

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΔΟΜΗ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΛΙΑΚΕΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΥΨΗΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2005

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΔΟΜΗ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΔΙΑΚΕΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΥΨΗΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8

ΜΕΡΟΣ 1^ο: ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ Μ.Τ.Ν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

1.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	12
1.2 ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΙ Μ.Τ.Ν.	13
1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ Μ.Τ.Ν.	14
1.4 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΦΡΩΝ	14
1.5 ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	20
1.5.1 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ...	22
1.5.2 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ..	24
1.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ Χ.Ν.Α.	
1.6.1 ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ.....	34
1.6.2 ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ.....	35
1.6.3 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ.....	38
1.6.4 ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.....	43
1.7 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	47
1.8 ΘΕΜΕΛΙΩΔΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΝΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΗ	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2₀ : ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ - ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ Μ.Τ.Ν. ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

2.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ Μ.Τ.Ν.	52
2.2 ΘΕΣΗ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	55
2.3 ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	56
2.4 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΚΑΙ ΤΟ ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ ΤΩΝ Μ.Τ.Ν.	58
2.5 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ Μ.Τ.Ν.	60

ΜΕΡΟΣ 2₀ : ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ Μ.Τ.Ν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1₀ : ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ	65
1.2 ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ.....	67
1.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΟΜΗ.....	72
1.4 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ..	73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2₀ : Η Μ.Τ.Ν. ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΞΑΝΘΗΣ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ	76
2.2 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ.....	77

2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ - ΑΡΧΕΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ...78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3_ο: ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ - ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΣ

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ Μ.Τ.Ν.

3.1 ΜΕΓΕΘΟΣ Μ.Τ.Ν.80

3.2 ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ81

3.3 ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4_ο: ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ Μ.Τ.Ν.

4.1 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ87

4.2 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ89

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5_ο: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΚΟΣΤΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν.92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6_ο: Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΩΝ

ΑΣΘΕΝΩΝ ΛΟΓΩ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΑΣ

6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν.95

6.2 ΤΟΠΟΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ96

6.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....96

6.4 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ97

i. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ

ii. ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ
ΤΑΜΕΙΩΝ

iii. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

- iv. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΓΙΑ
Α.Μ.Ε.Α.

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο</u> : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ	104
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	110
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο</u> : ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Μ.Τ.Ν. ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΞΑΝΘΗΣ	114

ΜΕΡΟΣ 3^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	141
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	142
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	144
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	146
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	148

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- Υ.Σ.Ε. : υπηρεσία συντονισμού και ελέγχου
Γ.Ν. : Γενικό Νοσοκομείο
ΑΚ : αιμοκάθαρση
Ο.Ν.Α. : οξεία νεφρική ανεπάρκεια
Ο.Σ.Ν. : οξεία σωληναριακή νέκρωση
Μ.Τ.Ν. : μονάδα τεχνητού νεφρού
Χ.Ν.Α. : χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
Τ.Σ.Χ.Ν.Α. : χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου
ΜΝ: Μεταμόσχευση νεφρού
Ε.Ο.Μ: Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων
ΚΕ.Σ.Υ. : κεντρικό σύστημα υγείας
ΠΕ.Σ.Υ. : περιφερειακό σύστημα υγείας
Μ.Ε.Κ. : μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης
Σ.Φ.Π.Κ. : συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση
Φ.Ε.Κ. : φύλλο εφημερίδα της κυβερνήσεως
Ο.Γ.Α. : οργανισμός γεωργικών ασφαλίσεων
Ι.Κ.Α. : ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων
Τ.Ε.Β.Ε. : ταμείο ασφάλισης επαγγελματιών και βιοτεχνών Ελλάδος
Τ.Α.Ε. : ταμείο ασφάλισης εμπόρων
Ο.Α.Ε.Ε. : οργανισμός ασφάλισης ελεύθερων επαγγελματιών
Α.Μ.Ε.Α. : άτομα με ειδικές ανάγκες
Δ.Σ. : διοικητικό συμβούλιο
Κ.Λ.Ο.Υ.Α. : κατά λεπτού όγκος αίματος
Κ.Ν.Σ. : κεντρικό νευρικό σύστημα
ΠΕ : πανεπιστημιακής εκπαίδευσης
ΤΕ : τεχνολογικής εκπαίδευσης

ΔΕ: δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

ΥΕ: υποχρεωτικής εκπαίδευσης

Σ.Β. : σωματικό βάρος

Δ.Σ. : διοικητικό συμβούλιο

Α/Ν : αδελφή νοσοκόμα

Τ.Ε.Ι. : τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία έγινε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας .

Μέσα από την εργασία αυτή θα γίνει η συλλογή και η ανάλυση στοιχείων σχετικά με την οργάνωση την δομή και την λειτουργία της μονάδας τεχνητού νεφρού στο Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης . Δεδομένου ότι το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα οξύ και φαίνεται πως θα γίνει ακόμη οξύτερο τα επόμενα χρόνια και αυτό γιατί ο αριθμός των ασθενών με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στην Ελλάδα αυξάνει αλματωδώς, εξετάζεται κατά πόσο η μονάδα ανταποκρίνεται στις ολοένα και αυξανόμενες απαιτήσεις των νεφροπαθών του νομού .

Τα στοιχεία και οι πληροφορίες για την εργασία συλλέχθηκαν με προσωπικές συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια και βιβλιογραφική έρευνα. Οι προσωπικές συνεντεύξεις βοήθησαν στην καταγραφή στοιχείων όσον αφορά την οργάνωση, τη δομή και τη λειτουργία της συγκεκριμένης μονάδας τεχνητού νεφρού. Ενώ η βιβλιογραφική έρευνα χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή γενικότερων πληροφοριών που αφορούν τις μονάδες. Και τα ερωτηματολόγια πραγματοποιήθηκαν για να γίνει ποιοτική ανάλυση των παρεχομένων υπηρεσιών και κατά πόσο είναι ευχαριστημένοι οι ασθενείς από την μονάδα .

Σήμερα, με τις θεαματικές εξελίξεις στον τομέα της εξωνεφρικής κάθαρσης και της νεφρολογίας γενικότερα, κάθε χρόνιος νεφροπαθής δικαιούται όχι μόνο να επιζήσει με την αιμοκάθαρση ή την περιτοναϊκή κάθαρση αλλά και να έχει τη βέλτιστη ποιότητα ζωής. Η αιμοκάθαρση έχει φθάσει σε πολύ υψηλό επίπεδο εξέλιξης που πολύ λίγο απέχει από τον πλήρη αυτοματισμό της. Έτσι, ο ασθενής μπορεί να πραγματοποιεί

τη θεραπεία μόνος του στο σπίτι με ασφάλεια και πολύ καλά αποτελέσματα σε σύγκριση με τον ασθενή που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο.

Η επιτυχής εφαρμογή της αιμοκάθαρσης και η επιμήκυνση του χρόνου Ζωής των ασθενών έχει δημιουργήσει πληθώρα προβλημάτων, ιατρικών, νοσηλευτικών, οικογενειακών, κοινωνικών, ψυχολογικών, πολιτικών και οικονομικοτεχνικών. Το πλήθος και η ειδικότητα των προβλημάτων αυτών έκανε αναγκαία τη δημιουργία ομάδας ειδικών επιστημόνων που περιλαμβάνει ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, διαιτολόγους, τεχνικούς και οικονομολόγους που ασχολούνται με την αντιμετώπιση τους.

Η ποιότητα της παρεχόμενης κάθαρσης στη χώρα μας ευρίσκεται ευτυχώς σε πάρα πολύ υψηλό επίπεδο και στο γεγονός αυτό βοήθησε πάρα πολύ ο ανταγωνισμός των ιδιωτικών ιδιαίτερα, μονάδων αιμοκάθαρσης. Ο ανταγωνισμός αυτός, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια λειτούργησε τελικά προς όφελος των ασθενών μας. Ειδικότερα θα μελετηθεί κατά πόσο είναι δυνατή αυτή η παροχή ασφαλούς και ποιοτικής αιμοκάθαρσης, σύμφωνα με όλες τις τελευταίες εξελίξεις στο πεδίο της νεφρολογίας, στο νοσοκομείο της Ξάνθης .

Κλείνοντας την εισαγωγή, θεωρώ σκόπιμο να αναφερθώ στη συμβολή του αρμόδιου διευθυντή της μονάδας τεχνητού νεφρού του γενικού νοσοκομείου Ξάνθης κ. Χρήστο Χατζηδημητρίου με την επιστημονική καθοδήγηση του οποίου οργανώθηκε και σχεδιάστηκε η πτυχιακή εργασία.

Σημαντική υπήρξε η πλήρης συμπαράσταση και προσφορά της προϊσταμένης του νοσηλευτικού προσωπικού κ. Θεοδώρα Πλαστήρα, του νοσηλευτικού προσωπικού και της γραμματέας της μονάδας κ. Αθανασία Δεληγιαννοπούλου.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια κ. Γεωργία
Λιακέα εισηγήτρια της πτυχιακής αυτής εργασίας.

ΜΕΡΟΣ 1^ο:

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

1.1 ΓΕΝΙΚΑ

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, το σύστημα υγειονομικής φροντίδας υπέστη δραστική αλλαγή. Η γενική πρόθεση της μεταρρύθμισης βασιζόταν στην αρχή ότι το κράτος έχει την υποχρέωση να παρέχει υγειονομική φροντίδα σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από το οικονομικό, κοινωνικό ή επαγγελματικό επίπεδο. Οι βασικότεροι στόχοι του νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας ήταν η ίση κατανομή των υπηρεσιών υγείας, η επαρκής κάλυψη των αναγκών, η βελτίωση της ποιότητας και η έμφαση στα ΠΕ.Σ.Υ.

Το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης είναι αρμόδιο για την παροχή και την χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και για τις υγειονομικές υπηρεσίες για τους φτωχούς και, τους ηλικιωμένους και τους ανήμπορους. Τα ασφαλιστικά ταμεία παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή και την χρηματοδότηση των μονάδων παροχής υγειονομικής φροντίδας. Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια φροντίδα παρέχεται κυρίως από νοσοκομεία που είναι δημόσια και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, καθώς και από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται όλο και περισσότερο οι δαπάνες για την υγεία. Σε αρκετές χώρες είναι τόσο μεγάλη αυτή η αύξηση που είναι αδύνατον να αντεπεξέλθουν. Βέβαια η μείωση του κόστους δεν θα πρέπει να γίνεται σε βάρος της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.¹ Αν και στις περισσότερες η ποιότητα των υπηρεσιών υστερεί.

1) Βασιλείου Μ. «Ένα ΕΣΥ για την Ευρώπη», εφ. «Το Βήμα», 29 Δεκεμβρίου 2002, Α13751 σελ β2-3

Μια συστηματική προσέγγιση για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας μπορούμε να συναντήσουμε μόνο σε ορισμένα κράτη μέλη. Για παράδειγμα λίγα κράτη, όπως η Μεγάλη Βρετανία, έχουν συστήματα που αξιολογούν τα νοσοκομεία με βάσει την ποιότητα των υπηρεσιών τους. Έτσι βασικός στόχος θα πρέπει να είναι η χάραξη κοινής πολιτικής στη υγεία και την πρόνοια, θέτοντας τις βάσεις για ένα κοινό ΕΣΥ. Το εγχείρημα στοχεύει στο να «προλάβει» την αύξηση των δαπανών και να βάλει τάξη στο σημερινό «διάσπαρτο» σύστημα περίθαλψης και πρόνοιας.

Εκτός από το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και τα ασφαλιστικά ταμεία, ο ιδιωτικός τομέας παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υγειονομικής φροντίδας. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και οι πτωτικοί ρυθμοί γονιμότητας επηρεάζουν το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, μειώνοντας τα σπάντα των παρεχομένων υπηρεσιών αναγκάζοντας πολλούς Έλληνες να αναζητήσουν συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλεια και υγειονομικές υπηρεσίες.

1.2 ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΙ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Ο σκοπός των μονάδων τεχνητού νεφρού (MTN) ή των μονάδων εξωνεφρικής (ΜΕΚ) κάθαρσης είναι να παρέχουν τη θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας των ασθενών τελικού σταδίου με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) με τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης (ΑΚ). Όπως αντιλαμβάνεται κανείς οι βασικοί στόχοι είναι δύο, η όσο το δυνατόν αρτιότερη και υψηλού επιπέδου παρεχόμενη θεραπεία της ΑΚ και αφετέρου η εξυπηρέτηση όλων των ατόμων που έχουν ανάγκη εξωνεφρικής κάθαρσης στο νομό όπου και διαμένουν.²

2) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 10 Μαρτίου 2005

1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Οι μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης σύμφωνα με το κανονισμό λειτουργίας πρέπει να λειτουργούν ως ανεξάρτητες αυτοτελείς μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης.

Η θεραπεία της εξωνεφρικής κάθαρσης επιτυγχάνεται με τη βοήθεια ειδικών μηχανημάτων ΑΚ. Τα μηχανήματα θα πρέπει να είναι υψηλής τεχνολογίας και οι προδιαγραφές σύμφωνα με αυτές που προβλέπονται για τα ιατρικά μηχανήματα και υλικά από τους αρμόδιους φορείς και οργανισμούς της Ε.Ε. και των ΗΠΑ.³

1.4 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΝΕΦΡΟΥ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΝΕΦΡΟΥ

Οι δύο νεφροί δεξιός και αριστερός βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, δεξιά και αριστερά της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (εικόνα : 1). Έχουν συνολικό βάρος γύρω στα 300 GR και έτσι αποτελούν το 0,4 % του ολικού βάρους του σώματος. Ο καθένας καταλαμβάνει έκταση 2,5 σπονδύλων. Ο δεξιός βρίσκεται μισό σπόνδυλο χαμηλότερα (πιθανά από την πίεση του ήπαρ που βρίσκεται ακριβώς πάνω από το δεξιό νεφρό). Συγκεκριμένα ο δεξιός νεφρός εκτείνεται από το κάτω χείλος του δωδεκάτου θωρακικού σπονδύλου μέχρι τη μέση του τρίτου οσφυϊκού, ενώ ο αριστερός από τη μέση του δωδεκάτου θωρακικού μέχρι το κάτω χείλος του 2ου οσφυϊκού σπονδύλου.¹

Η θέση αυτή των νεφρών επηρεάζεται από τη στάση του ατόμου και από τις αναπνευστικές κινήσεις.⁴

3) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 10 Μαρτίου 2005

4) Παπαδημητρίου Μ. και συνεργάτες «*Νεφρολογία*» τόμος 1 , Θεσσαλονίκη 1988, σελ. 1-7

Έτσι όταν το άτομο είναι όρθιο οι νεφροί βρίσκονται χαμηλότερα απ' ότι στην ύπτια θέση. Επίσης οι νεφροί μετατοπίζονται ακολουθώντας τις αναπνευστικές κινήσεις του διαφράγματος κατά τη βαθιά εισπνοή, ιδίως σε άτομα που εμφανίζουν διαφραγματικό τύπο αναπνοής, είναι δυνατόν οι νεφροί να μετατοπισθούν προς τα κάτω γύρω στα 15εκ.μ.

Ο νεφρός είναι αδένας, σύνθετος αποτελούμενος κατά κύριο λόγο από αγγεία που σχηματίζουν τα σπειράματα και σωληνίσκους που καλούνται ουροφόρα σωληνάρια.

Κάθε ουροφόρο σωληνάριο αρχίζει από τη φλοιώδη ουσία και καταλήγει στη θηλή μιας εκ των μαλπιγιανών πυραμίδων.

Προέρχεται από το μέσο βλαστικό δέρμα. Το μέσο βλαστικό δέρμα διαιρείται σε τμήματα τα οποία καλούνται σωμίτες.

Κάθε σωμίτης εμφανίζει τα παρακάτω τμήματα:

α) μυοτόμιο β) σληροτόμιο γ) δερμοτόμιο.

Επίσης από το μέσο βλαστικό δέρμα μεταναστεύουν κύτταρα τα οποία με αμοιβαδοειδείς κινήσεις αποχωρίζονται και αποτελούν το μεσέγγυμα.

Τα επιθήλια του ουρογεννητικού συστήματος προέρχονται από το μεσέγγυμα και το μυοτόμιο των σωμιτών.

Διάπλαση νεφρών: Ο μόνιμος Νεφρός του ανθρώπου (εικόνα : 2) είναι όργανο νεόπλαστο. Πριν από αυτόν υπήρχαν άλλοι δύο νεφροί οι οποίοι μετέπεσαν σε αχρηστία.

Ο πρόνεφρος (πρωτογενής νεφρός), και ο μεσόνεφρος (δευτερογενής νεφρός) ο μετάνεφρος είναι ο μόνιμος νεφρός.

Μόλις σχηματιστούν οι σωμίτες έρχονται στη πλάγια μοίρα του μέσου βλαστικού δέρματος και σχηματίζουν την νεφρογόνο ταινία.

Αυτή (νεφρογόνος ταινία) διαιρείται σε αλληλοδιάδοχα τμήματα τα νεφροτόμια. Στον πρόνεφρο τα νεφροτόμια των οποίων το ένα άκρο εκβάλλει στο σπλαχνικό κοίλωμα και το άλλο κοινό για όλα τα σωληνάρια στο βολφιανό πόρο.

Το αντίθετο άκρο προς τον βολφικό πόρο είναι τυφλό και δέχεται αγγειώδες σπείραμα από την αορτή . Έτσι μετατρέπεται σε μαλπιγιανό σωματίο .

Τα νεφρικά σωληνάκια τα οποία είτε είναι ευθεία (αγκύλη Χένλε, αθροιστικά σωληνάκια), είτε είναι ελικοειδή (εσπειραμένα Α' και Β 'τάξης) αποτελούνται από τη βασική μεμβράνη και από τα αδενικά κύτταρα που καλούνται επιθηλιακά , τα κύτταρα αυτά λόγω των λειτουργικών τους ιδιοτήτων, και σε συνδυασμό με τις ιδιότητες της μεμβράνης, επιτελούν πολύ σημαντικό ρόλο στο ποσοτικό αλλά και ποιοτικό σχηματισμό (παραγωγή) των ούρων.

Δηλαδή τα αδενικά κύτταρα (επιθηλιακά) του νεφρού έχουν την ιδιότητα να επαναπροσλαμβάνουν ή να αποβάλλουν ουσίες και νερό από το αίμα προς το ούρο και αντίστροφα, ανάλογα με το τμήμα του σωληναρίου και να επιτυγχάνουν την συμύκνωση, την αραιώση, την αποβολή άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού και να επανααρροφούν χρήσιμες ουσίες κατά τη διαδικασία σχηματισμού των ούρων.

Ένα ουροφόρο σωληνάριο με το Μαλπιγιανό σωματίο απαρτίζει την μορφολογική μονάδα του νεφρού . Η αυτοτελής αυτή λειτουργική μονάδα ονομάζεται «νεφρώνας».

σχήμα : Ο κάθε νεφρός έχει σχήμα φασολιού (εικόνα : 3) . Εμφανίζει δύο επιφάνειες την πρόσθια και την οπίσθια , δύο χείλη τα έξω και τα έσω και δύο πόλους (άκρα), τον άνω και τον κάτω.

Η πρόσθια επιφάνεια , η οποία είναι υπόκυρτη καλύπτεται από το περιτόναιο. Η οπίσθια επιφάνεια, η οποία είναι επίπεδη και ακάλυπτη περιτόναιο προσεγγίζει το πίσω κοιλιακό τοίχωμα . Το έξω χείλος υπόκυρτο ενώ το έσω χείλος υπόκοιλο. Ο άνω πόλος ο οποίος είναι πιο ογκώδης καλύπτεται από το αντίστοιχο επινεφρίδιο ενώ ο κάτω πόλος είναι λεπτότερος και καταλήγει ελεύθερος . Στο μέσο του χείλους του νεφρού συναντούμε βαθιά και κάθετη τομή , τις πύλες

νεφρού . Μέσω των πυλών εισέρχονται η νεφρική αρτηρία και τα νεύρα ενώ εξέρχονται η νεφρική φλέβα και η νεφρική πύελος.

διαστάσεις - Βάρος : Το μήκος των νεφρών είναι περίπου 10 -12 εκ. πλάτος 5-6 εκ. και το πάχος 3 εκ. . Ο αριστερός νεφρός είναι στενότερος του δεξιού.

Το βάρος : Το βάρος του νεφρού στους άνδρες είναι 125 - 170 gr στις γυναίκες 115 – 155 gr. Ο αριστερός είναι πιο βαρύτερος από τον δεξιό.

φορά : Οι δύο νεφροί δεν βρίσκονται παράλληλοι στην σπονδυλική στήλη . Οι άνω πόλοι τους συγκλίνουν ενώ οι κάτω αποκλίνουν της μέσης γραμμής.

Περιβλήματα νεφρού : Ο νεφρός περιβάλλεται από διάφορα περιβλήματα τα οποία από έξω προς τα μέσα είναι τα εξής :

- 1) Το περιτόναιο
- 2) Η νεφρική περιτονία
- 3) Η λιπώδη κάψα ή περινεφρικό λίπος
- 4) Ο ινώδης χιτώνας

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Η φυσιολογία του νεφρού αφορά την μελέτη της νεφρικής λειτουργίας, η οποία συνίσταται στον σχηματισμό, των ούρων η οποία λειτουργία σχηματισμού) γίνεται στο νεφρό. Η απέκκριση των ούρων από τις απεκκριτικές οδούς (από ουροφόρα σωληνάρια ως το έξω στόμιο ουρήθρας).⁵

5) Παπαδημητρίου Μ. και συνεργάτες «*Νεφρολογία*», ο.π., σελ. 8-11

Η συμβολή των νεφρών τόσο στη ρύθμιση των υγρών και της οξεοβασικής ισορροπίας όσο στην αποβολή των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού, καθιστά πρωταρχική και αναγκαία τη γνώση των φυσιολογικών λειτουργιών του νεφρού.

Οι κυριότερες λειτουργίες των νεφρών αν θέλαμε να τις συνοψίσουμε επιγραμματικά είναι:

A . Απεκκριτική : Ο νεφρός είναι κυρίως απεκκριτικό όργανο απ' αυτόν γίνεται κυρίως η απέκκριση των προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης . Επίσης από αυτόν αποβάλλονται ουσίες που βρίσκονται σε περίσσεια στον οργανισμό όπως και ουσίες ξένες προς τον οργανισμό.

B. Συμβάλλει στην διατήρηση της ιοντικής ισορροπίας και της ισοτονίας των υγρών του σώματος.

Γ. Συμβάλλει στην διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας ρυθμίζοντας κατάλληλα την αναλογία οξέων και βάσεων στον οργανισμό.

Η λειτουργία αυτή είναι μοναδική για την ομοιοστασία και την ίδια τη ζωή του οργανισμού.

Δ. Εκκριτική : Ο νεφρός παράγει ερυθροποιητίνη ορμόνη για τη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων , παράγωγο της βιταμίνης D₁ για το μεταβολισμό των οστών , σχηματίζει ρενίνη κλπ .

Όταν γίνει αφαίρεση ή πλήρης καταστροφή και των δύο νεφρών ο θάνατος επέρχεται μέσα σε 7-20 ημέρες από ουραιμικό κόμμα.

Αιμάτωση του νεφρού: Για την κανονική λειτουργία του νεφρού είναι αναγκαία η κανονική διαρκής και τέλεια αιμάτωση του από τα αγγεία. Η νεφρική κυκλοφορία είναι παράπλευρη προς τη μεγάλη κυκλοφορία. Παρόλα αυτά η αιμάτωση είναι πολύ μεγάλη. Όπως αναφέραμε και στην ανατομία του νεφρού παραπάνω, από τους νεφρούς περνάει το 20-25 % του Κ. Λ. Ο. Α. Υπολογίστηκε ότι από τα νεφρά περνούν την ημέρα 1500 λίτρα αίματος από τα οποία παράγουν οι νεφροί περίπου υπό φυσιολογικές καταστάσεις 1200 κ. εκ. ούρων.

Από το αίμα που περνάει από τους νεφρούς ελάχιστο χρησιμοποιείται για τη θρέψη τους. Το μεγαλύτερο μέρος περνάει με σκοπό να καθαριστεί. Το διερχόμενο δηλ. από τα νεφρά αίμα είναι κυρίως λειτουργικό και ελάχιστα τροφικό. Η απέκκριση από τους νεφρούς γίνεται ενεργητικά και παθητικά. Η λειτουργία των νεφρών δεν είναι μόνο μια εργασία φίλτρου. Στη λειτουργία του νεφρού συμβάλλουν ενεργητικά τα νεφρικά κύτταρα τα οποία καταναλώνουν ενέργεια. Έτσι εξηγείται και η αυξημένη ανταλλαγή της ύλης (μεταβολισμός) που παρουσιάζουν οι νεφροί.

Απόδειξη της ενεργητικής λειτουργίας του νεφρού αποτελεί η δυνατότητα παραγωγής ούρων υπέρτονων ή υπότονων (πυκνά ή αραιά), όπως και το γεγονός ότι τα συστατικά των ούρων βρίσκονται σε διαφορετική αναλογία από εκείνη που βρίσκονται στο αίμα.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

1. Είναι υπεύθυνος για την απομάκρυνση από τον οργανισμό των τοξικών και βλαβερών ουσιών που παράγονται καθημερινά. Μεταξύ αυτών των ουσιών είναι η γνωστή σε όλους μας ουρία, η κρεατινίνη, το ουρικό οξύ και άλλες πολλές που γνωρίζουμε τη φύση του ή και που δεν γνωρίζουμε.⁶
2. Είναι υπεύθυνος για τη ρύθμιση της ισορροπίας του νερού. Δηλαδή ρυθμίζει το πόσο νερό θα κρατήσει ο οργανισμός και το πόσο θα αποβάλλει, έτσι ώστε ούτε αφυδατωμένος να είναι, αλλά ούτε και με οιδήματα.

6) <http://www.san.gr/gr/articles/index.htm>

3. Ρυθμίζει την οξεοβασική ισορροπία σε πολύ μεγάλο βαθμό (από αυτόν αποβάλλονται τα οξέα και οι βάσεις που παράγονται καθημερινά και πλεονάζουν στον οργανισμό μας). Η λειτουργία αυτή είναι πολύ σημαντική, αφού αν ξεφύγει η ισορροπία αυτή από ορισμένα στενά όρια, τότε τίποτε πλέον δεν λειτουργεί φυσιολογικά (όλα τα κύτταρα του οργανισμού λειτουργούν σε συγκεκριμένο περιβάλλον pH).

4. Παράγει ορμόνες, όπως την ερυθροποιητίνη, τη ρενίνη και άλλες, αλλά σχηματίζεται και η βιταμίνη D₁.

1.5 ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Γενικά η νεφρική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από την αδυναμία των νεφρών προς ρύθμιση και αποβολή του αναγκαιούτος όγκου ύδατος, των ηλεκτρολυτών και των ουσιών του υπολειπόμενου αζώτου. Η αδυναμία αυτή έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση ουραιμίας, που υποδηλώνει την κατακράτηση αζωτούχων ενώσεων.

Η ουραιμία (ή ουραιμικό σύνδρομο) περικλείει σύνολο συμπτωμάτων και ευρημάτων που είναι αποτέλεσμα βιοχημικών διαταραχών που παρατηρούνται στη νεφρική ανεπάρκεια. Η ουραιμία αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του ουραιμικού συνδρόμου.⁷

Η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να προκληθεί από προνεφρικά, από νεφρικά και μετανεφρικά αίτια. Στα προνεφρικά αίτια υπάγονται κυρίως οι διαταραχές της αιμάτωσης των νεφρών, λόγω απώλειας

⁷⁾ Gutch Cf., Stoner Mh. και Corea Al. «Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας» Αθήνα, 2003 σελ. 45-46

αίματος, πλάσματος και ηλεκτρολυτών, οι αποφράξεις των νεφρικών αγγείων, οι αιμολύσεις κ.τ.λ., ενώ τα νεφρικά αίτια είναι κυρίως παθήσεις του νεφρού, συγγενούς ή επίκτητου αιτιολογίας

Τα μετανεφρικά αίτια τα οποία προκαλούν και τις καλούμενες αποφρακτικές νεφροπάθειες, είναι κυρίως αίτια τα οποία αποφράσσουν την αποχετευτική οδό του ουροποιητικού συστήματος.

Πολλές φορές τα αίτια της νεφρικής ανεπάρκειας είναι μικτά. Κλινικά η νεφρική ανεπάρκεια είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με οξεία ή χρόνια μορφή. Και στις δυο περιπτώσεις, η έκπτωση της λειτουργίας των νεφρώνων είναι τέτοια που διαταράσσει τη φυσιολογική ομοιόσταση του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού των πρωτεϊνών συσσωρεύονται στον οργανισμό και ασκούν την τοξινική τους δράση στα κύτταρα και στα όργανα του οργανισμού που αρχίζουν να δυσλειτουργούν .

Οι πιο κοινές αιτίες που προκαλούν τη νεφρική ανεπάρκεια είναι ο διαβήτης και η υπέρταση, οι οποίες ευθύνονται για το 67,2% των περιπτώσεων, σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποίησε το Third National Health and Nutrition Survey σε 18.823 αμερικανούς. Πιο αναλυτικά, ο διαβήτης ευθύνεται κατά 41,8%, ενώ η υπέρταση κατά 25,4%.

Παρακάτω, αναφέρουμε τα συμπτώματα που υποδεικνύουν την ύπαρξη ασθένειας των νεφρών:

- Αίσθημα καύσου κατά τη διάρκεια της ούρησης
- Συχνή ούρηση κατά τη διάρκεια της νύχτας
- Αιματουρία – λευκωματουρία (ούρα που αφρίζει)
- Οίδημα γύρω από τα μάτια, στα χέρια και στα πόδια
- Πόνος στη νεφρική και οσφυϊκή περιοχή του κορμού⁸⁾

8) Παπαδημητρίου Μ. και συνεργάτες «Νεφρολογία» τόμος 1 , Θεσσαλονίκη 1988, σελ. 346 – 349

- Αυξημένη αρτηριακή πίεση, κεφαλαλγία
- Κόπωση – δύσπνοια
- Αισθητικές διαταραχές
- Κνησμός και δερματικές βλάβες
- Ναυτία – εμετοί
- Αιμορραγία από το πεπτικό
- Διαταραχές της συνείδησης
- Τρόμος

1.5.1 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ορίζεται ως αιφνίδια και σοβαρού βαθμού έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Εγκαθίσταται ταχέως, μέσα σε ώρες ή λίγες μέρες. Εκδηλώνεται κλασικά με ολιγουρία (όγκος ούρων 24ώρου μικρότερος από 400 ml). Ωστόσο, σχεδόν οι μισές περιπτώσεις δεν παρουσιάζουν ολιγουρία. Η μη ολιγουρική ΟΝΑ εμφανίζει ήπιο έναρξη και έχει καλύτερη εξέλιξη σε σχέση με την ολιγουρική μορφή· συχνά δεν απαιτείται ΑΚ.⁹

Τα αίτια διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: **(1) προνεφρικά, (2) νεφρικά και (3) μετανεφρικά.**

Τα **προνεφρικά** αίτια περιλαμβάνουν καταστάσεις που προκαλούν μείωση της παροχής αίματος στο νεφρό, σε βαθμό που να επηρεάζεται η λειτουργία του. Συνηθέστερα αίτια αυτής της κατηγορίας είναι η μείωση του όγκου του εξωκυττάριου υγρού (όπως σε σοβαρού βαθμού αφυδάτωση), η καρδιακή ανεπάρκεια και η απόφραξη των νεφρικών αρτηριών.

⁹⁾ Gutch CΓ., Stoner Mh. και Corea Αl. «Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας» Αθήνα, 2003, σελ 46 – 47

Τα **μετανεφρικά** αίτια περιλαμβάνουν καταστάσεις στις οποίες εμποδίζεται η ελεύθερη ροή των ούρων από το νεφρό. Η απόφραξη μπορεί να εντοπίζεται στον ουρητήρα, την ουροδόχο κύστη ή την ουρήθρα.

Η αναγνώριση των προνεφρικών και μετανεφρικών αιτίων είναι πολύ σημαντική, επειδή συχνά είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν γρήγορα χωρίς να μείνει υπολειμματική βλάβη στο νεφρό.

Η **νεφρικής αιτιολογίας** ΟΝΑ είναι αποτέλεσμα άμεσης βλάβης στο νεφρικό ιστό. Αυτή η βλάβη μπορεί να προκληθεί από οξεία φλεγμονή. Πολύ πιο συχνά είναι αποτέλεσμα σοβαρού βαθμού μείωσης της παροχής αίματος (αιμορραγική καταπληξία) ή άμεσης τοξικής δράσης στα κύτταρα του νεφρικού παρεγχύματος· τέτοια τοξική δράση έχουν ορισμένα αντιβιοτικά. Το αποτέλεσμα είναι η οξεία σωληναριακή νέκρωση ΟΣΝ η οποία ευθύνεται για το 75% όλων των περιπτώσεων ΟΝΑ.

Η ΟΝΑ που οφείλεται σε **προνεφρικά ή μετανεφρικά** αίτια αναστρέφεται γρήγορα, μετά τη διόρθωση του παράγοντα που την προκάλεσε. Οι περισσότερες περιπτώσεις ΟΝΑ νεφρικής αιτιολογίας ή ΟΣΝ είναι **ιάσιμες**.

Η διάγνωση της πάθησης τίθεται από τα συμπτώματα, τα οποία κάθε φάση παρουσιάζει, εκτός βεβαίως του πρόδρομου σταδίου, το οποίο είναι ασυμπτωματικό καλυπτόμενο από τα συμπτώματα της πρωτοπαθούς αιτίας.¹⁰

Οι **μέθοδοι** που χρησιμοποιούνται στη **διάγνωση** της ΟΝΑ είναι:

1. η απλή ακτινογραφία νεφρών
2. Το υπερηχογράφημα των νεφρών
3. Η ενδοφλέβια πυελογραφία (ουρογραφία)

10) Κοτσιάρης Απ. Πτυχιακή εργασία «οργάνωση-δομή-λειτουργία MTN του Γ. Ν. Λαμίας σελ 35

4. Το δυναμικό σπινθηρογράφημα των νεφρών
5. Η αξονική τομογραφία

1.5.2 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α.) ορίζεται η προοδευτική και μη αναστρέψιμη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η διαταραχή αυτή έχει αποτέλεσμα λειτουργική διαταραχή της απεκκριτικής ικανότητας των νεφρών. Είναι το τελικό αποτέλεσμα πολλών παθήσεων των νεφρών, εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό και συχνά δεν γίνεται αντιληπτή παρά μόνο όταν έχει καταστραφεί το 80% και πλέον των νεφρώνων, οπότε υπάρχει αξιόλογη διαταραχή των εργαστηριακών εξετάσεων.¹¹

Τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ανάλογα με τη βαρύτητα της, την κατατάσσουμε σε στάδια, για να γίνει όμως αυτό χρησιμοποιούμε την μέτρηση του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης (GFR = Glomerular Filtration Rate).

Ως ρυθμός σπειραματικής διήθησης (στον πλέον απλοϊκό ορισμό) ορίζεται τα ml του πλάσματος που αποκαθαίρονται (καθαρίζονται) από τους νεφρούς πλήρως, από μία ουσία που ονομάζεται Ινουλίνη (η οποία χορηγείται εξωγενώς) σε κάθε λεπτό (για επιφάνεια σώματος 1,73 τ.μ.) .¹²

Σήμερα επειδή η μέθοδος της Ινουλίνης για τον προσδιορισμό του GFR είναι δύσκολη , χρησιμοποιούμε το ραδιοϊσοτοπικό προσδιορισμό του GFR, ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης εκφράζεται σε ml/min/1,73 m²

11) Κοτσιάρης Απ. Πτυχακή εργασία «οργάνωση-δομή-λειτουργία MTN του Γ. Ν. Λαμίας σελ. 36

12) Provan Dr., Krentz An. «Oxford handbook of clinical and laboratory investigation», Oxford university Press 2002, σελ. 424 - 426

Έτσι ανάλογα με την ελάττωση του GFR (φ.τ. 120 → 15 ml/min) έχουμε τα στάδια της νεφρικής ανεπάρκειας.

Το 1^ο στάδιο κατά το οποίο ο GFR > 90 , στο στάδιο αυτό ενώ υπάρχουν μικρές βλάβες στους νεφρούς η λειτουργία τους δεν επηρεάζεται .

Το 2^ο στάδιο κατά το οποίο ο GFR είναι 60 – 89 , τα συμπτώματα δεν είναι σημαντικά αλλά εργαστηριακά διαπιστώνουμε μία ήπια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας.

Το 3^ο στάδιο κατά το οποίο ο GFR είναι 30 – 59, τα συμπτώματα και εδώ τις περισσότερες φορές είναι ήπια όμως η νεφρική ανεπάρκεια είναι σημαντική.

Το 4^ο στάδιο κατά το οποίο ο GFR είναι 15 – 29, στο στάδιο αυτό τα συμπτώματα είναι έντονα και τα εργαστηριακά ευρήματα πολύ σημαντικά σε τέτοιο βαθμό που απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση, χωρίς την οποία είναι δυνατόν να μεταπέσει ο ασθενής στο τελικό στάδιο όποτε και απαιτείται ένταξη σε εξωνεφρική κάθαρση.

Και το 5^ο στάδιο όπου ο GFR είναι μικρότερος από τα 15 ml/min η κατάσταση καθίσταται ασύμβατος με τη ζωή και πλέον ο ασθενής θα πρέπει να ενταχθεί σε εξωνεφρική κάθαρση.

Τα αίτια της Χ.Ν.Α. συνοπτικά είναι τα παρακάτω:

- A) Χρόνια πυελονεφρίτιδα
- Χρόνια σπειραματονεφρίτιδα
- Υπερτασική νεφροσκλήρυνση ¹³
- B) Μεταβολικά νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η αμυλοείδωση κλπ)

¹³) Παπαδημητρίου Μ. και συνεργάτες «Νεφρολογία» τόμος 1 , Θεσσαλονίκη 1988, σελ. 350 – 357

Γ) Νοσήματα του συνδετικού ιστού όπως ο διάσπαρτος ερυθρηματώδης λύκος , η οζώδης περιαρτηρίτιδα κ.ά.

Δ) Οι συγγενείς παθήσεις των νεφρών όπως είναι η πολυκυστική νόσος των νεφρών, κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση κ. ά.

Ε) Τοξικές νεφροπάθειες κυρίως από φάρμακα όπως η κατάχρηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, σκιαστικών, αντιβιοτικών κλπ

ΣΤ) Όλες οι παθήσεις της αποχετευτικής όπως είναι κυρίως οι αποφρακτικές νεφροπάθειες (πολλαπλές λιθιάσεις , υπερτροφία προστάτου , όγκοι κλπ)

Οι κυριότερες παθήσεις, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε Χ.Ν.Α, είναι:

- Σπειραματονεφρίτιδες
- Αγγειακή πάθηση των νεφρών
- Χρόνια πυελονεφρίτιδα
- Λοιμώξεις του ουροποιητικού
- Χρόνια αποφρακτική ουροπάθεια (λιθίαση, προστάτης κ.τ.λ.)
- Κληρονομικές ή συγγενείς ανωμαλίες
- Νεφροπάθεια από αναλγητικά

Η κλινική εικόνα της Χ.Ν.Α, έχει ως εξής: Στα αρχικά στάδια που η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας είναι μικρή δεν υπάρχουν συμπτώματα . Προοδευτικά όμως όσο αυξάνει η ουρία του αίματος και αρχίζουν οι κλινικές εκδηλώσεις, επηρεάζονται όλα τα συστήματα. Εμφανίζεται οίδημα γύρω από τα μάτια. Ανορεξία, ναυτία και εμετοί.

Καταβολή δυνάμεων και αναιμία. Πολυουρία, νυκτουρία (καταργείται η φυσιολογική μείωση των ούρων τη νύχτα).

Διάρροιες, δύσπνοια, αιμορραγική διάθεση, καρδιακές αρρυθμίες,

λήθαργος, κόμα κ.τ.λ.

Ο διαγνωστικός έλεγχος της Χ.Ν.Α, γίνεται από το ιστορικό του αρρώστου, την κλινική εικόνα, τα εργαστηριακά ευρήματα , τον ακτινολογικό έλεγχο (αξονική τομογραφία, την πυελογραφία, το υπερηχογράφημα κλπ) καθώς και με το ραδιοϊσοτοπικό έλεγχο (νεφρόγραμμα δυναμικό και στατικό , προσδιορισμό GFR κλπ)¹⁴

Η θεραπεία της Χ.Ν.Α, στο αρχικό στάδιο της αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή που περιλαμβάνει τις ακόλουθες μεθόδους:¹⁵

- ☉ • Ρύθμιση διαίτας (περιορισμός του λευκώματος , του καλίου , του νατρίου κ.τ.λ.) ανάλογα με το στάδιο της νόσου και τα εργαστηριακά ευρήματα.
- ☉ • Αντιμετώπιση της αναιμίας με τη βοήθεια της ερυθροποιητίνης
- ☉ • Αντιμετώπιση των λοιμώξεων
- ☉ • Σε περίπτωση υπέρτασης εφαρμογή αντιυπερτασικής αγωγής.

Όταν η νεφρική λειτουργία, και συγκεκριμένα ο GFR ελαττωθεί κάτω του 15 ml/min, ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο Χ.Ν.Α, που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί πλέον με συντηρητική αγωγή.

