των αποτελεσμάτων μπορούμε να πούμε ότι προκύπτουν σημαντικά στοιχεία που να αποδεικνύουν την απουσία του Συντονιστή Μεταμόσχευσης κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της Μεταμόσχευσης από το χώρο της ΜΕΘ και άτυπη ανάληψη καθηκόντων από τους νοσηλευτές. Από τα διαγράμματα 9,10 και 11 στα οποία απεικονίζονται τα αποτελέσματα των ερωτήσεων οι οποίες αναφέρονται στο ρόλο του Συντονιστή Μεταμόσχευσης στη συγκεκριμένη ΜΕΘ, προκύπτει ότι πιθανά να χάνονται περιστατικά λόγω αμέλειας του Συντονιστή Μεταμόσχευσης. Συγκεκριμένα, για περιστατικά τα οποία ήταν κατάλληλοι δότες και πιθανά να χάθηκαν λόγω αμέλειας του Συντονιστή 60% των ερωτηθέντων απαντά ότι χάνονται περιστατικά («Ναί»), το 20% απαντά ότι δεν χάνονται («Όχι») και το 20% απαντά άγνοια («Δεν γνωρίζω»).

Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα της ερώτησης που αφορά τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαδικασία της Μεταμόσχευσης λόγω απουσίας του Συντονιστή. Από τους ερωτηθέντες 24 (80%) απάντησαν ότι έχουν συμμετάσχει στην διαδικασία της Μεταμόσχευσης λόγω απουσίας του Συντονιστή («Ναι») και 6 (20%) δεν έχουν εμπλακεί ποτέ («Όχι»). Όπως φαίνεται από τα παραπάνω στοιχεία ο Συντονιστής μεταμόσχευσης μεταθέτει τις ευθύνες στους νοσηλευτές της ΜΕΘ. Διοικητικά, διατηρείται μία κάθετη ιεραρχική δομή στα πλαίσια της οποίας τα άτομα υπακούουν στους ανώτερους τους αφού ο Συντονιστής στη συγκεκριμένη ΜΕΘ είναι η προϊσταμένη του τμήματος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να προστίθεται ακόμα μια αρμοδιότητα στους νοσηλευτές της ΜΕΘ τη στιγμή που είναι γνωστή η κατάσταση που επικρατεί στις περισσότερες ΜΕΘ της Ελλάδος. Ένας νοσηλευτής σε βάρδια μπορεί να είναι υπεύθυνος για 3 ασθενείς όταν τα διεθνή πρότυπα λένε ότι στη ΜΕΘ 1 νοσηλευτής αντιστοιχεί για 1 ασθενή. Ακόμα αναλαμβάνει αρμοδιότητες για το συντονισμό της μεταμόσχευσης προσωπικό το οποίο είναι βάρδια εκείνη τη στιγμή το οποίο δεν έχει εκπαιδευτεί και δεν έχει εξειδικευτεί πράγμα που μπορεί να σημαίνει ότι εύκολα μπορούν να χαθούν περιστατικά τα οποία

ήταν κατάλληλοι δότες. Η προσέγγιση της οικογένειας του δυνητικού δότη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό σημείο και για το λόγο αυτό αποτελεί αντικείμενο εκπαίδευσης καθώς και η ρύθμιση νομικών θεμάτων σε περιπτώσεις αφνίδων θανάτων ή ατυχημάτων, που χρήζουν ιατροδικαστικής πραγματογνωμοσύνης, ο έλεγχος σωστής φροντίδας για τον δότη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανα σε καλή κατάσταση, η ταχεία αποστολή δειγμάτων ορρών για την εκτέλεση των εργαστηριακών εξετάσεων, η επικοινωνία με τα εργαστήρια ιστοσυμβατότητας για την έγκαιρη τυποποίηση του δότη, η ενημέρωση των Μεταμοσχευτικών Κέντρων (Μ.Κ.) και την ανταλλαγή πληροφοριών, εάν διαθέτουν κατάλληλους υποψήφιους λήπτες προς τα προσφερόμενα όργανα, ο χρόνος και την προετοιμασία του χειρουργείου, η οργάνωση της μεταφοράς οργάνων και ιατρικών ομάδων και η αναφορά και αποδοχή μοσχευμάτων προς και από τις υπηρεσίες διάθεσης μοσχευμάτων. Όλα τα παραπάνω αποτελούν αντικείμενο εκπαίδευσης.

Επόμενος στόχος της μελέτης αυτής ήταν η ανάδειξη των αιτιών απουσίας του Συντονιστή από το χώρο της ΜΕΘ κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 10 (55%) απάντησε «ότι υπάρχει έλλειψη ενδιαφέροντος, αδιαφορία από το μέρος του Συντονιστή», ενώ 1 (6%) «έχει φορτωμένο ωράριο ο συντονιστής» και τέλος 7 (39%) απάντησαν «Δεν γνωρίζω». Οι αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση αδιαφορίας αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση. Ακόμα είναι ανάγκη να τονιστεί ότι, ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα των ασθενών με κακή πρόγνωση ή με ιδιαίτερες συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτος εργασίας, και το άγχος του θανάτου αποτελούν επιπλέον αίτια της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης και εντέλει της αδιαφορίας για την εργασία τους.

Επόμενο σημείο που θα θέλαμε να σταθούμε, είναι η αξιολόγηση πολιτικών για τη δημιουργία ενός καλύτερου προφίλ για τον Συντονιστή. Ο κυρίως σκοπός της παραπάνω ανάλυσης ήταν ο εντοπισμός αδύνατων σημείων και σκοπός της παρακάτω ανάλυσης ο λεπτομερής εντοπισμός αδύνατων σημείων που χρήζουν βελτίωσης. Υποκίνηση είναι μια διαδικασία στα πλαίσια του επιστημονικού management και αποτελεί έναν από τους βασικούς τελεστές επιτυχίας του σκοπού οποιουδήποτε οργανισμού. Με τον όρο υποκίνηση εννοείται η διαδικασία επίτευξης στους εργαζομένους ενός οργανισμού «μιας εσωτερικής κατάστασης που ενεργοποιεί και



δραστηριοποιεί το σύνολο των ικανοτήτων τους και κατευθύνει τη συμπεριφορά τους προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων» [Κυριοπούλος, 2005]. Στην ερώτηση 12 του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ να βαθμολογήσουν ( από 1 έως 7 ) τις πολιτικές υποκίνησης που αναφέρονται στο ρόλο του Συντονιστή Μεταμόσχευσης και που πιστεύουν ότι θα συμβάλλουν στην αύξηση των Μεταμοσχεύσεων. Από τους μέσους όρους που προέκυψαν, διαπιστώθηκε ότι «Εκπαίδευση Συντονιστών» με μ.ο.=5.3 θεωρείται η καλύτερη πολιτική, ακολουθούν η «Ειδικότητα Συντονιστή Μεταμόσχευσης » με μ.ο.=5.2 και «Μόνιμο προσωπικό της ΜΕΘ» με μ.ο.=4.1, έπονται η «Αξιολόγηση Συντονιστών» μ.ο.= 4.0, «Νεαρό άτομο με όρεξη» με μ.ο.=3.9, «Κίνητρα στους Συντονιστές» με μ.ο.=4.0 και τέλος «Αλλαγή Συντονιστή κάθε χρόνο» με μ.ο.=2.3.

