

III. Το Ισπανικό Σύστημα Μεταμοσχεύσεων

1. Ιστορικά στοιχεία

Στην Ισπανία η πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση από πτωματικό δότη έλαβε χώρα το 1965 και αφορούσε νεφρικό μόσχευμα.¹⁶ Ακολούθησε το 1968 η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς χωρίς ωστόσο να επιτευχθεί επιβίωση του μοσχεύματος πέραν των λίγων ωρών, ενώ το 1984 έγινε η δεύτερη απόπειρα μεταμόσχευσης καρδιακού μοσχεύματος (στη Βαρκελώνη) με επιβίωση αυτή τη φορά 9 μήνες.¹⁷

Το ίδιο έτος πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεταμόσχευση ήπατος, ενώ ένα χρόνο νωρίτερα (1983) ξεκίνησε το μεταμοσχευτικό πρόγραμμα παγκρέατος σε κλινική της Βαρκελώνης (η οποία αποτέλεσε επί χρόνια και το μοναδικό κέντρο μεταμόσχευσης παγκρέατος στη χώρα).¹⁸

Σε ό,τι αφορά τις πνευμονικές μεταμοσχευτικές επεμβάσεις, η πρώτη πραγματοποιήθηκε το 1990 στη Μαδρίτη, ενώ τον Οκτώβριο του 1999 έγινε η πρώτη επέμβαση μεταμόσχευσης λεπτού εντέρου.^{19,20}

16. Matesanz R. Los inicios de los trasplantes en España y en el mundo. Στο: *El modelo español de coordinación y trasplantes*. 2η εκδ. Μαδρίτη: Aula Medica, 2008, σσ. 1-9. Διαθέσιμο από: <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Forms/AllItems.aspx>.

17. Matesanz R. *El Milagro de los Trasplantes*. Μαδρίτη: La Esfera de los Libros, 2006, σσ. 30-32.

18. ό.π. σσ. 35-36.

19. ό.π. σσ. 37-38.

20. Σήμερα στην Ισπανία λειτουργούν 10 μεταμοσχευτικά κέντρα παγκρέατος, στα οποία πραγματοποιούνται 90 περίπου χειρουργικές επεμβάσεις κατ' έτος. Σε ό,τι αφορά, την καρδιά, οι σχετικές μεταμοσχεύσεις λαμβάνουν χώρα σε 17 διαφορετικά

Χαρακτηριστικό είναι ότι από την έναρξη των μεταμοσχεύσεων το 1965 μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του '70, οι σχετικές επεμβάσεις παρέμειναν περιορισμένες στον αριθμό και διενεργούνταν υπό προβληματικές προϋποθέσεις, αφού εκτός των άλλων δεν υπήρχε κατάλληλο νομικό πλαίσιο που να ρυθμίζει τη διεξαγωγή τους.²¹

Το 1979 με την ψήφιση του νόμου “περί αφαίρεσης και μεταμόσχευσης οργάνων” —ο οποίος ισχύει με τροποποιήσεις έως και σήμερα— δημιουργήθηκε μεν το απαραίτητο θεσμικό πλαίσιο για την αποτελεσματικότερη λειτουργία των μεταμοσχεύσεων, ωστόσο δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές στα ποσοστά των διαθέσιμων μοσχευμάτων. Αιτία αυτού ήταν ότι ο τομέας των μεταμοσχεύσεων παρέμενε ουσιαστικά χωρίς οργάνωση, αφού στο κεντρικό συντονιστικό όργανο που προβλεπόταν από τον παραπάνω νόμο, αφενός ανατίθεντο περιορισμένες αρμοδιότητες που αδυνατούσαν να καλύψουν τις υπάρχουσες ανάγκες, αφετέρου το όργανο επί της ουσίας δε συστάθηκε, με αποτέλεσμα η οργάνωση των μεταμοσχεύσεων να εξακολουθήσει να βασίζεται σε μία λογική αυτοσχεδιασμού από τους εκάστοτε εμπλεκόμενους.²²