Για την επιβίωση του νεφροπαθούς στο τελικό στάδιο, είναι αναγκαία απομάκρυνση των συσσωρευμένων ουσιών, με την τεχνική μιας από τις ακόλουθες μεθόδους:

- Εφαρμογή εξωνεφρικής κάθαρσης (χρόνιας αιμοκάθαρσης ή περιτοναϊκής κάθαρσης).
- Μεταμόσχευση νεφρού όταν πληρούνται οι προϋποθέσεις

14) Παπαδημητρίου Μ. και συνεργάτες «Νεφρολογία» τόμος 1 , Θεσσαλονίκη 1988 σελ. 187 – 217

15) Παπαδημητρίου Μ. και συνεργάτες «Νεφρολογία» ο.π. σελ. 422 – 474

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Χ.Ν.Α.

Η Χ.Ν.Α. αποτελεί μη ιάσιμο πρόβλημα υγείας. Έτσι , αντικείμενο μιας καλής φροντίδας και αγωγής ασθενών με χρόνια προβλήματα, αποτελεί η διατήρηση άριστης φυσικής και πνευματικής κατάστασης. Τα στοιχεία αυτά καθορίζουν την ποιότητα ζωής τους , καθώς και τη νοσηρότητα και την θνητότητα τους.

Τα μεγαλύτερα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς με Χ.Ν.Α. κατά την διάρκεια της πορείας της μέχρι το στάδιο της υποκατάστασης , είναι η ίδια η φύση της νεφρικής τους νόσου, η εξέλιξη της στο χρόνο, η διαίτα τους. Η εκπαίδευση για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων ξεκινά καταρχήν με το δεδομένο ότι οι ίδιοι οι νεφρολόγοι γνωρίζουν τα θέματα που απασχολούν τέτοιους ασθενείς και τον τρόπο που σταθούν επιτυχώς μπροστά τους. Η πλειοψηφία των ασθενών με Χ.Ν.Α. έχουν πολύ περιορισμένες γνώσεις της κατάστασης τους. Η πρόκληση για τον θεραπευτή είναι να ξεκαθαρίσει τις απορίες και τις παρεξηγήσεις γύρω από την κατάσταση του με όπλο τη σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση του. Τέτοια βέβαια προσέγγιση θα προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα επιβίωσης και παροχής καλύτερης ποιότητας ζωής , αλλά απαιτεί χρόνο και χρήματα που συχνά δεν υπάρχουν. Επιπλέον , εξαρτάται και από την συνεργασιμότητα των ασθενών που συχνά είναι αρνητικοί σε οποιαδήποτε προσέγγιση. Από αρκετές όμως καθημερινές πρακτικές αποδεικνύεται ότι η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση του χρόνιου ασθενούς οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα σε όλες τις παραμέτρους. Οι ασθενείς με Χ.Ν.Α. που παρακολουθούνται από εξειδικευμένα ιατρεία, υπάρχουν ενδείξεις ότι η εφαρμογή θεραπευτικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, συνοδεύεται από καθυστέρηση της έλευσης του τελικού σταδίου Χ.Ν.Α., μείωση της επείγουσας εξωνεφρικής υποστήριξης και σωστό προγραμματισμό του χρόνου ένταξης σε εξωνεφρική κάθαρση,

καλύτερη φυσική αποκατάσταση με συνέπεια την επιρροή στην επιλογή του τρόπου νεφρικής υποκατάστασης ,καθώς και την άμεση συμμετοχή του ασθενούς στο πρόγραμμα αντιμετώπισης του. Ακόμη μείωση της ψυχικής καταπόνησης, του άγχους και συνέχιση της απασχόλησης του στον επαγγελματικό στίβο, ενώ δραστηριότητες όπως αναψυχή και διακοπές είναι δυνατόν να προγραμματισθούν και να πραγματοποιηθούν. Κλειδί για αυτές τις σημαντικές βελτιώσεις είναι η έγκαιρη παραπομπή στο νεφρολόγο ή σε εξειδικευμένα κέντρα , παραπομπή που συνοδεύεται από καλύτερα αποτελέσματα επιβίωσης και ποιότητας ζωής των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια, ενώ το αντίθετο συμβαίνει όταν παραπέμπονται καθυστερημένα. ¹⁶

16) Αποστόλου Θ. «Εκπαίδευση ασθενούς».Κλινική νεφρολογία , τόμος 4, Αθήνα 2005 σελ. 3653-3654

1.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΝΑ

Όταν είναι κανείς σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, στο αίμα συγκεντρώνονται καθημερινά άχρηστες και βλαβερές ουσίες (ουρία, κρεατινίνη, κ.ά), αλλά και νερό, τις οποίες οι νεφροί πλέον δεν μπορούν να απομακρύνουν από τον οργανισμό, ενώ παράλληλα δεν παράγονται από αυτούς χρήσιμες ουσίες που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή μας, όπως η ερυθροποιητίνη (βοηθά στην παραγωγή αίματος), η βιταμίνη D (βοηθά στα κόκαλα να ασβεστοποιούνται και να είναι ανθεκτικά στα κατάγματα) κ.ά.. Ωστόσο εδώ και τουλάχιστον 40 χρόνια με την εφαρμογή της αιμοκάθαρσης με τεχνητό νεφρό, αλλά και τελευταία με την εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης (αιμοκάθαρση με τη βοήθεια του περιτοναίου που αποτελεί φυσιολογικό όργανο του οργανισμού), πετυχαίνεται μερική αποκατάσταση του προβλήματος της πλήρους ανεπάρκειας ενός τόσο σημαντικού οργάνου, όπως είναι ο νεφρός. Έτσι παρά το ότι με τις μεθόδους αυτές προσφέρεται καθημερινά περίπου το 15% της νεφρικής λειτουργίας, σε σχέση με αυτή που θα είχε ο νεφροπαθής αν οι νεφροί του δούλευαν φυσιολογικά, δίδεται η δυνατότητα να ζήσει, χωρίς μάλιστα ιδιαίτερα προβλήματα. Ακόμη μετά την ανακάλυψη και της ερυθροποιητίνης, η οποία όπως αναφέρθηκε φυσιολογικά παράγεται από τους νεφρούς και δεν μπορεί πλέον να παραχθεί σε νεφρική ανεπάρκεια, οι νεφροπαθείς με τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας δεν έχουν το πρόβλημα της αναιμίας που υπήρχε πριν το 1987, με αποτέλεσμα να απαλλάσσονται απ' όλα όσα προκαλούσε αυτή (εύκολη κόπωση, αδυναμία, ανορεξία, μειωμένη διάθεση για sex, προβλήματα από την καρδιά κ.ά.), και το κυριότερο έδωσε στους ασθενείς αυτούς μία ζωή, ποιοτικά εφάμιλλη των φυσιολογικών ατόμων απαλλάσσοντας τους μάλιστα από τους κινδύνους των μεταγγίσεων.

Στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΤΣΧΝΑ) οδηγούν διάφορες παθολογικές καταστάσεις με αποτέλεσμα την ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας σε επίπεδο που η συντηρητική αγωγή , διαίτα και φάρμακα δεν έχει αποτελεσματικότητα, με επακόλουθο να κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς εάν δεν ενταχθεί πλέον σε θεραπεία αποκατάστασης όπως είναι η ΑΚ, η περιτοναϊκή κάθαρση, η μεταμόσχευση. Η τελευταία, που ακολουθεί τις άλλες δύο , αντιλαμβάνεται κανείς ότι είναι η καλύτερη μέθοδος για τη αντιμετώπιση του ΤΣΧΝΑ.

Στην πορεία της χρόνιας νεφρικής νόσου, η νεφρική ανεπάρκεια συχνά αντιμετωπίζεται, για σημαντικό χρονικό διάστημα, με κατάλληλη διαίτα, περιορισμό της πρόσληψης Na^+ έλεγχο του φωσφόρου και φαρμακευτική αγωγή. Όταν η νεφρική λειτουργία πέσει σε επίπεδο που αντιστοιχεί στο 10—15% του φυσιολογικού, έχει φτάσει στο τελικό στάδιο. Για να διατηρηθεί ο ασθενής στη ζωή απαιτείται εφαρμογή εξωνεφρικής κάθαρσης ή μεταμόσχευση.¹⁷

Μερικά από τα αίτια των ειδικών αυτών περιπτώσεων και εντάσσονται σε πρόγραμμα ΑΚ είναι :

- Σακχαρώδης διαβήτης
- Υπέρταση
- Σπειραματονεφρίτιδα

Οι περισσότερες επιπλοκές που εμφανίζουν οι ασθενείς με ΤΣΧΝΑ είναι αποτέλεσμα του ουραιμικού συνδρόμου και δε σχετίζονται με την ίδια την ΑΚ.

17) Gutch Cf., Stoner Mh. και Corea AI. «Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας» Αθήνα, 2003 σελ.48

Άλλες διαταραχές σχετίζονται άμεσα με τη διαδικασία της ΑΚ. Ο στόχος κάθε συνεδρίας είναι να παρέχει ομαλή, ασφαλή και άνετη για τον ασθενή θεραπεία και παράλληλα να επιτυγχάνει εκείνες τις μεταβολές στις βιοχημικές παραμέτρους και στο ισοζύγιο των υγρών που απαιτούνται για την καλύτερη μακροπρόθεσμη φροντίδα του ασθενούς.¹⁸ Παρά τη συνολική βελτίωση της θεραπείας υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από ΤΣΧΝΑ, τα ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας αυτών, συγκρινόμενα με τον γενικό πληθυσμό, παραμένουν υψηλά.

Η διαρκής αναζήτηση διορθώσιμων αιτιών πρόκλησης αυτού του φαινομένου, οδήγησε στην επανεκτίμηση της συνολικής αντιμετώπισης των ασθενών, πριν την ένταξη σε χρόνια εξωνεφρική κάθαρση. Ειδικότερα η έγκαιρη παραπομπή αυτών σε νεφρολογικά κέντρα, οδηγεί σε αρτιότερη φροντίδα των ασθενών πριν την ένταξη, ορθολογική επιλογή του χρόνου ένταξης καθώς επίσης και στην βέλτιστη επιλογή της μεθόδου κάθαρσης με αποτέλεσμα τη συνολική βελτίωση της επιβίωσης αυτών.

Διαφορετικές μελέτες επιβεβαιώνουν, ότι η μη έγκαιρη παραπομπή των ασθενών σε νεφρολογικά κέντρα, οδηγεί σε αύξηση της θνητότητας ειδικότερα κατά το πρώτο έτος εξωνεφρικής κάθαρσης. Επίσης η αυξημένη νοσηρότητα κατά την περίοδο ένταξης των ασθενών αυτών σε οποιαδήποτε μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, οδηγεί σε παράταση του χρόνου νοσηλείας με αποτέλεσμα και την αύξηση του συνολικού κόστους θεραπείας.¹⁹

18) Gutch Cf., Stoner Mh. και Corea Al. «Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας», ο.π., σελ.240

19) Ανδρικόσ Αιμ., «Υγιής κατά τη ένταξη σε χρόνια εξωνεφρική κάθαρση», π.DIALYSIS LIVING, αο.3. Σεπτέμβριος – Δεκέμβριος 2001 σελ.40-46

Η χρονιότητα της νόσου, η αναγκαιότητα άμεσης εξάρτησης των ασθενών από κάποιας μορφής εξωνεφρικής υποστήριξης αλλά και η απουσία συμπτωμάτων που, τουλάχιστον, στα αρχικά στάδια της νόσου επηρεάζουν έντονα την ποιότητα ζωής των ασθενών, ειδικότερα όταν συνοδεύονται από ελλιπή ενημέρωση, οδηγεί τους ασθενείς σε άρνηση αποδοχής των οδηγιών από το νεφρολογικό κέντρο.

Στις πολλαπλές αυτές αιτίες, οι οποίες οδηγούν τους ασθενείς σε ελλιπή παρακολούθηση – φροντίδα,ας ελπίσουμε ότι δεν συμμετέχουν οικονομικοί λόγοι, που άπτονται της ιατρικής δεοντολογίας.

Η μη έγκαιρη προσέλευση των ασθενών με ΧΝΑ, σε νεφρολογικό κέντρο, έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση σοβαρών μεταβολικών διαταραχών, που επιβαρύνει τη γενική κατάσταση της υγείας τους. Όταν η εγκατάσταση του ΤΣΧΝΑ είναι σταδιακή, ο ασθενής έχει το χρόνο να προσαρμοστεί στην ιδέα της ΑΚ και να κάνει τις σωστές επιλογές για τη θεραπεία του. Η αρχική αντίδραση στην ΑΚ μπορεί να είναι η ανακούφιση, ιδιαίτερα αν το άτομο βασανιζόταν από τη νόσο για πολύ καιρό πριν. Δυστυχώς, κάποιοι ασθενείς καθυστερούν την έναρξη της ΑΚ σε τέτοιο σημείο, που η νόσος έχει προχωρήσει αρκετά και τότε, είναι πιθανό, η ΑΚ να ξεκινήσει μέσα στο νοσοκομείο, ως επείγουσα θεραπεία.

Όταν το ΤΣΧΝΑ εγκατασταθεί απότομα μπορεί να υπάρξει μια οξεία φάση προσαρμογής κατά την οποία ο ασθενής είναι σε κατάσταση σοκ και εκδηλώνει αισθήματα δυσπιστίας, απελπισίας και κατάθλιψης. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ενδείκνυται η προσέγγιση του ασθενούς από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Οι ασθενείς με ΤΣΧΝΑ αντιμετωπίζουν πολύ αυστηρούς περιορισμούς και οι απαιτήσεις, στις οποίες πρέπει να ανταποκριθούν τόσο οι ίδιοι όσο και η οικογένεια τους είναι αυξημένες. Πρέπει να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές που υπεισέρχονται στις ενδοοικογενειακές τους σχέσεις, όπως η αντιστροφή

των ρόλων και ελάττωση της σεξουαλικής ανταπόκρισης αλλά και τα συναισθήματα ενοχής , κατάθλιψης και απώλειας που αναπτύσσονται.²⁰ Η απειλή ενός επαγγέλματος με μειωμένες ευθύνες ή της ανεργίας συμβάλλουν στα αισθήματα αναξιότητας και απώλειας της αυτοεκτίμησης. Οι ασθενείς συχνά βιώνουν μια σύγκρουση μεταξύ της επιθυμίας τους για ανεξαρτησία και της αναγκαστικής εξάρτησης τους από το μηχάνημα της ΑΚ και τον περίγυρο. Μπορεί ακόμα να αισθάνονται ότι εγκατέλειψαν τον έλεγχο της ζωής τους στα χέρια της ομάδας ΑΚ. Υποσυνείδητα , πίσω από πολλά απ'αυτά τα συναισθήματα υποβόσκει ο φόβος του θανάτου. Η εξάρτηση του ασθενούς από το μηχάνημα της ΑΚ είναι μια διαρκής υπενθύμιση ότι έχει σωθεί από το θάνατο.

1.6.1 ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Οι μέθοδοι εξωνεφρικής κάθαρσης είναι:

1. Χρόνια αιμοκάθαρση - τεχνητός νεφρός στον οποίο χρησιμοποιείται τεχνητή μεμβράνη.
2. Συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.), η οποία είναι μέθοδος κατά την οποία χρησιμοποιείται ως μέσον κάθαρσης η φυσική μεμβράνη του περιτοναίου του ίδιου του ασθενή .²¹
3. μεταμόσχευση νεφρού

Σκοπός και των τριών μεθόδων δεν είναι η αποκατάσταση όλων των λειτουργιών που επιτελούν οι φυσιολογικοί νεφροί, αλλά η απομάκρυνση των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού από τον οργανισμό και η ομοιοστάση του ύδατος και των ηλεκτρολυτών.

20) Gutch C.I., Stoner Mh. και Corea A.I. «Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας» Αθήνα, 2003 σελ.342

21) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη , 18 Μαρτίου 2005

Συνεπώς η εξωνεφρική κάθαρση δεν υποκαθιστά πλήρως τη νεφρική λειτουργία αλλά ορισμένες μόνο λειτουργίες που όμως διατηρούν το άτομο στη ζωή.

1.6.2 ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Είναι μία άλλη μέθοδος με την οποία καθαρίζεται το αίμα των νεφροπαθών (εικόνα : 4). Κατ' αυτήν τοποθετείται στην κοιλιά του αρρώστου ένας καθετήρας και στη συνέχεια από το έξω στόμιο του καθετήρα βάζουμε μέσα στην κοιλιά ένα υγρό, το οποίο το αφαιρούμε μετά 6 ώρες (δηλαδή κάνουμε στο 24ωρο 4 αλλαγές). Στην κοιλιά γίνεται ανταλλαγή ουσιών από το αίμα προς το διάλυμα και αντίθετα, με αποτέλεσμα οι άχρηστες ουσίες να μαζεύονται στο υγρό και οι χρήσιμες να μπαίνουν στο αίμα. Αφαιρώντας το υγρό μετά 6 ώρες, αφαιρούμε και τις άχρηστες ουσίες και με τον τρόπο αυτό σιγά-σιγά καθαρίζουμε το αίμα. Η μέθοδος αυτή για να γίνει, εκτός από την τοποθέτηση του καθετήρα χρειάζεται και ειδική εκπαίδευση του αρρώστου, για να μην κινδυνεύει όσο γίνεται από την περιτονίτιδα (φλεγμονή του περιτοναίου που μπορεί να το χαλάσει και να περιορίσει την λειτουργικότητά του). Η εκπαίδευση διαρκεί περίπου 15 ημέρες, μετά την οποία ο άρρωστος πηγαίνει σπίτι του και κάνει μόνος πλέον ότι έμαθε. Φαίνεται δηλαδή ότι υπάρχει ανεξαρτησία του αρρώστου από το νοσοκομείο, αν και χρειάζεται τουλάχιστον μία επίσκεψη κάθε μήνα σ' αυτό, για εκτίμηση της απόδοσης της θεραπείας, της κατάστασης του αρρώστου, αλλά και των εργαστηριακών του τιμών.

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της περιτοναϊκής κάθαρσης φαίνονται παρακάτω.²²

22) Φανουράκη – Δολιάντου Α. «Τεχνητός Νεφρός», Ξάνθη , 1996 σελ.54-55

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
Ο άρρωστος μόνος του κάνει τη θεραπεία του	Χρειάζονται 4 αλλαγές/24ωρο
Η διαίτα του είναι λιγότερο αυστηρή	Υπάρχει μόνιμος καθετήρας στην κοιλιά
Χρειάζεται μία επίσκεψη/μήνα στο νοσοκομείο	Υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος για λοιμώξεις
Δε τσιμπιέται ημέρα παρά ημέρα	Κερδίζει εύκολα βάρος (κίνδυνος παχυσαρκίας)
Μοιάζει περισσότερο με τη λειτουργία του νεφρού	Χρειάζεται χώρος στο σπίτι για μέθοδο και υλικά
	Αλλάζει η εικόνα του σώματός του (μεγάλη κοιλιά)

Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στην ιδιότητα του περιτοναίου να συμπεριφέρεται σαν ημιδιαπερατή μεμβράνη , όπως δηλαδή και οι συνθετικές μεμβράνες των φίλτρων του τεχνητού νεφρού.

Το *περιτόναιο* είναι μια λεπτή μεμβράνη που καλύπτει τα εσωτερικά τοιχώματα και τα όργανα της κοιλιάς , αποτελείται από κύτταρα και συνεκτικό ιστό , έχει πλούσια αιμάτωση και καλύπτει επιφάνεια 2,5 m² περίπου. Ο ελεύθερος χώρος που δημιουργείται από τις συνεχείς αναδιπλώσεις του περιτοναίου ονομάζεται περιτοναϊκή κοιλότητα.

Όταν ένα διάλυμα ουσιών τοποθετηθεί μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα , τότε αρχίζει , όπως και στο φίλτρο του τεχνητού νεφρού , μετακίνηση ουσιών από το αίμα προς το διάλυμα και αντίστροφα από το διάλυμα προς το αίμα , μέσω της μεμβράνης του περιτοναίου. Έτσι έχουμε και πάλι μετακίνηση της ουρίας και των τοξικών προϊόντων του μεταβολισμού από το αίμα προς το διάλυμα , με αποτέλεσμα την απομάκρυνση τους από τον οργανισμό όταν το διάλυμα εξέρχεται από την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Για να πραγματοποιηθεί επομένως η περιτοναϊκή κάθαρση , πρέπει να εξασφαλισθεί ένας ασφαλής τρόπος εισόδου του ειδικού διαλύματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα καθώς και η συνεχής ανανέωση του. Αυτό

επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση στην περιτοναϊκή κοιλότητα ενός ειδικού καθετήρα , ο οποίος στερεώνεται στο κοιλιακό τοίχωμα και με το εξωτερικό άκρο του συνδέεται, μέσω ενός πλαστικού σωλήνα , με τις φιάλες ή τους σάκους που περιέχουν το ειδικό διάλυμα της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Οι *καθετήρες* είναι κατασκευασμένοι από συνθετικό υλικό που δεν ερεθίζει το περιτόναιο και είναι διάτρητοι στο άκρο που βρίσκεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, για την εύκολη ροή του διαλύματος και την αποφυγή απόφραξη τους . Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι καθετήρων α) οι σκληροί με στυελό που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή της οξείας περιτοναϊκής κάθαρσης και β) οι μαλακοί για την εφαρμογή της Συνεχούς Φορητής περιτοναϊκής Κάθαρσης.

Το *διάλυμα* της περιτοναϊκής κάθαρσης είναι αποστειρωμένο και περιέχει σάκχαρο και ηλεκτρολύτες εκτός από κάλιο , για να επιτυγχάνεται η συνεχής απομάκρυνση του καλίου από το αίμα προς το διάλυμα και να αποφεύγεται επικίνδυνοι υπερκαλιαιμία .

Το σάκχαρο , που περιέχεται στο διάλυμα σε διάφορες πυκνότητες, έχει σκοπό να αφαιρεί νερό από τον οργανισμό με το μηχανισμό της ώσμωσης. Όσο περισσότερο σάκχαρο περιέχεται στο διάλυμα , τόσο μεγαλύτερες ποσότητες νερού αφαιρούνται από τον οργανισμό και έτσι αποφεύγεται η κατακράτηση υγρών και ο κίνδυνος του πνευμονικού οιδήματος.

1.6.3 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Μεταμόσχευση νεφρού (Μ . Ν .) είναι η χειρουργική τοποθέτηση ενός νεφρού προερχόμενου από άνθρωπο , σ' ένα ασθενή που πάσχει από ΧΝΑ τελικού σταδίου και διατηρείται στη ζωή με αιμοκάθαρση ή Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση .²³

Η Μ . Ν . αναγνωρίζεται σήμερα σαν μία αποδεκτή μέθοδος θεραπείας των αρρώστων με ΧΝΑ, τελικού σταδίου , παρά το γεγονός ότι πολλά σημεία της είναι ακόμη , ως ένα βαθμό , πειραματικά . Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι η απόρριψη από τον οργανισμό , του νεφρικού μοσχεύματος που μπορεί να συμβεί ακόμη και στο πρώτο , μετά την εγχείρηση 24ωρο . Γι' αυτό , το ενδιαφέρον των ερευνητών στρέφεται στην ανακάλυψη πιο αποτελεσματικών μεθόδων θεραπείας που θα μπορούν να εμποδίσουν τον οργανισμό ν' αποβάλλει το μόσχευμα και να αυξήσουν έτσι το χρόνο ζωής του . Σε περίπτωση , πάντως , απόρριψης του νεφρικού μοσχεύματος ο άρρωστος επανέρχεται στην αιμοκάθαρση και μπορεί και πάλι να υποβληθεί , αργότερα , σε δεύτερη , τρίτη και τέταρτη Μ . Ν .

Η καλύτερη ηλικία των αρρώστων που πρόκειται να υποβληθούν σε Μ . Ν . βρίσκεται μεταξύ 15-55 ετών , αν και έχουν υποβληθεί σε Μ . Ν . άρρωστοι πολύ μικρότερης (2 ετών παιδιά) και πολύ μεγαλύτερης ηλικίας (80 ετών). Η ηλικία τόσο του δέκτη όσο και του δότη δεν έχει επίδραση στη διάρκεια ζωής του νεφρικού μοσχεύματος. Δότες νεφρικών μοσχευμάτων μπορούν να είναι όλοι οι άνθρωποι που έχουν δύο φυσιολογικούς νεφρούς . Συνήθως , χρησιμοποιούνται σαν δότες οι συγγενείς των αρρώστων και αυτοί που χάνουν τη ζωή τους σε κάποιο ατύχημα .

²³ Φανουράκη – Δολιάντου Α. «Τεχνητός Νεφρός», Ξάνθη, 1996 σελ.67-68

Στην Ελλάδα χρησιμοποιούνται κυρίως οι συγγενείς που με τη θέληση τους, προσφέρουν τον ένα φυσιολογικό νεφρό στον άρρωστο τους .

Η έλλειψη σωστής πληροφόρησης για τη μεγάλη ανθρωπιστική αξία που έχει η προσφορά ενός οργάνου σ' ένα πάσχοντα συνάνθρωπο , αλλά και , η προκατάληψη λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων που αφορά τη σωματική ακεραιότητα των νεκρών , εμποδίζουν τους συγγενείς των θυμάτων να δεχθούν αφαίρεση οργάνων από τους προσφιλείς νεκρούς τους και τη μεταμόσχευση των οργάνων αυτών σε πάσχοντες συνανθρώπους τους .Θα πρέπει να τονισθεί εδώ ότι η αφαίρεση των νεφρών για μεταμόσχευση γίνεται πριν ακόμη σταματήσει η καρδιακή λειτουργία του υποψήφιου δότη και αφού έχει επιβεβαιωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος του.

Η αφαίρεση οργάνων από τους νεκρούς για μεταμόσχευση τους σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο , επιτρέπεται μόνο όταν υπάρχει« δεδηλωμένη εν ζωή επιθυμία του νεκρού για δωρεά οργάνων ή ολοκλήρου του σώματος του » .Τα τελευταία 4-5 χρόνια καταβάλλεται προσπάθεια ενημέρωσης του κοινού για την τεράστια ανθρωπιστική αξία προσφοράς οργάνων μετά θάνατο , τόσο από τις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες (ΥΣΕ) όσο και από άλλους φορείς ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Η προσπάθεια αυτή φαίνεται ότι αποδίδει ήδη καρπούς , δεδομένου ότι περίπου 4000 άτομα έχουν γίνει , με αίτηση τους δωρητές οργάνων και ολοκλήρου του σώματος μετά θάνατο και έχουν εφοδιασθεί με κατάλληλη ταυτότητα δωρητού . Ίσως , μακροπρόθεσμα τουλάχιστον , να δοθεί λύση , μ' αυτό τον τρόπο , στο τεράστιο πρόβλημα έλλειψης πτωματικών νεφρικών μοσχευμάτων στην Ελλάδα .Όταν βρεθεί ο υποψήφιος δότης νεφρικού μοσχεύματος , αναζητείται ο καταλληλότερος δέκτης .²⁴

24) Gutch Cf., Stoner Mh. και Corca Al. «Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας» Αθήνα. 2003 σελ.263

Για να υπάρχει πιθανότητα επιτυχίας πρέπει, ο νεφρός του δότη (μόσχευμα) να ταιριάζει με τους ιστούς του δέκτη . Οι εξετάσεις που καθορίζουν το βαθμό ομοιότητας των ιστών του δέκτη και του δότη ονομάζονται ιστική τυποποίηση και διασταυρούμενη συμβατότητα Η ομάδα αίματος είναι ένας από τους σπουδαιότερους παράγοντες συμβατότητας και πρέπει να ταιριάζει απόλυτα . Οι άλλοι παράγοντες ποικίλουν , αλλά όσο πιο μεγάλη ομοιότητα έχουν , τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες να επιτύχει η μεταμόσχευση του νεφρού , δηλαδή να διατηρηθεί η λειτουργικότητα του μοσχεύματος και να μην απορριφθεί από τον οργανισμό του δέκτη .Ακατάλληλοι δότες είναι αυτοί που έχουν ελαττωμένη νεφρική λειτουργία , αναπνευστική ή ηπατική ανεπάρκεια ή πάσχουν από μεταδοτικά , κληρονομικά , αγγειακά ή κακοήθη νοσήματα (εξαιρούνται οι όγκοι του Κ . Ν . Σ .) , τα οποία κάνουν τους νεφρούς ακατάλληλους για μεταμόσχευση .

Το πιο σημαντικό πλεονέκτημα της ΜΝ είναι η καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε επιτυχή ΜΝ αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής απ' ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε άλλες μορφές θεραπείας υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Καθώς απαλλάσσονται από την ανάγκη ΑΚ και από τα συμπτώματα της ουραιμίας , οι λήπτες νεφρικών μοσχευμάτων μπορούν να έχουν πιο φυσιολογικό ρυθμό ζωής, όσον αφορά τις οικογενειακές, κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες.

Και όπως πολύ σωστά έχει ειπωθεί:

*"Η αιμοκάθαρση προσφέρει το ζειν
η μεταμόσχευση χαρίζει το ευ ζειν"*

Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων είναι Ν.Π.Ι.Δ. εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με κύριο σκοπό την οργάνωση και υποστήριξη του συστήματος των μεταμοσχεύσεων αλλά και την υποστήριξη μιας εθνικής πολιτικής στον τομέα αυτό, μέσα από την επεξεργασία και την εφαρμογή παγίων, διαφανών και αξιόπιστων αρχών για την λειτουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος.

Με την εφαρμογή του Ν. 2737/99 (27-8-99) η χώρα μας επιχειρεί την ανάπτυξη της μεταμοσχευτικής αυτής δραστηριότητας της σύμφωνα με τα δεδομένα και τα ισχύοντα όχι μόνο στον Ευρωπαϊκό αλλά και στο διεθνή χώρο και προωθεί το εγχείρημα ενός πλήρους εκσυγχρονισμού του όλου συστήματος στη βάση δύο δεδομένων:

- A) Στην κάλυψη των υπάρχουσών αναγκών σε όργανα για μεταμόσχευση και
- B) στην εναρμόνιση της ιατρικής πράξης, της αφαίρεσης και της μεταμόσχευσης οργάνων με την αρχή της προστασίας της προσωπικότητας του δότη αλλά και των στενών συγγενών του.

Πέραν αυτού το ισχύον νομικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις ορίζει ότι:

- Η ιατρική πράξη της μεταμόσχευσης στην χώρα μας εφαρμόζεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς.
- Απαγορεύεται οποιαδήποτε αντάλλαγμα στη διαδικασία της αφαίρεσης ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, ώστε να αναδεικνύεται η φιλοσοφία της αλληλεγγύης που πρέπει να διαπνέει το όλο σύστημα.
- Καθιερώνεται ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων και έτσι κατοχυρώνεται πλήρως ο/η λειτουργός που είναι αναγκαίος/α για την ομαλή διεκπεραίωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.²⁵

²⁵⁾ <http://www.in.gr>

· Ανατίθεται στον Ε.Ο.Μ η ευθύνη να θέτει τις προϋποθέσεις της νομιμότητας της ίδρυσης και λειτουργίας τόσο των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων όσο και των Τραπεζών Ιστικών Μοσχευμάτων, των οποίων έχει και την ευθύνη. Επίσης καταρτίζει το Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών.

♦ Ο Ε.Ο.Μ καταρτίζει και διατηρεί το Μητρώο Δωρητών Οργάνων καθώς και για λόγους διαφάνειας καταρτίζει το Μητρώο όσων έγιναν δωρητές οργάνων ή ιστών για μεταμόσχευση.

Το νομικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις προβλέπει επίσης:

1) Την εντελώς εξαιρετική προσφυγή στη διαδικασία αφαίρεσης οργάνου για μεταμόσχευση από ζώντα δότη μόνο μεταξύ συγγενών εξ αίματος μέχρι β' βαθμό και ορίζει τις εγγυήσεις που εξασφαλίζουν με σοβαρότητα της ελευθερία της συναίνεσης του δότη.

2) Την καθιέρωση του κανόνα της εν ζωή συναίνεσης του δότη για την αφαίρεση οργάνων προς μεταμόσχευση μετά την επέλευση του θανάτου. Η συναίνεση είναι σε κάθε περίπτωση ελεύθερα ανακλητή.

Σε περιπτώσεις που δεν έχει εκφραστεί η συναίνεση ή η άρνηση εν ζωή, τότε υπάρχει η δυνατότητα της αφαίρεσης αν δεν αντιτίθεται σε αυτήν στενός συγγενής του νεκρού.

Η σειρά προτεραιότητας μεταξύ των συγγενών δεν καθορίζεται, αφού η ισότιμη προστασία της προσωπικότητας όλων το επιβάλλει. Απαγορεύεται η δωρεά οργάνων προς μεταμόσχευση για συγκεκριμένο λήπτη, ως πρακτική αντίθετη προς το εφαρμοζόμενο σύστημα.

· Την προαιρετική δήλωση της δωρεάς οργάνων κατά τη γενική απογραφή του πληθυσμού και κατά την εν γένει επαφή των πολιτών με τους δήμους και τα ασφαλιστικά ταμεία.

Εκτός των προαναφερομένων διατυπώνεται και ρητά η αυτονομία αρχή του σεβασμού στο σώμα του νεκρού.

1.6.4 ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΚ)

Τεχνητός τρόπος απαλλαγής του αίματος από άχρηστες ουσίες και περισσευούμενο υγρό. Αν κάποιος υποφέρει από νεφρική ανεπάρκεια, οι νεφροί του δε λειτουργούν ομαλά. Τότε τα άχρηστα συστατικά και υγρά βαθμιαία συσσωρεύονται στο αίμα. Χωρίς θεραπεία, η κατάσταση αυτή μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη. Η αιμοκάθαρση είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης αυτής της διαταραχής. Στην πιο συνηθισμένη μέθοδο, το αίμα του ασθενούς περνιέται μέσα από μια συσκευή που λέγεται τεχνητός νεφρός. Εκεί απομακρύνονται οι άχρηστες ουσίες και τα περισσευούμενα υγρά και κατόπιν το αίμα επιστρέφει στο σώμα του ασθενούς. Μια συνεδρία αιμοκάθαρσης μπορεί να διαρκέσει αρκετές ώρες και πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε λίγες μέρες.²⁶

Είναι λοιπόν η θεραπευτική μέθοδος , που έχει ως σκοπό να διατηρήσει στη ζωή ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Σήμερα υπάρχουν δύο τρόποι ΑΚ :

- ❖ Με τεχνητό νεφρό
- ❖ Με περιτοναϊκές πλύσεις²⁷

Ο τεχνητός νεφρός (εικόνα : 5 & φωτογραφία: 1) είναι ένας πολύπλοκος και πολυδάπανος τύπος θεραπείας. Απαιτεί ειδικό τμήμα με εξειδικευμένο προσωπικό.²⁸

Το αίμα του ασθενούς ,που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, λαμβάνεται από κάποιο ειδικά διαμορφωμένο αγγείο (που το ονομάζουμε φίστουλα, εικόνα : 6) μετά από παρακέντηση και διοχετεύεται με ειδική γραμμή (αρτηριακή) σε ειδική συσκευή που ονομάζεται φίλτρο (εικόνα : 7), όπου σ' αυτό επιτελείται η κάθαρση των ουσιών και η απομάκρυνση του ύδατος ,

²⁶) www.in.gr

²⁷) Κοτζαγιάννη Αικ. Πτυχιακή εργασία «οργάνωση-δομή-λειτουργία MTN του υποκράτειου» σελ 4-5

²⁸) Παπαδημητρίου Μ. και συνεργάτες «*Νεφρολογία*» τόμος 1 , Θεσσαλονίκη 1988 σελ. 429 - 446

στη συνέχεια πλέον το αίμα «καθαρό» επιστρέφει με άλλη γραμμή (φλεβική) στον ασθενή από άλλο σημείο παρακέντησης της φίστουλα (εικόνα : 8 & φωτογραφία : 2) .

Το φίλτρο είναι μία ειδική συσκευή, προϊόν βιοτεχνολογίας, με τη βοήθεια της οποίας επιτυγχάνεται η κάθαρση του αίματος.

Αποτελείται από τριχοειδικούς σωληνίσκους, το τοίχωμα των οποίων αποτελείται από ειδική μεμβράνη, μέσα από τους οποίους ρέει το αίμα . Ανάμεσα από τους σωληνίσκους ρέει συνεχώς το «ειδικό διάλυμα της αιμοκάθαρσης», έτσι ώστε οι άχρηστες ουσίες που συσσωρεύονται στο μεσοδιάστημα των συνεδριών της αιμοκάθαρσης, να μεταφέρονται από το αίμα μέσω του τοιχώματος των τριχοειδών στο εν λόγω διάλυμα το οποίο απομακρύνεται και απορρίπτεται μαζί με τις άχρηστες –τοξικές ουσίες και το επιπλέον νερό .

Η παραπάνω διαδικασία, η οποία διαρκεί 4 ώρες περίπου , έχει σαν αποτέλεσμα τη σταδιακή κάθαρση του αίματος σε ικανοποιητικό βαθμό έτσι ώστε ο ασθενής να ευρίσκεται σε ικανοποιητική κατάσταση κατά το μεσοδιάστημα δύο διαδοχικών αιμοκαθάρσεων.

Ο μέσος όρος ηλικίας της αιμοκάθαρσης αυξάνεται σταθερά με την πάροδο των ετών. Η αύξηση αυτή οφείλεται στα εξής:

- Όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι νεφροπαθείς εντάσσονται σε προγράμματα χρόνιας ΑΚ
- Ο αριθμός των νεαρών ασθενών που καταλήγουν σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. και ΑΚ περιορίζεται , επειδή η πρόγνωση και η παρακολούθηση των νεφροπαθών έχει βελτιωθεί.

Η χρόνια ΑΚ έδωσε παράταση στη ζωή εκατοντάδων χιλιάδων ασθενών.²⁹

29) Gutch Cf., Stoner Mh. και Corea Al. «Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας» Αθήνα, 2003 σελ.239-240

Συνοδεύεται όμως , από σοβαρές οξείες και χρόνιες επιπλοκές. Αν και η υπόταση , οι κράμπες , η ναυτία και ο πονοκέφαλος που ταλαιπωρούν μερικούς ασθενείς , ελαττώθηκαν με τη χρήση προηγμένων και περίπλοκων μηχανημάτων ΑΚ, αντισταθμίστηκαν από την άλλη από την αυξανόμενη οξύτητα και βαρύτητα των ασθενών που θεραπεύονται με χρόνια ΑΚ. Επίσης , η βραδεία βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών αύξησε την πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων επιπλοκών από την ΑΚ , η πιο συχνή από τις οποίες είναι η αμυλοείδωση. Η κατανόηση των οξέων και χρόνιων επιπλοκών της ΑΚ θα δώσει την δυνατότητα σ' αυτούς που την εφαρμόζουν να επηρεάσουν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, αυτές τις καταστάσεις και να συμβάλλουν στη δημιουργία μιας καλύτερα ανεκτής θεραπείας και στη βελτίωση της έκβασης των ασθενών.

Ο εξοπλισμός και τα αναλώσιμα υλικά της ΑΚ έχουν μεγάλο κόστος. Η συνεδρία της ΑΚ απαιτεί χρόνο, τον οποίο ο ασθενής θα προτιμούσε να διαθέτει αλλού. Η διάρκεια και η συχνότητα που υποδεικνύουν οι περισσότερες ιατρικές οδηγίες για ΑΚ είναι ένας συμβιβασμός μεταξύ αυτού που είναι καλύτερο για την υγεία του ασθενούς και των πρακτικών περιορισμών κόστους και χρόνου. Γι αυτό θα ήταν καλύτερο να μην γίνεται ΑΚ κάθε ημέρα.

Η πρώτη συνεδρία ΑΚ έχει κρίσιμη σημασία γιατί καθορίζει τις παραμέτρους όλων των συνεδριών που θα ακολουθήσουν στο μέλλον. Συνήθως η πρώτη συνεδρία γίνεται στο νοσοκομείο. Ο ασθενής μπορεί να είναι ασταθής και να μην αισθάνεται καλά. Οι περισσότεροι ασθενείς ξεχνούν ή δεν αντιλαμβάνονται σωστά τις πληροφορίες που τους δίνει ο νοσηλευτής. Γι αυτό, ο νοσηλευτής και τα άλλα μέλη του προσωπικού της MTN πρέπει να επαναλάβουν πολλές φορές στον ασθενή τις οδηγίες που περιλαμβάνει η εκπαίδευση σχετικά με τα φάρμακα και την αγγειακή προσπέλαση. Χρήσιμα είναι ακόμα τα γραπτά εγχειρίδια και τα έντυπα

με οδηγίες, στα οποία θα μπορεί να ανατρέχει ο ασθενής όποτε χρειάζεται.

Σε μερικές περιπτώσεις, η πρώτη συνεδρία ΑΚ γίνεται σε εξωτερικές εγκαταστάσεις ΑΚ. Υπό αυτές τις συνθήκες επιβάλλεται το προσωπικό της MTN να γνωρίσει τη συναισθηματική φόρτιση του νέου ασθενούς. Ο ασθενής μπορεί να φοβάται είτε γιατί μπορεί να έχει ακούσει διάφορους μύθους για την ΑΚ είτε γιατί τον τρομάζει η εικόνα του μηχανήματος της ΑΚ. Αυτός ο φόβος σε συνδυασμό με τη διάγνωση της χρόνιας νόσου δημιουργούν στον ασθενή ένα συναισθηματικό σοκ, που καθιστά δυσχερή την εμπέδωση των οδηγιών που του δίνονται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να τις ανακαλέσει αργότερα.³⁰

Ο νοσηλευτής, αλλά και τα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού της μονάδας πρέπει να καταβάλουν κάθε προσπάθεια ώστε να κυλήσει όσο γίνεται πιο ομαλά και χωρίς προβλήματα η πρώτη συνεδρία ΑΚ.