Προκύπτει ότι στόχος του ΕΟΜ είναι να εντάσσει συνεχώς σε όλα τα νοσοκομεία Συντονιστές οι οποίοι θα έχουν εκπαιδευτεί. Η εκπαίδευση επικεντρώνεται συνήθως στην παροχή συγκεκριμένων δεξιοτήτων ή βοήθειας προκειμένου να διορθώσουν τις ανεπάρκειες στην επίδοσή τους. Στόχος της εκπαίδευσης είναι η σχετικά ταχεία βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων ( Τερζίδης- Τζωρτζάκης 2004). Η προσέγγιση της οικογένειας του δυνητικού δότη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό σημείο σε ότι αφορά την επιτυχία των μεταμοσχεύσεων και για το λόγο αυτό αποτελεί αντικείμενο εκπαίδευσης των συντονιστών. Η καθιέρωση προγραμμάτων συνεχόμενης εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι από τις πρώτες προτεραιότητες όσον αφορά τον Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων και την αύξηση των Μεταμοσχεύσεων καθώς και η εκπροσώπηση τους σε Πανελλήνια και Διεθνή Συνέδρια. Επιπλέον ο ΕΟΜ θα πρέπει να συμβάλλει στην καθιέρωση της ειδικότητας του «Συντονιστή Μεταμόσχευσης» και παρακολούθηση ενός σύντομου και εντατικού προγράμματος σπουδών για την απόκτηση της από τους Συντονιστές έχοντας σαν κίνητρο εκπαιδευτική άδεια για την παρακολούθηση του προγράμματος έτσι ώστε να είναι περισσότερο καταρτισμένοι και να δουλεύουν όσο το δυνατό αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα με απώτερο στόχο την αύξηση των μεταμοσχεύσεων. Στην Αμερική οι Συντονιστές είναι συνήθως νοσηλευτές οι οποίοι έχουν παρακολουθήσει ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα αλλά οι περισσότεροι σε αυτές τις θέσεις είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην «Δημόσια Υγεία» και στη «Διοίκηση Επιχειρήσεων» ή είναι κάτοχοι Διδακτορικού με κατεύθυνση την Ψυχολογία ή την Κοινωνική Εργασία. Ακόμα εθελοντική πιστοποίηση είναι διαθέσιμη μέσω της Αμερικάνικης επιτροπής των συντονιστών μεταμόσχευσης, «Επικυρωμένος συντονιστής μεταμόσχευσης προμήθειας (CPTC)» και «Επικυρωμένη κλινική μεταμόσχευση». Τα



πιστοποιητικά συντονιστών (CCTC) είναι διαθέσιμα σε συντονιστές που έχουν εργαστεί στον τομέα για τουλάχιστον ένα έτος και αφού έχουν περάσει επιτυχώς εξετάσεις.

Οι νοσηλευτές υποστηρίζουν ότι ο Συντονιστής θα πρέπει να είναι «Μόνιμο προσωπικό της ΜΕΘ» με μ.ο=5.2. Ο Συντονιστής θα πρέπει να είναι γνώστης του είδους και της πολυπλοκότητα των μηχανημάτων παρακολούθησης οπότε θα πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό το οποίο να έχει εξειδικευθεί στην επείγουσα ή εντατική θεραπεία με ικανότητα παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς, εκτέλεσης επειγόντων παρεμβάσεων αν χρειαστεί κ.α και τα κατάλληλα πρόσωπα είναι άτομα που εργάζονται ή έχουν εργαστεί στο χώρο της ΜΕΘ ή ακόμα και στα Επείγοντα Ιατρεία (ΤΕΠ).

Στην αξιολόγηση των Συντονιστών δίδεται η τέταρτη θέση με μ.ο=4. Οι μέθοδοι με τις οποίες θα μπορούσε να γίνει η αξιολόγηση του συντονιστή είναι:

α) Δείγματα έργου β) Συνέντευξη γ) Ψυχομετρικά τεστ (ικανοτήτων, δεξιοτήτων, προσωπικότητας, ενδιαφερόντων) δ) Βιογραφικές μέθοδοι.

Στην Αμερική τα πιστοποιητικά συντονιστών (CCTC) ισχύουν για μια περίοδο 3 ετών. Η συνεχής πιστοποίηση λαμβάνεται με επανεξέταση.

Ανασκόπηση ερευνών έδειξε ότι οι δείκτες εγκυρότητας των μεθόδων επιλογής προσωπικού είναι οι εξής:

#### Μέθοδος Δείκτης εγκυρότητας

Μετρήσεις γνωστικών ικανοτήτων & ειδικών δεξιοτήτων	Μέτριος
Μετρήσεις προσωπικότητας	Χαμηλός
Μετρήσεις ενδιαφερόντων	Χαμηλός
Σωματικές ικανότητες	Υψηλός
Βιογραφικές πληροφορίες	Μέτριος
Συνέντευξη	Χαμηλός
Δείγματα έργου	Υψηλός
Συστάσεις	Χαμηλός
Εκπαιδευτική πορεία/ βαθμολογία	Χαμηλός

Από την έρευνα μας διαπιστώνεται ότι οι νοσηλευτές δεν δίνουν βάρος στην παροχή επιπλέον κινήτρων στους συντονιστές. Όμως αξίζει να αναφέρουμε ότι βασικό σημείο του Ισπανικού μοντέλου είναι το μεικτό σύστημα αμοιβών που περιέχει βασικό μισθό καθώς και bonus απόδοσης για τους συντονιστές. Στην Αμερική ο Συντονιστής συνήθως είναι νοσηλευτής και οι αποδοχές τους κυμαίνονται από \$18.85 έως \$30.75 την ώρα ανάλογα με το επίπεδο σπουδών, την εμπειρία και τις ευθύνες που του έχουν

ανατεθεί. Το συνολικό πακέτο που προσφέρεται θα πρέπει να είναι μοναδικό και να υπολογίζεται με πολύ προσοχή ανάλογα την προσφορά και τις σπουδές του. ( Τερζίδης-Τζωρτζάκης 2004).

Τέλος στην αξιολόγηση πολιτικών για τη δημιουργία ενός καλύτερου προφίλ για το Συντονιστή δίδεται η τελευταία θέση στη Αλλαγή Συντονιστή κάθε χρόνο με μ.ο.= 2.3. Στο χρονικό διάστημα ενός χρόνου ο Συντονιστής δεν προλαβαίνει να δείξει έργο αφού θα χρειαστεί κάποιο χρονικό διάστημα να προσαρμοστεί και τέλος δεν έχει καθόλου κίνητρα έτσι ώστε να επιδιώξει καλύτερα αποτελέσματα. Στην Ισπανία οι Συντονιστές αλλάζουν κάθε δύο χρόνια κατά μέσο όρο πριν αρχίσει να φθίνει η απόδοσή τους.