Το σημείο καμπής για την αλλαγή της πορείας των μεταμοσχεύσεων στη χώρα έγινε το 1989 όταν κάτω από τις πιέσεις συλλόγων νεφροπαθών, μεταμοσχευτικών χειρουργικών ομάδων και άλλων κύκλων, το Υπουργείο Υγείας προχώρησε στην ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (*Organización Nacional de Trasplantes*, ONT), θέτοντας επικεφαλής του Οργανισμού τον νεφρολόγο Rafael Matesanz, ο οποίος διευθύνει τον ΕΟΜ έως και σήμερα.²³ Έκτοτε και παρά τις αρχικά δυσμενείς συνθήκες υπό της

νοσοκομειακά κέντρα και αριθμούν τις 280-300 τον χρόνο. Σχετικά με τα λοιπά όργανα, τα μεταμοσχευτικά κέντρα ήπατος είναι συνολικά 25 με πάνω από 1000 πραγματοποιούμενες επεμβάσεις ετησίως, τα κέντρα μεταμοσχεύσεων πνεύμονα αριθμούν τα 6 και πραγματοποιούν περί τις 150 επεμβάσεις κατ' έτος, ενώ επεμβάσεις λεπτού εντέρου γίνονται σε μικρότερη κλίμακα (περίπου 12 κάθε χρόνο) και αφορούν είτε μεμονωμένες μεταμοσχεύσεις εντέρου, είτε συνδυαστικές μεταμοσχεύσεις εντέρου-ήπατος και άλλων οργάνων. Αναφορικά με τις μεταμοσχεύσεις νεφρού, αυτές πραγματοποιούνται ευρέως σε πλήθος μεταμοσχευτικών κέντρων σε όλες τις αυτόνομες περιφέρειες της χώρας (βλ. Matesanz R, ό.π. σσ. 32-38).

21. Matesanz R. *El Milagro de los Trasplantes*. Μαδρίτη: La Esfera de los Libros, 2006, σ. 39.

22. ό.π. σ. 47-68.

23. ό.π.

οποίες ξεκίνησε το έργο του ο οργανισμός, οι μεταμοσχευτικές επεμβάσεις στην Ισπανία παρουσίασαν αλματώδη πρόοδο, με αποτέλεσμα μέσα στα πρώτα ήδη έτη λειτουργίας του, η Ισπανία να περάσει από τις χώρες με μέτριους-χαμηλούς δείκτες δωρεάς οργάνων (της τάξεως των 14 δωρητών ανά εκατομμύριο πληθυσμού) στην 1^η θέση της παγκόσμιας κατάταξης με συνεχώς αυξανόμενη πορεία, έτσι που τα τελευταία χρόνια οι δείκτες δωρεάς στη χώρα να εγγίζουν τα επίπεδα των 33-36 δωρητών ανά εκατομμύριο πληθυσμού.²⁴

Η επιτυχία αυτή οφείλεται στο σύνολο των μέτρων που υιοθετήθηκαν από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων με στόχο την αύξηση της δωρεάς οργάνων, τα οποία προσέδωσαν στο ισπανικό σύστημα μεταμοσχεύσεων μία ιδιαίτερη μορφή οργάνωσης, γνωστή διεθνώς ως “Ισπανικό Μοντέλο”.²⁵

24. Matesanz R. *El modelo español de donación y trasplante de órganos: la ONT*. Στο: *El modelo español de coordinación y trasplantes*. 2η εκδ. Μαδρίτη: Aula Medica, 2008, σσ. 11-12. Διαθέσιμο από: <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Forms/AllItems.aspx>.

25. Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά την ίδρυση του ΕΟΜ, το τοπίο των μεταμοσχεύσεων στη χώρα ήταν χαοτικό. Δεν υπήρχε οποιαδήποτε μορφή συντονισμού μεταξύ μεταμοσχευτικών ομάδων και κέντρων, με αποτέλεσμα η πολυοργανική λήψη να καθίσταται δυνατή μόνο σε περιπτώσεις όπου —από προσωπικό ζήλο— οι εμπλεκόμενοι φιλοτιμούνταν να επικοινωνήσουν με συναδέλφους άλλων νοσοκομείων διερευνώντας τη δυνατότητα ταυτόχρονης μετακίνησης μεταμοσχευτικών ομάδων στο κέντρο του δότη. Ταυτόχρονα, δεν υπήρχε οποιαδήποτε πρόβλεψη για κάλυψη των εξόδων μετακίνησης με εναέρια μέσα. Ως αποτέλεσμα, οι διευθυντές των μεταμοσχευτικών κέντρων συχνά επέλεγαν να πληρώνουν από τον προσωπικό τους λογαριασμό τα έξοδα μεταφοράς προκειμένου να πραγματοποιηθεί η εκάστοτε μεταμόσχευση, ενώ δεν έλειπαν οι περιπτώσεις όπου χειρουργικές ομάδες αναγκάζονταν να μετακινούνται με προγραμματισμένες πτήσεις γραμμής (αντί για έκτακτες πτήσεις ειδικά σχεδιασμένες για τις ανάγκες μεταμόσχευσης που ανέκυπταν κάθε φορά), με αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος. Επιπλέον, χαρακτηριστικό της δυσμενούς κατάστασης κατά την ίδρυση του ΕΟΜ ήταν ότι ο οργανισμός δεν έχαιρε τότε της απαραίτητης υποστήριξης από το Υπουργείο Υγείας, αφού αφέθηκε ουσιαστικά να λειτουργήσει χωρίς οικονομικούς και άλλους υλικούς πόρους. Για παράδειγμα, το προσωπικό που τοποθετήθηκε στον οργανισμό κατά την έναρξη λειτουργίας του περιελάμβανε δύο μόνο νοσηλεύτριες ενώ το κτίριο στέγασης λειτουργούσε επί αρκετούς μήνες χωρίς τηλεφωνική σύνδεση, κάτι που ουσιαστικά καθιστούσε αδύνατη οποιαδήποτε προσπάθεια συντονισμού. Παράλληλα, η στάση της πλειοψηφίας των χειρουργικών ομάδων που εμπλέκονταν στις μεταμοσχεύσεις απέναντι στον ΕΟΜ ήταν απαξιωτική, καθώς έβλεπαν καχύποπτα τον νεοσυστα-

2. Η φιλοσοφία του ισπανικού μοντέλου μεταμοσχεύσεων

Στη βάση του Ισπανικού Μοντέλου βρίσκεται ο θεσμός του λεγόμενου συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Ο σχετικός συντονισμός επιτελείται σε 3 επίπεδα: εθνικό, περιοχικό και νοσοκομειακό, ενώ το κλειδί αποτελούν οι συντονιστές του 3^{ου} επιπέδου (εργαζόμενοι εντός των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας – ΜΕΘ).^{26,27}

Η έμφαση που δόθηκε στους νοσοκομειακούς συντονιστές ως καταλυτικούς κρίκους για την επιτυχία του συστήματος δεν είναι τυχαία. Συγκεκριμένα, από μελέτες έχει καταδειχθεί ότι η βασική αιτία απώλειας μοσχευμάτων είναι ο μη έγκαιρος εντοπισμός δυνητικών δοτών στην “πηγή” όπου αυτοί δημιουργούνται, δηλαδή στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και όχι τόσο ο μη επαρκής αριθμός θανόντων από εγκεφαλικό θάνατο. Πράγματι, σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες ο αριθμός των κλινών στις ΜΕΘ είναι περίπου παρόμοιος σε σχέση με τον εκάστοτε πληθυσμό, ενώ οι μικρές διαφορές που αφορούν στον αριθμό των τροχαίων ατυχημάτων ή των παθολογικών καταστάσεων που σχετίζονται συχνότερα με εγκεφαλικό θάνατο δεν είναι τέτοιες που να δικαιολογούν τις μεγάλες αποκλίσεις που παρατηρούνται στα ποσοστά δωρεάς από χώρα σε χώρα.²⁸