Παρακάτω αναφέρονται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της αιμοκάθαρσης:

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
Υπάρχει συνεχής επαφή με το γιατρό	Χρειάζεται ημέρα παρά ημέρα μετακίνηση στη MTN
Αρκούν 3 θεραπείες ανά εβδομάδα	Χρειάζεται μόνιμη εσωτερική αγγειακή αναστόμωση
Δεν υπάρχει εξωτερικός καθετήρας (συνήθως)	Χρειάζονται δύο τσιμπήματα ημέρα παρά ημέρα
Δε χρειάζεται εξοπλισμός στο σπίτι	Η δίαιτα (τροφές, νερό) είναι αυστηρή

30) Gutch CF., Stoner Mh. και Corea Al. «Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας» Αθήνα, 2003 σελ.155

1.7 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η επιλογή της μεθόδου υποκατάστασης κατά κύριο λόγο αφορά την ένταξη σε ΑΚ – εξωνεφρική κάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση που αφορά την Σ.Φ.Π.Κ ή και τις παραλλαγές αυτής όπως είναι η κατ' οίκον περιτοναϊκή κάθαρση κατά τη διάρκεια της νύχτας (home choice). Βεβαίως για να υφίσταται θέμα επιλογής το κέντρο που παρακολουθείται ο ασθενής θα πρέπει να παρέχει το κέντρο και τις δύο μεθόδους.³¹

Η κάθε μέθοδος παρουσιάζει τα δικά της πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα ή καλύτερα θα έλεγε κανείς σχετικές και απόλυτες αντενδείξεις.

Θα έλεγε κανείς απλά ότι η καλύτερη μέθοδος είναι αυτή με την οποία ο ασθενής όχι μόνο να αισθάνεται καλύτερα αλλά και οι δείκτες να το αποδεικνύουν.

Η επιλογή της μεθόδου γίνεται από κοινού δηλαδή από το θεράποντα γιατρό, τον ασθενή και το οικογενειακό περιβάλλον του. Αφού βεβαίως υπάρξει η κατάλληλη ενημέρωση και βεβαίως δεν υπάρχουν απολύτως αντενδείξεις για την εφαρμογή μιας μεθόδου. Η επιλογή της θεραπείας είναι μονόδρομος όταν υπάρχει απολύτως αντένδειξη μιας μεθόδου.

Αρχικά πρέπει να τονισθεί ότι και οι δυο μέθοδοι κάθαρσης (τεχνητός νεφρός και περιτοναϊκή κάθαρση) είναι το ίδιο αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου.

Η κλινική κατάσταση του ασθενή θα παίζει ρόλο για το ποια μέθοδο θα διαλέξει.

31) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 10 Μαρτίου 2005

Αν λ.χ. είναι διαβητικός, ηλικιωμένος και με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια είναι προτιμότερο να διαλέξει την περιτοναϊκή κάθαρση.

Αν έχει κάνει επεμβάσεις στην κοιλιά ή αν έχει οσφυαλγία, είναι προτιμότερο να κάνει τεχνητό νεφρό.

Αν ταξιδεύει συχνά, αν πρόκειται για παιδί σχολικής ηλικίας είναι προτιμότερο να κάνει περιτοναϊκή κάθαρση κ.ά.

Σημείωση : Δεν πρέπει να ξεχνάτε ότι μπορούν να αλλάξουν μέθοδο όποτε το ζητήσουν (αρκεί να μην υπάρχει αντένδειξη) και βέβαια πολλοί είναι αυτοί που έκαναν κάθαρση και με τις δύο μεθόδους. Πάντως όποιος αρχίζει με μία μέθοδο συνήθως θεωρεί ότι αυτή είναι και η καλύτερη.

1.8 ΘΕΜΕΛΙΩΔΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΝΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΗ

Του κ. ΓΙΩΡΓΟΥ ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ,

Γεν. Γραμματέα του Πανελληνίου Συνδέσμου νεφροπαθών

Ιόν Δικαίωμα του νεφροπαθούς ασθενή να νοσηλεύεται στον τόπο διαμονής του ιδίου και της οικογένειάς του. Αυτό το δικαίωμα καταπατείται κατά κόρον, καθώς περίπου χίλιοι Έλληνες νεφροπαθείς είναι αναγκασμένοι να διαμένουν πολύ μακριά από τα σπίτια, τις οικογένειές τους και τις δουλειές τους για να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, αφού δεν υπάρχουν στον τόπο τους Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, ή δεν επαρκούν οι υπάρχουσες.³² Έτσι, γίνονται μετανάστες στην ίδια τους την πατρίδα, την Ελλάδα και προστίθενται στις οικογένειες αυτές και πολλά οικογενειακά, κοινωνικά, επαγγελματικά και οικονομικά προβλήματα πέραν του προβλήματος της υγείας. Άλλοι πάλι νεφροπαθείς

³²) Οικονομίδου Γ. Πτυχιακή εργασία « Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια» Μάιος 2004 σελ.103

κάνουν μέρα παρά μέρα την διαδρομή π.χ. Αθήνα - Λήμνος αεροπορικώς ή π.χ. Κάλυμνος – Ρόδος ακτοπλοϊκώς με πλήθος κινδύνων όταν οι καιρικές συνθήκες είναι δύσκολες.

2ον Δικαίωμα (του νεφροπαθούς)είναι να μπορεί να κάνει έστω και ολιγοήμερες διακοπές. Αυτό το δικαίωμα το έχω και εγώ στερηθεί πλήρως.

Οι μονάδες της περιφέρειας είναι δύσκολο να μπορέσουν να φιλοξενήσουν νεφροπαθείς της Αθήνας ή της Θεσσαλονίκης, τη στιγμή μάλιστα που πολλοί ασθενείς των περιοχών αυτών γίνονται «εσωτερικοί μετανάστες» όπως προαναφέραμε.

3ον Δικαίωμα να είναι (κι όχι απλά να αισθάνεται...) ασφαλής κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Αυτό για να συμβεί, θα πρέπει να υπάρχει η απαιτούμενη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού και αιμοκαθαιρομένων. Αν ο αριθμός τους δεν επαρκεί, θα υπάρξει, ενδεχομένως, θάνατος ασθενούς. Δυστυχώς, σε πολλές μονάδες, ιδιαίτερα στις ιδιωτικές, είναι ανεπαρκής ο αριθμός του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

4ον Δικαίωμα να υπάρχουν όλες οι προϋποθέσεις αντισηψίας για την αποφυγή μολύνσεων και λοιμώξεων.

5ον Δικαίωμα να λαμβάνει το επίδομα για την ασθένεια του στα καθορισμένα χρονικά πλαίσια. Δυστυχώς, αυτό δεν συμβαίνει. Οι Νομαρχίες καθυστερούν τα χρήματα του επιδόματος των νεφροπαθών. Είναι απαράδεκτο να πηγαίνουν άρρωστοι άνθρωποι να ταλαιπωρούνται στις ουρές της Τράπεζας και στο τέλος να εισπράττουν την απάντηση: «Δεν υπάρχει κατάθεση για εσάς, ελάτε αύριο ή μεθαύριο». Και ξανά τα ίδια... «αύριο ή μεθαύριο».

6ον Δικαίωμα στη μόρφωση: να παρέχονται στους νεφροπαθείς οι ίδιες δυνατότητες σπουδών που παρέχονται στις άλλες κατηγορίες ατόμων με ειδικές ανάγκες. Δυστυχώς, η ιδιαιτερότητα της δικής μας πάθησης σε σχέση με αυτές των αναπήρων είναι ότι εμείς πρωτίστως παλεύουμε για να κρατηθούμε απλά στη ζωή, ενώ οι συνάδελφοι των άλλων παθήσεων για βελτίωση ποιότητας ζωής. Αυτήν την «ιδιαιτερότητα» την βιώνουν, εκτός από τους νεφροπαθείς και οι αιμορροφιλικοί και οι θαλασσαιμικοί (Μεσογειακή Αναιμία).

7ον Δικαίωμα να έχουμε την ίδια επιδοματική και συνταξιοδοτική κάλυψη με τα υπόλοιπα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες. Το επίδομα των νεφροπαθών είναι μόλις 12 000 δρχ το μήνα, ενώ τα επιδόματα όλων των υπολοίπων Α.Μ.Ε.Α. είναι πολλαπλάσια του δικού μας. Επίσης, θα πρέπει και οι νεφροπαθείς να παίρνουν πλήρη σύνταξη στα δεκαπέντε χρόνια εργασίας όπως οι τυφλοί, οι παραπληγικοί και άλλες κατηγορίες πασχόντων. Πόσο δε μάλλον οι νεφροπαθείς που δεν έχουν το προνόμιο της μακροζωίας.

8ον Δικαίωμα να λειτουργούν οπωσδήποτε οι Μονάδες Τεχνητού Νεφρού με Νεφρολόγο. Τι το φυσικότερο, θα πείτε. Και όμως, σε μονάδες της περιφέρειας και νησιών έχουν αναφερθεί περιπτώσεις που η μονάδα καλύπτεται από καρδιολόγο ή παθολόγο, αλλά όχι από νεφρολόγο! Πρόσφατα μάλιστα, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Ειδικευομένων Ιατρών κατήγγειλε επίσημα ότι στο «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο Αθηνών εφημερεύουν στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ιατροί άσχετοι με την νεφρολογία και ειδικευόμενοι, άρα άνευ καμίας ειδικότητας!

9ον Δικαίωμα να αιμοκαθαίρεται με φίλτρο που να είναι συμβατό με τις ιδιαιτερότητες του κάθε οργανισμού.

10ον Δικαίωμα στην εργασία. Δυστυχώς κυριαρχεί ο «κοινωνικός και εργασιακός Καιάδας» για τους νεφροπαθείς.

11ον Δικαίωμα να γίνεται η αιμοκάθαρση με μηχάνημα καινούργιας τεχνολογίας και σωστά συντηρημένο.

12ον Δικαίωμα να είναι πάντα καθαροί οι χώροι της Μ.Τ.Ν.

13ον Δικαίωμα για στοιχειώδη ψυχαγωγία (π.χ. τηλεόραση) κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Επίσης ο καλαισθητός χώρος ανεβάζει την ψυχική διάθεση ενός νεφροπαθούς, που, σημειωτέον είναι υποχρεωμένος να περάσει το ένα πέμπτο με ένα έκτο του ενεργού χρόνου του συνδεδεμένος σε ένα μηχάνημα και ακίνητος!

14ον Δικαίωμα να τηρούνται βιβλία με τα στοιχεία που απεικονίζουν την πορεία της πάθησης έκαστου νεφροπαθούς.

15ον Δικαίωμα να υπάρχει ενασχόληση κοινωνικού λειτουργού για τις κοινωνικές και οικογενειακές ιδιαιτερότητες κάθε νεφροπαθούς. Δεν είναι εύκολο πράγμα να συμβιβαστεί κάποιος με την ιδέα ότι θα είναι εφ' όρου ζωής εξαρτημένος από ένα μηχάνημα. Κι αν κάνει πετυχημένη μεταμόσχευση, πάλι θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως άτομο με πρόβλημα υγείας, διότι μειώνεται η άμυνα του οργανισμού του με τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που λαμβάνει εφ' όρου ζωής και είναι ανά πάσα στιγμή πιθανή η απώλεια του μοσχεύματος. Πέρα από αυτό, ο μεταμοσχευμένος πρέπει και αυτός να υποβάλλεται σε αυστηρή διαίτα

16ον Δικαίωμα να υπάρχει διαρκώς στην Μ.Τ.Ν. ο ιατρός για να αντιμετωπίζονται αυτοστιγμεί οι επιπλοκές των ασθενών που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης (υποτασικά, υποκαλιαιμίες, υπερτασικά, υπονατριάιμίες, εφιδρώσεις, ταχυκαρδίες, αρρυθμίες κλπ.). Οι επιπλοκές αυτές πολλές φορές αποβαίνουν μοιραίες.

17ον Δικαίωμα να παρακολουθείται η πορεία της πάθησης σε τακτά χρονικά διαστήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ - ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ Μ.Τ.Ν. **ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ** **ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

2.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ Μ.Τ.Ν.

Σύμφωνα με το Φ.Ε.Κ. με αρ.107/9-3-1987 ισχύουν οι παρακάτω προδιαγραφές – κανονισμοί λειτουργίας για τις μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης και για τις μονάδες τεχνητού νεφρού:

1. Λειτουργούν με ευθύνη νεφρολόγου σε ειδικούς χώρους κατάλληλα διαρρυθμισμένους ώστε, να εξυπηρετούν τις νοσηλευτικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες των ασθενών.
2. Ίδρυση και λειτουργία μιας Μ.Τ.Ν. σε γενικό ή ειδικό νοσοκομείο μιας υγειονομικής ή νομαρχιακής περιφέρειας καθώς και ο αριθμός των μηχανημάτων που θα αναπτυχθούν, γίνεται με απόφαση του υπουργού υγείας, πρόνοιας και

κοινωνικών ασφαλίσεων μετά από πρόταση του ΚΕ.Σ.Υ.

3. Επέκταση μιας Μ.Τ.Ν. νοσοκομείου γίνεται μετά από πρόταση του υπεύθυνου νεφρολόγου και απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου, όταν ο αριθμός των ασθενών της περιφέρειας του νοσοκομείου δεν εξυπηρετείται από την υπάρχουσα Μ.Τ.Ν. σε πλήρη λειτουργία της. Η πλήρης λειτουργία της Μ.Τ.Ν. θα αξιολογείται από την Υ.Σ.Ε., που θα υποβάλει σχετική γνωμοδότηση στο ΚΕ.Σ.Υ. το οποίο και θα εγκρίνει την επέκταση της.

4. Κάθε νοσοκομειακή Μ.Τ.Ν. θα λειτουργεί υποχρεωτικά σε τρία ημερήσια προγράμματα θεραπείας (βάρδιες) προκειμένου να εξυπηρετηθούν όλοι οι ασθενείς της περιφέρειας του νοσοκομείου. Η ευθύνη της στελέχωσης των Μ.Τ.Ν. με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανήκει στο Δ.Σ. του νοσοκομείου.

5. Ο αριθμός των μηχανημάτων μιας Μ.Τ.Ν. νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής δεν μπορεί να είναι μικρότερος από 5 και μεγαλύτερος από 15, κατ' εξαίρεση σε απομονωμένες περιοχές μπορεί να είναι μικρότερος από 5 μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

6. Ο κύριος χώρος αιμοκάθαρσης πρέπει να είναι: α) εύκολα προσπελάσιμος από μη περιπατητικούς ασθενείς (φορεία, αναπηρικές καρέκλες), ευρύχωρος για την εύκολη διακίνηση των ασθενών του νοσηλευτικού, βοηθητικού και τεχνικού προσωπικού και β) πάντοτε καθαρός και να διαθέτει σύστημα εξαερισμού και σύστημα θερμού και ψυχρού κλιματισμού. Το εμβαδόν του κύριου χώρου αιμοκάθαρσης δεν πρέπει να είναι μικρότερο από 8 τ.μ. ανά μηχανήμα κρεβάτι.

7. Σε κάθε Μ.Τ.Ν. θα λειτουργεί, σε απομονωμένο χώρο, μηχανήμα για αιμοκάθαρση ασθενών με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο (Ηπατίτιδας Β). Ο χώρος αιμοκάθαρσης των ασθενών

αυτών θα πληροί τις πιο πάνω προϋποθέσεις και θα έχει εμβαδόν 16 τ.μ. ώστε να μπορεί να εγκατασταθεί και δεύτερο μηχάνημα.

8. Σε κάθε Μ.Τ.Ν. θα υπάρχει εφεδρικό μηχάνημα για χρησιμοποίηση του σε περιπτώσεις: α) βλάβης άλλου μηχανήματος και β) έκτακτης αιμοκάθαρσης των ασθενών. Οι Μ.Τ.Ν. μεγάλων νοσοκομείων στα οποία λειτουργεί νεφρολογικό τμήμα και μονάδα Σ.Φ.Π.Κ. θα διαθέτουν 2 εφεδρικά μηχανήματα. Η Μ.Τ.Ν. γενικών νοσοκομείων στα οποία λειτουργεί και τμήμα μεταμόσχευσης και χειρουργικής νεφροπαθών θα διαθέτει 3 εφεδρικά μηχανήματα.

9. Κάθε Μ.Τ.Ν. νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής υποχρεούται να βρίσκεται σε 24ωρη ετοιμότητα για έκτακτη αντιμετώπιση και αιμοκάθαρση των ασθενών της.

10. Κάθε Μ.Τ.Ν. υποχρεούται να τηρεί αρχείο ασθενών και με ευθύνη του διευθυντή της να ενημερώνει την Υ.Σ.Ε. για τις μεταβολές και την πορεία των ασθενών. Κάθε παράλειψη συμπλήρωσης του μηχανογραφικού δελτίου μεταβολών των ασθενών και αποστολής του στην Υ.Σ.Ε. εντός των καθορισμένων προθεσμιών θα έχει σαν συνέπεια την επιβολή κυρώσεων.

11. Κάθε Μ.Τ.Ν. υποχρεούται να καλύπτει τις έκτακτες ανάγκες των ασθενών για εργαστηριακές εξετάσεις και να τηρεί αρχείο των τακτικών μηνιαίων και ετησίων εργαστηριακών και ακτινολογικών εξετάσεων των ασθενών.

12. Κάθε μονάδα τεχνητού νεφρού υποχρεούται να εφοδιάζει τους ασθενείς με ενημερωτικό ιατρικό σημείωμα σε περιπτώσεις έκτακτης ή προγραμματισμένης διακομιδής τους σε νοσοκομείο.

13. Η διακομιδή ασθενών από οποιαδήποτε Μ.Τ.Ν. σε νοσοκομείο για αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων θα γίνεται μετά από συνεννόηση του υπεύθυνου νεφρολόγου της μονάδας θεραπείας με τον υπεύθυνο νεφρολόγο της μονάδας του νοσοκομείου διακομιδής.

2.2 ΘΕΣΗ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Τα άτομα με ηπατίτιδα χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή. Και όταν εννοούμε ηπατίτιδα συναντούμε δυο μεγάλες κατηγορίες:³³

- i. Ασθενείς με ηπατίτιδα Β
- ii. Ασθενείς με ηπατίτιδα C

Για τους ασθενείς με ηπατίτιδα Β απαραίτητως θα πρέπει να υποβάλλονται σε ΑΚ σε ειδικούς θαλάμους που προορίζονται για άτομα με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο (φορείς ηπατίτιδας Β). Τα μηχανήματα είναι αποκλειστικά γι' αυτούς τους ασθενείς. Το προσωπικό και ειδικότερα το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το παραϊατρικό λαμβάνει υπ' όψιν και τηρεί αυστηρά τους κανόνες υγιεινής που αποσκοπούν στην αποφυγή μετάδοσης της νόσου σε άλλους ασθενείς αλλά και στο ίδιο το προσωπικό. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως :

- ☉ με τον εμβολιασμό του προσωπικού αλλά και των ασθενών με ηπατίτιδα Β
- ☉ το προσωπικό που ασχολείται με τους εν λόγω ασθενείς εξυπηρετεί αποκλειστικά αυτούς και μόνο τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της συνεδρίας

³³)Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 10 Μαρτίου 2005

- ☉ ακολουθούνται αυστηρά οι κανόνες καταστροφής των υλικών που χρησιμοποιούνται στην ΑΚ (γραμμές, φίλτρα, βελόνες κτλ).
Καθώς επίσης γίνεται και προσεκτική απολύμανση των μηχανημάτων και του χώρου.

Η άλλη ομάδα με ηπατίτιδα C για την οποία δυστυχώς δεν υπάρχει εμβόλιο ακόμη, οι ασθενείς συνήθως δεν απομονώνονται αλλά τηρούνται αυστηρά οι κανόνες πρόληψης της μόλυνσης , τόσο του προσωπικού όσο και των ασθενών.

Ορισμένοι απ' αυτούς είναι :

- ◀ απολύμανση χεριών και υλικών. Επίσης η χρήση υλικών μιας χρήσης (π.χ. γάντια, χειρουργικά πεδία κτλ)
- ◀ επίσης καλό είναι οι ασθενείς να μην αλλάζουν θέσεις και μηχανήματα και κατά κύριο λόγο τα μηχανήματα να απολυμαίνονται επαρκώς μετά από κάθε συνεδρία.

2.3 ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ – ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Η κάθε μονάδα εξωνεφρικής κάθαρσης αναπτύσσει τις λεγόμενες βάρδιες. Έτσι έχουμε την πρωινή βάρδια που λειτουργεί Δευτέρα – Τετάρτη – Παρασκευή αφενός και την πρωινή Τρίτη – Πέμπτη – Σάββατο αφετέρου.³⁴ Αντίστοιχα αναπτύσσεται δεύτερη και τρίτη βάρδια. Αυτές αναπτύσσονται ανάλογα με τις ανάγκες, τη ζήτηση, που υπάρχει με τον αριθμό ασθενών που πρέπει να εξυπηρετήσει η μονάδα. Το μέγιστο που μια μονάδα μπορεί να λειτουργήσει είναι τρεις βάρδιες.

Η λειτουργία όλων των νοσοκομείων, όπως και στο Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης , ξεκινάει στις 6.30 το πρωί.

34) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 18 Μαρτίου 2005

Σε αυτή την πρώτη φάση γίνεται προετοιμασία των μηχανημάτων και από τις 7.30 αρχίζει η σύνδεση των ασθενών στα μηχανήματα της ΑΚ.

Οι ασθενείς συνήθως υποβάλλονται σε θεραπεία 4 ώρες (κλασσική ΑΚ). Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που η διάρκεια της συνεδρίας είναι μικρότερη (παραλλαγές ΑΚ) ή αυτή μπορεί να παραταθεί π.χ. όταν ο ασθενής είναι υπέρβαρος («έχει φέρει πολλά υγρά»... ή είναι σωματώδης (Σ.Β. > 90 Kg).

Επίσης η ύπαρξη συνοδών απαγορεύεται αυστηρώς στο χώρο ΑΚ.

Λαμβάνεται πρόνοια οι ασθενείς να λαμβάνουν κάποιο ελαφρύ γεύμα και ρόφημα. Καθώς επίσης τους παρέχεται και πλήρες γεύμα.

Τους επιτρέπεται ακόμη να ακούν μουσική, να παρακολουθούν τηλεόραση. Έχουν και τη δυνατότητα να διαβάσουν κάτι που τους ενδιαφέρει. Επίσης οτιδήποτε τους δημιουργεί ευχάριστο περιβάλλον, οτιδήποτε τους κάνει να αισθάνονται άνετα γίνεται προσπάθεια να τους προσφερθεί. Πιο συγκεκριμένα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ στους τρεις θαλάμους στο Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης λειτουργεί:

- ☉ γραμμή μουσικής με ειδικά ακουστικά
- ☉ τηλεόραση
- ☉ ραδιόφωνο

Εξυπακούεται ότι απαγορεύεται το κάπνισμα και έχει γίνει γενική απαγόρευση τόσο στο προσωπικό όσο και στους ασθενείς η χρήση κινητών τηλεφώνων. Θα πρέπει να είναι δηλαδή απενεργοποιημένα κατά την διάρκεια που οι ασθενείς υποβάλλονται σε ΑΚ.

Μεταξύ των συνεδριών ΑΚ γίνεται καθαρισμός του χώρου και απολύμανση των μηχανημάτων.

Το πρόγραμμα όσον αφορά την ημέρα και ώρα προσέλευσης των ασθενών είναι προκαθορισμένο. Τις αργίες που τυχαίνει να είναι καθημερινές χωρίς να γίνεται εξαίρεση γίνονται κανονικά οι συνεδρίες.

Αξίζει να αναφερθούμε στις τρεις μεγάλες αργίες (Χριστούγεννα, Πρωτοχρονιά, Δεκαπενταύγουστος) όταν τύχει να είναι καθημερινές οι ασθενείς που είναι στην αντίστοιχη βάρδια κατ' εξαίρεση υποβάλλονται την Κυριακή.

Τέλος υπάρχει υποστήριξη από διαιτολόγο ,κοινωνικό λειτουργό καθώς και ψυχίατρο εάν κριθεί απαραίτητο.

2.4 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΚΑΙ ΤΟ ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ ΤΩΝ Μ.Τ.Ν.

Σύμφωνα με το Φ.Ε.Κ. με αρ.107/9-3-1987 σχετικά με τους χώρους εγκαταστάσεως ισχύουν τα παρακάτω:

■ Α) Αίθουσα αιμοκάθαρσης ασθενών με αρνητικό αυστραλιανό αντιγόνο(φωτογραφία : 3). Β) Αίθουσα αιμοκάθαρσης ασθενών με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο. Το εμβαδόν της αίθουσας αυτής πρέπει να είναι τουλάχιστον 16 τ.μ. για να είναι δυνατή η εγκατάσταση και λειτουργία 2 μηχανημάτων. Στην αίθουσα αυτή πρέπει να υπάρχει νιπτήρας, για το πλύσιμο των εργαλείων και ράφια για φύλαξη αναλώσιμου υλικού, θα πρέπει επίσης να υπάρχει αποδυτήριο ασθενών με WC αν αυτό είναι δυνατό. Γ) Αίθουσα οξείας αιμοκάθαρσης για βαριά ασθενείς (χειρουργημένοι, πολυτραυματίες με αναπνευστήρες κ.τ.λ.) και ασθενείς που εντάσσονται σε αιμοκάθαρση και εμφανίζουν προβλήματα ανοχής στην αιμοκάθαρση μέχρις ότου σταθεροποιηθούν. Η αίθουσα αυτή αφορά Μ.Τ.Ν. ενταγμένες σε νεφρολογικά τμήματα

μεγάλων νοσοκομείων και θα είναι κατάλληλη για την εγκατάσταση και λειτουργία 2-3 μηχανημάτων.

- Χώρος εγκατάστασης του συστήματος επεξεργασίας του νερού της πόλης (σύστημα απιονισμού ή αντίστροφης ώσμωσης) για την παρασκευή του διαλύματος της αιμοκάθαρσης.

- Χώρος αποθήκευσης αναλώσιμου υλικού (φίλτρα, αρτηριοφλεβίες γραμμές, βελόνες, σύριγγες, οροί, φάρμακα, συμπυκνωμένο διάλυμα αιμοκάθαρσης) για 1-2 βδομάδες.

- Αποδυτήρια ασθενών με διαρρύθμιση τέτοια ώστε να επιτρέπει την κατ' ιδίαν αλλαγή των ενδυμάτων και να υπάρχουν δύο WC ανά ένα για άνδρες και γυναίκες.

- Αποδυτήρια νοσηλευτικού προσωπικού με WC και λουτρού.

- Αίθουσα αναμονής και τραπεζαρίας ασθενών με καθίσματα τόσα όσα και τα μηχανήματα της μονάδας. Ο χώρος αυτός θα χρησιμοποιείται και ως αναμονή των συνοδών των περιπατητικών ασθενών.

- Εξεταστήριο και αρχείο των ασθενών της μονάδας.

- Χώρος ανάπαυσης και εκπαιδευτικών συγκεντρώσεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της μονάδας.

- Γραφείο γιατρών.

- Γραφείο προϊσταμένης.

- Χώρος επισκευής μηχανημάτων και φύλαξης των απαραίτητων υλικών - ανταλλακτικών μηχανημάτων.

Επίσης σύμφωνα με το ίδιο Φ.Ε.Κ. με αρ.107/9-3-1987 σχετικά με τον μηχανολογικό εξοπλισμό της μονάδας ισχύουν τα παρακάτω :

1. Μηχανήματα τεχνητού νεφρού.

2. Σύστημα επεξεργασίας του νερού πόλης (σύστημα απιονισμού ή αντίστροφης ώσμωσης) για την παρασκευή του υγρού της αιμοκάθαρσης.

3. Ηλεκτροπαραγωγό ζεύγος (γεννήτρια ηλεκτρικού ρεύματος) για την εξασφάλιση της λειτουργίας των μηχανημάτων σε περίπτωση βλάβης του δικτύου ηλεκτρικού ρεύματος πόλης.

4. Επικουρικά μηχανήματα - συσκευές:

- Ηλεκτροκαρδιογράφος
- Απινιδωτής τον οποίο πρέπει να διαθέτει το νοσοκομείο ή η κλινική.
- Σετ διασωλήνωσης.
- Σύστημα παροχής οξυγόνου για όλους τους ασθενείς.
- Σύστημα αναρρόφησης.
- Ανθρωποζυγός ακριβείας.
- Υποκλίνιος φορητός ζυγός ακριβείας.

Όλα τα μηχανήματα της μονάδας θα πρέπει να βρίσκονται πάντοτε σε καλή λειτουργική κατάσταση. Με ευθύνη της προϊσταμένης της μονάδας θα τηρείται βιβλίο συμβάντων και συντήρησης των μηχανημάτων που θα ενημερώνεται ενυπόγραφα από την ίδια και τον συντηρητή μηχανημάτων.

2.5 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ Μ.Τ.Ν.

1. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η στελέχωση των Μ.Τ.Ν. και των νεφρολογικών τμημάτων καθορίζεται μεν από την Α3β/οι.070/4.6.84 υπουργική απόφαση (Φ.Ε.Κ. 382/13.6.84) αλλά θα πρέπει να αναπροσαρμόζεται μετά από αιτιολογημένη πρόταση του διευθυντή Νεφρολόγου, του διευθυντή τομέα και απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου. Καθοριστικός παράγοντας για την αύξηση του ιατρικού προσωπικού θα είναι ο

αριθμός των ημερησίων θεραπευτικών προγραμμάτων (βάρδιες) της Μ.Τ.Ν.

Η Μ.Τ.Ν. καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας της θα καλύπτεται από γιατρό νεφρολόγο ή ειδικευμένο στη νεφρολογία με ευθύνη του νεφρολόγου όταν η μονάδα αυτή είναι ενταγμένη στο νεφρολογικό τμήμα του νοσοκομείου.

Η Μ.Τ.Ν. Νοσοκομείου που λειτουργεί σαν αυτοτελές τμήμα του παθολογικού τομέα, καλύπτεται από τον υπεύθυνο νεφρολόγο του Νοσοκομείου συνεπικουρούμενου από γιατρούς του παθολογικού τομέα, ειδικευμένους ή ειδικευόμενους. Οι οποίοι διορίζονται στη Μ.Τ.Ν. με απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου μετά από γνωμοδότηση της επιστημονικής επιτροπής του Νοσοκομείου.

(να προκηρυχθούν θέσεις παθολόγων ή καρδιολόγων όταν δεν επαρκούν για τοποθέτηση τους στη Μ.Τ.Ν.).

Η Μ.Τ.Ν. στο οποίο δεν υπηρετεί γιατρός νεφρολόγος λειτουργεί με υπεύθυνο γιατρό παθολόγο ή καρδιολόγο, στα πλαίσια του Παθολογικού τομέα του Νοσοκομείου, ο οποίος έχει προηγούμενα υποστεί 3μηνη εκπαίδευση σε Νεφρολογικό τμήμα Νοσοκομείου.

Η Μ.Τ.Ν. ιδιωτικής κλινικής λειτουργεί με ευθύνη γιατρού νεφρολόγου.

Βοηθός του νεφρολόγου μπορεί να είναι γιατρός ή Παθολόγος ή Καρδιολόγος με τρίμηνη εκπαίδευση σε νεφρολογικό τμήμα Νοσοκομείου.

Τα νεφρολογικά τμήματα Νοσοκομείων που θα κάνουν την τρίμηνη εκπαίδευση καθώς και το είδος της εκπαίδευσης καθώς και το είδος της εκπαίδευσης 1 καθορίζονται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Η τοποθέτηση παθολόγου ή καρδιολόγου για εξάσκηση σε νεφρολογικό τμήμα Νοσοκομείου γίνεται από το Υπουργείο μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου.

Το νεφρολογικό τμήμα που θα εκπαιδεύσει τον ενδιαφερόμενο

Το νεφρολογικό τμήμα που θα εκπαιδεύσει τον ενδιαφερόμενο γιατρό θα χορηγήσει πιστοποιητικό εκπαίδευσης στο οποίο θα φαίνεται ότι είναι ικανός να αναλάβει ευθύνη παρακολούθησης ασθενών σε αιμοκάθαρση.

Εντός δυο μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος κανονισμού οι Μ.Τ.Ν. ιδιωτικών κλινικών θα πρέπει να υποβάλλουν στο Υπουργείο ονομαστική κατάσταση των υπηρετούντων σ' αυτές γιατρών και τον τίτλο ειδικότητάς τους.

Εντός έξι μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος κανονισμού οι γιατροί που υπηρετούν σ' αυτές τις μονάδες θα πρέπει να έχουν τις προϋποθέσεις που αναφέρονται στην προηγούμενη παράγραφο.

Η προθεσμία έξι μηνών μπορεί να παραταθεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. στην περίπτωση που δεν θα γίνει εφικτή η πραγματοποίηση εντός του δμήνου της 3μηνης εκπαίδευσης του προσωπικού.

2.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Σε κάθε Μ.Τ.Ν. πρέπει να υπάρχει προϊσταμένη Α/Ν κάτοχος πτυχίου σχολής 3ετούς φοίτησης ή απόφοιτος Τ.Ε.Ι. ή απόφοιτος της νοσηλευτικής σχολής του Πανεπιστημίου η οποία πλην των απαιτούμενων προσόντων για κάλυψη θέσης προϊσταμένης πρέπει να έχει προϋπηρεσία στην αιμοκάθαρση τουλάχιστον πέντε έτη.

Οι Α/Ν της Μ.Τ.Ν. πρέπει να είναι απόφοιτες σχολής 3ετούς φοίτησης ή των Τ.Ε.Ι. Αν όμως δεν υπάρχουν μπορεί να είναι απόφοιτες σχολών 2ετούς ή 1ετούς φοίτησης. Ο αριθμός των αδελφών νοσοκόμων θα

πρέπει να είναι τόσοσ ώστε να αντιστοιχεί 1 A/N σε κάθε 3 λειτουργούντα μηχανήματα.

Οι A/N που παρακολουθούν ασθενείς με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο δεν επιτρέπεται να παρακολουθούν ταυτόχρονα και άλλους ασθενείς.

3. ΤΕΧΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Το τεχνικό προσωπικό της Μ.Τ.Ν. θα πρέπει να είναι προσιτό σε κάθε ανάγκη που πιθανόν να παρουσιασθεί κατά τη διάρκεια λειτουργίας της μονάδας με ευθύνη της τεχνικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου (Μηχανολόγος, ηλεκτρολόγος, υδραυλικός , ηλεκτρονικός)

Ο ηλεκτρονικός θα πρέπει να γνωρίζει καλά τον τρόπο λειτουργίας και συντήρησης των μηχανημάτων και να καλύπτει τη Μονάδα σε όλη τη διάρκεια της λειτουργίας της.

4. ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

1. Μια καθαρίστρια για δύο βάρδιες και δύο καθαρίστριες για τρεις βάρδιες λειτουργίας της Μονάδας.
2. Ένας νοσοκόμος – τραυματιοφορέας για δυο βάρδιες και δυο νοσοκόμοι – τραυματιοφορείς για τρεις βάρδιες
3. Η παρουσία του βοηθητικού προσωπικού σε όλη τη διάρκεια της λειτουργίας της Μονάδας θεωρείται αναγκαία

ΜΕΡΟΣ 2₀:

ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ Γ.Ν.

ΞΑΝΘΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ

Στις 11 Απριλίου 1902 η Δημογεροντία της Ξάνθης αποφασίζει την ίδρυση Νοσοκομείου της Ελληνικής Ορθόδοξης Κοινότητας της Ξάνθης. Το Νοσοκομείο αυτό στεγάστηκε και λειτούργησε, ως το 1935, στη θέση που βρίσκεται σήμερα το 3ο Δημοτικό Σχολείο.



Τον Αύγουστο του 1929 θεμελιώθηκε από τον Ελ. Βενιζέλο το νέο Νοσοκομείο, στη θέση που βρίσκεται σήμερα το Στρατοδικείο. Εγκαινιάστηκε στις 22-12-1935 και ονομάστηκε Δημοτικό Νοσοκομείο Ξάνθης.

Το 1984 μεταφέρθηκε, εκτός του τμήματος πλυντηρίων και ραφείων, στο χώρο που στεγάζεται σήμερα η Αστυνομία Ξάνθης, και ονομάστηκε τότε Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Ξάνθης.

Η θεμελίωση του σημερινού Νοσοκομείου (στη θέση που είναι σήμερα - Νεάπολη - Ξάνθης) έγινε το 1990 και ξεκίνησε τη λειτουργία του στις νέες κτιριακές εγκαταστάσεις τον Ιούνιο του 1996.³⁵

Μετονομάστηκε σε Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης το Δεκέμβριο του 2001, σύμφωνα με το Ν.2889/2001.

³⁵<http://www.hosp-xanthi.gr/>

Διαχρονική Εξέλιξη του Ρόλου του Νοσοκομείου

Το Νοσοκομείο λειτουργούσε από 22-12-1935, ως Δημοτικό Νοσοκομείο, σε κτιριακό συγκρότημα εμβαδού 2.859 m² και εντός οικοπέδου 28.155 τ.μ. Τα ανεπτυγμένα τμήματα του, με δύναμη 120 κλινών, ήταν το παθολογικό, χειρουργικό, μαιευτικό, οφθαλμολογικό και εργαστήρια μικροβιολογικού και ακτινολογικού.

Το έτος 1984, με ανεπτυγμένες 170 κλίνες, στεγάζεται σε εννοικιαζόμενο πολυώροφο κτίριο εμβαδού 4.230 τ.μ., λόγω της ανάγκης ανάπτυξης νέων τμημάτων για τη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Το 1986 δημοσιεύθηκε ο πρώτος οργανισμός του Νοσοκομείου με 73 κλίνες του παθολογικού τομέα και 97 του χειρουργικού. Ο Παθολογικός Τομέας διαρθρώνεται στο Παθολογικό, Καρδιολογικό, Παιδιατρικό Τμήμα και τη Μονάδα Προώρων. Ο Χειρουργικός Τομέας διαρθρώνεται στο Χειρουργικό, Ορθοπεδικό, Οφθαλμολογικό, Ωτορινολαρυγγολογικό, Γυναικολογικό-Μαιευτικό, Αναισθησιολογικό Τμήμα και τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο Εργαστηριακός Τομέας διαρθρώνεται στο Μικροβιολογικό, Βιοχημικό, Αιματολογικό, Αιμοδοσίας, Ακτινοδιαγνωστικό, Φαρμακευτικό Τμήμα. Τα Διατομεακά Τμήματα είναι των Επειγόντων Περιστατικών, Τακτικών Εξωτερικών Ιατριών και Ημερήσιας Νοσηλείας.

Η αύξηση της ζήτησης για υγεία εξαιτίας των δημογραφικών, επιδημιολογικών, οικονομικών και κοινωνικο-πολιτισμικών εξελίξεων στο Νομό Ξάνθης, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη των βιολογικών επιστημών και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, προκάλεσαν σημαντικούς μετασχηματισμούς, όπως τη δημιουργία του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης με δύναμη 300 κλίνες και την ταχεία διάχυση νέων τεχνολογιών και υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Η τεχνολογική εξέλιξη κατά τη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών στο Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης επιταχύνθηκε ιδιαίτερα και δημιουργήθηκαν δυνατότητες θεραπείας για ασθένειες και παθήσεις, οι οποίες μέχρι τότε ήταν ανίατες. Οι μέχρι τότε μορφές θεραπείας αντικαταστάθηκαν ή συμπληρώθηκαν. Οι υπηρεσίες παροχών υγείας υποχρεώνονται να χρησιμοποιήσουν την τελευταία λέξη της ιατρικής τεχνολογίας. Επιπλέον, αυξήθηκαν και οι προσδοκίες που έχουν οι ασθενείς αναφορικά με την προσφορά θεραπείας και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το 1995 έγινε τροποποίηση του οργανισμού του Νοσοκομείου σε 131 κλίνες του παθολογικού, 154 του χειρουργικού και 16 του Ψυχιατρικού τομέα. Στον Παθολογικό Τομέα προστίθεται το Β΄ Παθολογικό και το Νευρολογικό Τμήμα και οι Μονάδες Εμφραγμάτων, Τεχνητού Νεφρού και Μεσογειακής Αναιμίας. Στο Χειρουργικό Τομέα προστίθεται το Β΄ Χειρουργικό και το Ουρολογικό Τμήμα. Στον Εργαστηριακό Τομέα προστίθεται το Παθολογικό-Κυτταρολογικό Τμήμα.

Εκ των ανωτέρω σήμερα, στον Παθολογικό Τομέα δεν λειτουργεί το Β΄ Παθολογικό, Νευρολογικό Τμήμα και οι Μονάδες Εμφραγμάτων και Προώρων. Στον Χειρουργικό Τομέα δεν λειτουργεί το Β΄ Χειρουργικό Τμήμα και η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και στα Διατομεακά Τμήματα η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας. Στον Εργαστηριακό Τομέα δεν λειτουργεί το Παθολογικό-Κυτταρολογικό Τμήμα.

1.2 ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Το Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης, μαζί με τα δύο κέντρα υγείας Σταυρούπολης και Εχίνου καλύπτει τις ανάγκες περίθαλψης του Νομού

Ξάνθης και υπάγεται στο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης.