### **6.3.3 Προεκτάσεις – προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Οι προτάσεις που μπορούν να γίνουν για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του μεταμοσχευτικού προγράμματος της χώρα μας αγγίζουν πολλούς τομείς, τόσο οργανωτικούς, όσο και νομοθετικούς, οικονομικούς, επιστημονικούς κ.α. όπως η ανάγκη κοστολόγησης της μεταμοσχευτικής διαδικασίας καθώς και η αναθεώρηση κάποιων σημείων του νόμου 2737/1999, όπου ασάφειες ή παραλείψεις δεν διευκολύνουν την μεταμοσχευτική διαδικασία. Όσο αφορά προτάσεις που μπορούν να γίνουν για τον Συντονιστή μεταμόσχευσης είναι απαραίτητος ο σαφής καθορισμός ρόλων και αρμοδιοτήτων όλων των εμπλεκόμενων στην διαδικασία καθώς και η δημιουργία Πρωτοκόλλων για κάθε στάδιο της. Οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή στις Μ.Ε.Θ θα πρέπει να καλυφθούν. Θα πρέπει να γίνεται έλεγχος της παρουσίας του Συντονιστή Μεταμόσχευσης στη μεταμοσχευτική διαδικασία με κάποιο τρόπο γιατί όπως διαπιστώνεται ο Συντονιστής πολλές φορές απουσιάζει. Όπως δείχνει και η εμπειρία απ' την Ισπανία, αποτελεί η καλύτερη δυνατή βάση για να μη χάνονται εν δυνάμει δότες είναι να δοθούν περισσότερες αρμοδιότητες σε αυτούς τους επαγγελματίες όπως έγινε και στην Ισπανία μέσω συγκεκριμένου προγράμματος που σαν στόχο είχε τη συστηματική ανάλυση της διαδικασίας της δωρεάς οργάνων βήμα προς βήμα. Κύριος σκοπός ο εντοπισμός αδυνατιών σημείων σε κάθε νοσοκομείο και ο λεπτομερής εντοπισμός των διαδικασιών που χρήζουν βελτίωση.

Η παρούσα μελέτη, είναι η πρώτη που κατέγραψε τη συμπεριφορά του τοπικού Συντονιστή μεταμόσχευσης σε ΜΕΘ της Ελλάδος ελπίζοντας ότι θα είναι το πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση της ποιοτικής και αποδοτικής αναβάθμισης του θεσμού και του ρόλου του Συντονιστή μεταμόσχευσης. Θα πρέπει όμως να γίνει έρευνα και καταγραφή της συμπεριφοράς του σε

μεγαλύτερο αριθμό ΜΕΘ που θα επιτρέψει μια πιο ευρεία και αναλυτικότερη διερεύνηση της συμπεριφορά του.

Σύμφωνα με τον Balthazard & Cooke (2004), καταγράφοντας την πολύτιμη κρυμμένη γνώση των μελών ενός οργανισμού ο ερευνητής είναι σε θέση να οργανώσει, να συστηματοποιήσει και κυρίως να μοιραστεί αυτή τη γνώση με όλα τα μέλη του οργανισμού προετοιμάζοντας το έδαφος για αλλαγή. Το σημαντικό σημείο από αυτή την έρευνα είναι η γνώση που ήρθε στην επιφάνεια, ότι η προσφορά και η συμπεριφορά του Συντονιστή μεταμόσχευσης μπορεί να μετρηθεί.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας στην έρευνα που διενεργώ στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας του προγράμματος Μεταπτυχιακών σπουδών στη «Διοίκηση της Υγείας» το οποίο διοργανώνεται από το Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς. Το θέμα αφορά το Συντονιστή Μεταμόσχευσης στο χώρο του νοσοκομείου σας. Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και τα ερωτηματολόγια ανώνυμα.

Αριθμός Ερωτηματολογίου:.....

1. Φύλο : Άνδρας  Γυναίκα

2. Ηλικία:.....

18-35  36-65

3. Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος/η  Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η  Χήρος/α

4. Υπηκοότητα:

.....

5. Επίπεδο Σπουδών: Υποχρεωτική Εκπαίδευση  Δ.Ε.

Τ.Ε.  Π.Ε.  Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση

6. Έχετε πότε ακούσει για το θεσμό και το ρόλο του Συντονιστή Μεταμόσχευσης;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

7. Γνωρίζετε ποιος είναι ο συντονιστής μεταμόσχευσης στο νοσοκομείο σας;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

8. Πιστεύεται ότι ο συντονιστής μεταμόσχευσης ως θεσμός έχει βοηθήσει στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

9. Έχετε ποτέ εμπλακεί στη διαδικασία της μεταμόσχευσης π.χ test εγκεφαλικού θανάτου, ενημέρωση συγγενών κ.α λόγω του ότι ο συντονιστής μεταμόσχευσης απουσίαζε;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

10. Πιστεύεται ότι χάνονται περιστατικά τα οποία ήταν κατάλληλοι δότες για μεταμόσχευση λόγω αμέλειας του συντονιστή μεταμόσχευσης;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Εάν πιστεύεται «Ναι» που οφείλεται;

Αδιαφορίας του Συντονιστή  Φορτωμένο ωράριο του Συντονιστή

Δεν γνωρίζω

11. Ποιος πιστεύετε ότι είναι ο καλύτερος επαγγελματίας υγείας για το ρόλο του συντονιστή μεταμόσχευσης;

Νοσηλεύτης  Γιατρός  Ομάδα που να αποτελείται από

Νοσηλεύτη

Γιατρό

Ψυχολόγο

12. Ιεραρχήστε τις παρακάτω πολιτικές σχετικές με το ρόλο του συντονιστή μεταμόσχευσης που πιστεύεται ότι θα συμβάλλουν στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων ; (Βαθμολογήστε με 1-7, όπου 1 το ελάχιστο και 7 το μέγιστο).

Ο συντονιστής να είναι επαγγελματίας υγείας

με την ειδικότητα του «συντονιστή μεταμόσχευσης»