Περαιτέρω, οποιαδήποτε άλλη αιτία απώλειας μοσχευμάτων, όπως είναι η άρνηση των συγγενών στη δωρεά ή ιατρικοί λόγοι ακαταλληλότητας του μοσχεύματος έχει καταδειχθεί ότι δεν επιδρούν το ίδιο καταλυτικά στους δείκτες δωρεάς όσο ο μη εντοπισμός του συνόλου των ασθενών που θα μπορούσαν να καταστούν δότες.²⁹

θέντα οργανισμό και συχνά προσπαθούσαν να υπονομεύσουν το έργο του. Παρόλα αυτά, χάρη στην επιμονή του επικεφαλής του οργανισμού και της ομάδας που σταδιακά τον περιστοίχισε, ο EOM κατάφερε σταδιακά να εξελιχθεί σε έναν άρτια οργανωμένο οργανισμό και να αποτελέσει πρότυπο συντονισμού για τις μεταμοσχευτικές διαδικασίες παγκοσμίως (βλ. Matesanz R. *El Milagro de los Trasplantes*. Μαδρίτη: La Esfera de los Libros, 2006, σσ. 47-66).

26. Ο περιοχικός συντονισμός αναφέρεται στις αυτόνομες περιοχές της Ισπανίας οι οποίες είναι 17 εν τω συνόλω, ενώ καθεμία από αυτές χωρίζεται σε επιμέρους επαρχίες.

27. Matesanz R. *El modelo español de donación y trasplante de órganos: la ONT*. Στο: *El modelo español de coordinación y trasplantes*. 2η εκδ. Μαδρίτη: Aula Medica, 2008, σ. 12. Διαθέσιμο από: <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Forms/AllItems.aspx>.

28. ό.π. σ. 15.

29. ό.π.

Με βάση τα παραπάνω, το ισπανικό σύστημα μεταμοσχεύσεων δομήθηκε στη φιλοσοφία της επικέντρωσης των προσπαθειών εξεύρεσης μοσχευμάτων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, μέσω της τοποθέτησης σε αυτές ενός δικτύου από εκπαιδευμένους συντονιστές οι οποίοι έχουν ιδιαίτερα διευρυσμένες αρμοδιότητες.³⁰

Παράλληλα, μη παραβλέποντας και τους λοιπούς παράγοντες που επηρεάζουν τα ποσοστά δωρεάς, η φιλοσοφία του ισπανικού μοντέλου συμπληρώνεται από την προσπάθεια δημιουργίας θετικού κοινωνικού κλίματος υπέρ των μεταμοσχεύσεων, αλλά και τη διαρκή διαχείριση της πληροφορίας που αφορά στις μεταμοσχεύσεις και εμφανίζεται στα μέσα μαζικής επικοινωνίας.³¹

Τέλος, χαρακτηριστική του ισπανικού συστήματος μεταμοσχεύσεων είναι η συνεχής αξιολόγησή του και η αδιάκοπη προσπάθεια για εξεύρεση νέων λύσεων αύξησης των διαθέσιμων μοσχευμάτων, όπως θα αναφερθεί αναλυτικότερα και στη συνέχεια.

3. Επίπεδα συντονισμού

3.1 Νοσοκομειακοί συντονιστές

Σε ό,τι αφορά τον νοσοκομειακό συντονισμό, σε κάθε νοσοκομείο της χώρας που διαθέτει Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) —και συνεπώς είναι πιθανόν να αποτελέσει πηγή δωτών οργάνων— ορίζεται συντονιστής μεταμοσχεύσεων, ο οποίος είναι αρμόδιος για όλα τα θέματα που προκύπτουν κατά τη μεταμοσχευτική διαδικασία. Ο συντονιστής είναι πάντοτε ιατρός, κατά προτίμηση εντατικολόγος ή νεφρολόγος και στην περίπτωση που επιτελεί το έργο του σε μεγάλο μεταμοσχευτικό κέντρο συνεπικουρείται από