Τον Μάιο του 1996 μεταφέρθηκε στις νέες εγκαταστάσεις στην περιοχή Νεάπολη της Ξάνθης, στις νοτιοδυτικές παρυφές της πόλης και απέχει οδικά 3 χιλιόμετρα περίπου από το κέντρο και 700 μέτρα από την Εθνική Οδό προς Καβάλα. Λειτουργεί σε νέο σύγχρονο κτιριακό συγκρότημα συνολικού εμβαδού 28.800 m² και εντός οικοπέδου έκτασης 100.545 m².



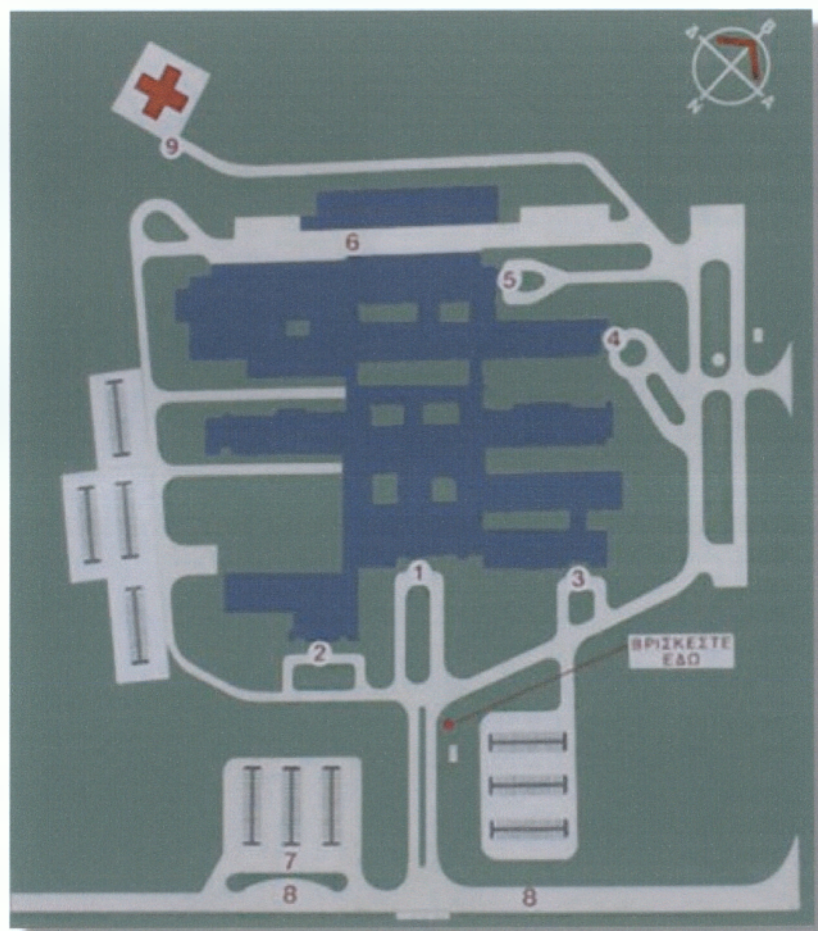
Το κτιριακό συγκρότημα αποτελείται από 11 κτίρια και στη δυτική γωνία του οικοπέδου υπάρχει ελικοδρόμιο για την επείγουσα μεταφορά ασθενών. Τα κτίρια συνδέονται μεταξύ τους με πλέγμα διατμηματικών διαδρόμων και τρεις κόμβους κατακόρυφης επικοινωνίας.

Η πρόσβαση στο Νοσοκομείο είναι άμεση, λόγω της συχνής αστικής συγκοινωνίας που υπάρχει.

Χάρτης του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης

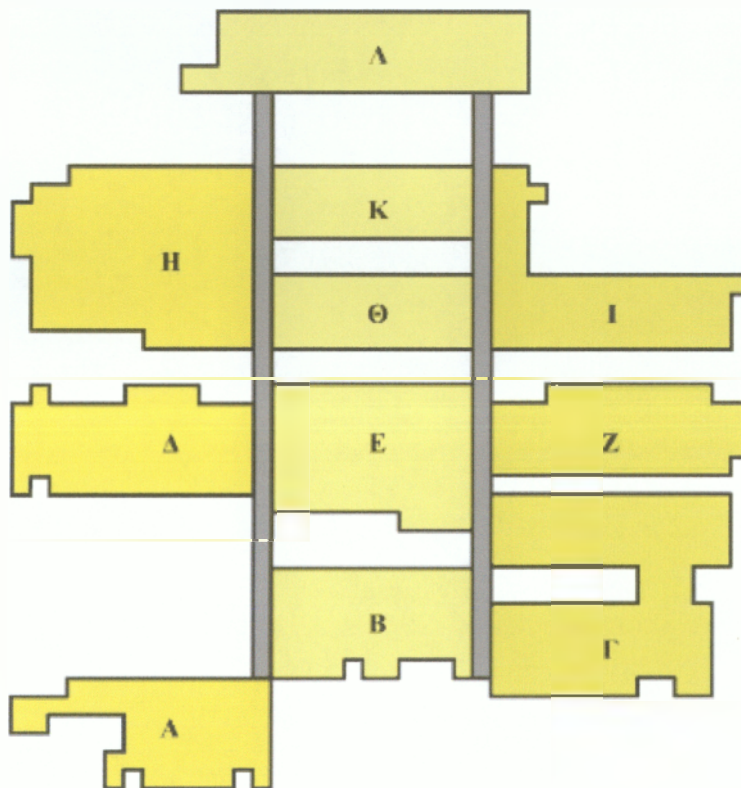
Το νοσοκομείο βρίσκεται στην περιοχή Νεάπολη της Ξάνθης, στις νοτιοδυτικές παρυφές της πόλης και απέχει οδικά 3 χιλιόμετρα περίπου από το κέντρο και 700 μέτρα από την Εθνική Οδό προς Καβάλα. Λειτουργεί σε νέο σύγχρονο κτιριακό συγκρότημα συνολικού εμβαδού 28.800 τ.μ. και εντός οικοπέδου έκτασης 100.545 τ.μ.

Κάτοψη Οικοπέδου του Νοσοκομείου



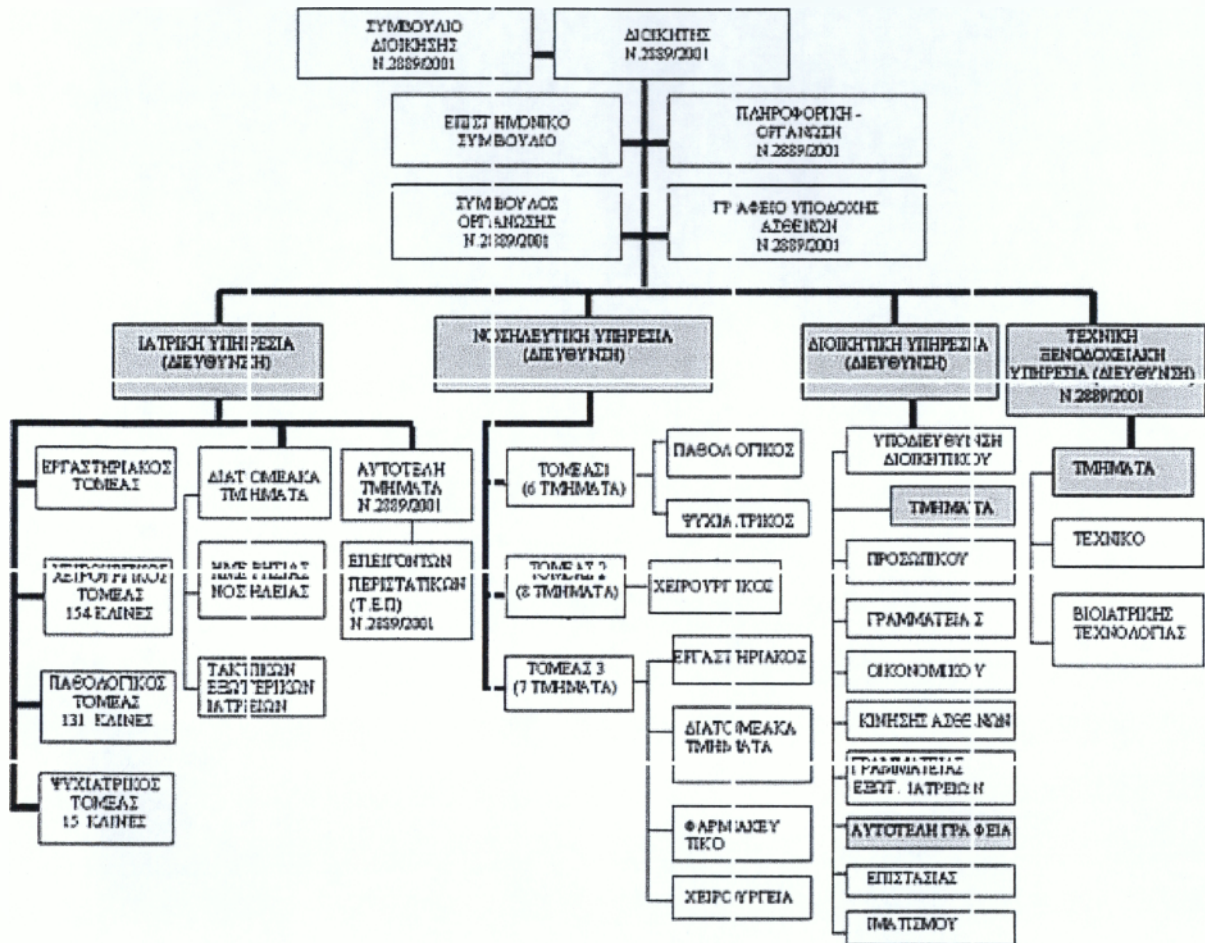
- | | |
|---|---|
| <p>1. Κόρια είσοδος Νοσοκομείου προς:</p> <ul style="list-style-type: none"> Νοσηλευτικές Μονάδες Συγκρότημα Χειρουργείων Μαιεντήριο Μονάδες εντατικής Θεραπείας Διαγνωστικά Τμήματα Διοικητικές Υπηρεσίες <p>2. Είσοδοι Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής Μονάδας</p> <p>3. Είσοδος Εξωτερικών Ιατρείων</p> | <p>4. Είσοδος Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών</p> <p>5. <u>Είσοδος προς:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Μονάδα Τεχνητού Νεφρού</u> Τμήμα Φυσικής Ιατρικής Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας <p>6. Υπηρεσιακές Είσοδοι</p> <p>7. Χώρος Στάθμευσης Ι.Χ. επισκεπτών</p> <p>8. Στάση Λεωφορείων - Ταξί</p> <p>9. Ελικοδρόμιο</p> |
|---|---|
-

Κάτοψη Κτιρίων του Νοσοκομείου



ΚΤΙΡΙΟ	ΟΡΟΦΟΙ	ΤΜΗΜΑΤΑ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ
A	0	Ψυχιατρική Κλινική
B	0	Κεντρική Είσοδος, Τηλεφωνείο, Αμφιθέατρο, Κυλικείο
B	1	Διοίκηση, Γραφεία
Γ	0	Εξωτερικά Ιατρεία, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας,
Δ	0	Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική
Δ	1	Χειρουργική Κλινική
Δ	2	Καρδιολογική Κλινική
E	0	Κοινωνική Ιατρική, Αιμοδοσία, Γραφεία Τεχνικής Υπηρεσίας
E	1	Ορθοπαιδική Κλινική
E	2	B' Παθολογική Κλινική
E	3	Μονάδα Βρεφών Και Πρόωρων
Z	0	Διαγνωστικά Εργαστήρια
Z	1	Ουρολογική - Ω.Ρ.Λ. - Οφθαλμολογική Κλινική
Z	2	A' Παθολογική Κλινική
H	0	Χειρουργείο Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής, Εσπιατόρια, Κεντρική Αποστείρωση, Μαγειρεία, Πλυντήρια
H	1	Χειρουργεία
Θ	0	Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο
Θ	1	Φαρμακείο, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Θ	2	Μονάδα Εμφραγμάτων
I	0	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)
I	1	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
K	0	Νεκροτομείο, Συνεργεία Τεχνικών Υπηρεσιών
K	1	Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Τμήμα Φυσικής Ιατρικής
Λ	0	Μηχανήματα Υποστήριξης (Κτίριο Ενέργειας)

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



1.4 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Το Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης απαρτίζεται από τις υπηρεσίες :

1. ιατρική
2. νοσηλευτική
3. διοικητική

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Σκοπός της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι η προώθηση και η προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Δομή Ιατρικής Υπηρεσίας

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ - Τμήματα – Μονάδες
Ο τομέας αυτός αποτελείται από τα ακόλουθα Τμήματα και Μονάδες.

ΤΜΗΜΑΤΑ	
Παθολογικό	A' Παθολογική, 34 Ανεπτυγμένα κρεβάτια
	B' Παθολογική - δεν λειτουργεί
Καρδιολογικό	34 Ανεπτυγμένα κρεβάτια
Παιδιατρικό	26 Ανεπτυγμένα κρεβάτια
ΜΟΝΑΔΕΣ	
Τεχνητού Νεφρού	12 κλίνες αιμοκάθαρσης
Μεσογειακής Αναιμίας	4 Ανεπτυγμένα κρεβάτια
Εμφραγμάτων	(5 κλίνες) - δεν λειτουργεί
Βρεφών και Προώρων	(6 κλίνες) - δεν λειτουργεί

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
*Ο τομέας αυτός αποτελείται από τα ακόλουθα
 Τμήματα και Μονάδες.*

ΤΜΗΜΑΤΑ	
Χειρουργικό	A' Χειρουργική, 42 Ανεπτυγμένα κρεβάτια
	B' Χειρουργική - δεν λειτουργεί
Ορθοπαιδικό	26 Ανεπτυγμένα κρεβάτια
Οφθαλμολογικό	10 Ανεπτυγμένα κρεβάτια
Ω.Ρ.Λ.	10 Ανεπτυγμένα κρεβάτια
Ουρολογικό	14 Ανεπτυγμένα κρεβάτια
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	32 Ανεπτυγμένα κρεβάτια
Αναισθησιολογικό	
ΜΟΝΑΔΕΣ	
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	(6 κλίνες) - δεν λειτουργεί

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ – Τμήματα

ΤΜΗΜΑΤΑ
Μικροβιολογικό
Βιοχημικό
Παθολο. - Κυτταρολογικό δεν λειτουργεί
Αιματολογικό
Φαρμακευτικό
Αιμοδοσίας
Ακτινοδιαγνωστικό

ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ τμήματα

ΤΜΗΜΑΤΑ	
Επειγόντων Περιστατικών με Μονάδα βραχείας Νοσηλείας	6 κλίνες
Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας	10 κλίνες- δεν λειτουργεί

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ Παθολογικού Τομέα	
Οδοντιατρικό	Νευρολογικό
Ψυχιατρικό	Νευρολογικό - Νευροεγκεφαλογραφήματα
Αναισθησιολογικό - Χρόνιου Πόνου	Δερματολογικό
Πνευμονολογικό	Πνευμονολογικό - Σπειρομετρήσεις
Μ. Μ. Αιματίας	Παθολογικό - Διαγνώσεις
Παιδιατρικό - Διαγνώσεις	Παθολογικό - Υπερτασικό
Παιδιατρικό - Ασθμα	Παθολογικό - Διαβητολογικό
Παιδοκαρδιολογικό	Παθολογικό - Ογκολογικό
Παιδιατρικό - Νεογνά	Νεφρολογικό
Καρδιολογικό - Διαγνώσεις	
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ Χειρουργικού Τομέα	
Οφθαλμολογικό - Διαγνώσεις	Ορθοπαιδικό - Κλινική Τραύματος Α
Οφθαλμολογικό - Γλαύκωμα	Ορθοπαιδικό - Κλινική Τραύματος Β
Οφθαλμολογικό - Βυθοσκοπήσεις	Χειρουργικές Αλλαγές
Οφθαλμολογικό - Χειρουργικές Αλλαγές	Χειρουργικές Εξετάσεις
Ιατρείο Μαστού	Ουρολογικό
Ω.Ρ.Λ.	Γυναικολογικό
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ Εργαστηριακού τομέα	
Αιματολογικό	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΞΑΝΘΗΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ

Η νέα Μ.Τ.Ν. μεταφέρθηκε στο νέο γενικό νοσοκομείο της Ξάνθης το Μάιο του 1995.³⁶

Αρχικά λειτουργούσε σε μια βάρδια δηλαδή Δευτέρα – Τετάρτη – Παρασκευή και Τρίτη – Πέμπτη – Σάββατο.

Τον επόμενο χρόνο (μέσα στο 1996) δημιουργήθηκαν άλλες δυο βάρδιες και από το 1999 – 2000 λειτούργησε και η τρίτη βάρδια.

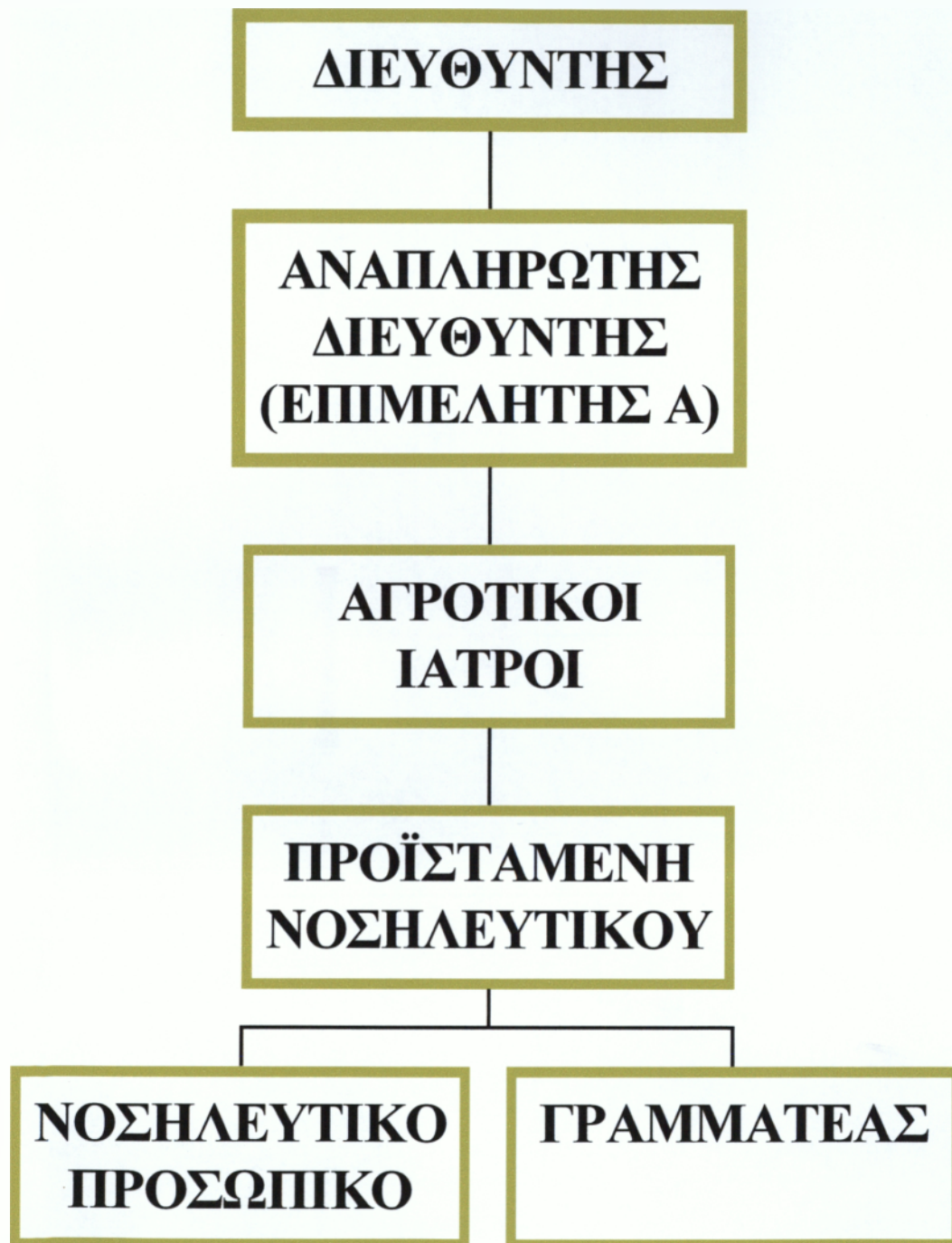
Σήμερα βρίσκεται στο ΒΑ τμήμα του νοσοκομείου και συγκεκριμένα στον πρώτο όροφο με αποκλειστική πρόσβαση των ασθενών για την Μ.Τ.Ν. η μονάδα βρίσκεται σε μια από τις πιο φωτεινές πτέρυγες που έχει το νοσοκομείο. Η πρόσβαση των νεφροπαθών μπορεί να γίνει είτε με τον ανελκυστήρα είτε από τις σκάλες.

Επίσης προβλέπεται parking ειδικό μόνο για τους νεφροπαθείς.

Η μονάδα λόγω του ότι δεν είναι αυτόνομη και υποστηρίζεται από την παθολογική κλινική έχει ως αποτέλεσμα να μην παρέχει την όσο το δυνατόν καλύτερη εξυπηρέτηση των εχόντων αποκλειστικά νεφρολογικά προβλήματα. Το ιδανικό βέβαια θα ήταν να δημιουργηθεί κάποια στιγμή νεφρολογικό τμήμα που θα καλύπτει αποκλειστικά τις ανάγκες και τα προβλήματα των νεφροπαθών και όχι να καλύπτονται αυτές γενικά από την παθολογική κλινική.

³⁶⁾ Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη , 31 Μαρτίου 2005

2.2 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ Μ.Τ.Ν



2.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ - ΑΡΧΕΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι ασθενείς της μονάδας είναι συνολικά πενήντα τρεις (53). Τον τελευταίο χρόνο εντάχθηκαν έντεκα (11) ασθενείς και απεβίωσαν 9. Το καλοκαίρι παρέχεται φιλοξενία σε δυο-τρεις ασθενείς το μήνα, κατά τους μήνες Μάιο, Ιούνιο, Ιούλιο, Αύγουστο και Σεπτέμβριο.

Στο παρακάτω πίνακα φαίνονται οι ασθενείς και το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο ανήκουν.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Ι.Κ.Α.	20
Ο.Γ.Α.	29
Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.	1
Τ.Α.Ε.	1
Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	1
ΔΗΜΟΣΙΟ	1
ΣΥΝΟΛΟ	53

Στη Μ.Τ.Ν. τηρείται αρχείο ασθενών το οποίο συνίσταται:

1. στον ατομικό φάκελο κάθε ασθενή όπου περιλαμβάνονται τα εξής:

- ιστορικό – πορεία της νόσου
- εργαστηριακές εξετάσεις
- υποψήφιοι ασθενείς για μεταμόσχευση (λίστα), για τους οποίους υπάρχει ο ειδικός φάκελος με τις απαραίτητες εξετάσεις.

2. φάκελος υπό μορφή απλού φακέλου

ηλεκτρονικός φάκελος στον οποίο υπάρχουν όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις, η φαρμακευτική αγωγή καθώς και τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ΑΚ.³⁷

37) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 31 Μαρτίου 2005

Τονίζεται ότι τηρούνται αυστηρά οι κανόνες προστασίας των προσωπικών δεδομένων των ασθενών. Υπεύθυνος είναι ο διευθυντής καθώς και όσοι έχουν υπογράψει πρόσβαση στο ιστορικό.

Για τους υπόλοιπους νεφροπαθείς τηρείται αρχείο ασθενών που ακόμα δεν έχουν ενταχθεί σε ΑΚ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ – ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ

3.1 ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ Μ.Τ.Ν.

Το συνολικό μέγεθος της Μ.Τ.Ν. στο Γ.Ν.Ξάνθης είναι 309 m². Πιο αναλυτικά η επιφάνεια του κάθε χώρου φαίνεται παρακάτω: ³⁸

- Εξεταστήριο..... 10 m²
- γραφείο ιατρών..... 10 m²
- γραφείο προϊσταμένης 10 m²
- γραφείο νοσηλευτών..... 10 m²
- κύρια αίθουσα με 12 μηχανήματα.....91 m²
(7,56 m² το κάθε μηχανήμα)
- αίθουσα για ΑΚ για βαριά περιστατικά με WC (1,75 m²)... 11 m²
- ηπατικός θάλαμος με 1 μηχανήμα..... 10 m²
- χώρος ανάπαυσης ασθενών για φαγητό16 m²
- WC – αποδυτήρια ασθενών αντρών7 m²
- WC – αποδυτήρια ασθενών γυναικών.....7 m²
- WC – αποδυτήρια προσωπικού αντρών.....7 m²
- WC – αποδυτήρια προσωπικού γυναικών.....7 m²
- WC κοινού – συνοδών από κοινού.....4 m²
- χώρος ακαθάρτων4 m²
- χώρος αποθήκευσης υλικού.....8 m²
- χώρος επισκευής και αποθήκευσης.....6 m²
- χώρος απιονιστή 16 m²
- χώρος αναμονής ασθενών και συνοδών.....10 m²
- χώρος με είδη καθαρισμού – εργαλεία..... 4 m²

³⁸) Χατζηρόμημητριού Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 31 Μαρτίου 2005

- κουζίνα3 m²
- εργαστήριο.....10 m²
- διάδρομος εισόδου.....38,39 m²
- διάδρομος.....9 m²

3.2 ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ

Στη Μ.Τ.Ν. υπάρχουν τρία γραφεία για προσωπικό της μονάδας τα οποία είναι: ένα γραφείο ιατρών, ένα γραφείο προϊσταμένης και ένα γραφείο νοσηλευτών. Υπάρχει μια κύρια αίθουσα για ΑΚ, η οποία έχει δώδεκα μηχανήματα, μια αίθουσα για ΑΚ η οποία έχει επιπλέον και WC και ακόμη ένας θάλαμος για ΑΚ για άτομα με ηπατίτιδα, ο οποίος έχει ένα μόνο μηχάνημα.

Σημαντικοί χώροι για την μονάδα είναι οι βοηθητικοί χώροι που υπάρχουν σε αυτήν. Έτσι έχουμε :

- Εξεταστήριο
- WC – αποδυτήρια ασθενών αντρών – γυναικών
- WC – αποδυτήρια προσωπικού αντρών – γυναικών
- WC κοινού – συνοδών από κοινού
- χώρος ακαθάρτων
- χώρος αποθήκευσης υλικού
- χώρος επισκευής και αποθήκευσης
- χώρος απιονιστή
- χώρος αναμονής ασθενών και συνοδών
- χώρος ανάπαυσης ασθενών για φαγητό
- χώρος με είδη καθαρισμού – εργαλεία
- κουζίνα
- εργαστήριο

Τέλος υπάρχει διάδρομος που οδηγεί τους ασθενείς στους θαλάμους όπου πρόκειται να υποβληθούν σε ΑΚ.

3.3 ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Συγκεκριμένα στη Μ.Τ.Ν. του Γ.Ν.Ξάνθης υπάρχουν: ³⁹

Α) δεκαοχτώ(18) αυτοματοποιημένα μηχανήματα ΑΚ νέας και ψηφιακής τεχνολογίας. Τα δώδεκα από αυτά είναι σε λειτουργία και τα έξι είναι εφεδρικά. Με δυνατότητα προγραμματισμού καταγραφής δεδομένων μέσω Η/Υ.(καταγραφή δεδομένων της κάθε συνεδρίας ΑΚ). Τα μηχανήματα είναι όλα του ίδιου τύπου δηλαδή του οίκου B- Brown Γερμανίας.

Το να υπάρχουν σε μια μονάδα, από την εμπειρία, μηχανήματα του ίδιου τύπου είναι πολύ σημαντικό για τους εξής λόγους:

- 1)Όταν ένα μηχάνημα υποστεί βλάβη ή χρειαστεί να αντικατασταθεί , ο ασθενής πολλές φορές δεν το αντλαμβάνεται. Και κυρίως δεν επηρεάζεται ψυχολογικά όταν το μηχάνημα είναι το ίδιο.
- 2) Τα αναλώσιμα υλικά που ταιριάζουν σε κάθε μηχάνημα είναι ειδικά για κάθε μηχάνημα και δεν απορρίπτουν τα αναλώσιμα. Ο ασθενής αισθάνεται ασφάλεια όταν μπαίνει σε μηχάνημα ίδιο και έτσι δημιουργούνται διακρίσεις ασθενών. Οι λόγοι είναι λοιπόν οικονομικοί, ψυχολογικοί και τεχνικοί.
- 3)Επίσης η συντήρηση και η επισκευή γίνονται πιο εύκολα όταν ένα συνεργείο αναλαμβάνει το έργο αυτό.
- 4)Το προσωπικό εκπαιδεύεται καλύτερα και πιο εύκολα όταν υπάρχει ένας τύπος μηχανήματος.
- 5)Τέλος υπάρχει ομοιομορφία στο χώρο.

Β) Οι μέθοδοι που εφαρμόζονται στη μονάδα είναι όλες οι μέθοδοι

³⁹⁾ Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 18 Μαρτίου 2005

ΑΚ , όπως είναι η κλασσική ΑΚ με διταανθρακα 70% των περιπτώσεων, κλασσική μέθοδος με οξικά 2% , αιμοδιαδιήθηση 18%, αιμοδιήθηση 6% και βιοδιήθηση 4%.

Γ) Η μονάδα επεξεργασίας ύδατος αποτελείται από δυο μονάδες αντίστροφης όσμωσης (λειτουργούν εν σειρά και εν παραλλήλω).

Η μια μπορεί να λειτουργήσει και ως εφεδρική.

Η κάθε μονάδα επεξεργασία ύδατος περιλαμβάνει:

- i. Φίλτρα αμμωνίας
- ii. Φίλτρα άνθρακος
- iii. Φίλτρα μικροβίων
- iv. Αποσκληρηντή
- v. Δεξαμενές
- vi. Ανάστροφης όσμωσης

Πριν φύγει περνάει από λυχνία υπερίωδους όπου γίνεται αποστείρωση ύδατος. Το επεξεργασμένο νερό με ειδικό κύκλωμα συνεχούς ροής φτάνει στις παροχές των τριών θαλάμων ΑΚ. Ο έλεγχος της ποιότητας του ύδατος γίνεται σε καθημερινή βάση από το τεχνικό προσωπικό(ειδικό προσωπικό).

Επίσης στη μονάδα υπάρχει:

1. εργαστήριο με αναλυτή που περιλαμβάνει αναλυτή αερίων αίματος και μέτρηση ηλεκτρολυτών
2. δυνατότητα μέτρησης αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης
3. δυνατότητα μέτρησης οσμωτικής πίεσης , μηχανήμα μέτρησης οξειδωτικού στρες και μηχανήμα Ph.
4. μικροσκόπιο και διάφορα αντιδραστήρια (π.χ. φιάλες)

Στην αίθουσα υπάρχει :

1. εξακάναλος ηλεκτροκαρδιογράφος
2. μονάδα καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης με απινιδωτή

3. ειδικό τροχήλατο με όλα τα απαραίτητα υλικά καρδιοαναζογώνησης (π.χ. φάρμακα, εργαλεία διασωλήνωσης κτλ)

Η μονάδα είναι συνδεδεμένη με Η/Υ όπου αποθηκεύονται όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις των ασθενών , η κατανάλωση των ασθενών. Επίσης υπάρχει αρχείο ασθενών και αρχείο υλικού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συγκρίνοντας το προεδρικό διάταγμα με την υπάρχουσα κατάσταση της Μ.Τ.Ν. του Γ.Ν. Ξάνθης, όσον αφορά τους κανονισμούς - προδιαγραφές λειτουργίας σχετικά με τις βασικές αρχές για τους χώρους εγκαταστάσεως , για το μηχανολογικό εξοπλισμό της μονάδας διαπιστώθηκε ότι όλα τηρούνται βάσει των απαιτούμενων προδιαγραφών.

Πιο αναλυτικά η μονάδα λειτουργεί με ευθύνη Νεφρολόγου, ο οποίος είναι και διευθυντής της μονάδας. Ο αριθμός των μηχανημάτων ΑΚ είναι δώδεκα, και υπάρχουν και έξι εφεδρικά. Πράγματι το Φ.Ε.Κ. προβλέπει για τα μηχανήματα να είναι πάνω από πέντε και κάτω από δεκαπέντε. Και τα εφεδρικά που προβλέπεται να είναι δυο.

Στη μονάδα λόγω του ότι υπάρχει για τους ασθενείς με ηπατίτιδα Β ένας απομονωμένος χώρος , ειδικός θάλαμος που προορίζεται για άτομα με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο (φορείς ηπατίτιδας Β) τηρείται μια ακόμη από τις πιο βασικές προδιαγραφές των Μ.Τ.Ν.

Η θέση της μονάδας είναι προσβάσιμη καθώς και η ευρυχωρία για την διακίνηση τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού στη συγκεκριμένη μονάδα τηρούνται βάσει των απαιτούμενων προδιαγραφών.

Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά τους χώρους εγκαταστάσεως τηρούνται τα εξής:

Η αίθουσα ΑΚ για άτομα με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο (φορείς ηπατίτιδας Β) εξυπηρετεί τους ασθενείς με ηπατίτιδα Β και είναι 11m². Στην αίθουσα αυτή υπάρχει βέβαια WC πράγμα το οποίο προβλέπεται και από τους κανονισμούς. Επίσης υπάρχει αίθουσα για βαριά περιστατικά, η οποία έχει και αυτή WC.

Οι χώροι που προβλέπονται, βάσει των προδιαγραφών, είναι χώροι για τον απιονιστή, για την αποθήκευση του υλικού, για την επισκευή των μηχανημάτων και την φύλαξη των απαραίτητων υλικών – ανταλλακτικών μηχανημάτων, για τα αποδυτήρια των ασθενών με WC, για τα αποδυτήρια του προσωπικού, για την αίθουσα αναμονής και της τραπεζαρίας των ασθενών, για το εξεταστήριο και το αρχείο, για το χώρο ανάπαυσης και συγκεντρώσεων του προσωπικού και τέλος για το γραφείο των γιατρών και της προϊσταμένης. Η μονάδα πληροί όλες τις προϋποθέσεις και προδιαγραφές που απαιτούνται για να λειτουργήσει μια Μ.Τ.Ν. Παρατηρήθηκε πως όλοι αυτοί οι χώροι που έχουν αναπτυχθεί στη Μ.Τ.Ν. του Γ.Ν. Ξάνθης είναι επαρκείς. Το μόνο πρόβλημα που σημειώθηκε είναι ότι δεν υπάρχει επαρκής αποθηκευτικός χώρος με αποτέλεσμα να μην μπορεί να γίνει ορθή τοποθέτηση των αναλώσιμων υλικών της μονάδας. Η Μ.Τ.Ν. θα πρέπει να σχεδιάζεται με την προοπτική ανάπτυξης της, γεγονός που βοηθάει τη μονάδα να εξυπηρετήσει περισσότερους ασθενείς, κυρίως τα Χριστούγεννα και το Πάσχα, που χρειάζονται κατά την διάρκεια και αυτών των ημερών ΑΚ.

Σχετικά με το μηχανολογικό εξοπλισμό οι κανονισμοί του Φ.Ε.Κ. προβλέπουν για την μονάδα να έχει: Μηχανήματα τεχνητού νεφρού, σύστημα απιονισμού, γεννήτρια ηλεκτρικού ρεύματος, και επικουρικά μηχανήματα – συσκευές όπως για παράδειγμα ηλεκτροκαρδιογράφο, απινιδωτή, σετ διασωλήνωσης, σύστημα παροχής οξυγόνου, σύστημα αναρρόφησης, ανθρωποζυγός ακριβείας, υποκλίνιος φορητός ζυγός ακριβείας. Η Μ.Τ.Ν. του Γ.Ν. Ξάνθης διαθέτει μηχανήματα τεχνητού

νεφρού, σύστημα απιονισμού, ηλεκτροκαρδιογράφο καθώς και ότι είναι απαραίτητο για τη σωστή λειτουργία της τηρώντας πάντα τις απαιτούμενες προδιαγραφές. Για την εύρυθμη λειτουργία της μονάδας επιβάλλεται η τακτική συντήρηση και ο σωστός χειρισμός από κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα.

Το νοσοκομείο θα πρέπει να προγραμματίζει την ανανέωση του μηχανολογικού εξοπλισμού της μονάδας, λόγω της καθημερινά εξελισσόμενης τεχνολογίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

4.1 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

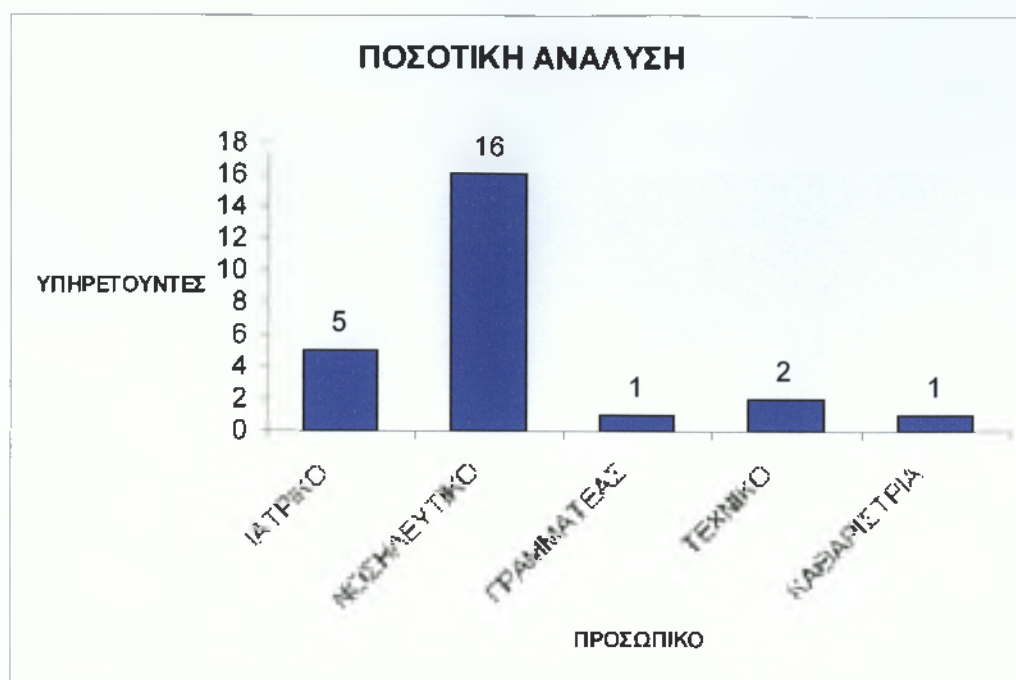
Η Μ.Τ.Ν. του Νοσοκομείου στελεχώνεται από ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και τεχνικό προσωπικό. Υπάρχει ιδιωτικό συνεργείο καθαρισμού. Μέχρι τις 13.30 το μεσημέρι υπάρχει μια καθαρίστρια καθ' όλη την διάρκεια των συνεδριών. Μετά τις 13.30 μ.μ. σε τακτά χρονικά διαστήματα ,συνήθως γύρω στις δυο φορές, επιμελούνται την καθαριότητα του χώρου.

Η κατανομή τους φαίνεται στο παρακάτω πίνακα και διάγραμμα.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΙΑΤΡΙΚΟ	5	20,00%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	16	64,00%
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ	1	4,00%
ΤΕΧΝΙΚΟ	2	8,00%
ΚΑΘΑΡΙΣΤΡΙΑ	1	4,00%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100,00%

Το ιατρικό προσωπικό αποτελείται από το διευθυντή νεφρολόγο, ένα επιμελητή Β', ένα αναπληρωτή διευθυντή και δυο αγροτικούς ιατρούς. Υπάρχει η προϊστάμενη του νοσηλευτικού προσωπικού και δεκαπέντε νοσηλεύτριες. Επίσης υπάρχει μια γραμματέας και δυο τεχνικοί. Συμπεραίνετε ότι υπό τις παρούσες συνθήκες το ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό είναι επαρκές.⁴⁰

40) Πλαστήρα Θ., Προϊσταμένη Τεχνητού Νεφρού, προσωπική συνέντευξη 6 Απριλίου 2005



ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ Μ.Τ.Ν.

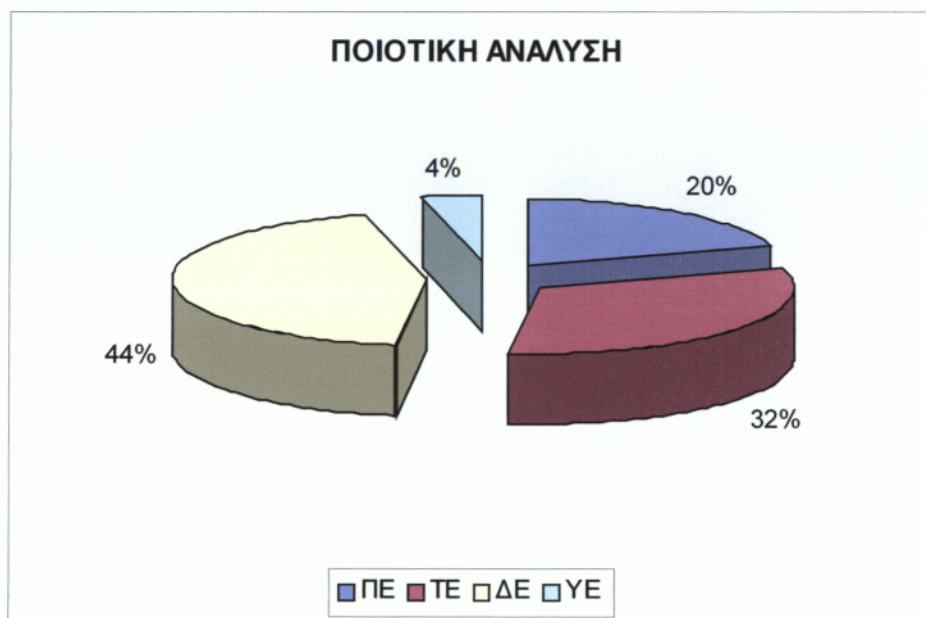


4.2 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Το προσωπικό που εργάζεται στη Μ.Τ.Ν. αποτελείται από 5 ιατρούς ΠΕ , 15 νοσηλεύτες από τους οποίους οι 8 είναι ΤΕ και οι υπόλοιποι 8 είναι ΔΕ , 2 τεχνικούς ΔΕ , 1 καθαρίστρια ΥΕ και 1 γραμματέας ΔΕ.