Ο συντονιστής να ανήκει στο μόνιμο

προσωπικό της ΜΕΘ

Ο συντονιστής να είναι νεαρό άτομο με όρεξη

από το χώρο της υγείας

Αλλαγή συντονιστή κάθε χρόνο

ανεξάρτητα από το έργο του

Εκπαίδευση συντονιστών

Ετήσια αξιολόγηση συντονιστών

Περισσότερα κίνητρα στους συντονιστές

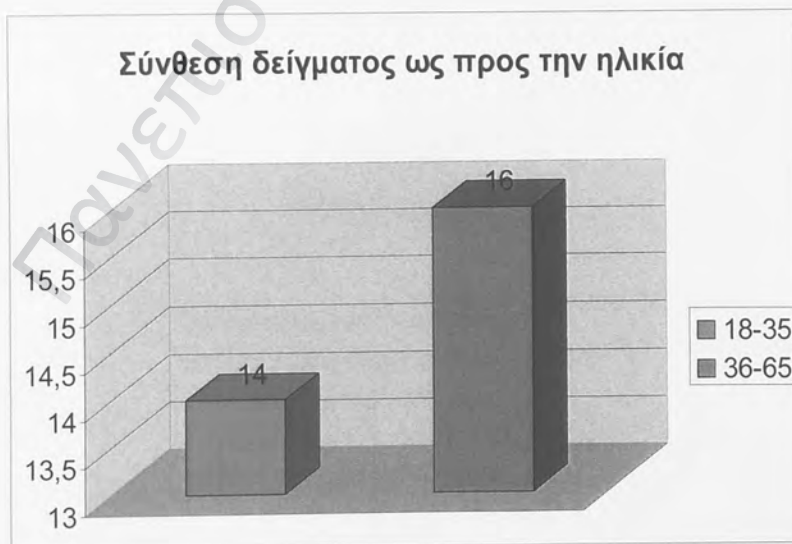


## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ



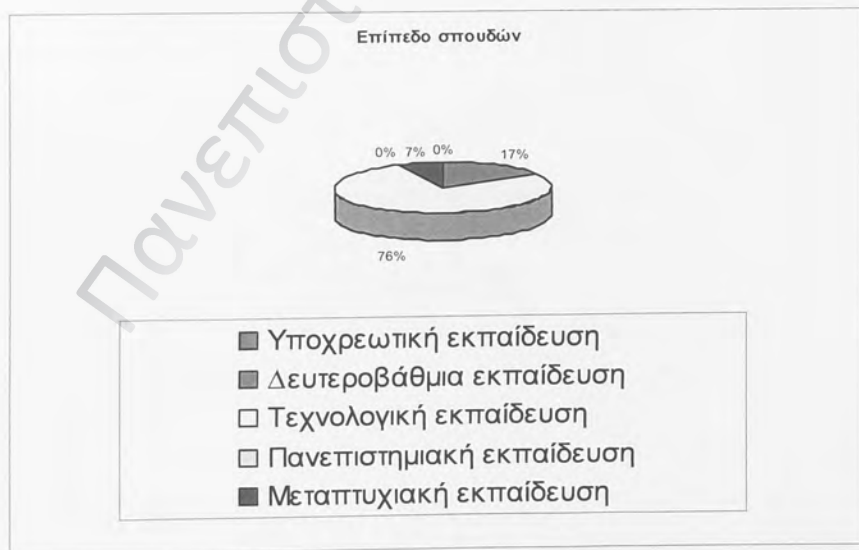
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1



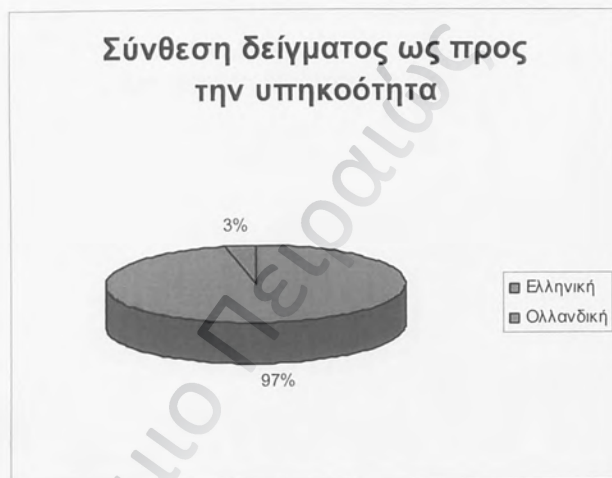
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5

Υπηκοότητα (διάγραμμα 5)	
Ελληνική	29
Ολλανδική	1

ΠΙΝΑΚΑΣ 1



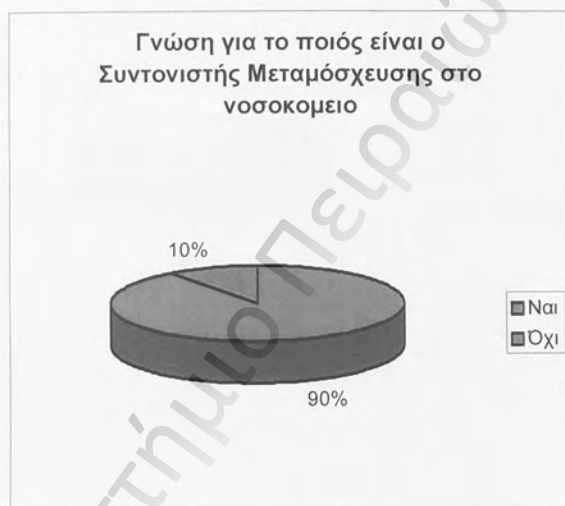


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6

Έχετε ποτέ ακούσει για το θεσμό και το ρόλο  
του Συντονιστή Μεταμόσχευσης;  
(διάγραμμα 6)

ΝΑΙ	28
ΟΧΙ	2

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

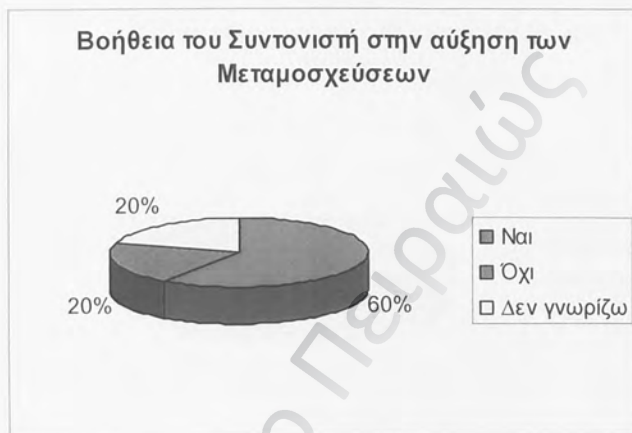


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7

Γνωρίζετε ποιός είναι ο Συντονιστής  
Μεταμόσχευσης στο νοσοκομείο σας;  
(διάγραμμα 7)

ΝΑΙ	27
ΟΧΙ	3

ΠΙΝΑΚΑΣ 3



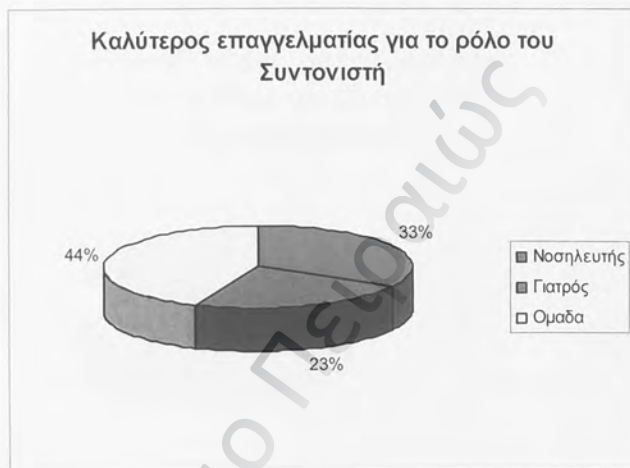
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8**

Πιστεύεται ότι ο Συντονιστής Μεταμόσχευσης  
ως θεσμός έχει βοηθήσει στην αύξηση των  
Μεταμοσχεύσεων;  
(διάγραμμα 8)