30. Ο θεσμός του συντονιστή μεταμοσχεύσεων γεννήθηκε στις αγγλοσαξωνικές και κεντροευρωπαϊκές χώρες στις αρχές της δεκαετίας του 1980, όταν με την έναρξη και των άλλων μεταμοσχεύσεων πέραν του νεφρού, δημιουργήθηκε για πρώτη φορά η ανάγκη συντονισμού των διαδικασιών πολυοργανικής αφαίρεσης. Ωστόσο το προφίλ των συντονιστών αυτών ήταν πολύ διαφορετικό, αφού ο ρόλος τους θεωρούνταν απλώς διεκπεραιωτικός και άνευ σπουδαιότητας, για αυτό εξάλλου και τα ανάλογα καθήκοντα ανατίθεντο σε νοσηλευτικό ή διοικητικό προσωπικό εν είδει —ως επί το πλείστον— αγγαρείας (βλ. Matesanz R. *El Milagro de los Trasplantes*. Μαδρίτη: La Esfera de los Libros, 2006, σσ. 98-99).

31. Matesanz R. *El modelo español de donación y trasplante de órganos: la ONT*. Στο: *El modelo español de coordinación y trasplantes*. 2η εκδ. Μαδρίτη: Aula Medica, 2008, σσ. 12-13. Διαθέσιμο από: <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Forms/AllItems.aspx>.

ομάδα νοσηλευτών, ανάλογων στον αριθμό με τα προγράμματα μεταμόσχευσης που εκτελούνται στο εν λόγω κέντρο. Σε περίπτωση μεσαίου μεγέθους ή μικρών νοσοκομείων που δεν αποτελούν τα ίδια κέντρα μεταμόσχευσης, ο συντονιστής ιατρός είτε ασκεί το έργο του μόνος του, είτε συνεπικουρείται από έναν το πολύ νοσηλευτή.^{32,33} Επιπλέον, δεν υφίσταται άμεση σχέση εξάρτησης του νοσοκομειακού συντονιστή από τη μεταμοσχευτική ομάδα, αλλά αντίθετα αυτός λογοδοτεί στο διευθυντή του νοσοκομείου του, έτσι ώστε να μην υπόκειται σε πιθανές πιέσεις και να διευκολύνεται το έργο του.³⁴

Περαιτέρω, στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων οι ιατροί που ορίζονται ως συντονιστές απασχολούνται μερικώς στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, ώστε στον υπόλοιπο χρόνο τους να εξακολουθούν να εργάζονται στο βασικό έργο τους. Αυτό συμβαίνει διότι στα περισσότερα νοσοκομεία οι δότες οργάνων που ανακλύπτουν ετησίως δεν είναι τόσο πολλοί που να δικαιολογούν πλήρη απασχόληση του ιατρού (με εξαίρεση ελάχιστα μεγάλα νοσοκομειακά κέντρα όπου ανακλύπτουν συνεχείς σχετικές ανάγκες, οπότε και οι αρμόδιοι ιατροί επιτελούν τον ρόλο του συντονιστή σε αποκλειστική βάση). Επιπλέον, το έργο του νοσοκομειακού συντονιστή θεωρείται σημαντικά επίπονο και ψυχοφθόρο, έτσι ώστε υπάρχει περίπτωση ο ιατρός που έχει αναλάβει αυτόν τον ρόλο να θελήσει να αντικατασταθεί λόγω κόπωσης. Επομένως, σε περίπτωση που δεν έχει διακόψει πλήρως τα προηγούμενα καθήκοντά του (λόγω της μερικής απασχόλησης), διευκολύνεται στο να τα αναλάβει εκ νέου πλήρως, σε σχέση με το να είχε απομακρυνθεί εντελώς από αυτά.³⁵