Η κατανομή τους φαίνεται στο παρακάτω πίνακα και διάγραμμα:

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΕ	5	20,00%
ΤΕ	8	32,00%
ΔΕ	11	44,00%
ΥΕ	1	4,00%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100,00%



**ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΤΑ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ Μ.Τ.Ν.**

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συγκρίνοντας το προσωπικό που υπηρετεί στη μονάδα και το τι πρέπει να υπάρχει βάσει του Φ.Ε.Κ. παρατηρείται ότι τηρούνται οι απαιτούμενες προδιαγραφές και το προσωπικό (ιατρικό – νοσηλευτικό – τεχνικό – καθαριότητας) είναι επαρκές. Το μόνο πρόβλημα που δημιουργείται είναι όταν χρειαστεί κάποιο άτομο από το προσωπικό να απουσιάσει για λόγους π.χ. εγκυμοσύνης ή κάποια άδεια αναρρωτική. Ο χρόνος απουσίας τους είναι μεγαλύτερος από το προβλεπόμενο με αποτέλεσμα να αργεί η αντικατάσταση τους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν.

Το κόστος που πληρώνει ο ασφαλιστικός φορέας ή ο ίδιος ο ασθενής για κάθε συνεδρία ΑΚ περιλαμβάνει όλα τα υλικά , τα νοσήλια, τη νοσηλευτική φροντίδα , την ιατρική παρακολούθηση, τις εργαστηριακές εξετάσεις, την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή (που χορηγείται κατά τη διάρκεια της ΑΚ) ανέρχεται στο ποσό των 147 € ημερησίως.

Ο κάθε ασθενής στοιχίζει μόνο από άποψη αναλώσιμων υλικών στη μονάδα 120 € την ημέρα άρα 360€ την εβδομάδα.

Το μήνα πραγματοποιούνται 689 συνεδρίες αιμοκάθαρσης (ΑΚ) επομένως το συνολικό κόστος των αναλώσιμων είναι 82.680 €.

Τονίζεται ότι σ' αυτό το ποσό , όπως προανέφερα, περιλαμβάνονται μόνο τα αναλώσιμα υλικά που καταναλώνει ο ασθενής κατά την διάρκεια της κάθε συνεδρίας ΑΚ.

Δεν περιλαμβάνονται όμως οι μισθοί του ιατρικού – νοσηλευτικού – τεχνικού προσωπικού ,η κατανάλωση ύδατος και ηλεκτρικής ενέργειας, τα έξοδα καθαριότητας, η απόσβεση αγοράς (επένδυσης) και συντήρησης των μηχανημάτων.⁴¹

Αν συμπεριλάβουμε όμως και όλα τα παραπάνω το κόστος το κόστος ανέρχεται στο ποσό των 160- 170 ευρώ .

Αντιλαμβάνεται κανείς ότι για κάθε συνεδρία το κράτος επιβαρύνεται με 20 – 40 € , και για το χρονικό διάστημα 12 μηνών επιβαρύνεται συνολικά 220.000 330.720 €, στη πραγματικότητα το κράτος επιδοτεί με 30 € ως 40 € την κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης.

⁴¹⁾ Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 31 Μαρτίου 2005

Γενικά στις Μ.Τ.Ν. στις οποίες ο αριθμός των εξυπηρετούμενων ασθενών είναι κάτω από 80 δεν καλύπτουν τα έξοδα τους και στη πραγματικότητα εμφανίζουν παθητικό που καλύπτεται από τον προϋπολογισμό του κράτους .

Όταν οι ασθενείς είναι πάνω από 80 έχουμε ισοσκελισμό εσόδων και εξόδων και πολλές φορές και κέρδος κι αυτό γιατί το κόστος που αφορά τα μη αναλώσιμα υλικά / ανά ασθενή μικραίνει .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μια Μ.Τ.Ν. θα πρέπει να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχεται η καλύτερη δυνατόν θεραπεία με το πραγματικό κόστος. Έτσι όταν συμβαίνει αυτό έχουμε επωφελεία του ασθενούς , του ασφαλιστικού φορέα και του παροχέα ιατρικών υπηρεσιών και θεραπείας.

Με το εφαρμοζόμενο μέχρι σήμερα λογιστικό σχέδιο δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί ή να προσδιοριστεί το πραγματικό κόστος.

. Έτσι έγινε προσπάθεια να υπολογιστεί το κόστος για κάθε συνεδρία ΑΚ στη συγκεκριμένη μονάδα , διαπιστώθηκε όμως ότι αυτό μπορεί να γίνει μόνο κατά προσέγγιση. Και αυτό γιατί ενώ μπορεί να προσδιοριστεί επακριβώς το κόστος των αναλώσιμων υλικών, δεν μπορεί να προσδιοριστεί το κόστος του εργατικού δυναμικού (ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό) , το κόστος απόσβεσης και συντήρησης τεχνολογικού εξοπλισμού και τέλος το κόστος κατανάλωσης ενέργειας ρεύματος και ύδατος , συντήρησης και καθαριότητας.

Στους ιδιωτικούς φορείς η κοστολόγηση είναι ακριβής. Δηλαδή παρατηρήθηκε ότι τα ταμεία σε αυτές τις περιπτώσεις πληρώνουν για κάθε ΑΚ δυο ποσά :

1. ένα σταθερό ποσό των 45 € για τις παρεχόμενες υπηρεσίες , το προσωπικό κτλ

2. ένα ποσό το οποίο είναι το άθροισμα των αναλώσιμων υλικών (φίλτρο, διαλύματα κτλ εκτός από τα φάρμακα που συνταγογραφούνται και τα φέρνει ο ασθενής από το σπίτι του !)

Σε αντίθεση με τα δημόσια νοσοκομεία όπου στη πραγματικότητα πληρώνεται , όπως προαναφέρθηκε, μόνο το κόστος των υλικών.

Επομένως στην ουσία τα ασφαλιστικά ταμεία στα νοσοκομεία πληρώνουν το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών (αμοιβές προσωπικού) δηλαδή 45 €. Από τα οποία βέβαια ένα μικρό ποσοστό γύρω στα 10 – 15 € είναι κέρδος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΛΟΓΩ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΑΣ

6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν.

Η αξιολόγηση της κίνησης των ασθενών λόγω ιδιαιτερότητας δηλαδή γίνεται με αριθμό συνεδριών ΑΚ σε ημερήσια, μηνιαία και ετήσια βάση.

Βάσει αυτών στέλνεται μηνιαία αναφορά στο υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Λαμβανομένου ότι ο κάθε ασθενής υποβάλλεται σε δώδεκα (12) με δεκατρείς (13) συνεδρίες ΑΚ ανά μήνα , υπό ομαλές συνθήκες, αναφέρονται τα παρακάτω στοιχεία:

Συνολικά οι ασθενείς είναι πενήντα τρεις (53). Άρα $53 \cdot 3 = 159$. Δηλαδή 159 συνεδρίες την εβδομάδα. $53 \cdot 13 = 689$ όπου δεκατρείς είναι οι συνεδρίες το μήνα άρα έχουμε 689 συνεδρίες το μήνα. Και τέλος $689 \cdot 12 = 8268$ όπου δώδεκα είναι ο αριθμός των μηνών και άρα έχουμε 8268 συνεδρίες το χρόνο.⁴²

ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ ΑΚ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ
53	159	εβδομάδα
	689	μήνα
	8268	χρόνο

42) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 31 Μαρτίου 2005

6.2 ΤΟΠΟΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Συνολικά όπως έχει προαναφερθεί οι ασθενείς είναι πενήντα τρεις (53). Από τους οποίους οι έξι (6) είναι εκτός νομού, οι είκοσι οχτώ (28) από χωριά και οι δεκαεννέα (19) μένουν εντός του νομού Ξάνθης.

Σε κάθε μονάδα εξωνεφρικής κάθαρσης συνήθως, εφόσον υπάρχει επάρκεια κλινών, υπάρχει δυνατότητα φιλοξενίας ασθενών από άλλους νομούς ακόμη και από άλλα κράτη για φιλοξενία, τουρισμό, διακοπές κτλ. Στη μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης παρέχεται η δυνατότητα φιλοξενίας κυρίως κατά τους θερινούς μήνες, ασθενών που προέρχονται κατά κύριο λόγο από τη Γερμανία (από την περιοχή της Ξάνθης υπάρχουν αρκετοί μετανάστες κυρίως στη Γερμανία και στην Ολλανδία).⁴³

6.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Τα περιστατικά διακρίνονται:⁴⁴

1. σε χρόνια περιστατικά
2. σε έκτακτα περιστατικά

Τα έκτακτα περιστατικά αφορούν ασθενείς που βρέθηκαν τυχαία ως επισκέπτες και χρήζουν επείγουσας ΑΚ για διάφορους λόγους. Περιστατικά με οξεία νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζονται ορισμένες λειτουργίες μέχρι να αποκατασταθεί η νεφρική λειτουργία τους. Και βέβαια σε αρκετές περιπτώσεις επιπλοκών ασθενών που είναι στο χρόνιο πρόγραμμα και υποβάλλονται σε έκτακτη ΑΚ (πνευμονικό οίδημα, υπερκαλιαιμία).

43) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 10 Μαρτίου 2005

44) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 18 Μαρτίου 200

6.4 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

ι) ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ

Πρώτα από όλα όλοι οι ασθενείς κάθε μήνα λαμβάνουν πρόνοια 192€. Πιο αναλυτικά το ασφαλιστικό ταμείο του Ο.Γ.Α. δίνει στους ασθενείς κάθε μήνα α) 410€ για την μεταφορά τους με ταξί και β) 190€ επιπλέον.

Το ασφαλιστικό ταμείο του Ι.Κ.Α. δίνει στους ασθενείς κάθε μήνα α) 425€ για την μεταφορά τους με ταξί και β) 175€ και 190€ επιπλέον για προσωπικά τους έξοδα. Τα ίδια χρήματα παίρνουν και οι ασφαλισμένοι των υπολοίπων ταμείων , όπως του δημοσίου, του Τ.Ε.Β.Ε. ,του Τ.Α.Ε. κτλ.⁴⁵

α) Ο Ο.Α.Ε.Ε. καταβάλλει στους νεφροπαθείς ασφαλισμένους που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση δαπάνη μετακίνησης με ταξί στις περιπτώσεις που λόγω της κατάστασης τους, η μετακίνηση τους με τα συνήθη συγκοινωνιακά μέσα είναι αδύνατη.⁴⁶

β) Επίσης καταβάλλει δαπάνες μετάβασης και επιστροφής ασθενών-ασφαλισμένων με τα συνήθη μεταφορικά μέσα, στις περιπτώσεις νοσηλείας αυτών σε Κρατικά Νοσοκομεία άλλης πόλης από τον τόπο διαμονής τους, όταν η πάθηση τους δεν αντιμετωπίζεται από το Κρατικό Νοσοκομείο της περιοχής τους.

γ) Σε έκτακτες και επείγουσες περιπτώσεις που οι ασφαλισμένοι επισκέπτονται ιδιώτες γιατρούς καταβάλλεται η προβλεπόμενη από το Κρατικό Τιμολόγιο δαπάνη για την ιατρική επίσκεψη.

δ) Σε εξαιρετικά βαριά περιστατικά νοσηλείας καταβάλλεται δαπάνη για την χρησιμοποίηση αποκλειστικής νοσοκόμας κατά τη

45) Πλαστήρα Θ., Προϊσταμένη Τεχνητού Νεφρού, προσωπική συνέντευξη 6 Απριλίου 2005

46) <http://www.in.gr>

διάρκεια της νύχτας και μέχρι 5 νύχτες κατά νοσηλεία.

ε) Ο/Η διαζευμένος/η σύζυγος άμεσα ασφαλισμένου μπορεί να διατηρήσει το δικαίωμα παροχών ασθένειας σε είδος , εάν: α) ο γάμος λύθηκε μετά τη συμπλήρωση του 35ου έτους της ηλικίας , β) δεν καλύπτεται άμεσα ή έμμεσα για παροχές ασθένειας από άλλον ασφαλιστικό φορέα ή το δημόσιο. Για τη διατήρηση του δικαιώματος των παροχών ασθένειας ο ενδιαφερόμενος υποχρεούται στη καταβολή της ασφαλιστικής εισφοράς του κλάδου υγείας.

ii) ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ

Σημαντικό πρόβλημα προκύπτει όταν σε μια μονάδα εξωνεφρικής κάθαρσης δημιουργείται λίστα υπό ένταξη ασθενών. Και αυτό συμβαίνει πολλές φορές γιατί υπάρχει πληρότητα κλινών ΑΚ. Έτσι οι ασθενείς αναγκάζονται να μεταβαίνουν , με την κάλυψη του ταμείου τους, σε άλλους όμορους ή ακόμη και απομακρυσμένους νομούς. Έτσι αναγκαστικά δημιουργείται η λεγόμενη λίστα με τους υπό ένταξη νεφροπαθείς. Για να μην δημιουργούνται αδικίες υπάρχει σε κάθε νοσοκομείο σχετική εγκύκλιος με θέμα «λίστα αναμονής νεφροπαθών».⁴⁷

Σύμφωνα λοιπόν με την εγκύκλιο με αρ.πρωτ.Υ3δ/2900 Αθήνα 14/5/97 συνιστάται στα νοσοκομεία να συγκροτηθεί πενταμελής επιτροπή προκειμένου να διαμορφώσει τη λίστα αναμονής νεφροπαθών για ΑΚ, η οποία θα αποτελείται από τα παρακάτω μέλη:

- 1) Πρόεδρος Δ.Σ. Νοσοκομείου (ως Πρόεδρος της επιτροπής)
- 2) Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής Νοσοκομείου (Μέλος)
- 3) Διευθυντής, υπεύθυνος Μ.Τ.Ν. Νοσοκομείου (Μέλος)
- 4) Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου (Μέλος)

47) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη, 10 Μαρτίου 2005

5) Κοινωνική Λειτουργός Νοσοκομείου (Μέλος)

Και η τοποθέτηση των ασθενών στη λίστα θα γίνεται κατά σειρά με τα εξής κριτήρια:

- οικονομική κατάσταση (άπορος)
- χρόνος αναμονής
- ηλικία (προτεραιότητα: μαθητές, έφηβοι κτλ)
- εργαζόμενοι στην πόλη ή την ευρύτερη περιοχή

Τονίζεται βέβαια ότι πολλά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν ασθενείς που χρειάζονται ΑΚ, όπως για παράδειγμα οι μη ασφαλισμένοι μετανάστες.

Υπάρχουν όμως ασφαλιστικά ταμεία που το καθένα έχει τις ιδιαιτερότητες του όσον αφορά την κάλυψη εξόδων μετακίνησης από το σπίτι τους στις μονάδες ΑΚ. Συγκεκριμένα υπάρχουν ταμεία που καλύπτουν ανάλογα με την χιλιομετρική απόσταση (επομένως δεν επιβαρύνονται καθόλου οι ασθενείς) όπως για παράδειγμα το Ι.Κ.Α. ,Τ.Ε.Β.Ε. ,δημοσίου κτλ.

Υπάρχουν όμως και ταμεία που δίνουν μηνιαία πάγια αποζημίωση η οποία δεν καλύπτει τα έξοδα μετακίνησης όταν οι αποστάσεις είναι μεγάλες.

Και τέλος οι άποροι (ταμείο πρόνοιας) οι οποίοι δε λαμβάνουν καμία αποζημίωση σε περίπτωση που χρειάζονται να μετακινηθούν. Όμως σύμφωνα με την εγκύκλιο, που προαναφέρθηκε, έχουν προτεραιότητα (δηλαδή προηγούνται όλων) και δεν αντιμετωπίζουν συνήθως πρόβλημα μετακίνησης εντάσσονται δηλαδή άμεσα στη μονάδα

στο τόπο διαμονή τους. Και λαμβάνουν οι ασφαλισμένοι αυτοί μόνο το επίδομα απορίας που δικαιούνται.

iii) ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Θεσμικό πλαίσιο :υπουργική απόφαση – Α2γ/5014/19-7-1982

Προϋποθέσεις:

Το πρόγραμμα εφαρμόζεται:

- α) Στους νεφροπαθείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας και υποβάλλονται σε διαδικασία αιμοκάθαρσης δια τεχνητού νεφρού ή περιτοναϊκής κάθαρσης σε αυτούς δίδεται εφόρου ζωής.
- β) Στους μεταμοσχευμένους. Σε αυτούς δίδεται για χρονικό διάστημα μόνον ένα (1) έτος από τη μεταμόσχευση εφόσον δεν αποβληθεί το μόσχευμα.

δικαιολογητικά:

- α) Αίτηση του ασθενούς ή του νομίμου εκπροσώπου με τα απαραίτητα στοιχεία του.
- β) Γνωμάτευση ή βεβαίωση ιατρού νεφρολόγου επικυρωμένη από Δ/κο Δ/ντη Κρατικού Νοσοκομείου, ότι το άτομο πάσχει από νεφροπάθεια και ότι βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο Χ.Ν.Α.
- γ) Βεβαίωση οικείας δημοτικής και κοινοτικής αρχής ότι ο δικαιούχος βρίσκεται στη ζωή και ότι είναι μόνιμος κάτοικος της περιοχής.⁴⁸

Διαδικασία:

48) Οικονομίδου Γ. Πτυχιακή εργασία « Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια» ο.π. σελ. 105

Τα δικαιολογητικά υποβάλλονται στις κατά τόπους Ν.Α. (Δ/ση Υγιεινής) η οποία και καταβάλλει το διατροφικό επίδομα στους δικαιούχους έναρξη δικαιώματος καταβολής του διατροφικού θεωρείται η ημερομηνία εγγραφής των δικαιούχων στους ειδικούς καταλόγους των αρμοδίων υπηρεσιών των Ν.Α. όπου υπάγονται οι ασθενείς.

Παρατηρήσεις:

Το διατροφικό επίδομα δίδεται ως εξής:

1) Νεφροπαθείς - Ασφαλισμένοι

α) Άμεσα ποσό 57,81 € (19.700 δρχ)

β) Έμμεσα ποσό 57,81 € (19.700 δρχ)

γ) Μεταμοσχευμένοι ποσό 57,81 € (19.700 δρχ)

2) Νεφροπαθείς Άποροι – Ανασφάλιστοι ποσό 86,57 € (29.500 δρχ.)

iv) ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΓΙΑ Α.Μ.Ε.Α.

Από τον Ο.Γ.Α. αποδίδεται η προβλεπόμενη δαπάνη για :

Βοηθητικά θεραπευτικά μέσα (ζώνες, κηλεπίσδεμοι κ.λ.π.)θεραπευτικά μέσα και όργανα παροδικής χρήσης (καθετήρες, ουροσυλλέκτες, συσκευές εισπνοών κ.λ.π.)

Ειδικές εξετάσεις και θεραπείες, αναλώσιμα είδη και μη στους νεφροπαθείς, αποκλειστική αδελφή, δαπάνες μετακίνησης

Ποια δικαιολογητικά απαιτούνται για την απόδοση δαπανών για τις πρόσθετες παροχές.⁴⁹

Για να αποδοθεί από τον Ο.Γ.Α. η νόμιμη δαπάνη θα πρέπει ο ασφαλισμένος να προσκομίσει στον Ο.Γ.Α.:

49) Οικονομίδου Γ. Πτυχιική εργασία « Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια» ο.π. σελ. 106-107

Αίτηση

Γνωμάτευση του νοσοκομείου όπου νοσηλεύθηκε ή εξετάστηκε ο ασφαλισμένος για την ανάγκη χορήγησης των παροχών, θεωρημένη από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α..

Προκειμένου για ειδικές εξετάσεις ή θεραπείες που δεν διενεργούνται στα Κρατικά Νοσοκομεία του Νομού, στην παραπάνω γνωμάτευση θα πρέπει απαραίτητα να γίνεται περί αυτού ειδική μνεία.

Πρωτότυπο τιμολογίου ή δελτίο παροχής υπηρεσιών, θεωρημένο από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α..

Βιβλιάριο υγείας ή βεβαίωση του ανταποκριτή του Ο.Γ.Α., από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία του βιβλιαρίου υγείας του ασθενούς και η διάρκεια ισχύος του, εκτός αν το δικαίωμα περίθαλψης αποδεικνύεται από άλλα στοιχεία, όπως νοσηλεία με δαπάνες του Ο.Γ.Α. κτλ

Στους νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με τη μέθοδο της φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης αποδίδεται:

Για αναλώσιμα υλικά, όπως γάζες, λευκοπλάστ κλπ και μεταφορά υλικού, μηνιαίως ποσό μιας κατώτατης σύνταξης, αφού υποβάλλουν :

Βεβαίωση θεραπευτηρίου, ότι υποβάλλονται σε θεραπεία με τη μέθοδο της φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης

Υπεύθυνη δήλωση κάθε μήνα, ότι συνεχίζουν να υποβάλλονται σε θεραπεία με τη μέθοδο αυτή.

Για τα μη αναλώσιμα υλικά (ζυγαριές, λαβίδες κ.λ.π.) αποδίδεται εφάπαξ ποσό μέχρι το 5πλασιο της κατώτατης σύνταξης, αφού υποβάλλουν :

Γνωμάτευση θεραπευτηρίου για την ανάγκη χρησιμοποίησης και το είδος των μη αναλώσιμων ειδών, θεωρημένη από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α.

Τιμολόγιο αγοράς θεωρημένο από τον ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α.

Αποκλειστική νυχτερινή αδελφή σε νοσοκομείο

Αποδίδεται η δαπάνη για τη χρησιμοποίηση αποκλειστικής αδελφής μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας και εφόσον ο ασθενής δεν νοσηλεύεται για τετραπληγία - παραπληγία και νευροψυχιατρική πάθηση.

Το ποσό που αποδίδεται είναι ίσο με το ημερομίσθιο του ανειδίκευτου εργάτη, προσαυξημένο κατά 25% τις καθημερινές και 75% τις αργίες.

Μετακινήσεις νεφροπαθών

Στους νεφροπαθείς που μετακινούνται περιοδικά για τη διενέργεια αιμοκαθάρσεων, ο Ο.Γ.Α. αποδίδει συνολικά για κάθε μήνα μετακίνησης και ανεξάρτητα από τον αριθμό των μετακινήσεων, ποσό ίσο :

Με το τριπλάσιο της κατώτατης μηνιαίας βασικής σύνταξης αναπηρίας, που καταβάλλεται κάθε φορά από τον Ο.Γ.Α., εάν η μετακίνηση γίνεται εντός των ορίων του νομού, όπου είναι ο τόπος κατοικίας του ασθενούς.

Με το τετραπλάσιο της κατώτατης μηνιαίας βασικής σύνταξης αναπηρίας, που καταβάλλεται κάθε φορά από τον Ο.Γ.Α., εάν η μετακίνηση γίνεται εκτός των ορίων του νομού, όπου είναι ο τόπος κατοικίας του ασθενούς ή αν για την μεταφορά γίνεται χρήση θαλάσσιου μέσου μεταφοράς. Τα ποσά αυτά αποδίδονται από τον Ο.Γ.Α. για την αντιμετώπιση των δαπανών μετακίνησης του νεφροπαθούς και του τυχόν αναγκαίου συνοδού. Η ανάγκη της περιοδικής μετακίνησης του νεφροπαθούς σε μονάδα τεχνητού νεφρού για την διενέργεια αιμοκαθάρσεων βεβαιώνεται από τον ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. του θεραπευτηρίου, στο οποίο παρέχεται η νοσηλεία ή από τον Ιατρό Προϊστάμενο της αρμόδιας Υπηρεσίας Υγείας της Νομαρχίας.

Δικαιούχοι είσπραξης δαπανών περίθαλψης

Ο ασφαλισμένος που υποβλήθηκε στη δαπάνη

Ο εξουσιοδοτημένος από τον ασφαλισμένο

Ο συγγενής του ασφαλισμένου μέχρι τρίτου βαθμού συγγένειας, για ποσό μέχρι το δπλάσιο της κατώτατης σύνταξης Ο.Γ.Α., εφόσον υποβάλει υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρεται ότι ο ασφαλισμένος αδυνατεί (κατάκοιτος κ.λ.π.) να εισπράξει τη δαπάνη, κατέβαλε ο ίδιος τη δαπάνη και ότι ευθύνεται έναντι τρίτων.

Οι κληρονόμοι, ο επιζών σύζυγος ή ο επιμεληθείς της κηδείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρατηρείται λοιπόν ότι τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία (π.χ. Ο.Γ.Α.) καλύπτουν τα έξοδα μετακίνησης των ασθενών, αλλά δυστυχώς κάποια άλλα ταμεία (π.χ. ταμείο πρόνοιας) δεν καλύπτουν πλήρως τους ασφαλισμένους τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Η ποιότητα ζωής είναι μια φράση που χρησιμοποιείται εναλλακτικά για να εκφράσει έννοιες, όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, η ευημερία και το υψηλό ηθικό.⁵⁰ Συνήθως η έννοια της «ποιότητας της ζωής» εμπερικλείει σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική σφαίρα. Το τι σημαίνει όμως ποιότητα ζωής εξαρτάται και σχετίζεται, σε μεγάλο βαθμό, με τις αντιλήψεις του κάθε ασθενούς, οπότε οποιαδήποτε προσπάθεια εκτίμησης της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνει υπόψη αυτές τις ιδιαίτερα υποκειμενικές αντιλήψεις.

50) Guich Cf., Stoner Mh. και Corea Al. «Η αμμοκάθαρση στην κλινική πράξη, ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας» Αθήνα, 2003 σελ.341

Μια κατάσταση που είναι ανυπόφορη για έναν ασθενή μπορεί να είναι ανεκτή για κάποιον άλλον.

Διάφορα εργαλεία που έχουν δημιουργηθεί για να μετρούν την ποιότητα ζωής για ερευνητικούς σκοπούς, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την κλινική εκτίμηση. Εκτός από τις επίσημες μετρήσεις, το προσωπικό πρέπει να δίνει την ευκαιρία στους ασθενείς να μιλούν για τα δικά τους συναισθήματα και τις δικές τους απόψεις, όσον αφορά την ποιότητα ζωής.

Εννοιολογική προσέγγιση ποιότητας ζωής

Η σημερινή κοινωνία είναι μια κοινωνία που γερνά περισσότερο από παλιά, με συνέπεια την αύξηση και επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων.⁵¹

Εξ' ορισμού, μια θεραπεία που απευθύνεται σε χρόνιους ασθενείς δεν έχει σκοπό την ίαση, αλλά κυρίως την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη διατήρηση μιας αξιοπρεπούς ποιότητας της υπόλοιπης ζωής. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα χρόνιας νόσου αποτελεί η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Τα τελευταία χρόνια η προσοχή του ιατρικού κόσμου εστιάζεται στην ποιότητα ζωής των ασθενών ως θεραπευτικό αποτέλεσμα και στο βαθμό ποσοτικής αξιολόγησης και αντικειμενικής μέτρησης με σκοπό τη χρήση της ως εργαλείο θεραπευτικών αποφάσεων. Επιπρόσθετα, στόχο των ερευνητών αποτελεί η αξιολόγηση του οφέλους ή και των πιθανών βλαβών που μπορούν να προέλθουν από την άσκηση πολιτικής υγείας, είτε από το κράτος πρόνοιας είτε από τους άμεσους νοσηλευτικούς φορείς.

51) Οικονομίδου Γ. Πτυχακή εργασία « Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια» Μάιος 2004 σελ. 31

Το ενδιαφέρον αξιολόγησης της παρεχόμενης ποιότητας ζωής δεν ανήκει πλέον μόνο στους διαχειριστές υγείας, οι οποίοι ενδιαφέρονται κυρίως για την κλινική αποτελεσματικότητα και το κόστος της παρεχόμενης θεραπείας, αλλά και στους ίδιους τους ασθενείς οι οποίοι, τουλάχιστον στα αναπτυγμένα κράτη, ενδιαφέρονται όχι μόνο για την επιβίωση τους αλλά και για την ποιότητα αυτής της επιβίωσης, καθώς και για την πλήρη αποκατάσταση και επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο με όσο το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες.

Δεν υπάρχει ομοφωνία στον ορισμό της έννοιας της ποιότητας ζωής. Η δυσκολία στην οριοθέτηση αυτής της έννοιας έγκειται στο γεγονός ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί πολυπαραγοντική έννοια. Ξεκινά από το αίσθημα φυσικής ευεξίας και από την ικανότητα σκέψης και κατανόησης, προχωρά στη δυνατότητα να έχει κανείς καλές σχέσεις με το περιβάλλον του και να συμμετέχει σ' αυτό και φτάνει μέχρι τη δυνατότητα απόκτησης αγαθών πέρα από τα απαραίτητα προς το ζην, καθώς και τη δυνατότητα ευημερίας. Έννοιες όπως η εκπλήρωση προσωπικών στόχων και επιλογών, η ευτυχία ή η ικανοποίηση, η χρησιμότητα στην κοινωνία και άλλες, αποτελούν προσπάθειες προσέγγισης σε αυτό που οι ασθενείς ονομάζουν ποιότητα ζωής. Η λέξη "ποιότητα" αναφέρεται στο βαθμό τελειότητας ενός πράγματος, ενώ ως "ζωή" ορίζεται η ικανότητα λειτουργίας και ανάπτυξης των οργανισμών. Έτσι, ως ποιότητα ζωής ορίζεται ο βαθμός της αξίας της ζωής των ατόμων. Είναι η ποιότητα του τρόπου με τον οποίο ο καθένας λειτουργεί στην κοινωνία και του τρόπου με τον οποίο βιώνει τα γεγονότα που χαρακτηρίζουν την ύπαρξη της ανθρώπινης ζωής. Πρόκειται για μια σχετική έννοια και είναι στενά συνδεδεμένη με το υποκειμενικό και κοινωνικό υπόβαθρο των ατόμων, όπως και με το πολιτικό σύστημα μιας δεδομένης χώρας. Έτσι κρίνεται διαφορετικά από

κάθε άτομο που συγκρίνει ένα γεγονός με σταθερό δεδομένο, το οποίο μπορεί να αποτελεί μια προσωπική ή μια γενικά αποδεκτή αξία.

Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια εμφανίζει προοδευτική βραδέως επιδεινούμενη στην πορεία του χρόνου έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας μέχρι την κατάληξη της σε τελικό στάδιο, οπότε και επιβάλλεται η αντιμετώπιση του ασθενούς με αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού.⁵² Στη διάρκεια αυτής της πορείας, ο νεφροπαθής υφίσταται τις επιδράσεις της νόσου, που προκάλεσε η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, της φαρμακευτικής και διαιτητικής αγωγής στην οποία υποβάλλεται καθώς και τις βιολογικές διαταραχές της νόσου, ενώ παράλληλα υποχρεώνεται να μεταβάλλει διαρκώς τον τρόπο ζωής του. Μια άλλη σημαντική συνέπεια μπορεί να είναι η αλλαγή στο βαθμό της οικογενειακής και κοινωνικής αποδοχής του

Η κορύφωση των επιδράσεων αυτών συντελείται με την ένταξη του στην αιμοκάθαρση. Όλα αυτά επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή του νεφροπαθούς, η οποία αποτελεί βασική παράμετρο της υγείας προσδιορίζοντας και προσδιοριζόμενη από αυτή, και βρίσκεται σε απόλυτα αρνητική συσχέτιση με τη νοσηρότητα και τη θνητότητα. Κατά συνέπεια το μέτρο της απόστασης του τρόπου ζωής μεταξύ αιμοκαθαιρόμενου και υγιούς ανθρώπου δεν μπορεί παρά να εκφράζεται με τη σύγκριση της ποιότητας ζωής του.

52) Οικονομίδου Γ. Πτυχιακή εργασία « Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια» ο.π. σελ. 33 - 34

Οι παράμετροι που αλληλεπιδρούν στην ποιότητα ζωής του νεφροπαθούς είναι η σωματική, η ψυχική και η κοινωνική ευεξία. Στη σωματική διάσταση συνεκτιμώνται συνήθως η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός πόνος, το εύρος των περιορισμών, η εκτέλεση σωματικών δραστηριοτήτων(σωματικός ρόλος), η γενική υγεία καθώς και η συχνότητα νοσηλείας και εμφάνισης συμπτωμάτων (όπως αϋπνία, χρόνιος κνησμός, συμπτώματα νευροπάθειας, μυϊκές κράμπες, οστικοί πόνοι και αρθραλγίες), η διάρκεια θεραπείας και η ικανότητα εργασίας .Ακόμη, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια προκαλεί σεξουαλική δυσλειτουργία, η οποία οφείλεται τόσο σε συναισθηματικούς όσο και σε οργανικούς παράγοντες. Οι οργανικοί παράγοντες(για παράδειγμα η αναιμία, τα μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης και άλλων ορμονών και τα αυξημένα επίπεδα PTH (parathromone) οδηγούν σε μείωση της γονιμότητας και της γενετήσιας ορμής (libido).

Στην ψυχική διάσταση διερευνάται η ψυχική υγεία (ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του αρρώστου, το άγχος, η κατάθλιψη), η ζωτικότητα, το μέγεθος και η συχνότητα των περιορισμών λόγω ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων στην άσκηση των καθημερινών δραστηριοτήτων και ρόλων(συναισθηματικός ρόλος), η συχνότητα ικανοποίησης από επί μέρους τομείς της ζωής, όπως επίσης η συνολική ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, συχνά, εκφράζουν οργή και εχθρικότητα προς το ιατρικό προσωπικό και την ιατρική αγωγή που εκδηλώνεται ως μηχανισμός άμυνας. Ουσιαστικά, πρόκειται για μια αντίδραση στους περιορισμούς που θέτει η νόσος.

Η κοινωνική διάσταση της ευεξίας αναφέρεται αντίστοιχα στο επίπεδο συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες και στην άσκηση πολλαπλών κοινωνικών ρόλων, στην ικανότητα για αμειβόμενη εργασία και στην έκταση των περιορισμών στις δραστηριότητες της καθημερινής

ζωής(κοινωνική λειτουργικότητα). Η χρόνια δέσμευση του ασθενούς από την ασθένεια έχει μεγάλη επίδραση στην προσαρμογή του. Ειδικότερα όταν επιλέγεται η αιμοκάθαρση σαν θεραπευτική μέθοδος, διότι απαιτεί δαπάνη χρόνου η οποία μπορεί να επηρεάσει τη δυνατότητα του ασθενούς να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να νιώθει εξαρτημένος, να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και να αναπτύσσει κατάθλιψη.

Κατ' αντιστοιχία των ανωτέρω διαστάσεων, ως αντικειμενικές παράμετροι θεωρούνται οι εκτιμήσεις που αφορούν τη σωματική υγεία και ως υποκειμενικές οι εκτιμήσεις που αφορούν την ψυχο-κοινωνική υγεία και ευεξία. Η ικανότητα για εργασία, η ζωτικότητα, η γενική υγεία θεωρούνται τόσο αντικειμενικές όσο και υποκειμενικές παράμετροι. Η σύνθεση των διαστάσεων ή των υποκειμενικών και αντικειμενικών παραμέτρων αποφέρει την εκτίμηση της συσχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ:

Α' ΜΕΡΟΣ

1. ΦΥΛΟ: ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

2. ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

3. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ :

- ΟΓΑ
- ΙΚΑ
- ΤΕΒΕ
- ΤΑΕ
- ΠΡΟΝΟΙΑ
- ΑΠΟΡΙΑΣ
- ΤΥΔΚΥ
- ΤΣΕΔΕ
- ΔΥ
- άλλο ταμείο

4. Τόπος μόνιμης κατοικίας:

Χιλιομετρική απόσταση από τη Μ.Τ.Ν. :

5. Τρόπος μετακίνησης στη Μ.Τ.Ν. :

- < ασθενοφόρο
- < ιδιωτικό αυτοκίνητο
- < ταξί (μισθωμένο από ασφαλιστικό ταμείο)
- < λεωφορείο

άλλο

6. Σε ποια ηλικία μάθατε ότι πάσχετε από νόσο των νεφρών

.....

7. Πότε φτάσατε να κάνετε αιμοκάθαρση αφού το μάθατε

.....

Β' ΜΕΡΟΣ

1. Αιτιολογία νεφρικής ανεπάρκειας

.....

2. Χρονολογία εμφάνισης νεφρικής ανεπάρκειας

.....

3. Χρονολογία πρώτης αιμοκάθαρσης

.....

4. Κατά την έναρξη της θεραπείας σας :

A) υπήρξε για σας θέση στη Μ.Τ.Ν. του νομού σας: ναι

όχι

B) αν όχι μετακινηθήκατε σε Μ.Τ.Ν. :

i. Όμορου νομού

ii. Θεσσαλονίκη

iii. Αθήνα

Γ' ΜΕΡΟΣ

1. Είστε ευχαριστημένοι με την καθαριότητα της μονάδας:

- i. Πάρα πολύ
- ii. αρκετά
- iii. Καθόλου

2. Είστε ικανοποιημένοι με τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού:

- i. Πάρα πολύ
- ii. αρκετά
- iii. Καθόλου

3. Είστε ικανοποιημένοι με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού:

- i. Πάρα πολύ
- ii. αρκετά
- iii. Καθόλου

4. Είστε ευχαριστημένοι με την ποιότητα της αιμοκάθαρσης :

- i. Πάρα πολύ
- ii. αρκετά
- iii. Καθόλου

5. πιστεύετε ότι ο εξοπλισμός της μονάδας είναι νέας τεχνολογίας:

- i. Απολύτως σίγουρος
- ii. Μάλλον σίγουρος
- iii. Δε νομίζω

iv. Δε ξέρω

6. Θα θέλατε θάλαμο :

- i. Μόνο αντρών
- ii. Μόνο γυναικών
- iii. Και των δυο φύλων

7. Θα θέλατε θάλαμο:

- i. Απομονωμένο (ξεχωριστό)
- ii. Μαζί με άλλους

8. ποιες είναι οι προτεραιότητες στη ζωή

σας.....

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Μ.Τ.Ν. ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΞΑΝΘΗΣ

8.1 ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα έρευνα έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας «οργάνωση δομή και λειτουργία της Μ.Τ.Ν. του Γ.Ν. Ξάνθης» με στόχο την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών της μονάδας τεχνητού νεφρού η οποία βρίσκεται στο Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης και με ερωτηθέντες τους νεφροπαθείς του νομού Ξάνθης που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση καθημερινά.

Η έρευνα στηρίχθηκε σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 6 Απριλίου 2005 και στις 13 Απριλίου 2005. Το δείγμα περιελάμβανε 50 ερωτηματολόγια που απευθυνόταν σε 50 ασθενείς. Όμως κατέστη δυνατόν να υποβληθούν μόνο τα 13 από αυτά. Διάφοροι ήταν οι λόγοι που δεν υποβλήθηκαν τα υπόλοιπα 37 ερωτηματολόγια. Όπως η βαρύτητα της ασθένειας κάποιων ασθενών, η κακή ψυχοσωματική κατάσταση τους, η αδυναμία επικοινωνίας (αθίγγανοι) και το προχωρημένο της ηλικίας των υπόλοιπων ασθενών.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει 3 μέρη. Το α' μέρος περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις γενικού περιεχομένου όπως για παράδειγμα το φύλο, την χρονολογία γεννήσεως κτλ. Το β' μέρος περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις που αφορούν τη νεφρική ανεπάρκεια. Και τέλος το γ' μέρος περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις που αφορούν την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών της Μ.Τ.Ν. καθώς και τις προσωπικές προτεραιότητες του κάθε νεφροπαθή.