ΝΑΙ	18
ΟΧΙ	6
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	6

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4**

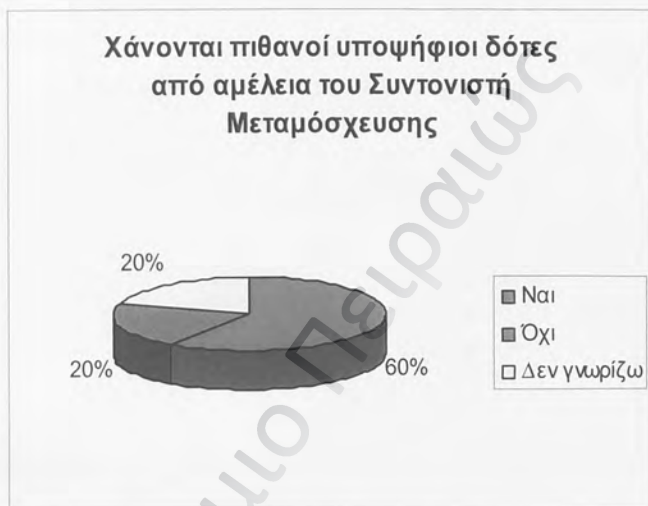




**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9**

Ποιος πιστεύεται ότι είναι ο καλύτερος επαγγελματίας υγείας για το ρόλο του Συντονιστή Μεταμόσχευσης; (διάγραμμα 9)	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	10
ΓΙΑΤΡΟΣ	7
ΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΓΙΑΤΡΟ - ΨΥΧΟΛΟΓΟ	13

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5**

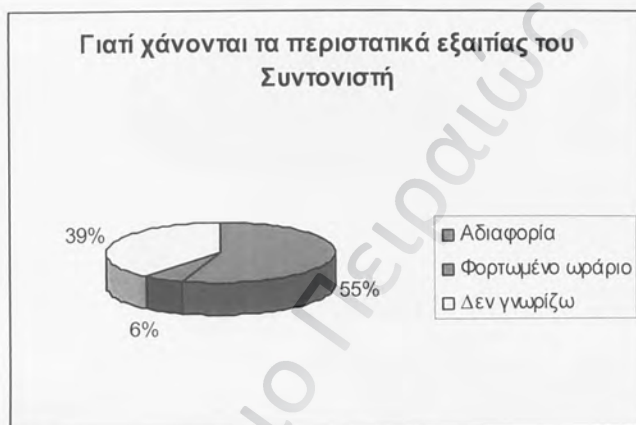


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10

Πιστεύεται ότι χάνονται περιστατικά τα οποία ήταν κατάλληλοι δότες για Μεταμόσχευση λόγω αμέλειας του Συντονιστή Μεταμόσχευσης:  
(διάγραμμα 10)

ΝΑΙ	18
ΟΧΙ	6
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	6

ΠΙΝΑΚΑΣ 6



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11**

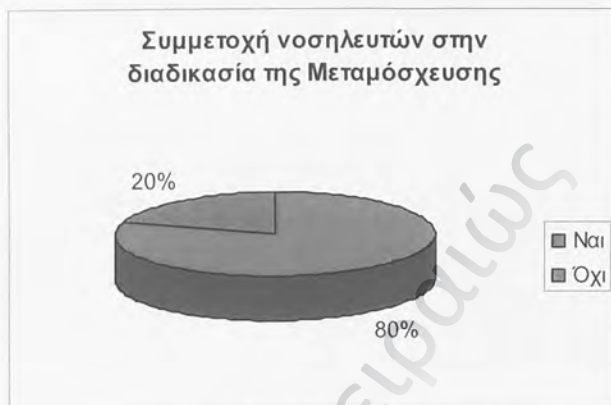
Εάν πιστεύεται ότι χάνονται περιστατικά τα οποία ήταν κατάλληλοι δότες για μεταμόσχευση λόγω αμέλειας του συντονιστή μεταμόσχευσης που οφείλεται;

(διάγραμμα 10)

Αδιαφορία	10
Φορτωμένο ωράριο	1
Δεν γνωρίζω	7

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7**





**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12**

Έχετε ποτέ εμπλακεί στη διαδικασία της Μεταμόσχευσης λόγω του ότι ο Συντονιστής Μεταμόσχευσης απουσίαζε;  
(διάγραμμα 11)

ΝΑΙ	24
ΟΧΙ	6

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10**

<b>Αξιολόγηση Πολιτικών για τη δημιουργία ενός νέου προφίλ Συντονιστή (μ.ο.)</b>	
Εκπαίδευση Συντονιστών	5.3
Ειδικότητα «Συντονιστή Μεταμόσχευσης»	5.2
Μόνιμο προσωπικό της ΜΕΘ	4.1
Αξιολόγηση Συντονιστών	4.0
Νεαρό άτομο με όρεξη	3.9
Κίνητρα στους Συντονιστές	4.0
Αλλαγή Συντονιστή κάθε χρόνο	2.3

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

#### ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Το συγκρότημα του Νοσοκομείου Αποτελείται από:

1. Ενιαίο κτιριακό συγκρότημα (Κεντρικό κτίριο, Κτίρια Α-Β)
2. Ανεξάρτητα κτίρια (Φαρμακείο, Αρχείο)
3. Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
4. Κτίριο Λοιμοδών
5. Ενεργειακό κτίριο
6. Διοικητικές Υπηρεσίες
7. Τεχνική Υπηρεσία
8. Κτίριο Οδηγών
9. Εκκλησία
10. Κυλικείο Εργαζομένων
11. Κυλικείο Ιδιωτικό
12. Αποθήκη Ιματισμού
13. Τμήμα Ιματισμού

Στο νοσοκομείο ανήκει επίσης :

1. Η Σχολή Νοσηλευτικής, η οποία είναι ενοικιαζόμενο κτίριο
2. Το Αρχείο Του Νοσοκομείου, το οποίο είναι σε ενοικιαζόμενο κτίριο

Συνολικό Εμβαδόν : 25.390,38 τ.μ.

#### ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Το Νοσοκομείο λειτουργεί με σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό που ανανεώνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Ενδεικτικά αναφέρονται:

- ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ
- ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΤΕΣΤ ΚΟΠΩΣΗΣ
- ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΝΕΡΟΥ (ΑΝΤΙΣΤ.ΟΣΜΩΣΗΣ)
- ΥΠΕΡΗΧΟΙ
- ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΟΣ
- ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑΤΑ
- ΑΝΑΛΥΤΕΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ
- ΑΝΑΛΥΤΕΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ
- ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΕΣ ΝΕΟΓΝΩΝ
- ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΕΣ ΠΙΕΣΕΩΝ - ΟΓΚΟΥ
- ΑΠΠΝΙΔΩΤΕΣ
- ΔΙΑΘΕΡΜΙΕΣ
- ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΣΚΟΠΙΟ
- ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΡΙΑ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ

## **Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

- ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΙΑ ΒΙΝΤΕΟ
- ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΟΙ
- ΘΕΡΜΟΚΟΙΤΙΔΕΣ
- ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΑ
- ΚΑΜΕΡΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ
- ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΟΙ
- ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΠΑΡΑΚ.ΑΣΘΕΝ
- ΚΛΙΝΗ ΟΡΘΟΠ.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
- ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΙΑ
- ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΛΙΜΟΠΕΤΑΛΛΙΟΦΑΙΡΕΣΗΣ
- ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΑ
- ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ
- ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΡΩΣΗΣ ΚΥΤΤΑΡΩΝ
- ΕΓΓΕΦΑΛΟΜΥΟΓΡΑΦΟΣ
- ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΟΦΘΑΛΜ.ΥΑG LASER OPTI
- ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΦΑΚΟΘΥΨΙΑΣ
- ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ
- ΝΥΣΤΑΓΜΟΓΡΑΦΟΣ
- ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑ Γ' ΚΑΜΕΡΑΣ
- ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΚΑΨΟΥΛΑΣ
- ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΠΕΞ.ΦΛΟΥΟΡΑΓΓΕΙΟΓΡ.
- ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΜΕΡΑΣ ΒΥΘΟΥ
- ΣΥΣΤΗΜΑ ΜΙΚΡΟΕΚΤΟΜΗΣ
- ΤΡΑΠΕΖΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ
- ΤΥΜΠΑΝΟΓΡΑΦΟΣ

### **ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Το Νοσοκομείο σήμερα λειτουργεί ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με το δικό του προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και Α.Φ.Μ..Διαθέτει 500 οργανικές κλίνες σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Α3β/οικ 14160/ 8/8/86 ΦΕΚ 4/Β/9/1/87 και τους ισχύοντες νόμους περί εθνικού Συστήματος Υγείας. Διοικείται από:

- α)το Διοικητικό Συμβούλιο
- β)τον Διοικητή του Νοσοκομείου

Η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου είναι η ακόλουθη:

**Διοικητής & Πρόεδρος του Δ.Σ.**

**Αναπληρωτής διοικητής**

**Αντιπρόεδρος Δ.Σ.**

**Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας**

**Εκπρόσωπος Ιατρών**

**Εκπρόσωπος λοιπού προσωπικού**





#### ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

Τα κέντρα υγείας λειτουργούσαν ως οργανικές αποκεντρωμένες μονάδες του Νοσοκομείου. Από τις 03/05/2005 και σύμφωνα με την απόφαση Αριθ.Υ3α/Γ.Π.81535, λειτουργούν ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες μονάδες της με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

#### ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Στην **Ιατρική Υπηρεσία** προβλέπονται 220 οργανικές θέσεις γιατρών ΕΣΥ και υπηρετούν 170 γιατροί ΕΣΥ διάφορων ειδικοτήτων. Προβλέπονται 164 οργανικές θέσεις ειδικευομένων γιατρών και υπηρετούν 164 ειδικευόμενοι γιατροί. Στο λοιπό προσωπικό πλην γιατρών της Ιατρικής Υπηρεσίας προβλέπονται 127 θέσεις και 17 προσωπολογείς και υπηρετούν 99 άτομα στις οργανικές και 17 στις προσωπολογείς και 1 αορίστου χρόνου.

Στην **Νοσηλευτική Υπηρεσία** προβλέπονται 692 οργανικές θέσεις διάφορων ειδικοτήτων και 41 προσωπολογείς. Υπηρετούν 517 άτομα στις οργανικές και 41 στις προσωπολογείς θέσεις και 2 αορίστου χρόνου.

Στην **Διοικητική Υπηρεσία** προβλέπονται 379 οργανικές θέσεις διάφορων ειδικοτήτων και 20 προσωπολογείς. Υπηρετούν 224 άτομα στις οργανικές και 20 στις προσωπολογείς θέσεις και 11 αορίστου χρόνου.

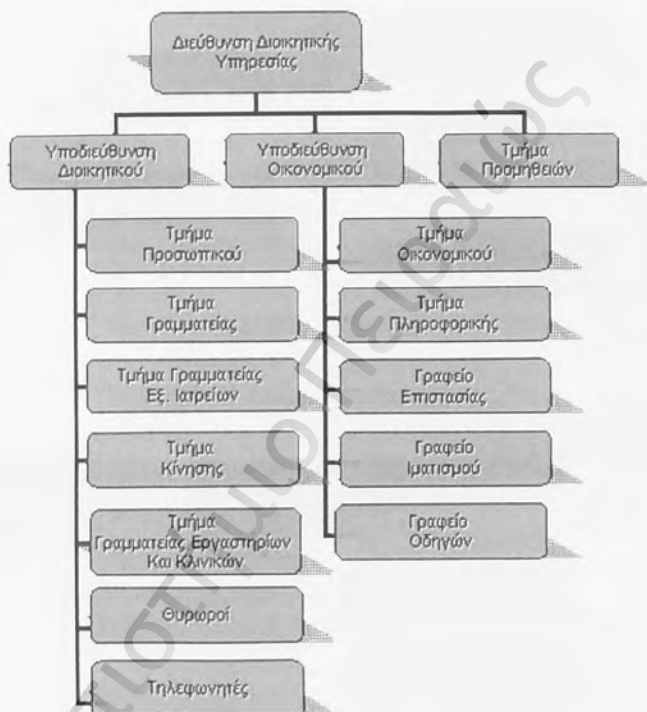
Στην **Τεχνική Υπηρεσία** προβλέπονται 98 οργανικές θέσεις διάφορων ειδικοτήτων και 20 προσωπολογείς. Υπηρετούν 73 άτομα στις οργανικές και 5 στις προσωπολογείς θέσεις και 3 αορίστου χρόνου.

Στον **Ξεθόνα** (Α' Φάση ψυχαγωγός) προβλέπονται 10 άτομα διάφορων ειδικοτήτων. Υπηρετούν με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου 9 άτομα.

Στο **ΤΕΕ Α' Κύκλος Σπουδών** προβλέπεται μία θέση Δ/τριας, 3 θέσεις διδασκουσών, 1 θέση οίκου αδελφών και 1 θέση βοηθητικού προσωπικού. Όλες οι θέσεις εκτός της Δ/τριας είναι κενές και καλύπτονται με προσωπικό του Νοσοκομείου.