32. Σύμφωνα με στοιχεία του 2014 (τα οποία παρασχέθηκαν προφορικά στη γράφουσα από το προσωπικό του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων της Ισπανίας κατά τη διάρκεια τρίμηνης εκπαίδευσης στα κεντρικά γραφεία του Οργανισμού στη Μαδρίτη), τα νοσοκομεία που αποτελούν μεταμοσχευτικά κέντρα ανά την ισπανική επικράτεια είναι συνολικά 43, ενώ αυτά που διαθέτουν μεν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (και έχουν εξουσιοδότηση για αφαίρεση οργάνων), αλλά δεν πραγματοποιούν τα ίδια μεταμοσχεύσεις είναι 181. Στα νοσοκομεία αυτά κατανέμονται συνολικά 187 συντονιστικές ομάδες (με απόλυτο αριθμό συντονιστών που ανέρχεται στους 424, εκ των οποίων οι 261 είναι ιατροί και οι 163 νοσηλεύτές).

33. Matesanz R, ό.π. σσ. 15-18.

34. ό.π. σσ. 17-18.

35. ό.π. σσ. 16-17.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι οι νοσοκομειακοί συντονιστές ορίζονται από τον διοικητή του εκάστοτε νοσοκομείου και λαμβάνουν επιπλέον αμοιβή για τον συντονιστικό ρόλο που αναλαμβάνουν, η οποία ορίζεται σε ένα συγκεκριμένο ποσό ανά μεταμοσχευτική επέμβαση που θα προκύψει υπό τον συντονισμό τους. Το μέτρο αυτό, αν και αποσκοπεί στην ανταμοιβή του δύσκολου έργου τους και την παροχή κινήτρων, έχει σχολιασθεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως παράγοντας πιθανής αδιαφάνειας, αφού η αμοιβή ανά μεταμοσχευτική πράξη (και όχι ως σύνολο εργασίας) ενδέχεται να παρακινεί τον ιατρό σε απόκλιση από τους κανόνες της καλής ιατρικής πρακτικής και δεοντολογίας και μανιώδη αναζήτηση δοτών, προκειμένου να κερδίσει περισσότερα χρήματα.³⁶

Βέβαια, η αυστηρή και συνεχής επιτήρηση του συστήματος δεν επιτρέπει εύκολα τέτοιες παρεκκλίσεις, ωστόσο για την αποφυγή ανάλογων φαινομένων έχει προταθεί μεταξύ άλλων η ενημέρωση των συγγενών για τον ακριβή ρόλο των συντονιστών και την πιθανή σύγκρουση συμφερόντων που υφίσταται, έτσι ώστε οι διαδικασίες να είναι διαφανείς και να μην πλήττεται η εμπιστοσύνη του κοινού προς το σύστημα.³⁷

Όσον αφορά στην επιλογή αποκλειστικά ιατρών ως συντονιστών και δη των συγκεκριμένων ειδικοτήτων, αυτή εξηγείται από τη συλλογιστική επί της οποίας δομήθηκε το σύστημα μεταμοσχεύσεων της χώρας. Συγκεκριμένα, όπως προαναφέρθηκε, από μελέτες αποδείχθηκε ότι το κύριο αίτιο έλλειψης επαρκών μοσχευμάτων δεν είναι τόσο η μη συναίνεση των συγγενών ή η έλλειψη κλινών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, όσο ο μη έγκαιρος εντοπισμός πιθανών δοτών. Μάλιστα σε συγκριτικές μελέτες μεταξύ της Ισπανίας και άλλων ευρωπαϊκών χωρών καταδείχθηκε ότι δεν υπάρχει διαφορά στο δυναμικό κλινών των ΜΕΘ που να εξηγεί το πρόβλημα της Ισπανίας στις μεταμοσχευτικές επεμβάσεις.³⁸

Επομένως, θεωρήθηκε ότι για να βελτιωθούν τα ποσοστά μεταμοσχεύσεων, οι προσπάθειες θα έπρεπε να εστιαστούν ακριβώς στο σημείο αυτό

36. Matesanz R. *Trasplantes, gestión y sistemas sanitarios*. Nefrología. Vol. XXI. Suplemento 4. 2001.

37. Rodríguez-Arias D, Wright L, Paredes D. *Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation*. Lancet 2010; 376: 1109-12.