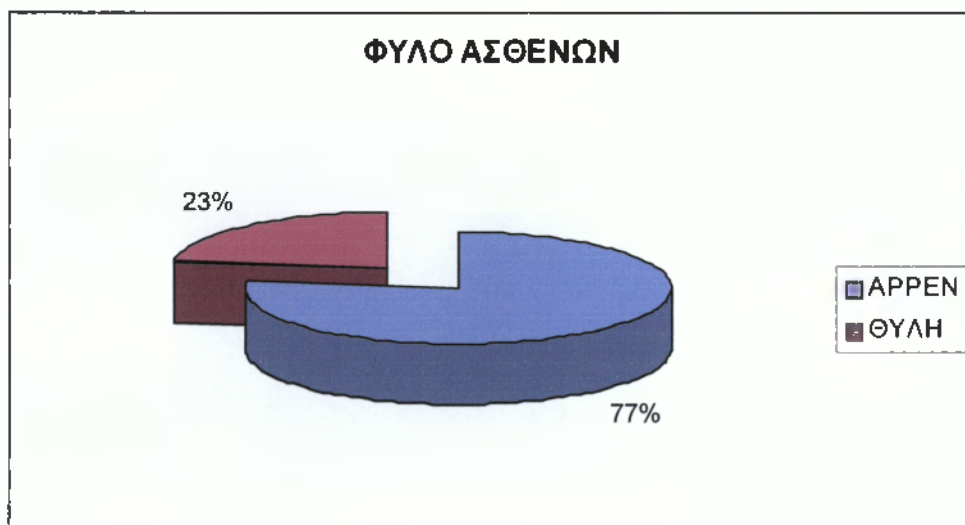
8.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α' ΜΕΡΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.1: ΦΥΛΟ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΡΡΕΝ	10	76,92%
ΘΗΛΥ	3	23,08%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.1: ΦΥΛΟ

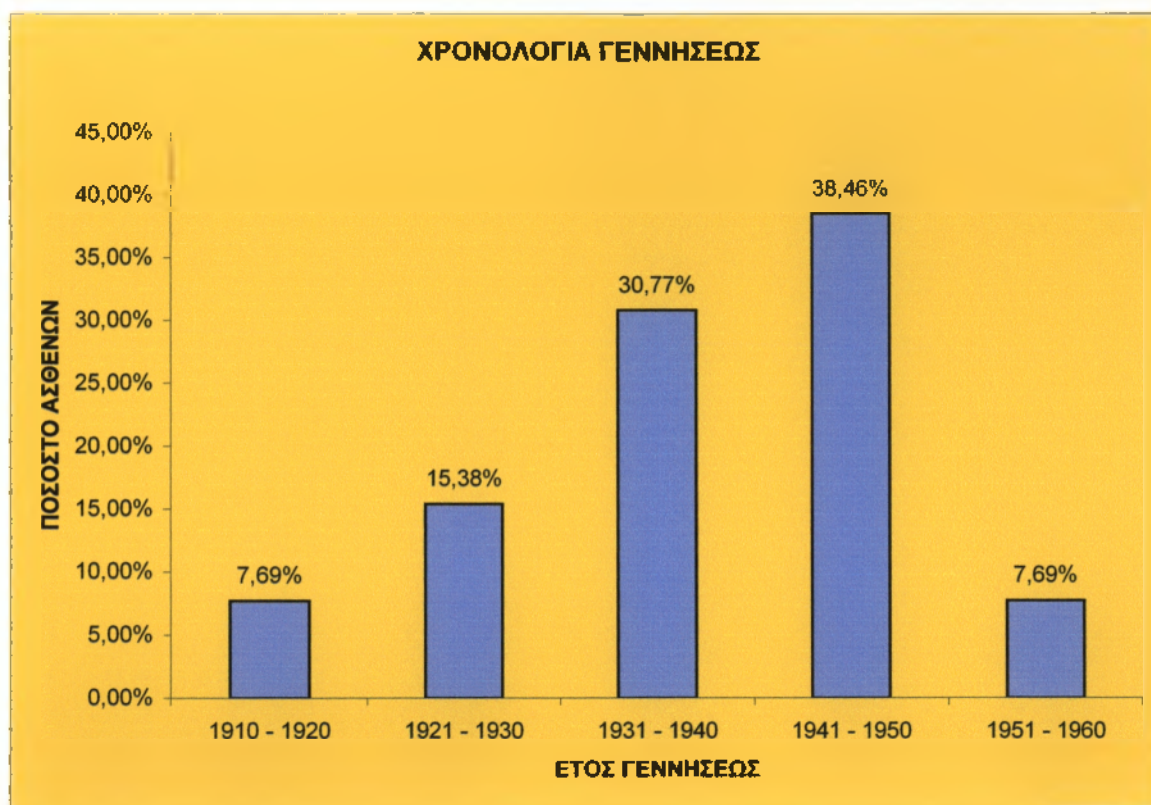


Από το κυκλικό διάγραμμα από τους 13 ασθενείς που ερωτήθηκαν οι 10 με ποσοστό 76,92% είναι άντρες ενώ οι 3 με ποσοστό 23,08 % είναι γυναίκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.2: ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1910 – 1920	1	7,69%
1921 – 1930	2	15,38%
1931 – 1940	4	30,77%
1941 – 1950	5	38,46%
1951 – 1960	1	7,69%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.2: ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

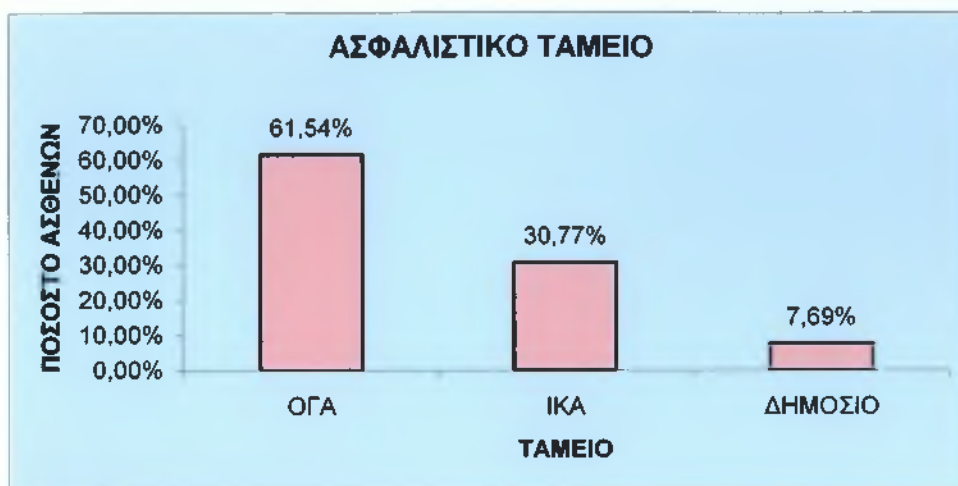


Από το διάγραμμα από τους 13 ασθενείς ο 1 με ποσοστό 7,69% είναι ηλικίας 95-85 ετών, οι 2 με ποσοστό 15,38% είναι 84-75 ετών, οι 4 με ποσοστό 30,77% 74-65 ετών, οι 5 με ποσοστό 38,46% 64-55 ετών και 1 με ποσοστό επίσης 7,69% είναι 54-45 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.3 : ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ο.Γ.Α.	8	61,54%
Ι.Κ.Α.	4	30,77%
ΔΗΜΟΣΙΟ	1	7,69%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3 : ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ



Από το διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 8 με ποσοστό 61,54% είναι ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α., οι 4 με ποσοστό 30,77% είναι ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α. και 1 με ποσοστό 7,69% είναι ασφαλισμένος του δημοσίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.4: ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ν. ΞΑΝΘΗΣ	9	69,23%
Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ	3	23,08%
Ν. ΡΟΔΟΠΗΣ	1	7,69%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.4: ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ



Από το διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 9 με ποσοστό 69,23% είναι μόνιμοι κάτοικοι του νομού Ξάνθης, οι 3 με ποσοστό 23,08% του νομού Καβάλας και 1 με ποσοστό 7,69% του νομού Ροδόπης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.5: ΧΙΛΙΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗ Μ.Τ.Ν.

ΧΙΛΙΟΜΕΤΡΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1 -10 km	2	15,38%
11-20 km	3	23,08%
21-30 km	4	30,77%
31-40 km	1	7,69%
41-50 km	1	7,69%
51-60 km	2	15,38%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.5: ΧΙΛΙΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗ Μ.Τ.Ν.



Από το κυκλικό διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 2 με ποσοστό 15,38% διανύουν καθημερινά για τις ανάγκες της αιμοκάθαρσης 1-10 km, 3 με ποσοστό 23,08% 11-20 km, οι 4 με ποσοστό 30,77% 21-30 km, 1 με ποσοστό 7,69% 31-40 km, επίσης 1 με το ίδιο ποσοστό 41-50 km και 2 με ποσοστό 15,38% 51-60 km.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.6: ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν.

ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ ΜΕΣΟ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ	2	15,38%
ΤΑΞΙ	9	69,23%
ΛΕΩΦΟΡΕΙΟ	2	15,38%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.6: ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν.



Από το κυκλικό διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 2 με ποσοστό 15% έρχονται στη μονάδα με ιδιωτικό αυτοκίνητο, οι 9 με ποσοστό 70% με ταξί και 2 με ποσοστό 15% με λεωφορείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.7: ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΥ ΜΑΘΑΝΕ ΟΤΙ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
10-20 ετών	1	7,69%
21-30	0	0,00%
31-40	4	30,77%
41-50	1	7,69%
51-60	3	23,08%
61-70	2	15,38%
71-80	2	15,38%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.7: ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΥ ΜΑΘΑΝΕ ΟΤΙ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ
ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ**



Από το κυκλικό διάγραμμα από τους 13 ασθενείς ο 1 με ποσοστό 7,69% πληροφορήθηκε ότι έπασχε από νόσο των νεφρών σε ηλικία 1-10 ετών, οι 4 με ποσοστό 30,77% σε ηλικία 31-40, 1 με ποσοστό 7,69% σε ηλικία 41-50, οι 3 με ποσοστό 23,08% σε ηλικία 51-60, οι 2 με ποσοστό 15,38% σε ηλικία 61-70 και ακόμη 2 με το ίδιο ποσοστό σε ηλικία 71-80.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.8: ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΥ ΑΡΧΙΣΑΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΑΦΟΥ ΤΟ
ΕΜΑΘΑΝ**

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
31-40 ετών	1	7,69%
41-50	4	30,77%
51-60	3	23,08%
61-70	2	15,38%
71-80	2	15,38%
81-90	1	7,69%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.8: ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΥ ΑΡΧΙΣΑΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΑΦΟΥ ΤΟ ΕΜΑΘΑΝ



Από το κυκλικό διάγραμμα από τους 13 ασθενείς 1 με ποσοστό 7,69% άρχισε να κάνει αιμοκάθαρση σε ηλικία 31-40 ετών, 4 με ποσοστό 30,77% σε ηλικία 41-50, 3 με ποσοστό 23,08% σε ηλικία 51-60, 2 με ποσοστό 15,38% σε ηλικία 61-70, 2 με το ίδιο ποσοστό σε ηλικία 71-80 και 1 με ποσοστό 7,69% σε ηλικία 81-90.

Β' ΜΕΡΟΣ**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.9: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΡΙΣΜΕΝΗ/ ΑΓΝΩΣΤΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ	2	15,38%
ΠΥΕΛ.ΟΦΕΙΑ.ΣΕ ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΠΟΦΡΑΚ.	1	7,69%
ΝΕΦΡΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ	2	15,38%
ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ	7	53,85%
ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ	1	7,69%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.9: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ



Από το διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 7 με ποσοστό 53,85% πάσχουν από σπειραματονεφρίτιδα, οι 2 με ποσοστό 15,38% από νεφραγγειακή νόσο, 2 με το ίδιο ποσοστό από άγνωστη - μη προσδιορισμένη νεφροπάθεια, ο 1 με ποσοστό 7,69% από διαβητική νεφροπάθεια και ακόμη 1 με το ίδιο ποσοστό από πυελονεφρίτιδα οφειλόμενη σε επίκτητη αποφρακτική ουροπάθεια.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.10: ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1951 - 1960	0	0,00%
1961 - 1970	1	7,69%
1971 - 1980	1	7,69%
1981 - 1990	4	30,77%
1991 - 2000	5	38,46%
2001 - 2005	2	15,38%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.10: ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**



Από το παραπάνω ραβδόγραμμα από τους 13 ασθενείς 1 ασθενής με ποσοστό 7,69% η χρονολογία που εμφανίστηκε σε αυτόν η νεφρική ανεπάρκεια είναι 1961 – 1970, επίσης σε 1 με το ίδιο ποσοστό η νεφρική ανεπάρκεια εμφανίστηκε 1971 – 1980, σε 4 με ποσοστό 30,77% εμφανίστηκε 1981 – 1990, σε 5 με ποσοστό 38,46% εμφανίστηκε 1991 – 2000, και τέλος σε 2 με ποσοστό 15,38% εμφανίστηκε 2001 – 2005.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.11: ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1981 - 1990	2	15,38%
1991 - 2000	7	53,85%
2001 - 2005	4	30,77%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.11: ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

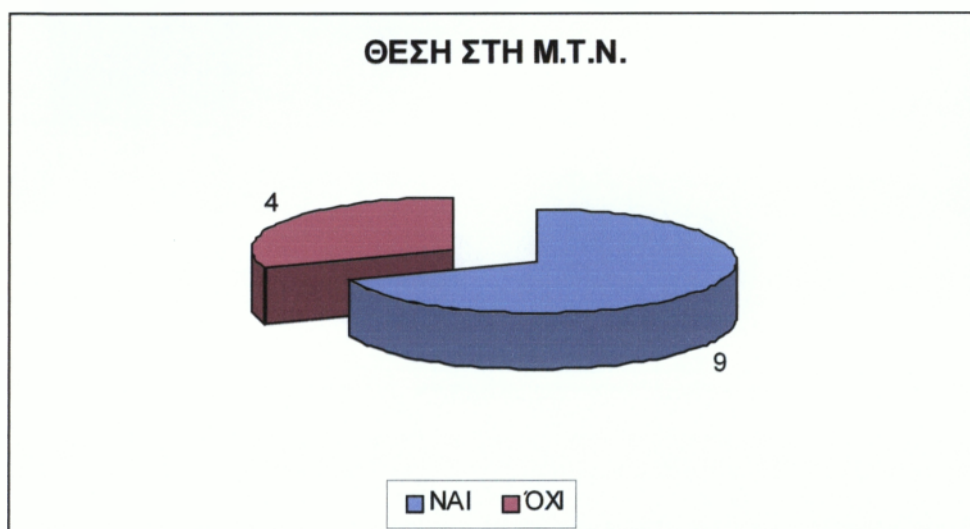


Από το παραπάνω ραβδόγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 2 με ποσοστό 15,38% άρχισαν να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση μεταξύ 1981 – 1990, οι 7 με ποσοστό 53,85% άρχισαν μεταξύ 1991 – 2000, και τέλος 4 με ποσοστό 30,77% άρχισαν μεταξύ 2001 – 2005.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.12: ΘΕΣΗ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΘΕΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	9	69,23%
ΟΧΙ	4	30,77%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.12: ΘΕΣΗ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



Από το κυκλικό διάγραμμα από τους 13 ασθενείς για τους 9 με ποσοστό 69,23% ,κατά την έναρξη της θεραπείας τους, υπήρξε θέση στη Μ.Τ.Ν. του νομού όπου διαμένουν μόνιμα ενώ για τους υπόλοιπους 4 με ποσοστό 30,77% δεν υπήρξε θέση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.13: ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΣΕ ΑΛΛΗ Μ.Τ.Ν.

ΤΟΠΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΟΜΟΡΟΣ ΝΟΜΟΣ	4	80,00%
ΘΕΣΣ/ΝΙΚΗ	0	0,00%
ΑΘΗΝΑ	1	20,00%
ΣΥΝΟΛΟ	5	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.13: ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΣΕ ΑΛΛΗ Μ.Τ.Ν.



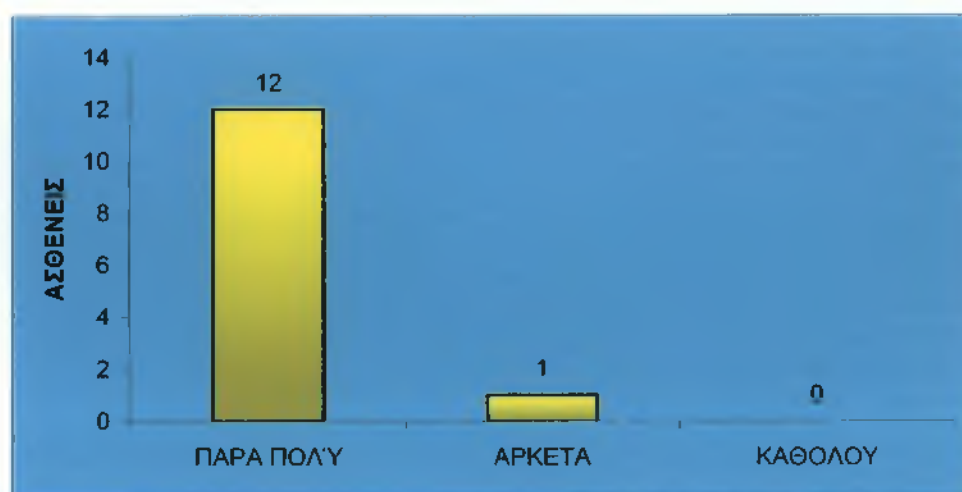
Από το κυκλικό διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 4 με ποσοστό 80% λόγω του ότι κατά την έναρξη της θεραπείας τους δεν υπήρχε για αυτούς θέση στη Μ.Τ.Ν. του νομού όπου διαμένουν μόνιμα μετακινήθηκαν σε όμορο νομό και 1 με ποσοστό 20% μετακινήθηκε στην Αθήνα.

Γ' ΜΕΡΟΣ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.14: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ(ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ Μ.Τ.Ν.)**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	12	92,31%
ΑΡΚΕΤΑ	1	7,69%
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0,00%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.14: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ(ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ Μ.Τ.Ν.)**

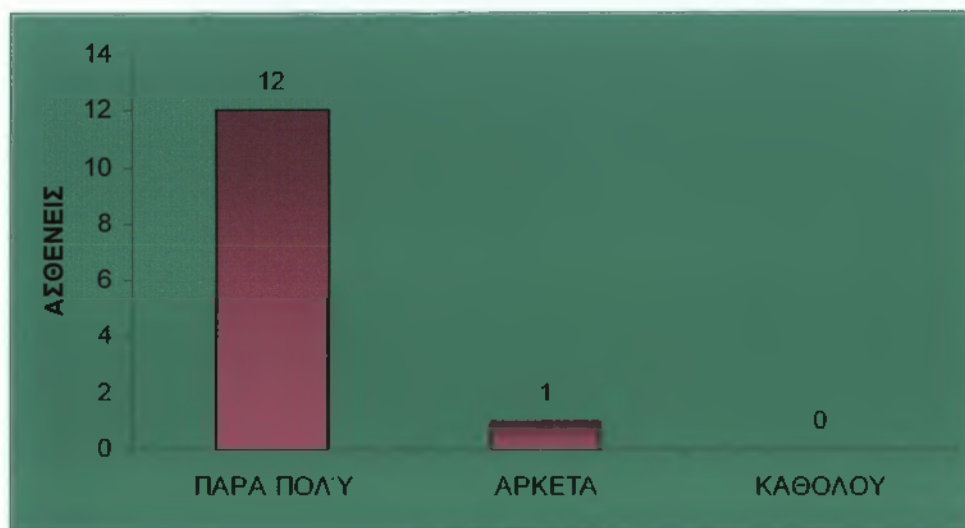


Από το διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 12 με ποσοστό 92,31% είναι πάρα πολύ ευχαριστημένοι όσον αφορά την καθαριότητα της Μ.Τ.Ν. και μόνο 1 με ποσοστό 7,69% είναι αρκετά ευχαριστημένος.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.15: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ)**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	12	92,31%
ΑΡΚΕΤΑ	1	7,69%
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0,00%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.15: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ)**

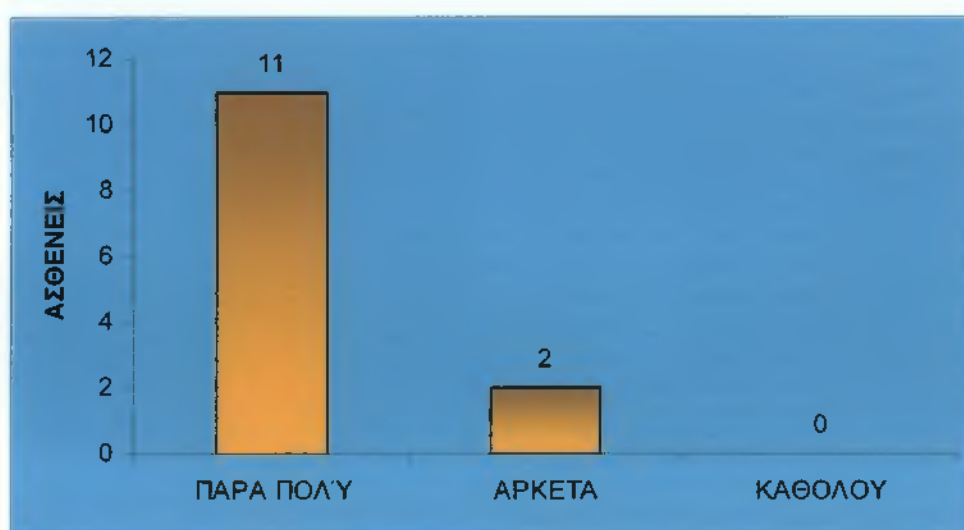


Από το διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 12 με ποσοστό 92,31% είναι πάρα πολύ ευχαριστημένοι όσον αφορά την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού και μόνο 1 με ποσοστό 7,69% είναι αρκετά ευχαριστημένος.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.16: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ)**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	11	84,62%
ΑΡΚΕΤΑ	2	15,38%
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0,00%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.16: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ)**

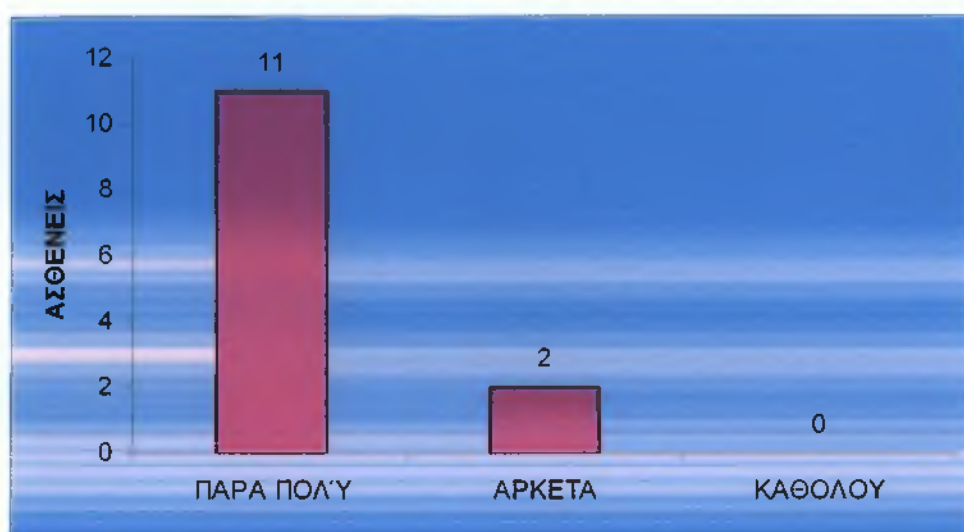


Από το διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 11 με ποσοστό 84,62% είναι πάρα πολύ ευχαριστημένοι όσον αφορά την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού και 2 με ποσοστό 15,38% είναι αρκετά ευχαριστημένοι.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.17: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ)**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	11	84,62%
ΑΡΚΕΤΑ	2	15,38%
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0,00%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.17: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ)**

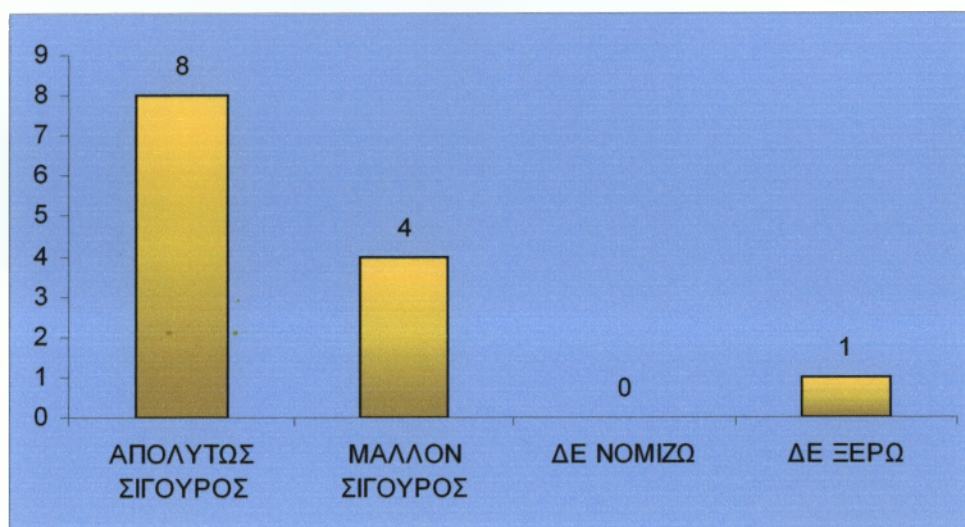


Από το διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 11 με ποσοστό 84,62% είναι πάρα πολύ ευχαριστημένοι όσον αφορά την ποιότητα της αιμοκάθαρσης και 2 με ποσοστό 15,38% είναι αρκετά ευχαριστημένοι.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.18: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ)**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΣΙΓΟΥΡΟΣ	8	61,54%
ΜΑΛΛΟΝ ΣΙΓΟΥΡΟΣ	4	30,77%
ΔΕ ΝΟΜΙΖΩ	0	0,00%
ΔΕ ΞΕΡΩ	1	7,69%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.18: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ)**

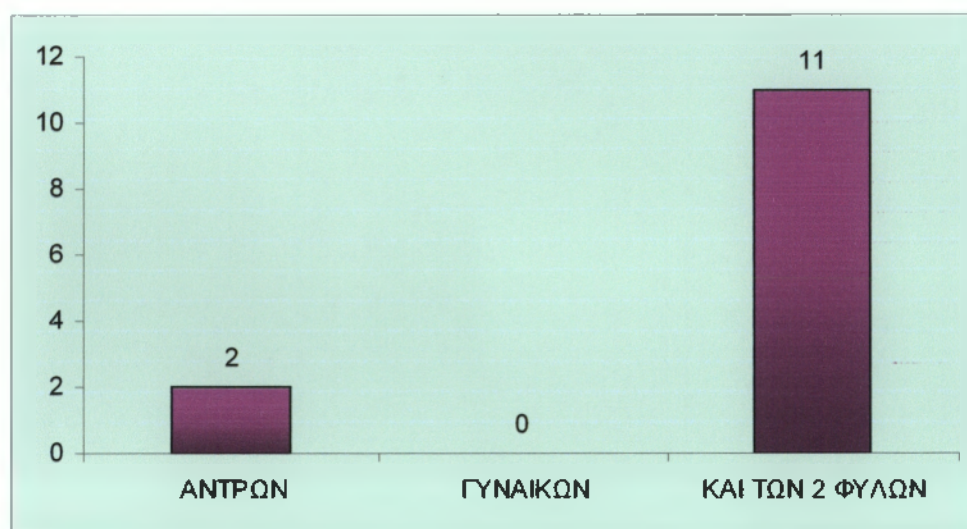


Από το διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 8 με ποσοστό 61,54% είναι απολύτως σίγουροι ότι ο εξοπλισμός της Μ.Τ.Ν. είναι νέας τεχνολογίας, οι 4 με ποσοστό 30,77% είναι μάλλον σίγουροι, και 1 με ποσοστό 7,69% δε ξέρει.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.19: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΘΑΛΑΜΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ)**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΤΡΩΝ	2	15,38%
ΓΥΝΑΙΚΩΝ	0	0,00%
ΚΑΙ ΤΩΝ 2 ΦΥΛΩΝ	11	84,62%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.19: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΘΑΛΑΜΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ)**

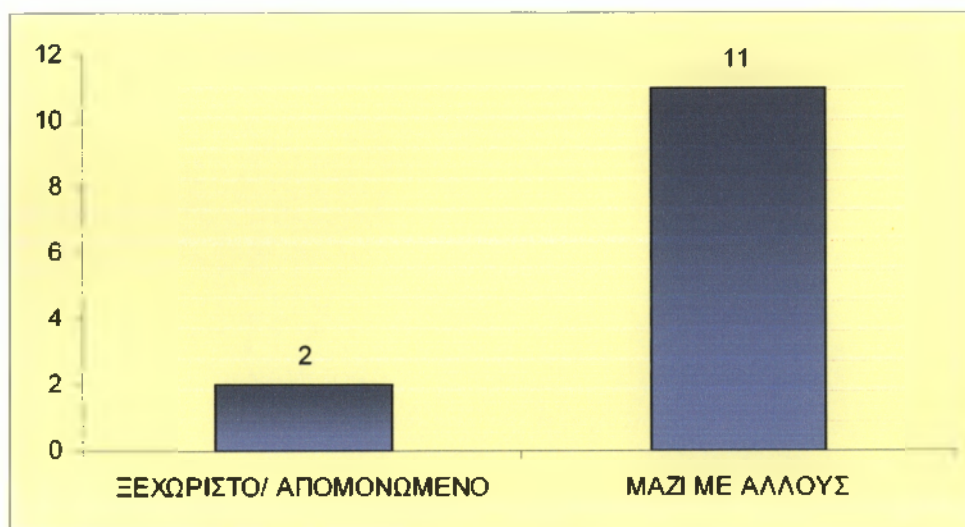


Από το διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 2 με ποσοστό 15,38% θα προτιμούσαν να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε θάλαμο μόνο αντρών (στη συγκεκριμένη περίπτωση άντρες έδωσαν την απάντηση), και 11 ασθενείς με ποσοστό 84,62% δεν έχουν πρόβλημα να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε θάλαμο και των δυο φύλων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.20: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΘΑΛΑΜΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ)**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ/ ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΟ	2	15,38%
ΜΑΖΙ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ	11	84,62%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,00%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.20: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
(ΘΑΛΑΜΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ)**

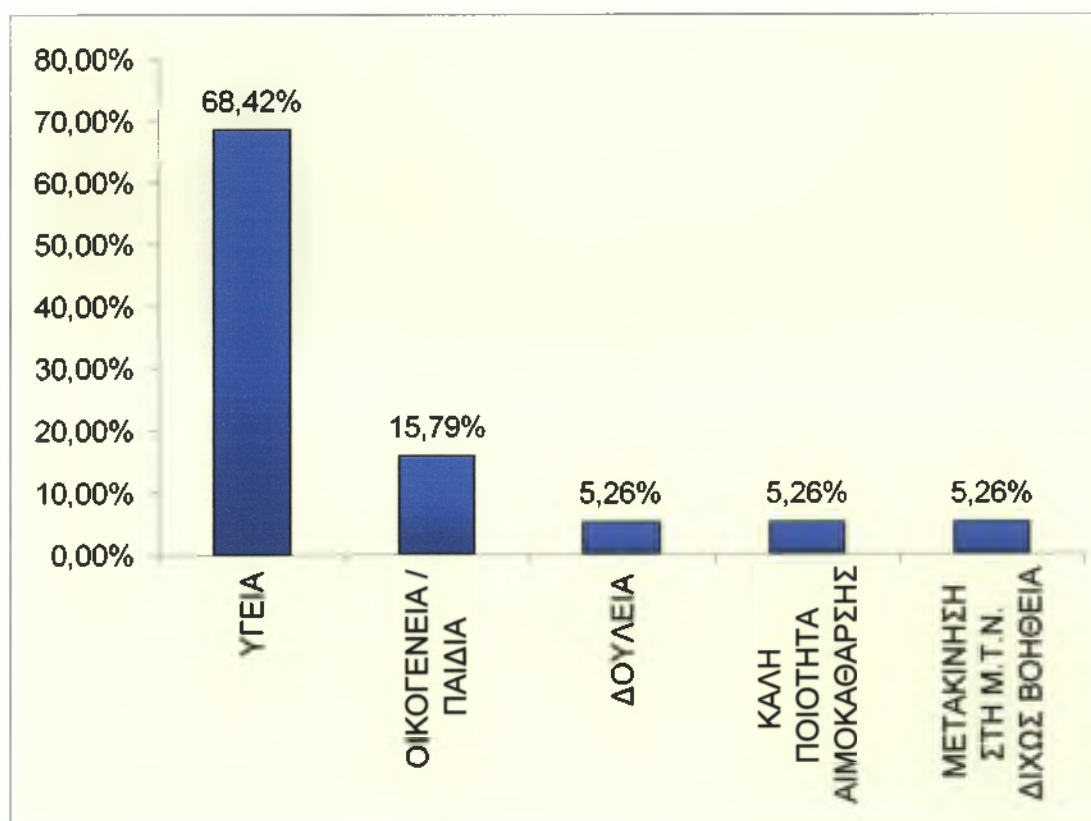


Από το διάγραμμα από τους 13 ασθενείς οι 2 με ποσοστό 15,38% θα προτιμούσαν να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε θάλαμο ξεχωριστό / απομονωμένο και 11 ασθενείς με ποσοστό 84,62% προτιμούν να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε θάλαμο μαζί με άλλους ασθενείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.21: ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΥΓΕΙΑ	13	68,42%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ / ΠΑΙΔΙΑ	3	15,79%
ΔΟΥΛΕΙΑ	1	5,26%
ΚΑΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	1	5,26%
ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν. ΔΙΧΩΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	1	5,26%
ΣΥΝΟΛΟ	19	100,00%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.21: ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ



Σημειώνεται ότι οι ασθενείς έδωσαν πάνω από μια απάντηση.

Από το παραπάνω διάγραμμα από τους 13 ασθενείς και οι 13 με ποσοστό 68,42% έχουν σαν βασική τους προτεραιότητα είναι η υγεία τους, οι 3 με ποσοστό 15,79% έχουν την οικογένεια και τα παιδιά, 1 με ποσοστό 5,26% να έχει μόνιμη δουλεία, 1 με το ίδιο ποσοστό επιθυμεί να του προσφέρεται καλή ποιότητα αιμοκάθαρσης και τέλος ακόμη 1 με το ίδιο ποσοστό επιθυμεί να μπορεί να μετακινείται μόνος του στη Μ.Τ.Ν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παραπάνω μελέτη βάση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου είναι τα εξής :

1. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 77% ήταν άντρες και μόλις το 23% γυναίκες. Αυτό αποδεικνύει ότι ο αντρικός πληθυσμός όλο και περισσότερο αντιμετωπίζει παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος.
2. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι μεγάλης ηλικίας δηλαδή 11 από αυτούς είναι 55 – 84 ετών. Μόλις το 7,69% είναι 85 – 95 ετών και με το ίδιο ποσοστό 1 είναι 54 – 45 ετών. Έτσι αποδεικνύεται ότι παθήσεις των νεφρών εμφανίζονται σε μεγαλύτερες παρά σε μικρότερες ηλικίες.
3. Όσον αφορά το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο ανήκει ο κάθε νεφροπαθής της μονάδας οι περισσότεροι είναι ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α. με ποσοστό 61,54%. Ακολουθούν 4 ασφαλισμένοι στο Ι.Κ.Α. με ποσοστό 30,77% και μόλις 1 είναι ασφαλισμένος του δημοσίου.
4. Σχετικά με το τόπο μόνιμης κατοικίας των ασθενών οι περισσότεροι ασθενείς είναι κάτοικοι του νομού Ξάνθης με ποσοστό 69,23%. Ενώ μόλις το 23,08% μένει στο νομό Καβάλας και το 7,69% στο νομό Ροδόπης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι

ασθενείς αυτών των νομών (Καβάλας και Ροδόπης)
εξυπηρετούνται από τις κατά τόπους Μ.Τ.Ν.

5. Όσον αφορά τη χιλιομετρική απόσταση που διανύει καθημερινά ο κάθε νεφροπαθής, ως επί το πλείστον οι περισσότεροι με ποσοστό 30,77% διανύουν 21 – 30 km. Ακολουθούν 5 ασθενείς που διανύουν 1 – 20 km. Και τέλος 4 ασθενείς που διανύουν 31 – 60 km.
6. Σχετικά με τον τρόπο μετακίνησης των ασθενών η πλειοψηφία αυτών δηλαδή το 70% μεταφέρονται στη μονάδα με ταξί και μάλιστα μισθωμένο από το ασφαλιστικό τους ταμείο. Ενώ το υπόλοιπο 30% φτάνει στη μονάδα είτε με ιδιωτικό αυτοκίνητο (15%) είτε με λεωφορείο (15%).
7. Όσον αφορά τη χρονολογία της εμφάνισης της νεφρικής ανεπάρκειας μέχρι να φτάσουν στο σημείο να υποβληθούν στη πρώτη αιμοκάθαρση, οι περισσότεροι νεφροπαθείς με ποσοστό 30,77% πληροφορήθηκαν ότι πάσχουν από νόσο των νεφρών σε ηλικία 31 – 40. Και έφτασαν να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στα 41 – 50. Περίπου δηλαδή μια δεκαετία αργότερα από τη στιγμή της πληροφόρησης.
8. Ως προς το αν κατά την έναρξη της θεραπείας τους υπήρξε θέση στη Μ.Τ.Ν. , του νομού όπου διέμεναν μόνιμα, για το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (69,23%) υπήρξε θέση. Για το υπόλοιπο ποσοστό το 30,77% δεν υπήρξε θέση και μετακινήθηκαν οι 4 ασθενείς σε όμορο νομό και μόνο 1 στην Αθήνα.
9. Σχετικά με την ποιότητα παροχής υπηρεσιών που αφορά πιο συγκεκριμένα την καθαριότητα της μονάδας, τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και την ποιότητα της αιμοκάθαρσης τα αποτελέσματα είναι εκπληκτικά. Πράγματι οι περισσότεροι ασθενείς είναι πάρα πολύ ευχαριστημένοι με όλες

τις παραπάνω υπηρεσίες. Γεγονός που αποδεικνύει ότι το προσωπικό είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και ανταποκρίνεται στις ανάγκες των νεφροπαθών.

10. Σχετικά με το αν οι ασθενείς επιθυμούν θάλαμο του ιδίου φύλου ή και των δυο φύλων οι περισσότεροι με ποσοστό 84,62 % προτιμούν την υπάρχουσα κατάσταση δηλαδή μια αίθουσα που εξυπηρετεί και τα δυο φύλα.
11. Ως προς το αν επιθυμούν θάλαμο απομονωμένο ή θάλαμο μαζί με άλλους νεφροπαθείς οι περισσότεροι με ποσοστό 84,62% επιθυμούν να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση μαζί με άλλους μέσα στην αίθουσα.
12. Τέλος σχετικά με τις προτεραιότητες που έχει ο κάθε νεφροπαθής της μονάδας όλοι επιθυμούν την υγεία τόσο την δική τους όσο και της οικογένειάς τους. Επίσης 1 αναφέρθηκε στην επαγγελματική του κατάσταση, 1 επιθυμεί να καταφέρει κάποια στιγμή να πηγαίνει στη μονάδα μόνος του και 1 αναφέρθηκε στη ποιότητα της αιμοκάθαρσης που του προσφέρεται να συνεχίσει να είναι της ίδιας καλής ποιότητας.

ΜΕΡΟΣ 3ο:

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Η Μ.Τ.Ν. του Γ.Ν. Ξάνθης τηρεί όλες τις προϋποθέσεις σχετικά με τους κανονισμούς - προδιαγραφές λειτουργίας που ισχύουν με το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο
2. Οι χώροι της είναι επαρκής ανάλογα με τους εξυπηρετούμενους ασθενείς.
3. Το προσωπικό (ιατρικό – νοσηλευτικό – τεχνικό – καθαριότητας) ανάλογα με τις εξυπηρετούμενες συνθήκες της μονάδας είναι επαρκές
4. Ο μηχανολογικός εξοπλισμός της μονάδας είναι επαρκές για τους εξυπηρετούμενους ασθενείς
5. Τα ταμεία σήμερα αποδεδειγμένα για λόγους κοινωνικοπολιτικούς και οικονομικούς δεν πληρώνουν το πραγματικό κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Στα δημόσια νοσοκομεία ακόμα δεν γίνεται σωστή κοστολόγηση. Άρα τα ταμεία πληρώνουν στα νοσοκομεία, για κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης, μόνο το κόστος των αναλώσιμων υλικών και το κόστος του προσωπικού και των λοιπών υπηρεσιών επιδοτείται από το κράτος.
6. Τα ασφαλιστικά ταμεία προσφέρουν στους ασθενείς ένα ποσό το οποίο ανέρχεται στο ποσό των 147 € ημερησίως. Επίσης όπως παρατηρήθηκε τα περισσότερα από αυτά καλύπτουν τα έξοδα μετακίνησης των ασθενών.
7. Οι ασθενείς του Γ.Ν. Ξάνθης οι οποίοι αντιμετωπίζουν νεφρολογικά προβλήματα εξυπηρετούνται από την υπάρχουσα παθολογική κλινική του νοσοκομείου.
8. Η μεταμόσχευση νεφρού αναγνωρίζεται σήμερα σαν μία αποδεκτή μέθοδος θεραπείας των αρρώστων με Χ.Ν.Α. τελικού σταδίου.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

1. Η Μ.Τ.Ν. του Γ.Ν. Ξάνθης δεν έχει αυτόνομη νεφρολογική κλινική και αυτόνομη Μ.Τ.Ν. με αποτέλεσμα οι ασθενείς που έχουν νεφρολογικά προβλήματα να εξυπηρετούνται γενικά από την παθολογική κλινική.
2. Δεν υπάρχει προγραμματισμός για αντικατάσταση ή αναπαλαίωση εξοπλισμού της μονάδας.
3. Όπως ήδη αναφέρθηκε η έλλειψη αποθηκευτικού χώρου για αναλώσιμα υλικά δηλαδή για πράγματα που θα μπορούσαν να τακτοποιηθούν σε κάποιο μεγαλύτερο αποθηκευτικό χώρο και θα βοηθούσαν στην καλύτερη οργάνωση της μονάδας, σήμερα στριμώχνονται σε μικρότερες αποθήκες.
4. Επειδή με βάσειτις μελέτες που γίνονται οι ασθενείς που χρειάζονται ΑΚ θα αυξηθούν , λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι η ετήσια αύξηση ασθενών θα είναι 5% - 10%, η σημερινή Μ.Τ.Ν. θα χρειαστεί επέκταση.⁵³
5. Προβλήματα επίσης δημιουργούνται από έλλειψη ιατρικού - νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο απουσιάζει με άδειες εγκυμοσύνης, αναρρωτικές ή και λόγω συνταξιοδότησης. Δεν γίνεται άμεσα αντικατάσταση αυτού του προσωπικού. Έτσι διαταράσσεται η εύρυθμη λειτουργία της μονάδας.⁵⁴

53) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη , 31 Μαρτίου 2005

54) Πλαστήρα Θ., Προϊσταμένη Τεχνητού Νεφρού, προσωπική συνέντευξη 6 Απριλίου 2005

6. Όσον αφορά το κόστος υπάρχει διάσταση του πραγματικού με το νοσήλιο που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία . Στη πραγματικότητα τα νοσοκομεία έχουν ζημία, λόγω του ότι δεν πληρώνονται ή καλύτερα πληρώνονται με τιμές χαμηλότερες του κόστους από τα ταμεία . Στοιχεία που επιβεβαιώνονται και από την Μ.Τ.Ν. του Γ.Ν. Ξάνθης.⁵⁵
7. Στη χώρα μας η ενημέρωση σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις και την ιδέα για δωρεά σώματος είναι αρκετά μικρή λόγω έλλειψης σωστής πληροφόρησης για τη μεγάλη ανθρωπιστική αξία που έχει η προσφορά ενός οργάνου σ' ένα πάσχοντα συνάνθρωπο , άλλες πάλι φορές οι θρησκευτικές πεποιθήσεις εμποδίζουν τους συγγενείς των θυμάτων να δεχθούν αφαίρεση οργάνων από τους προσφιλείς νεκρούς τους και τη μεταμόσχευση των οργάνων αυτών σε πάσχοντες συνανθρώπους τους. Παρ' όλα αυτά τα τελευταία χρόνια καταβάλλεται προσπάθεια ενημέρωσης του κοινού για την τεράστια ανθρωπιστική αξία προσφοράς οργάνων μετά θάνατο , τόσο από τις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες όσο και από άλλους φορείς ιδιωτικής πρωτοβουλίας.

55) Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη , 18 Μαρτίου 2005

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι προτάσεις σχετικά με μια Μ.Τ.Ν. οι οποίες βέβαια θα πρέπει να αποσκοπούν στη βελτίωση όσον αφορά την ποιότητα, την επιστημονική αρτιότητα, την υψηλών προδιαγραφών παρεχόμενη εξωνεφρική κάθαρση και βεβαίως στην όσο το δυνατόν εξυπηρέτηση των ασθενών του κάθε νομού που έχουν ανάγκη ΑΚ, θα πρέπει να βασίζονται στη διαπίστωση, μελέτη και αξιολόγηση των προβλημάτων που προκύπτουν στη συγκεκριμένη μονάδα. Έτσι οι προτάσεις που αφορούν την Μ.Τ.Ν. του Γ.Ν. Ξάνθης σύμφωνα με τα προαναφερθέντα είναι οι παρακάτω :

1. Κάθε Μ.Τ.Ν. καλόν είναι να υποστηρίζεται από μια νεφρολογική κλινική και ένα τμήμα περιτοναϊκής κάθαρσης. Έτσι στην αποτυχία μιας μεθόδου να εντάσσεται αυτόματα στην άλλη δίχως ταλαιπωρία ο νεφροπαθής
2. Ως προς την ποιότητα της παρεχόμενης θεραπευτικής μεθόδου στις Μ.Τ.Ν. η τεχνολογία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, η οποία ως γνωστό καθημερινά εξελίσσεται γι αυτό και θα πρέπει να υπάρχει προγραμματισμός για αντικατάσταση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού σε τακτά χρονικά διαστήματα.
3. Η κατασκευή, ο εξοπλισμός και η χωροθέτηση των μονάδων εξωνεφρικής κάθαρσης θα πρέπει να γίνεται με την προοπτική περαιτέρω ανάπτυξης και αυτό γιατί υπάρχει η ανάγκη εξυπηρέτησης νέων ασθενών που χρειάζονται ένταξη. Βεβαίως το πρόβλημα αυτό στις μεγάλες πόλεις – αστικά κέντρα αντιμετωπίζεται από την λειτουργία ιδιωτικών μονάδων εξωνεφρικής κάθαρσης.
4. Κατά την διάρκεια των διακοπών Χριστουγέννων και Πάσχα ιδίως όμως κατά τους καλοκαιρινούς μήνες παρατηρείται αυξημένη ζήτηση από ασθενείς για φιλοξενία – τουρισμό διακοπές.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι η χώρα μας επιδιώκει να αναπτυχθεί τουριστικά θα πρέπει να προγραμματίζει έτσι ώστε να υπάρχει η απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή και εξειδικευμένο προσωπικό να υποδεχτεί ειδικές κατηγορίες τουριστών, οι οποίες στη περίπτωση μας συνδυάζουν θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους με τουρισμό. Ήδη στη χώρα μας υπάρχουν αρκετά τέτοια κέντρα ειδικά στην Κρήτη και στην Ρόδο που προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες.

Με τα σημερινά δεδομένα γίνεται προσπάθεια στη Μ.Τ.Ν. του Γ.Ν. Ξάνθης να εξυπηρετήσουν όσο το δυνατόν περισσότερους νεφροπαθείς στη διάρκεια των διακοπών. Συγκεκριμένα όμως επειδή οι ανάγκες αυξάνουν σε ετήσια βάση , θα πρέπει να υπάρξει πρόβλεψη για επέκταση της μονάδος για αύξηση της υποδοχής των προς εξυπηρέτηση ασθενών.

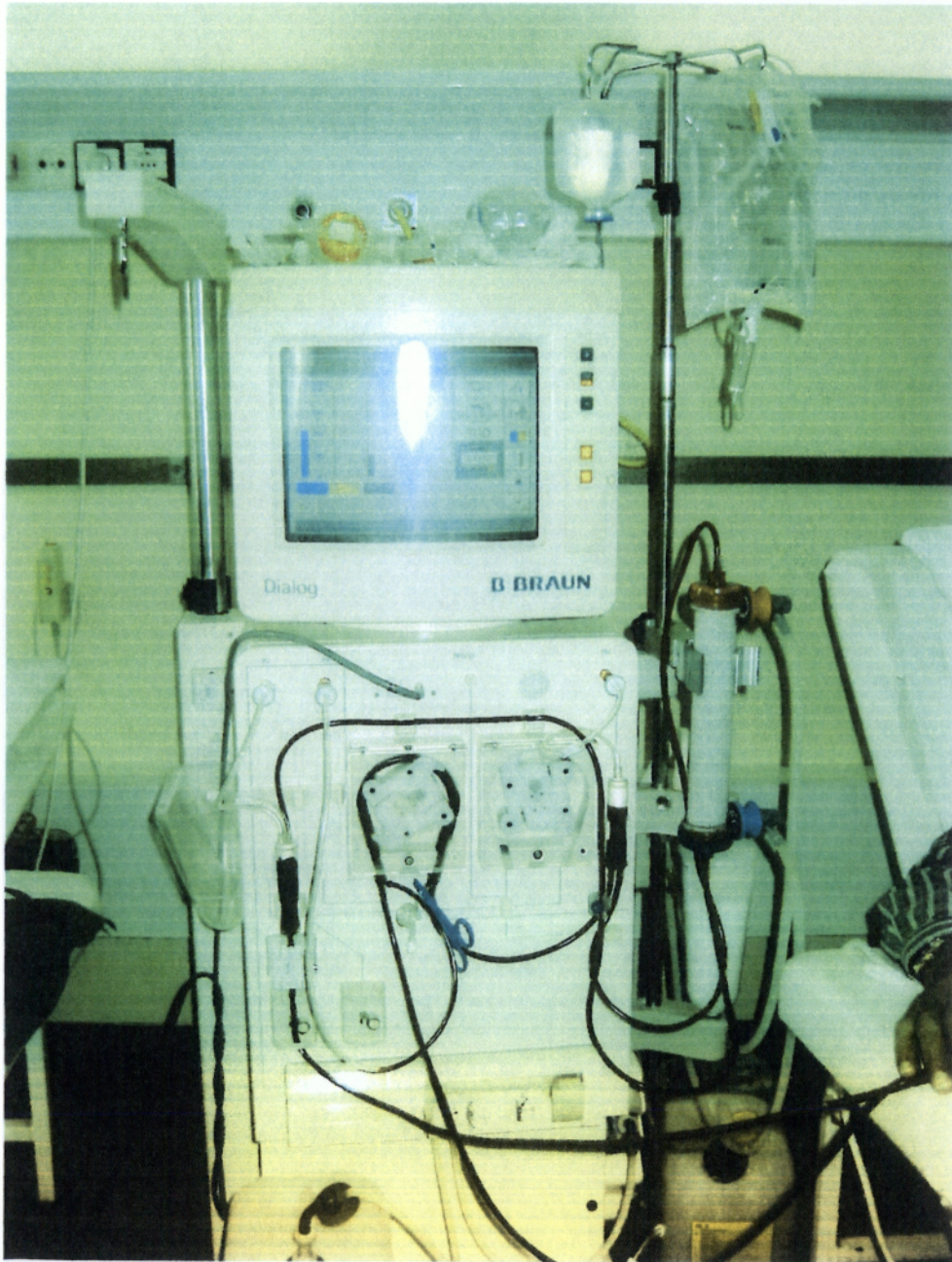
5. Θα πρέπει να δημιουργηθεί το κατάλληλο πλαίσιο νομικό κτλ και κατάλληλες προϋποθέσεις για την ταχύτητα πλήρωσης θέσεων που δημιουργούνται στις Μ.Τ.Ν. από την έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, λόγω μακροχρόνιων αναρρωτικών αδειών ή συνταξιοδοτήσεων
6. Βέβαια θα πρέπει αφού αναφερθούμε : α) στις μεταμοσχεύσεις ασθενών της Μ.Τ.Ν. της Ξάνθης, που ανέρχονται μέχρι σήμερα σε 15 και β) ότι περί τους 22 ασθενείς σήμερα είναι στη λίστα έτοιμοι για πτωματική μεταμόσχευση , να τονίσουμε το πόσο σημαντικό είναι η προώθηση των μεταμοσχεύσεων. Αυτό προϋποθέτει οργάνωση και δημιουργία μεταμοσχευτικών κέντρων, ενημέρωση των πολιτών και κυρίως ανάπτυξη της ιδέας της μετά θάνατο δωρεάς οργάνων ανθρώπινου σώματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ανδρικόσ Αιμ. , «Υγιής κατά τη ένταξη σε χρόνια εξωνεφρική κάθαρση» , π.DIALYSIS LIVING, αρ.3. Σεπτέμβριος – Δεκέμβριος 2001
2. Αποστόλου Θ. «Εκπαίδευση ασθενούς» ,Κλινική νεφρολογία , τόμος 4, Αθήνα 2005
3. Βασιλείου Μ. «Ένα ΕΣΥ για την Ευρώπη», εφ. «Το Βήμα», 29 Δεκεμβρίου 2002, Α13751
4. Κοτζαγιάννη Αικ. Πτυχιική εργασία «οργάνωση - δομή - λειτουργία Μ.Τ.Ν. του Ιπποκράτειου»
5. Κοτσιάρης Απ. Πτυχιική εργασία «οργάνωση - δομή - λειτουργία Μ.Τ.Ν. του Γ. Ν. Λαμίας»
6. Οικονομίδου Γ. Πτυχιική εργασία « Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια» Μάιος 2004
7. Παπαδημητρίου Μ. και συνεργάτες «Νεφρολογία» τόμος 1 , Θεσσαλονίκη 1988
- 8 . Πλαστήρα Θ., Προϊσταμένη Τεχνητού Νεφρού, προσωπική συνέντευξη
- 9 . Φανουράκη – Δολιάντου Α. «Τεχνητός Νεφρός», Ξάνθη , 1996
- 10 . Χατζηδημητρίου Χρ., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., προσωπική συνέντευξη
11. Gutch Cf., Stoner Mh. και Corea Αl. «Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας» Αθήνα, 2003
12. Provan Dr., Krentz An. «Oxford handbook of clinical and laboratory investigation», Oxford university Press 2002
13. ΦΕΚ 107/9-3-1987 τεύχος Β΄ «προδιαγραφές και κανονισμός λειτουργίας Μονάδων Εξωνεφρικής Κάθαρσης» , Αθήνα 1987

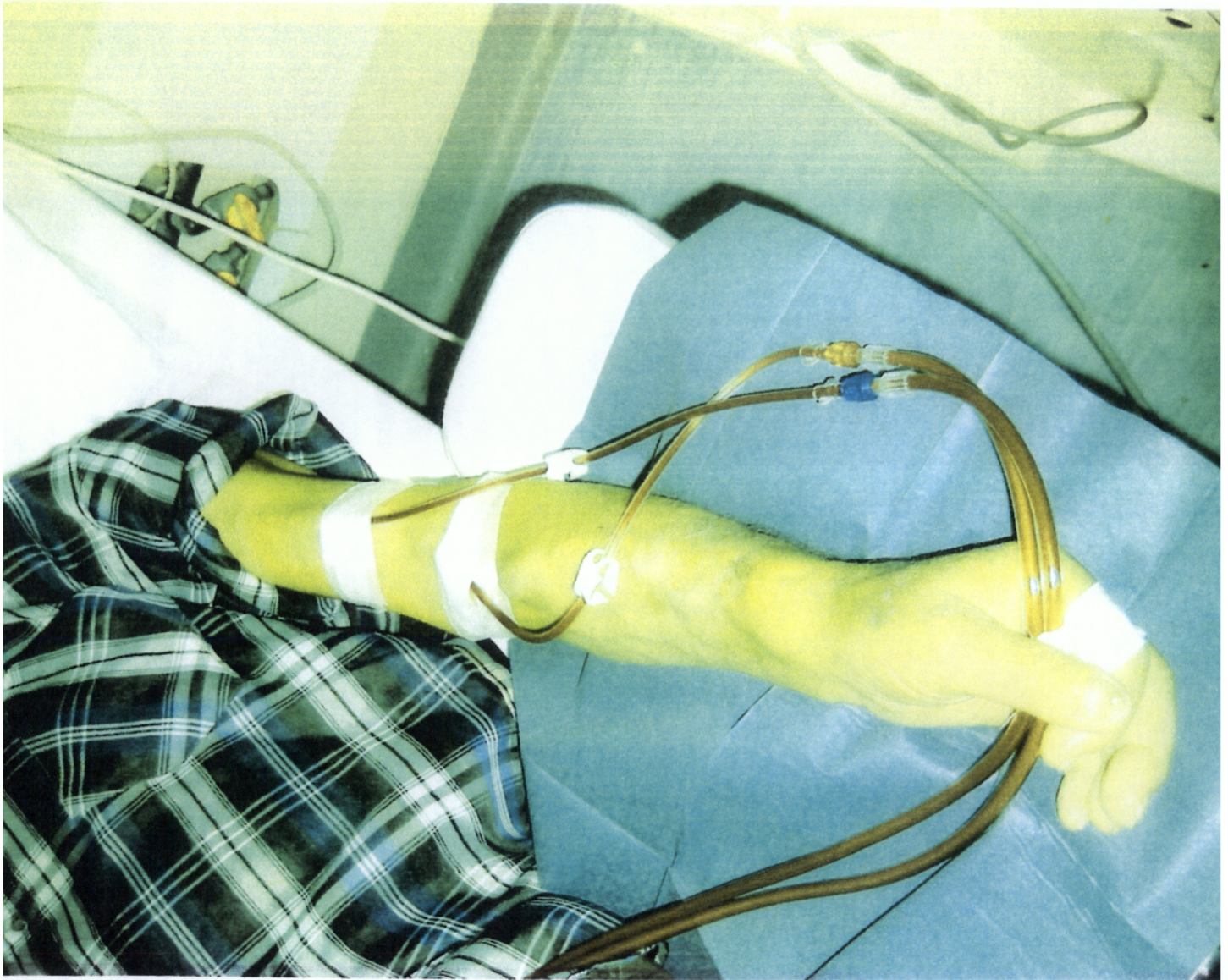
14. <http://www.corfu-renal.gr/>
15. http://www.renalkomotini.gr/xna_files/frame.htm
16. <http://www.san.gr/gr/articles/index.htm>
17. <http://www.psnrenal.gr/>
18. <http://www.in.gr>
19. <http://www.hosp-xanthi.gr/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Φωτογραφία : 1

Φωτογραφία : 2

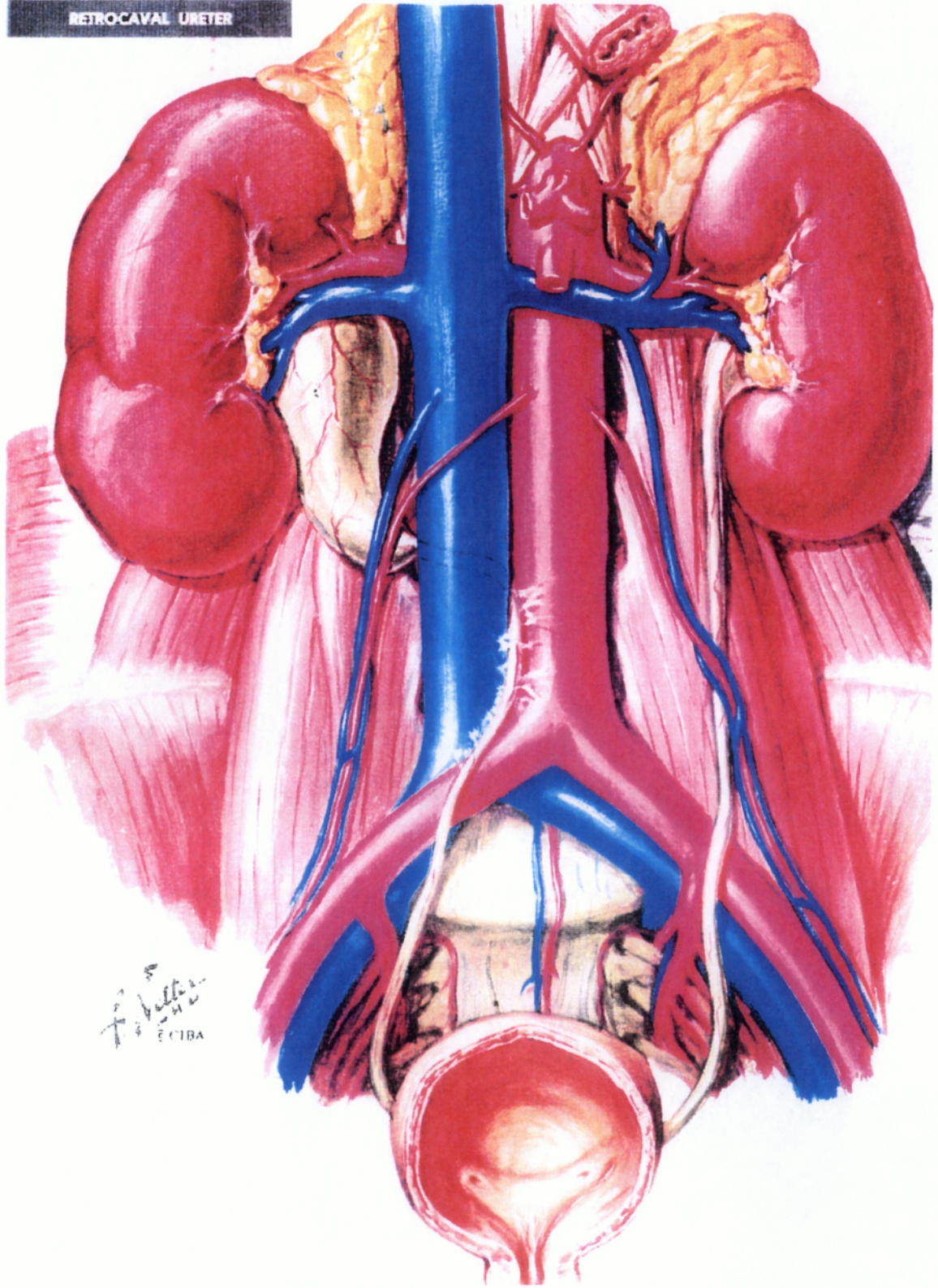




Φωτογραφία : 3

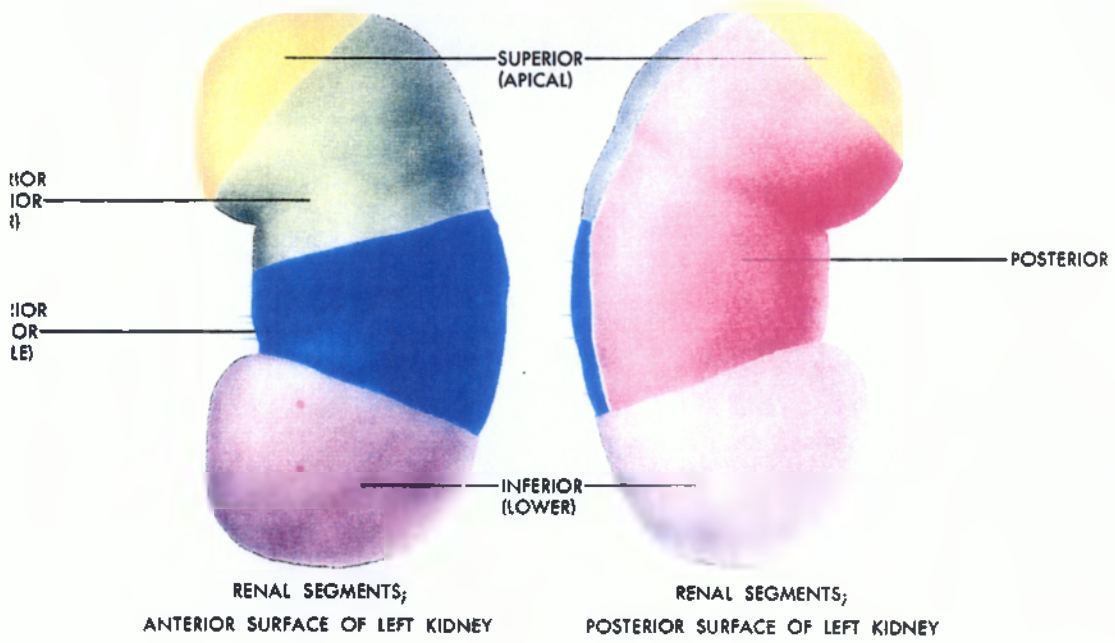
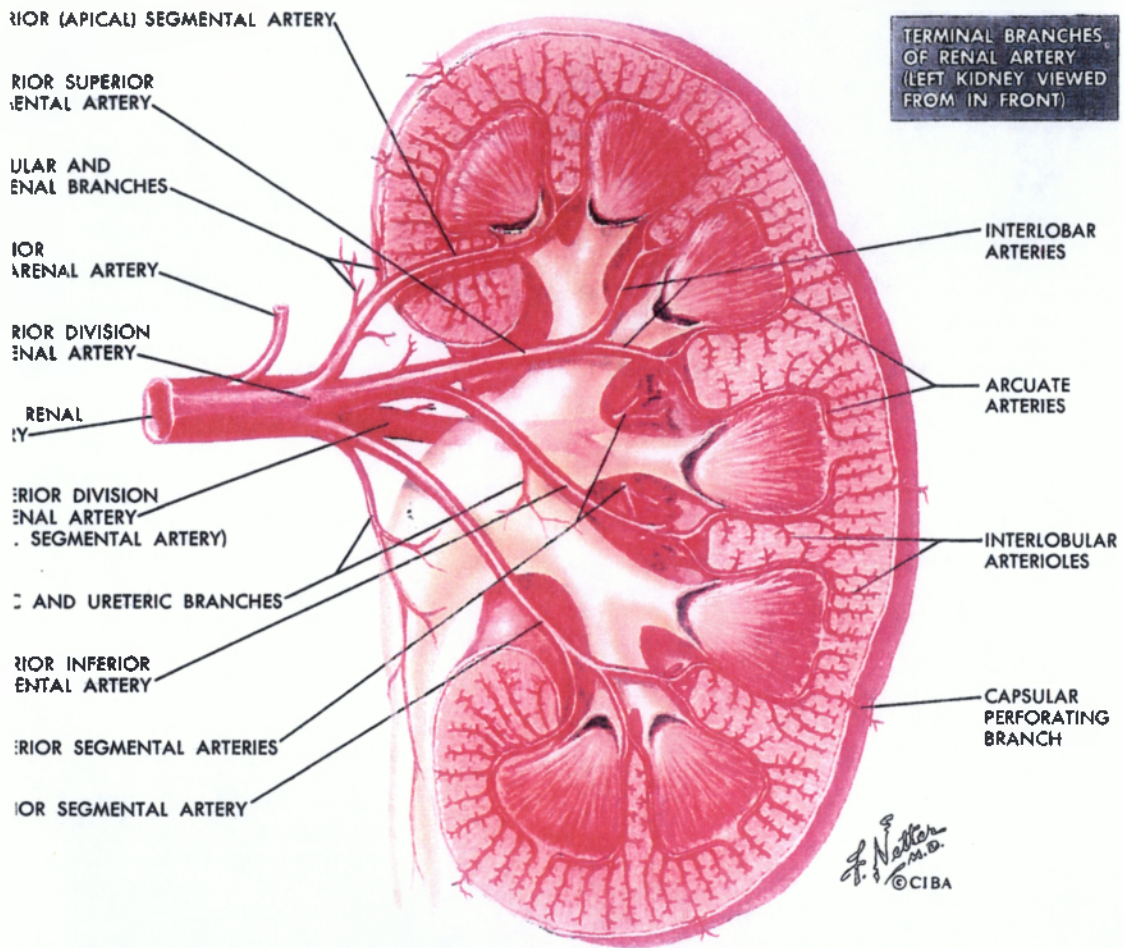
EIKONA 1

RETROCAVAL URETER



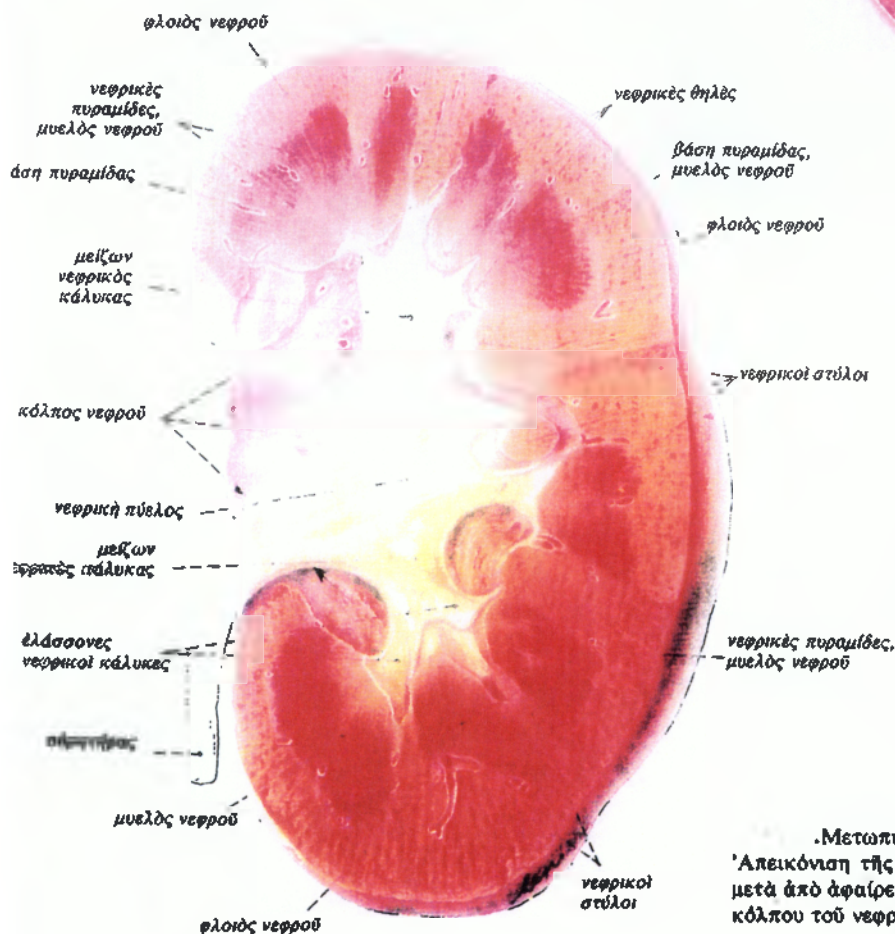
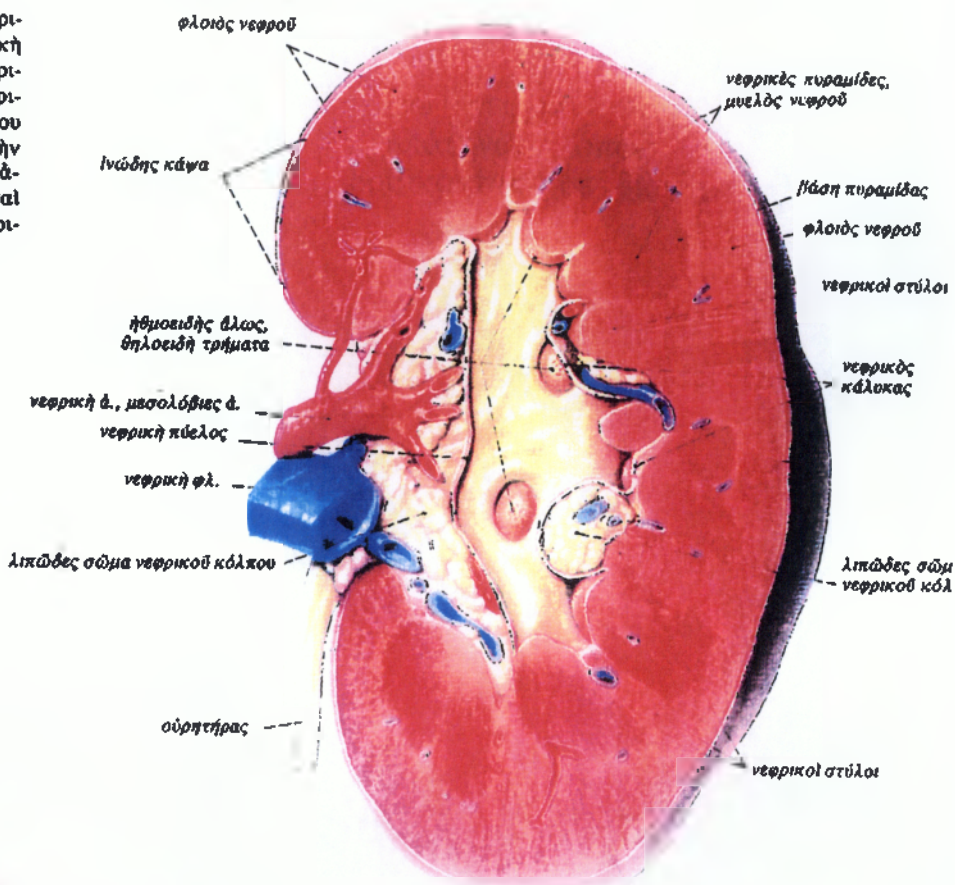
U
R
E
T
E
R
R
E
T
R
O
C
A
U
S
A
L
U
R
E
T
E
R

FIGONA 2



ΕΙΚΟΝΑ 3

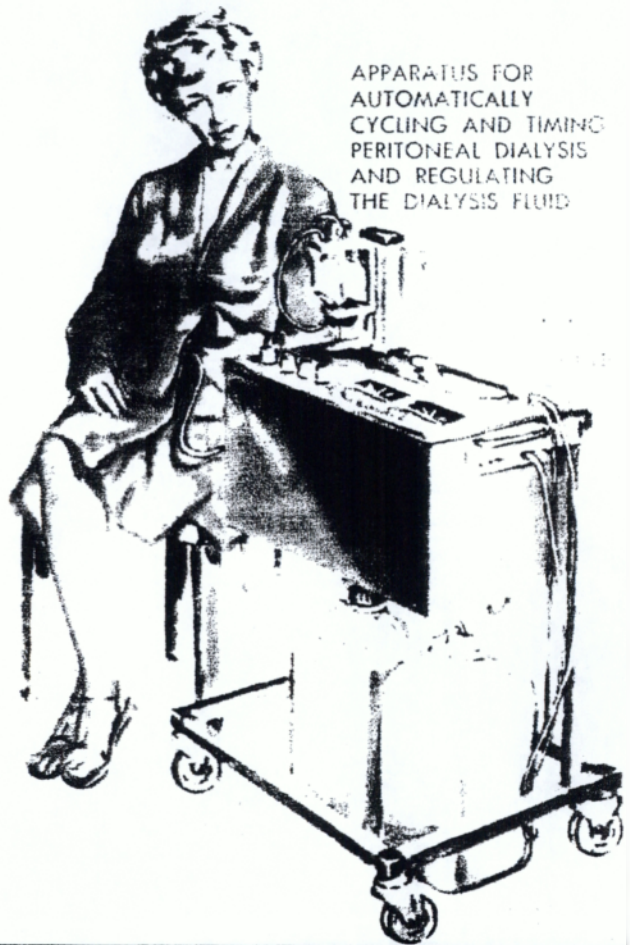
Μετωπιαία μέση τομή του άριστερου νεφρού ενός ενήλικου. Η νεφρική πυέλος έχει, εν μέρει, διανοιχθεί. Οι νεφρικές θηλές προεξέχουν μέσα στους νεφρικούς κάλυκας. Στην περιοχή του κόλπου του νεφρού η τομή περνάει δίπλα από την πυέλο. Ο κόλπος του νεφρού γεμίζεται από λίπος, από τη νεφρική α. και φλ. και τους κλάδους τους καθώς και από το περιφερικό μέρος της νεφρικής πυέλου.



.Μετωπιαία τομή του άριστερου νεφρού, ενός ενήλικου. Απεικόνιση της νεφρικής πυέλου και του κόλπου του νεφρού μετά από αφαίρεση των αγγείων και του λιπώδους σώματος του κόλπου του νεφρού.

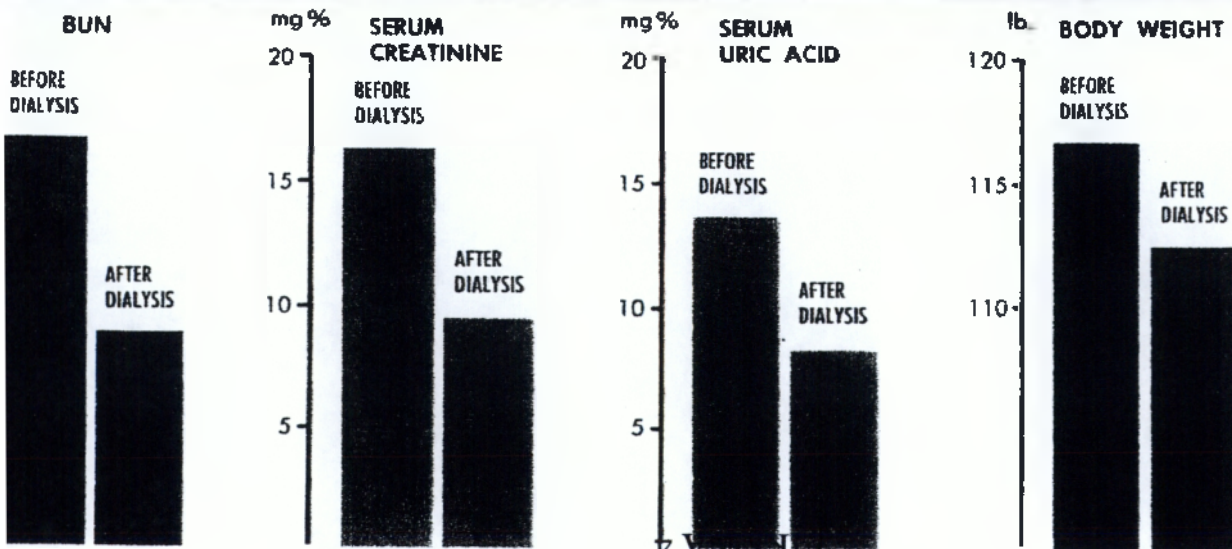
EIKONA 4

2 LITERS OF DIALYSIS SOLUTION INTRODUCED INTO ABDOMINAL CAVITY VIA PARACENTESIS; AFTER INTERVAL FOR EQUILIBRATION (1 TO 2 HOURS); THE FLUID IS WITHDRAWN AND FRESH SOLUTION INFUSED; THE CYCLE IS REPEATED SUCCESSIVELY OVER A PERIOD OF APPROXIMATELY 24 HOURS