Στα **Κέντρα Υγείας και στα Περιφ/κά τους Ιατρεία** υπηρετεί το παρακάτω προσωπικό:

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ



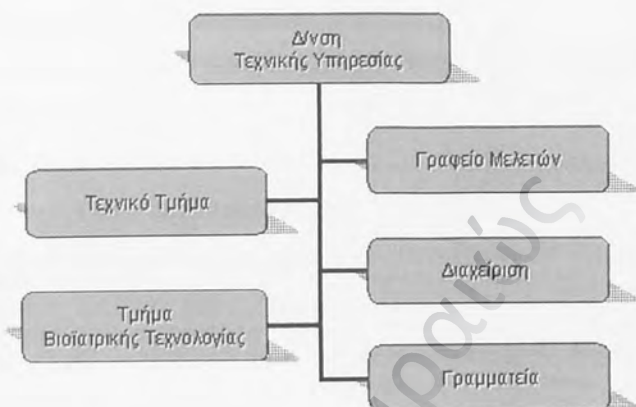
ΤΜΗΜΑΤΑ ΥΠΑΓΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ

- Ελέγχου Ποιότητας
- Γραφείο Εξυπηρέτησης Πολιτών
- Νομική Υπηρεσία

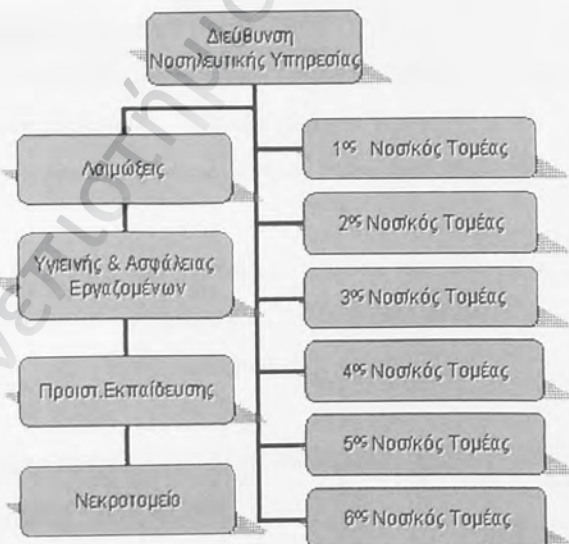
ΤΜΗΜΑΤΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

- Πρωτόκολλο
- Βιβλιοθήκη

ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ



ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Διεύθυνση Ιατρικής Υπηρεσίας

- Τομείς/Τμήματα-Κλινικές-Εργαστήρια
- Ιατρεία



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Annas G.J., BRAIN DEATH AND ORGAN DONATION: *You can Have One Without the other. Hastings Gent.Resp* 1988 June-July, 18 (3).
2. BAI K.: *Definition of death brain in particular from a Social Standpoint. Artificial Organ* 1983,12 (2).
3. Barbara E., Kenneth Y., James A.: *Professional Attitudes Toward Organ Donation and Transplantation. Dyalis and Transplantation*, 1988,17 (2).
4. Caplan A.L., *Ethical and policy Issues in the Procurement of Cadaver Organs for Transplantation, N.ENGL. J.Med*,1984, 311.
5. Colpart JJ et al: *Organization de la transplantation d' organes en France, Pediatrie* 1991, 46.
6. Corlett S.: *Professionals and System Barriers to Organ Donation, Transplant.Proc.*,17 (6).
7. Dickens BM: *Excised Organs Prior to Implantation: Belonging and Control.Transplant.Proc.*,1990 (June), 22 (3).
8. France-Transplant: *Prelevements d' Organes: Medico – Legal and Technical Aspects. Revue du Praticien*, 1986, 36 (29).
9. Hendez R.: *A National Allocation System, Transplant. Proc.*, 1988 (February) ,20,1 (11).
10. I. Gilks W.R.,Gore S.M and Bradley A: *Predicing Match Grade and Waiting Time to Kidney Transplantation, Transplantation*, 1991 (March), 51 (3).
11. Keown P.A et al: *Organ Retriaval and Distribution, Transplant Proc.*, 1985 (December), 18, 6 (3).
12. Kolata G.: *Proceedings of the First International Congress on Organ Procurement, Transplan Era Science*, 1983 Jul., 221.
13. Koostra G.: *Proceedings of the First International Congress on Organ Procurement, Transplant Proc.*, 1984,1 (1).
14. Opelz G.: *Allocation of Cadaver Kidneys of Transplantation. Transplant Proc.*, 1988 (February),20,1(1).
15. Opelz G.: *HLA Matching should be utilized for Improving Kidneys Transplant Succes*

- Rates. *Transplant Proc.* 1991 (February), 23, 1.
16. Plaff WW et al: Donor Referral and Organ Procurement Foundation (SEOPF). *Transplant Proc.* 1989 (February),
  17. Pollac R. et al: Donor Referral and Organ Procurement Patterns in a Large Metropolitan Area. A single Centre Prospective Study. *Transplant Proc.*, 1986, 3.
  18. Rapaport TF: Consent for Organ Donation. What are the Ethical Principles, *Transplant Proc.*, 1993 (February) 25, 1.
  19. Robinnette M.A et al.: Barriers to Organ Donation Within Hospitals and Involving Health Care Professionals. *Transplant. Proc.*, 1986, 3.
  20. Sanfilippo F. et al: the Benefits of HLA matching on Renal Transplantation Relative to Cycloporine Use and Organs Sharing. *Transplant. Proc.*, 1989 (February) 21, 1.
  21. Sells RA: Ethic and Priorities of Organ Procurement and Allocation. *Transplant. Proc.* 1989 (February), 21, 1.
  22. Somerville M.A.: "Procurement" vs "Donation" – Access to Tissues and Organs for Transplantation: Should "Contracting out" Legislation Be Adopted" *Transplant Proc.*, 1985, 17 (6).
  23. Opelz G.: The Benefit of Exchanging Donor Kidneys Among Transplanted Centres. *N. Engl. J. Med.*, 1988a, 318.
  24. Opelz G.: Is Kidney Allocation on HLA Match Justified *Transplant Proc.* 1991, 23 (1).
  25. Mickey M.R., Cook D.J, Terasaki PL: Recipient Pool size for Prioritized HLA Matching. *Transplantation* 1987, 47.
  26. Terasaki PL et al: Long Survival of Kidney Grafts, *Transplant Proc.*, 1989, 21.
  27. Rien Ph et al: Organization des Prelevements d' Organs: Rilan de Huit Annees de Fonctionnement d' un Centre d' Accueil des morts cerebrales *Agressologie*, 1986, 27 (9).
  28. Colpart J.J et al: Obstacles Medico-legaux aux Prelevements d' Organs. *Influence des Legislations en France et en Europe*, *Agressologie*, 1986, 27 (9).
  29. United Kingdom Transplant Service (U.K.T.S): Annual Reports.
  30. *France-Transplant: Annual Reports*
  31. Eurotransplant: Annual Reports
  32. Υ.Σ.Ε.: *Ετήσια Έκθεση 1991-1992.*
  33. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής [www. Ispatras.gr/doritis/historyr.htm](http://www.Ispatras.gr/doritis/historyr.htm)