38. Matesanz R. *El modelo español de donación y trasplante de órganos: la ONT*. Στο: *El modelo español de coordinación y trasplantes*. 2η εκδ. Μαδρίτη: Aula Medica 2008, σ. 15. Διαθέσιμο από: <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Forms/AllItems.aspx>.

της αύξησης της καταγραφής των εγκεφαλικά νεκρών ασθενών (ή των υποψηφίων προς εγκεφαλικό θάνατο), ώστε να μην “χάνονται” πιθανοί δότες επειδή —λόγω αδυναμίας του συστήματος— δεν θα υποπίπτουν στην αντίληψη του συντονιστή.

Για αυτόν ακριβώς τον λόγο καθιερώθηκε να ορίζονται ως νοσοκομειακοί συντονιστές ιατροί εργαζόμενοι εντός των ΜΕΘ, καθώς αυτοί συγκεκριμένα αρκεί στοιχεία που εξυπηρετούν τον παραπάνω σκοπό. Αναλυτικότερα, οι εν λόγω ιατροί είναι συνήθως και οι θεράποντες των ασθενών, με αποτέλεσμα να γνωρίζουν “εκ των έσω” την κατάσταση και πορεία των τελευταίων. Έτσι, είναι σε θέση να αντιληφθούν άμεσα τον εγκεφαλικό θάνατο όταν αυτός επέλθει και κατά συνέπεια να προβούν έγκαιρα στην έναρξη των διαδικασιών μεταμόσχευσης. Αυτό είναι ιδιαίτερος κρίσιμος, αφού όσο περνάει ο χρόνος χειροτερεύει η κατάσταση των οργάνων του εγκεφαλικά νεκρού δότη, με αποτέλεσμα να επέρχεται ορισμένο χρονικό σημείο (ανάλογα και με τη συνυπάρχουσα παθολογία του ασθενούς) όπου πλέον αυτά καθίστανται ακατάλληλα προς μεταμόσχευση.³⁹

Παρόμοια, δεδομένου ότι οι εν λόγω ιατροί εργάζονται εντός των ΜΕΘ, είναι καλοί γνώστες των παθολογικών καταστάσεων που συνήθως απαντώνται στην εντατική και μπορούν να διαχωρίζουν ποιες από αυτές τις καταστάσεις αναμένεται να εξελιχθούν προς εγκεφαλικό θάνατο. Επομένως, δύναται να εντοπίσουν εγκαίρως ασθενείς που με μεγάλη πιθανότητα θα καταστούν σύντομα εγκεφαλικά νεκροί (και που επομένως συνιστούν δυνητικούς δότες) και να φροντίσουν για την αποτελεσματικότερη συντήρηση των οργάνων τους καθώς και την επίσπευση των διαδικασιών.⁴⁰

Τέλος, περαιτέρω πλεονέκτημα αποτελεί το ότι ο συντονιστής ως θεράπων έχει συνήθως ήδη εγκαταστήσει κάποιου βαθμού σχέση εμπιστοσύνης και ψυχική επαφή με τους συγγενείς του υποψήφιου δότη, με αποτέλεσμα αυτοί ευκολότερα να αποδέχονται από μέρους του την πρόταση προς μεταμόσχευση (σε σχέση με το αν το ίδιο αίτημα εκφραζόταν από κάποιον εντελώς ξένο προς αυτούς).⁴¹

39. ό.π. σσ. 18-19.

40. ό.π.

41. Velasco J, Ayestarán J.I, Homar J, Pérez J, Blanco C. *Hospital trasplantador con neurocirugía*. Στο: *El modelo español de coordinación y trasplantes*. 2η εκδ. Μαδρίτη: Aula Medica, 2008, σ. 29. Διαθέσιμο από: <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Forms/AllItems.aspx>.