34. Specs E.K. et al: Cadaver Organ Procurement and Sharing by Members of the South-Eastern Organ Procurement Foundatin Transplant Proc., 1984 (February), 16 (1).
35. Starzl TE et al: A Multifactorial System for Equitable of Cadaver Kidney Recipients, JAMA 1987 (JμηΕ), 257, 22.
36. Stiller CR: Ethics of Transplantation, Transplant.Proc.1985 (December),17,6 (3)
37. Toledo – Pereyra L.N.: Perspectives on Organ Procurement, Transplant Proc., 1986, 3.
38. Van Der Vliet JA et al : The Regional Impact of an Organ Procurement on Cadaver Renal Transplantation, Transplant. Proc.,1984 (February), 16 (1).
39. Whelchel J.D. et al: The Regional Impact of an Organ Procurement on Cadaver Renal Transplantation, Transplant Proc., 1984,16.
40. Younger S et al : Brain Death and Organ Retrieval: a Cross Section Survey of Knowledge and Concepts Among Health Professionals. JAMA, 1989, 261.
41. Γεωργία Μενουδάκου, Ευστράτιος Χατζηξηρός, Αλκιβιάδης Κωστάκης: Τα επιτυχημένα Ευρωπαϊκά μοντέλα οργάνωσης της μεταμοσχευτικής διαδικασίας & δυνατότητας προσαρμογής τους στα Ελληνικά δεδομένα. Ο σχεδιασμός του Ε.Ο.Μ.
42. Γεωργία Μενουδάκου, Ευστράτιος Χατζηξηρός,: Έκθεση με αφορμή το Transplant Procurement Management Course (T.P.M.), 2004
43. Rafael Matesanz., Πως θα βελτιωθεί η δωρεά οργάνων - Το Ισπανικό μοντέλο
44. Αλεξάνδρα Βάρκα – Αδάμη., Το δίκαιο των μεταμοσχεύσεων, 1993



## Παγκόσμιο δίκτυο (Internet)

1. news.in.gr Μεταμοσχεύσεις καρδιάς, πνευμόνων και ήπαρ. Ελπίδες για επιτυχημένες μεταμοσχεύσεις μυελού των οσίων (3/5/00)  
<http://www.in.gr/innews/narticle.asp?nid=19055-29K> 8 Οκτ 2001
2. news.in.gr <http://www.in.gr/innews/narticle.asp?nid=18295-OK>-Ανανέωση:  
Παρ. 19 Οκτ 2001 news.in.gr
3. TMΘ: Μεταμοσχεύσεις  
Ηοπιθ Επιστήμη & Τεχνολογία Ιατρική Μεταμοσχεύσεις  
[http://www.tmth.edu.gr/elkiosks/medicine/history/medi\\_t3f.html](http://www.tmth.edu.gr/elkiosks/medicine/history/medi_t3f.html) - 5K -  
Ανανέωση: Σαβ, 20 Οκτ 2001 -
4. TMΘ: Μεταμοσχεύσεις  
HOME Επιστήμη & Τεχνολογία Ιατρική Μεταμοσχεύσεις  
[http://www.tmth.edu.gr/elkiosks/medicine/technology/medi\\_t3f.html](http://www.tmth.edu.gr/elkiosks/medicine/technology/medi_t3f.html) -6K-  
Ανανέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - [www.tmth.edu.gr](http://www.tmth.edu.gr)
5. Μεταμοσχεύσεις διεθνώς: Μεταμοσχεύσεις στο διεθνή χώρο ΔΕΔΟΜΕ ΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΠΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 1999 ΧΩΡΕΣ Γαλλία Ελλάδα Ευ.  
[http://www.eom.gr/statistics/transplantation\\_international .htm](http://www.eom.gr/statistics/transplantation_international.htm)- 42K-Δεο, 8 Οκτ 2001-
6. Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα  
Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1985 - Α' εξάμηνο 2001) ΕΤΟΣ 1985  
[http://www.eom.gr/statistics/transplantation\\_in\\_greece.htm](http://www.eom.gr/statistics/transplantation_in_greece.htm) - 25K -Ανανέωση:  
Δεο, 8 Οκτ 2001 - [www.eom.gr](http://www.eom.gr)
7. Τροχαία και μεταμοσχεύσεις: δυο αρνητικά ρεκόρ της χώρα μας  
[http://www.Ichannel.gr/mjourney/journey/News\\_from\\_Greece/448.rekor-trochaia-metamosxeuseis.shtml-31k](http://www.Ichannel.gr/mjourney/journey/News_from_Greece/448.rekor-trochaia-metamosxeuseis.shtml-31k)- Ανανέωση: Κυρ, 7 Οκτ 2001  
[www.ichannel.gr](http://www.ichannel.gr)
8. ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

[http://www.i-m-patron.gr/news2/synod\\_transplant010307.html](http://www.i-m-patron.gr/news2/synod_transplant010307.html) -8Κ-Ανανέωση: Σαβ, 6 Οκτ 2001 -

9. Νόμος 1383, Μεταμοσχεύσεις

1383 (ΦΕΚ106/5-8-83) Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων. <http://www.disability.gr/gr-arts/n1383.html> - 18Κ -Πεμ, 25 Οκτ 2001

10. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ - ΔΩΡΗΤΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

<http://www.ispatras.gr/doritis/history.htm> - 11Κ- Ανανέωση: Παρ, 26 Οκτ 2001

11. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία - Διαβητολογικά Νέα

<http://www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab3418.htm> - 10Κ - Ανανέωση: Παρ, 19 Οκτ 2001-

12. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ - ΔΩΡΗΤΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ - ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

[http://www.ispatras.gr/doritis/be\\_donor\\_2.htm](http://www.ispatras.gr/doritis/be_donor_2.htm) -4Κ- Ανανέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - ισισω.ιδραταδ.ετ

13. The Greek Parliament

[http://www.parliament.gr/gr/praktika/prak\\_u\\_b/html/4961.htm](http://www.parliament.gr/gr/praktika/prak_u_b/html/4961.htm) -9Κ- Κυρ, 7 Οκτ 2001-

14. The Greek Parliament

[http://www.parliament.gr/gr/praktika/prak\\_u\\_c/html/442u.htm](http://www.parliament.gr/gr/praktika/prak_u_c/html/442u.htm) --9Κ- Κυρ, 7 Οκτ 2001 - www.parliament.gr

15. Τρέχοντα Προβλήματα Μεταμοσχευτικών Διαδικασιών

[http://www.psnrenal.gr/periodiko/frev\\_mart\\_apri/trexonta\\_privlimata.htm](http://www.psnrenal.gr/periodiko/frev_mart_apri/trexonta_privlimata.htm) - 16κ - Ανανέωση: Κυρ, 7 Οκτ 2001 -

16. Αριθ. Υ7/οικ. 3095 Άρθρο 8 - Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα ειδικής εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική Χειρουργείου.

<http://www.dr-med.gr/EIDIKOTHTES/Arith.^o20Y7-Δεο, 8 Οκτ2001>

17. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία: Διοικητικό Συμβούλιο

<http://www.mednet.gr/hss/index2.htm> - 63Κ - Ανανέωση: Παρ, 19 Οκτ 2001 - γνσω.ηιεάηβι.ετ

18. <http://www.altfactro.gr/magazine/fanzines/aplanet/iss2/johnnymnemonic.htm>

**Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων**

51K- Ανανέωση: Παρ, 19 Οκτ 2001 -

19.<http://www.altfactor.gr/magazines/fanzines/bigis8/panagiotatos.html> .31K -

Ανανέωση: Παρ, 19 Οκτ 2001 -

20. Flash- Care- Εγκυκλοπαίδεια Υγείας - Καρδιολογία

<http://www.care.gr/enc/diseases/cardiology/topic?=2> - 34K - Ανανέωση: Παρ, 19 Οκτ

2001

Πανεπιστήμιο Πειραιώς