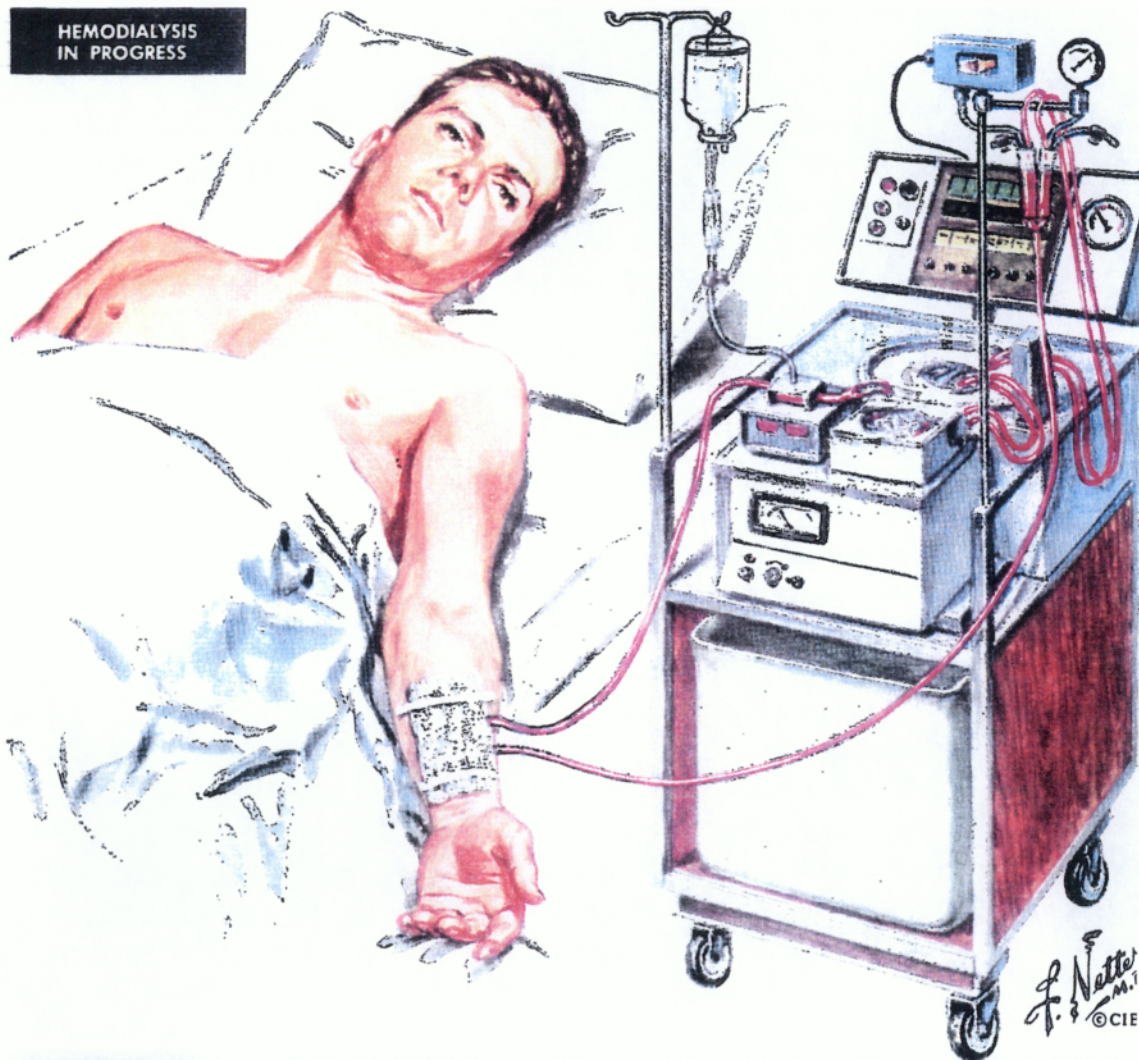


APPARATUS FOR AUTOMATICALLY CYCLING AND TIMING PERITONEAL DIALYSIS AND REGULATING THE DIALYSIS FLUID

CLINICAL RESULTS OF 50 PERITONEAL DIALYSES AVERAGE DURATION, 28 HOURS; AVERAGE EXCHANGE, 49 LITERS

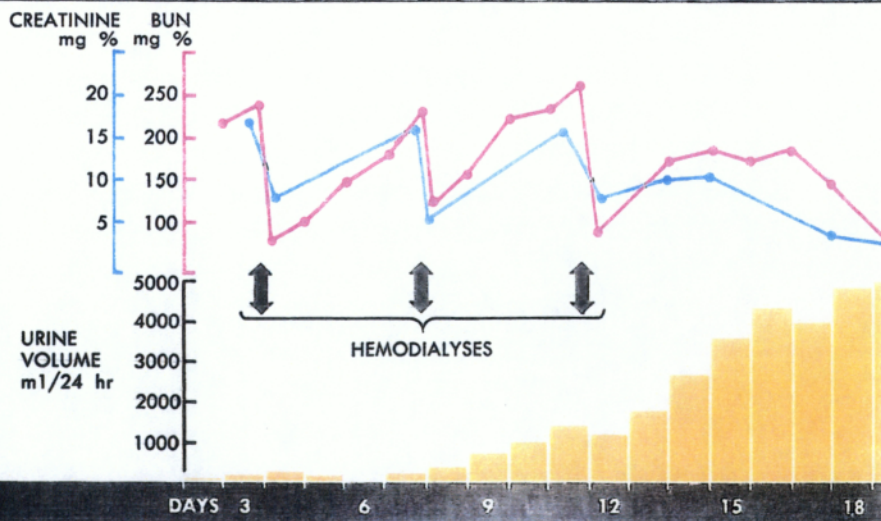


HEMODIALYSIS
IN PROGRESS

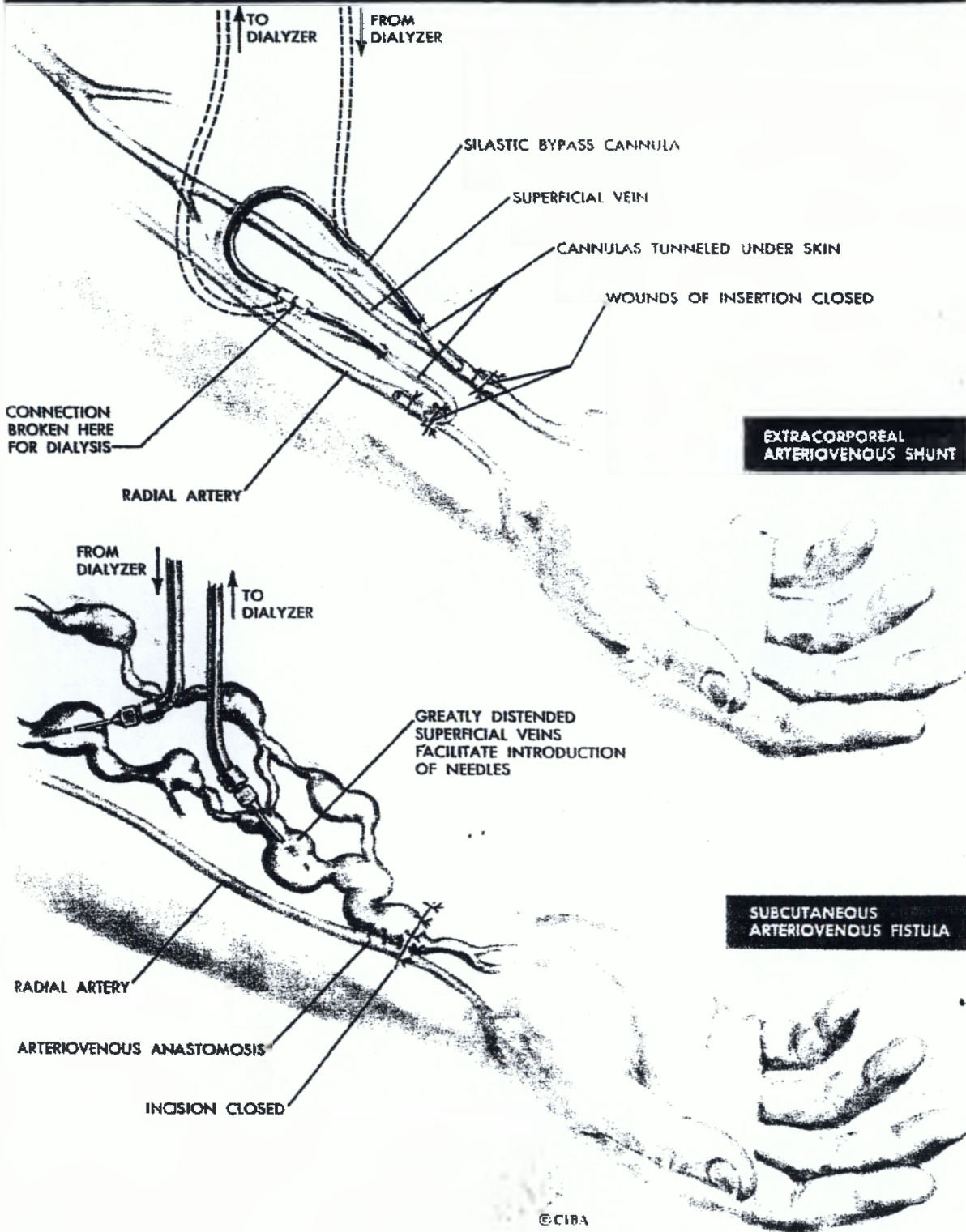


F. Netter
M.D.
© CIE

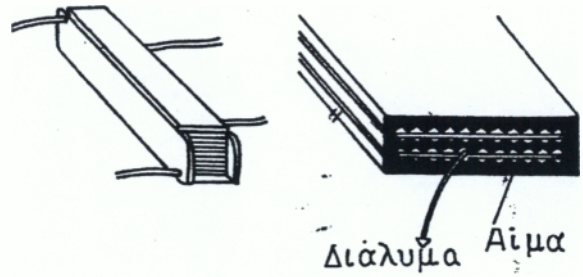
RESULTS OF
HEMODIALYSIS
IN ACUTE
RENAL FAILURE
(NEPHROTOXIC
NEPHRITIS)



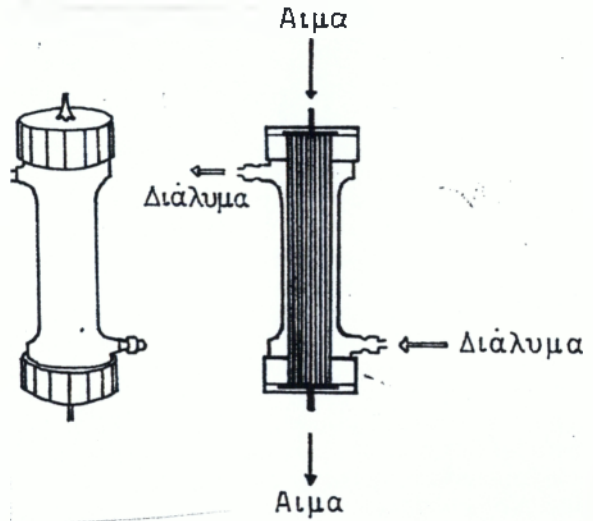
TECHNIQUES FOR FACILITATING REPEATED DIALYSES OVER PROLONGED PERIODS



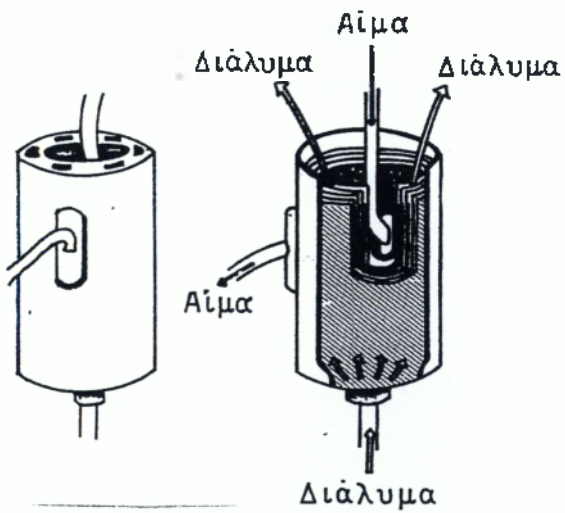
©CIBA



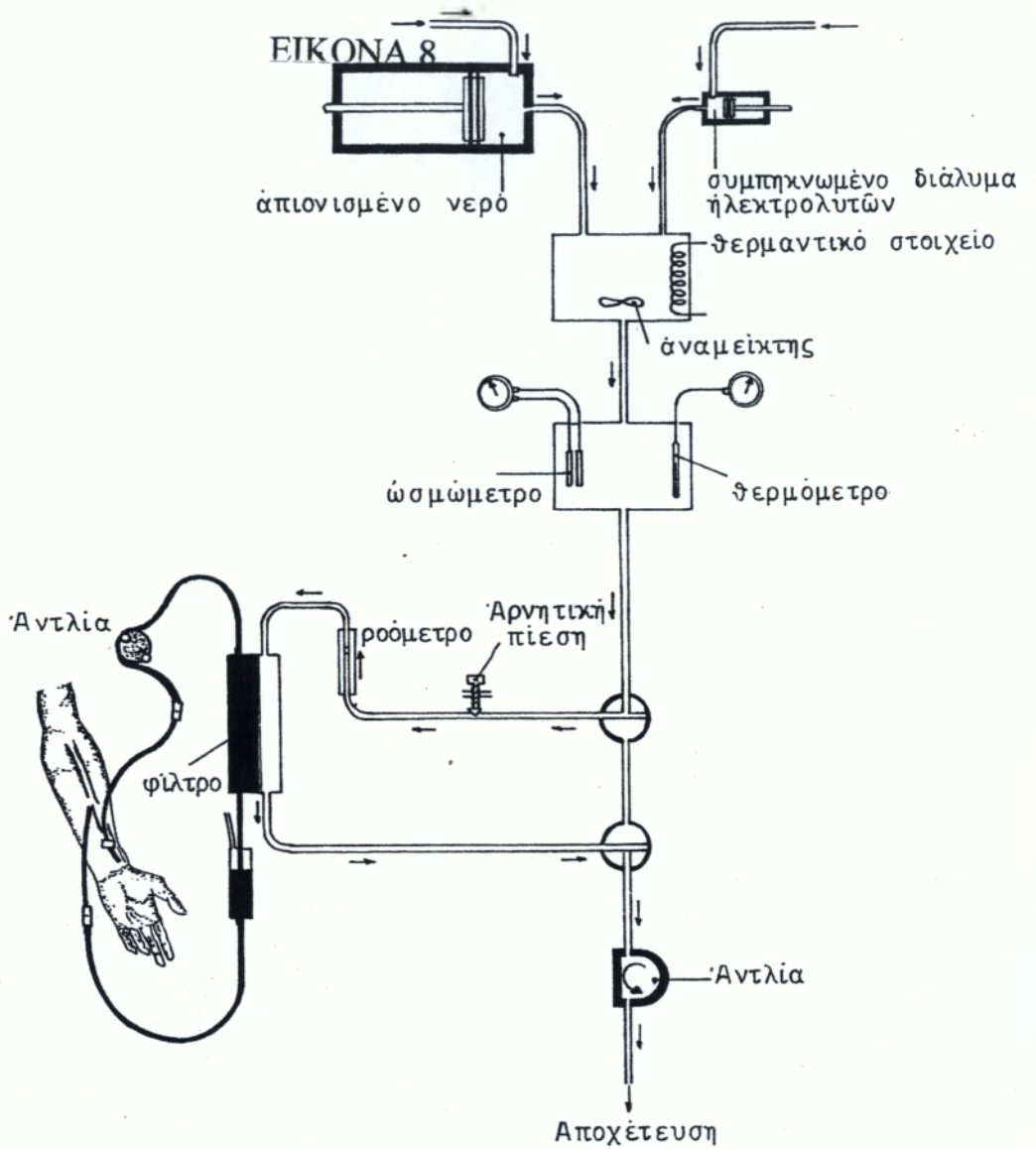
: Φίλτρο - πλάκα.



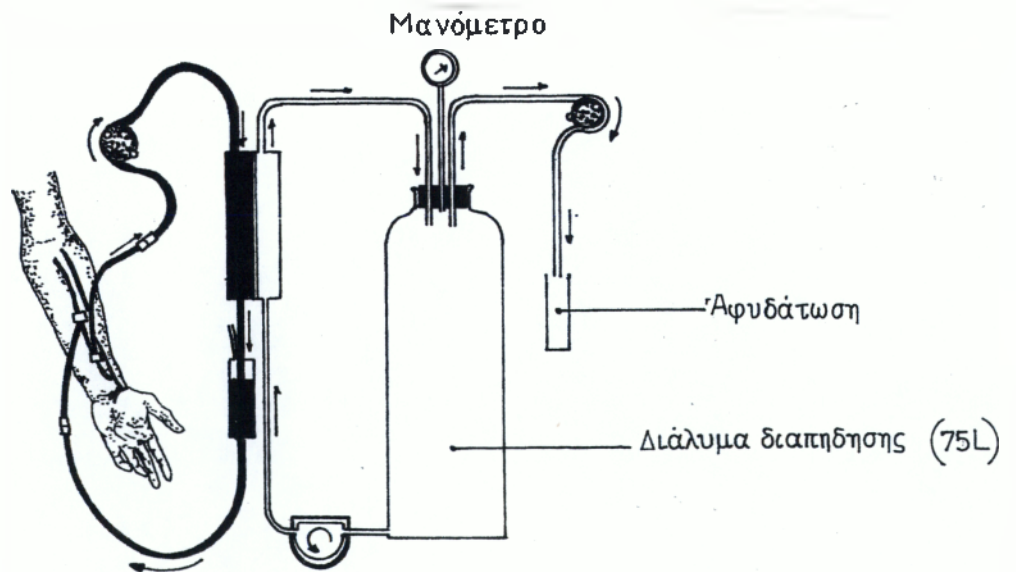
: Φίλτρο - τριχοειδικό.



Φίλτρο - μπόμπινα.



Εικ. 6.73: Η αυτόματη παραγωγή του διαλύματος διαπίδωσης.



Συσκευή RHODIAL 75[®]

Εικ. 6.74: Η αυτόματη κυκλοφορία διαλύματος, συσκευή Rhodial.



ΜΟΝΑΔΑ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

ΜΗΝΑΣ

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ																							
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ					ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ			ΑΡΙΘΜ. ΗΜΕΡ. ΠΡΟΓΡ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ				ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ			ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ							
ΙΑΤΡΙΚΟ				ΝΟΣΗ-ΛΕΥΤ.	ΛΕΙΤ	ΕΦ	ΗΠ		ΜΟΝΙΜΟΙ		ΕΚΤΑΚΤΟΙ		ΣΥΝΟΛΟ	ΜΟΝΙΜΩΝ		ΕΚΤΑ-ΚΤΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΣΦΑΛΙ-ΣΜΕΝΟΙ	ΑΠΟΡΟΙ		ΑΝΑΣΦΑΛΙ-ΣΤΟΙ		
ΕΙΔ/ΜΕΝΟΙ	ΕΑ	ΕΒ	ΕΙΔ/ΟΜΕΝ ΝΕΦΡ						ΑΓΡ	(-)	(+)	(-)		(+)	ΤΑΚΤ				ΕΚΤ.	ΜΟΝ	ΠΕΡ	ΜΟΝ	ΠΕΡ
Δ																							

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ Σ.Φ.Π.Κ.										ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΤΟΝ. ΚΑΘΑΡΣΗ			
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ					ΑΣΘΕΝΕΙΣ			ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ			ΑΣΘΕΝΕΙΣ		
ΙΑΤΡΙΚΟ				ΝΟΣΗ-ΛΕΥΤ.	(-)	(+))	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΣΦΑΛΙ-ΣΜΕΝΟΙ	ΑΠΟΡΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙ-ΣΤΟΙ	(-)	(+))	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΙΔ/ΜΕΝΟΙ	ΕΑ	ΕΒ	ΕΙΔ/ΟΜΕΝ ΝΕΦΡ										
Δ													

Δ. ΝΕΟΕΝΤΑΣΣΟΜΕΝΟΙ ΣΕ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ *	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

* Στη στήλη αυτή αναγράφεται το ονοματεπώνυμο των νεοεντασσομένων σε εξωνεφρική κάθαρση ασθενών και η ημερομηνία έναρξης θεραπείας.

Γ. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ *	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

* Στη στήλη αυτή αναγράφονται μεταβολές στοιχείων των ασθενών όπως : μεταμοσχεύσεις (ημερομηνία, είδος μετ/σης, μονάδα μετ/σης και μονάδα παρακολούθησης του ασθενούς), αλλαγή μεθόδου θεραπείας, μετακίνηση σε άλλη ΜΕΚ (ημερομηνία, νέα ΜΕΚ), μετακίνηση από άλλη ΜΕΚ (ημερομηνία, προηγούμενη ΜΕΚ), θάνατοι (ημερομηνία, αιτία), και άλλες μεταβολές.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
9 ΜΑΡΤΙΟΥ 1987

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
107

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

307 / 9-3-87 ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Φ. 351/1/529086/Σ. 800

(1)

Διοικητικές Επιτροπές Στρατιωτικών Επιτάξεων.	1
Διοικητική επιστροφή φόρου προστιθέμενης αξίας των επενδυτικών πράξεων νέων βιομηχανικών, βιοτεχνικών και μεταλλευτικών επιχειρήσεων.	2
Σύσταση και λειτουργία Μονάδας Πειραματικής Νευρο-ψυχολογίας.	3
Προδιαγραφές και Κανονισμός λειτουργίας Μονάδων Εξοπλιστικής Κέντρησης.	4
Αύξηση των συντάξεων των συνταξιούχων του Ταμείου Συντάξης και Επαγγελματικής Ασφάλισης Προσωπικού Γεωργικών Συνεταιριστικών Οργανώσεων.	5
Ορισμός τύπου συνεδριάσεων του Ειρηνοδικείου Ιατρικής. .	6
Ορισμός τύπου συνεδριάσεων Βου Μονομελούς Πλημμελειοδικείου Ρόδου.	7
Σύσταση Διοικητικού Τομέα Έρευνας και Εφαρμογών και θέσης Ειδικού Γραμματέα στο Υπουργείο Γεωργίας. .	8
Παράταση ισχύος της αριθμ. 52/85 απόφασης του Δ.Α.Δ.Α. Αθηνών για τους όρους αμοιβής και εργασίας του προσωπικού Βιομηχανικών και Βιοτεχνικών Επιχειρήσεων Ζαχαρωδών Προϊόντων.	9
Παράταση ισχύος της αριθμ. 83/84 απόφασης του Δ.Α.Δ.Α. Αθηνών για τους όρους αμοιβής και εργασίας του πάσης φύσεως προσωπικού (πλην ιατρών) Νοσηλευτικών Ιερών - Θεραπευτηρίων και Κ.Κ.Π. και Αντιλήψεως (Ν.Π.Ι.Δ.) όλης της Χώρας.	10
Παράταση ισχύος της αριθμ. 142/85 απόφασης του Π.Α.Δ.Α. Αθηνών για τους όρους αμοιβής και εργασίας των περιοδεύοντων πωλητών όλης της Χώρας. .	11
Ανεπαιτησία ισχύοντος τιμολογίου αμοιβής των φορτωτών Σηράς Επάντης.	12
Καθορισμός τιμών αλεύρων και σιμιγδαλιών.	13
Ακίνηση και τιμές φωμιού.	14

Διοικητικές Επιτροπές Στρατιωτικών Επιτάξεων.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

Έχοντας υπόψη :

α) Τις διατάξεις των άρθρων 32 και 33 του Ν. 4442/26 «Περί Στρατιωτικών, Ναυτικών και Αεροπορικών Εισφορών και Ναυλώσεων» όπως ισχύουν σήμερα.

β) Την αριθ. 072.2/7Γ.1564.6.11.86 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης και Υπουργού Εθνικής Άμυνας για την ανάθεση αρμοδιοτήτων Υπουργού Εθνικής Άμυνας στους Υφυπουργούς Εθνικής Άμυνας.

γ) Τις Φ.851/28/419193/Σ.2340/14.5.83/ΓΕΣ/ΔΟΙ, Φ. 851/11/651601/Σ.1247/19.3.1984, Φ. 851/18/658609/Σ. 4364/17.7.84, Φ. 851/14/673703/Σ.1821/12.3.85 και Φ. 851/1/505950/Σ.5152/18.7.86/ΓΕΣ/ΔΟΙ προηγούμενες αποφάσεις για διορισμό και παράταση θητείας μελών της Διοικητικής Επιτροπής Στρατιωτικών Επιτάξεων (ΔΕΣΕ) Πρωτεύουσας του Κράτους.

δ) Τις Φ. 851/45/44684/Σ.641/18.12.86 και Φ. 851/1/65340/Σ. 35/21.1.87/ΣΔΑ/ΔΟΙ προτάσεις για την αντικατάσταση μελών της ΔΕΣΕ Πρωτεύουσας του Κράτους.

Διορίζουμε :

α) Τακτικά μέλη της ΔΕΣΕ Πρωτεύουσας του Κράτους :
1. Τον Εφέτη Αθηνών Αρβανίτη Γεώργιο αντικατάσταση του Εφέτη Χαριτάκη Εμμανουήλ.

2. Τον τακτικό Καθηγητή Πανεπιστημίου Αθηνών Γκόβα Δημήτριο, σε αντικατάσταση του τακτικού καθηγητή Τρωϊκνού Σπυρίδωνα .

β) Αναπληρωματικά μέλη της ίδιας ΔΕΣΕ :

1. Τον Εφέτη Αθηνών Κιτσόβα Ανδρέα, σε αντικατάσταση του Εφέτη Σταθέα Γεωργίου.

2. Τον επίκουρο καθηγητή Πανεπιστημίου Αθηνών Βολουδάκη Μιχαήλ, σε αντικατάσταση του τακτικού καθηγητή Γεωργιάδη Αποστόλου.

Παρατείνουμε και για το 1987 τη θητεία των λοιπών τακτικών και αναπληρωματικών μελών και του Γραμματέα της ΔΕΣΕ Πρωτεύουσας του Κράτους.

Η παρούσα να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 13 Φεβρουαρίου 1987

Ο Υφυπουργός
ΟΡΕΣΤΗΣ ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΗΣ

Αρ.φ. Α33/α. 2228

(3)

Σύσταση και λειτουργία Μονάδας Πειραματικής Νευροφυσιολογίας.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παραγρ. 2 του άρθρου 23 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (Φ.Ε.Κ. 143/Α/83).
2. Τις 63/15.4.86 και 64/3.6.86 αποφάσεις του Δ.Σ. του Ιδρύματος Θεοδώρου - Θεοχάρη Κότσικα.

3. Την 6/43η ολομ./18.12.86 σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), αποφασίζουμε:

1. Εγκρίνουμε τη σύσταση και λειτουργία στο ίδρυμα Θεοδώρου - Θεοχάρη Κότσικα, ερευνητικής μονάδας πειραματικής Νευροφυσιολογίας, σκοπός της οποίας είναι η έρευνα και μελέτη του νευρικού συστήματος, τόσο υπό φυσιολογικής συνθήκης, όσο και σε παθολογικές καταστάσεις.

2. Η παραπάνω μονάδα λειτουργεί αποκλειστικά ως ερευνητική μονάδα, δεν παρέχει σε καμιά περίπτωση σε τρίτους υπηρεσίες υγείας και τελεί υπό τον έλεγχο και εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.

3. Ως προς το προσωπικό που στελεχώνει την παραπάνω μονάδα, εφαρμόζονται οι διατάξεις της από το άρθρο 23 παράγραφο 5 του Ν. 1397/83 κοινής απόφασης.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 18 Φεβρουαρίου 1987

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΜΑΓΚΑΚΗΣ

Αρ.φ. Α27/288

(4)

Προδιαγραφές και κανονισμός λειτουργίας Μονάδων Εξωνεφρικής Κάλυψης.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

Έχοντας υπόψη:

Την 6/της 42ης Ολομέλειας/21.11.86/20.1.87 απόφαση του ΚΕΣΥ «Σχετικά με προδιαγραφές - κανονισμός λειτουργίας Μονάδων Εξωνεφρικής Κάλυψης», αποφασίζουμε:
**ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΜΕΙΚ)
Α. ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (MTN)**

1. Λειτουργούν με ευθύνη Νεφρολόγου σε ειδικούς χώρους κατάλληλα διαρρυθμισμένους ώστε, να εξυπηρετούν τις νοσηλευτικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες ασθενών.

2. Ίδρυση και λειτουργία μιας MTN σε γενικό ή ειδικό Νοσοκομείο μιάς υγειονομικής ή Νομαρχιακής περιφέρειας καθώς και ο αριθμός των μηχανημάτων που θα αναπτυχθούν, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από πρόταση του ΚΕΣΥ.

3. Έκταση μιας MTN Νοσοκομείου γίνεται μετά από πρόταση του υπεύθυνου Νεφρολόγου και απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου, όταν ο αριθμός των ασθενών της περιφέρειας του Νοσοκομείου δεν εξυπηρετείται από την υπάρχουσα MTN σε πλήρη λειτουργία της. Η πλήρης λειτουργία της MTN θα αξιολογείται από την ΥΣΕ, που θα υποβάλλει σχετική γνωμοδότηση, στο ΚΕΣΥ το οποίο και θα εγκρίνει την επέκτασή της.

περιφέρειας του Νοσοκομείου. Η ευθύνη της στελέχωσης των MTN με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανήκει στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

5. Ο αριθμός των μηχανημάτων μιας MTN Νοσοκομείο ή Ιδιωτικής κλινικής δεν μπορεί να είναι μικρότερος: πέντε (5) και μεγαλύτερος από δέκα πέντε (15) κατ'έριση σε απομονωμένες περιοχές μπορεί να είναι μικρότερο από πέντε (5) μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ.

6. Ο κύριος χώρος αιμοκάθαρσης πρέπει να είναι:

α) Εύκολα προσπελάσιμος από μη περιπατητικούς ασθενείς (φορεία, αναπηρικές καρέκλες), ευρύχωρος για εύκολη διακίνηση των ασθενών του νοσηλευτικού, βοηθητικού και τεχνικού προσωπικού και

β) Πάντοτε καθαρός και να διαθέτει σύστημα εξαερισμού και σύστημα θερμού και ψυχρού κλιματισμού. Το εμβαθμό του κύριου χώρου αιμοκάθαρσης δεν πρέπει να είναι μικρότερο από 8Μ2 ανά μηχανήματα κρεβάτι.

7. Σε κάθε MTN θα λειτουργεί, σε απομονωμένο χώρο μηχανήματα για αιμοκάθαρση ασθενών με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο. Ο χώρος αιμοκάθαρσης των ασθενών αυτών πληρεί τις πιο πάνω προϋποθέσεις και θα έχει εμβαθμό 16Μ2 ώστε να μπορεί να εγκατασταθεί και δεύτερο μηχανήματα.

8. Σε κάθε MTN θα υπάρχει «εφεδρικό» μηχανήματα χρησιμοποίησή του σε περιπτώσεις: α) βλάβης άλλου μηχανήματος και β) έκτακτης αιμοκάθαρσης των ασθενών. MTN μεγάλων Νοσοκομείων στα οποία λειτουργεί Νεφρολογικό τμήμα και Μονάδα ΣΦΠΚ θα διαθέτουν δύο (2) εφεδρικά μηχανήματα.

Η MTN Γενικών Νοσοκομείων στα οποία λειτουργεί τμήμα μεταμόσχευσης και χειρουργικής νεφροπαθών διαθέτει τρία (3) εφεδρικά μηχανήματα.

9. Κάθε MTN Νοσοκομείου η ιδιωτικής κλινικής υποχρεούται να βρίσκεται σε 24ωρη ετοιμότητα για έκτακτη αντιμετώπιση και αιμοκάθαρση των ασθενών της.

10. Κάθε μονάδα τεχνητού νεφρού υποχρεούται να τηρεί αρχείο ασθενών και με ευθύνη του Διευθυντή της να ενημερώνει την ΥΣΕ για τις μεταβολές και τη πορεία των ασθενών. Κάθε παράλειψη συμπλήρωσης του μηχανογραφικού δελτίου μεταβολών των ασθενών και αποστολής του στην ΥΣΕ εντός των καθορισμένων προθεσμιών θα έχει σαν συνέπεια την επιβολή κυρώσεων.

11. Κάθε μονάδα τεχνητού νεφρού υποχρεούται να καλύπτει τις έκτακτες ανάγκες των ασθενών για εργαστηριακές εξετάσεις και να τηρεί αρχείο των τακτικών μηνιαίων και ετήσιων εργαστηριακών και ακτινολογικών εξετάσεων των ασθενών.

12. Κάθε MTN υποχρεούται να εφοδιάζει τους ασθενείς με ενημερωτικό ιατρικό σημείωμα σε περιπτώσεις έκτακτη ή προγραμματισμένης διακομιδής τους σε Νοσοκομείο.

Η διακομιδή ασθενών από οποιαδήποτε MTN σε Νοσοκομείο για αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων, θα γίνεται μετά από συνεννόηση του υπεύθυνου νεφρολόγου της Μονάδας Θεραπείας με τον υπεύθυνο νεφρολόγο της Μονάδας του Νοσοκομείου διακομιδής.

ΧΩΡΟΙ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ MTN

1.α) Αίθουσα αιμοκάθαρσης ασθενών με αρνητικό αιμοσφαιρινικό αντιγόνο.

β) Αίθουσα αιμοκάθαρσης ασθενών με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο. Το εμβαθμό της αίθουσας αυτής πρέπει να είναι τουλάχιστον 16Μ2 για να είναι δυνατή η εγκατάσταση και λειτουργία δύο μηχανημάτων. Στην αίθουσα αυτή πρέπει να υπάρχει νιπτήρας για το πλύσιμο των εργαλείων και ράφια για φύλαξη αναλώσιμου υλικού. Θα πρέπει επίσης να υπάρχει αποδυτήριο ασθενών με WC αν αυτό είναι δυνατό.

γ) Αίθουσα οξείας αιμοκάθαρσης για βαριά ασθενείς (γαστρογενήμους, πολυτοξαιμικούς με αναπνευστικές κ.λ.π.

Αθύσασα αυτή αφορά MTN ενταγμένες σε νεφρολογικά κέντρα μεγάλων Νοσοκομείων και θα είναι κατάλληλη για εγκατάσταση και λειτουργία 2-3 μηχανημάτων.

Χώρος εγκατάστασης του συστήματος επεξεργασίας νερού της πόλης (σύστημα αποιονισμού ή αντίστροφης όσμωσης) για την παρασκευή του διαλύματος της αιμοδιάλυσης.

Χώρος αποθήκευσης αναλώσιμου υλικού (φίλτρα, αρθρολεβητικές γραμμές, βελόνες, σύριγγες, οροί, φάρμακα κινωμένο διάλυμα αιμοκάθαρσης) για 1-2 βδομάδες.

Αποδυτήρια ασθενών με διαρρυθμισή τέτοια ώστε να σπεί την κατ' ιδίαν αλλαγή των ενδυμάτων και να συν δύο WC ανά ένα για άνδρες και γυναίκες.

Αποδυτήρια νοσηλευτικού προσωπικού με WC και ρούχα.

Αίθουσα αναμονής και τραπεζαρία ασθενών με καθίσματα τόσα όσα και τα μηχανήματα της Μονάδας. Ο χώρος αυτός θα χρησιμ. ποιείται και ως αναμονή των συνοδών περιπατητικών ασθενών.

Εξεταστήριο και αρχείο των ασθενών της Μονάδας.

Χώρος ανάπαυσης και εκπαιδευτικών συγκεντρώσεων ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας.

Γραφείο γιατρών.

Γραφείο Προϊσταμένης.

Χώρος επισκευής μηχανημάτων και φύλαξης των κτιρίων υλικών-ανταλλακτικών μηχανημάτων.

ΑΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ MTN

Μηχανήματα τεχνητού νεφρού
Σύστημα επεξεργασίας του νερού πόλης (σύστημα αποιονισμού ή αντίστροφης όσμωσης) για την παρασκευή του υγρού αιμοκάθαρσης.

Ηλεκτροπαραγωγό ζεύγος (γεννήτρια ηλεκτρικού ρεύματος) για την εξασφάλιση της λειτουργίας των μηχανημάτων: περίπτωση βλάβης του δικτύου ηλεκτρικού ρεύματος

Επιχειρησιακά μηχανήματα - συσκευές.

Ηλεκτροκαρδιογράφος

Κινησιόμετρο τον οποίο πρέπει να διαθέτει το Νοσ. η

επ. διασωλήνωσης.

Σύστημα παροχής οξυγόνου για όλους τους ασθενείς.

Σύστημα α. κερδύλλωσης.

Ανθρακοζυγός ακριβείας.

Πολυκλινοσφαιρητός ζυγός ακριβείας.

Τα μηχανήματα της MTN θα βρίσκονται πάντοτε σε επιχειρησιακή κατάσταση. Με ευθύνη της προϊσταμένης

Μονάδας θα τηρείται βιβλίο συμβάντων και συντήρησης

μηχανημάτων που θα ενημερώνεται ενυπόγραφα από την

επιχειρησιακή των μηχανημάτων.

ΕΛΕΓΧΟΣ MTN

1. Ιατρικό Προσωπικό

Ελέγχωση με ιατρικό προσωπικό των MTN και των γειγών τμημάτων καθυρίζεται μεν από την Α3β/οικ. 6.84 υπεργική απόφαση (Φ.Ε.Κ 382/13.6.84) αλλά είναι και απροσαρμζόζατα μετά από αιτιολογημένη πρόβου Δ/ντή Νεφρολόγ. του Δ/ντή τομέα και απόφαση του Νοσοκομείου.

Ιστορικός παράγοντας για την αύξηση του ιατρικού κού θα είναι ο αριθμός των ημερήσιων θεραπευτικών μάτων (βάρδιες) της MTN.

Η καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας της θα καλύπτει γιατρό νεφρολόγο ή ειδικευμένο στη νεφρολογία ή του νεφρολόγου όταν η μονάδα αυτή είναι ενταγμένη λογικό τμήμα Νοσοκομείου.

νται στη MTN με απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου μετά από γνωμοδότηση της επιστημονικής επιτροπής του Νοσοκομείου.

(να προκηρυχθούν θέσεις παθολόγων ή καρδιολόγων όταν δεν επαρκούν για τοποθέτησή τους στη MTN).

Η MTN Νοσοκομείου στο οποίο δεν υπηρετεί γιατρός νεφρολόγος λειτουργεί με υπεύθυνο γιατρό παθολόγο ή καρδιολόγο, στα πλαίσια του Παθολογικού τομέα του Νοσοκομείου, ο οποίος έχει προηγούμενα υποστεί 3μηνη εκπαίδευση σε Νεφρολογικό τμήμα Νοσοκομείου.

Η MTN ιδιωτικής κλινικής λειτουργεί με ευθύνη γιατρού νεφρολόγου.

Βοηθός του νεφρολόγου μπορεί να είναι γιατρός ή Παθολόγος ή Καρδιολόγος με τρίμηνη εκπαίδευση σε νεφρολογικό τμήμα Νοσοκομείου.

Τα νεφρολογικά τμήματα Νοσοκομείων που θα κάνουν την 3μηνη εκπαίδευση καθώς και το είδος της εκπαίδευσης καθώς και το είδος της εκπαίδευσης 1 καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετ' από γνώμη του ΚΕΣΥΓ.

Η τοποθέτηση παθολόγου ή καρδιολόγου για εξάσκηση σε νεφρολογικό τμήμα Νοσοκομείου γίνεται από το Υπουργείο μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου.

Το νεφρολογικό τμήμα που θα εκπαιδεύσει τον ενδιαφερόμενο γιατρό θα χορηγήσει πιστοποιητικό εκπαίδευσης στο οποίο θα φαίνεται ότι είναι ικανός να αναλάβει ευθύνη παρακολούθησης ασθενών σε αιμοκάθαρση.

Εντός δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος κανονισμού οι MTN ιδιωτικών κλινικών θα πρέπει να υποβάλλουν στο Υπουργείο ονομαστική κατάσταση των υπηρετούντων σ' αυτές γιατρών και τον τίτλο ειδικότητάς τους.

Εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος κανονισμού οι γιατροί που υπηρετούν σ' αυτές τις μονάδες θα πρέπει να έχουν τις προϋποθέσεις που αναφέρονται στην προηγούμενη παράγραφο.

Η προθεσμία 6 μηνών μπορεί να παραταθεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από γνώμη του ΚΕΣΥΓ στην περίπτωση που δεν θα γίνει εφικτή η πραγματοποίηση εντός του διμήνου της 3μηνης εκπαίδευσης του προσωπικού.

2. Νοσηλευτικό Προσωπικό MTN

Σε κάθε MTN πρέπει να υπάρχει προϊσταμένη Α/Ν κάτοχος πτυχίου σχολής 2ετούς φοίτησης ή απόφοιτος ΤΕΙ, ή απόφοιτος της νοσηλευτικής σχολής του Παν/μίου η οποία πλην των απαιτούμενων προσόντων για κάλυψη θέσης προϊσταμένης πρέπει να έχει προϋπηρεσία στην αιμοκάθαρση τουλάχιστον 2έτη.

Οι Α/Ν της MTN πρέπει να είναι απόφοιτες σχολής 2ετούς φοίτησης ή των ΤΕΙ. Αν όμως δεν υπάρχουν μπορεί να είναι απόφοιτες σχολών 2ετούς ή 1ετούς φοίτησης. Ο αριθμός των αδελφών νοσοκόμων της MTN θα πρέπει να είναι τόσος ώστε να αντιστοιχεί 1 Α/Ν σε κάθε 3 λειτουργούντα μηχανήματα.

Οι Α/Ν που παρακολουθούν ασθενείς με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο δεν επιτρέπεται να παρακολουθούν ταυτόχρονα και άλλους ασθενείς.

3. Τεχνικό προσωπικό MTN

Το τεχνικό προσωπικό της MTN θα πρέπει να είναι προσιστό σε κάθε ανάγκη που πιθανόν να παρουσιασθεί κατά διάρκεια λειτουργίας της Μονάδας με ευθύνη της τεχνικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου Μηχανολόγος, ηλεκτρολόγος, υδραυλικός, ηλεκτρονικός).

Ο ηλεκτρονικός θα πρέπει να γνωρίζει καλά τον τρόπο λειτουργίας και συντήρησης των μηχανημάτων και να καλύπτει τη Μονάδα σε όλη τη διάρκεια της λειτουργίας της.

4. Βοηθητικό Προσωπικό MTN

1. Μία (1) καθαρίστρια για δύο βάρδιες και δύο (2) καθαρίστριες για τρεις βάρδιες λειτουργίας της Μονάδας.

2. Ένας (1) νοσοκόμος - τραυματιοφορέας για δύο βάρδιες και δύο (2) υπαυτοκίνητοι - παραμαρτυροκίνητοι για δύο (2)

... αναγκαια.
**ΜΟΝΑΔΕΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙ-
ΤΙΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΣΦΠΚ).**

Λειτουργούν μόνο σε Νοσοκομεία με ευθύνη του εξιδαί-
νου στη μέθοδο αυτή νεφρολόγου.

Η ίδρυση και λειτουργία της μονάδας ΣΦΠΚ γίνεται
τόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών
χλίσεων μετά από πρόταση της ΥΣΕ και γνώμη του
ΥΓ και ΚΕΣΥ.

Ο χώρος λειτουργίας της Μονάδας ΣΦΠΚ πρέπει να
κατάλληλα διαρρυθμισμένες για να εξυπηρετεί τις νοση-
κές και εκπαιδευτικές ανάγκες των ασθενών. Ο χώρος
είναι σωστό να βρίσκεται κοντά στη ΜΤΝ αν υπάρχει
α δυνατότητα.

Οι μονάδες ΣΦΠΚ διακρίνονται σε εκπαιδευτικές και
μόνδες παρακολούθησης των ασθενών. Ο καθορισμός των
ίδων αυτών γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας,
Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από πρόταση
ΚΕΣΥ.

Κάθε μονάδα ΣΦΠΚ υποχρεούται να τηρεί αρχείο
ών και με ευθύνη του υπευθύνου νεφρολόγου θα συμπλη-
το μηχανογραφικό δελτίο ένταξης και μεταβολών
σημερώνει την ΥΣΕ εντός των καθορισμένων προθεσ-
Κάθε παράλειψη ενημέρωσης της ΥΣΕ θα έχει σαν
την επιβολή κυρώσεων.

ΟΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΦΠΚ

1 μονόκλινα δωμάτια (ή 2 δίκλινα συν 1 απομόνωση για
νιτίδα) με νιπτήρα.

1 δωμάτιο για την εξέταση των εξωτερικών ασθενών
την αλλαγή του πλαστικού συνδετικού σωλήνα 20μ2.

Αποθήκη αναλωσίμου υλικού (15μ2) αποστειρωμένων

Αποθήκη διαλυμάτων (15μ2).

Λουτρό για εκπαίδευση ασθενών και WC για άνδρες -
ες.

Γραφείο γιατρών (15μ2).

Γραφείο αδελφών (15μ2).

ΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΦΠΚ

νοσηλευτικό προσωπικό θα είναι σχολής δευτέρας φοίτησης
πρωϊσταμένη - υπεύθυνη της μονάδας εκτός από τα διοι-
ά της καθήκοντα θα εκτελεί και χρέη εκπαιδευτριας.

Αδελφές νοσοκόμες γιατί απαιτείται και διανοικτέρωση
ή αρκετοί ασθενείς λόγω προβλήματος αναγκάζονται να
ωνούν για οδηγίες και τις νυκτερινές ώρες.

ΥΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΦΠΚ

Ένας (1) νεφρολόγος υπεύθυνος της μονάδας.

Ένας (1) - δύο (2) ειδικευμένοι στη νεφρολογία.

ΕΡΓΑΤΕΣ ΓΙΑΤΡΟΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΦΠΚ

Ένας χειρουργός έμπειρος στην τεχνική τοποθέτηση
όνιμου περιτοναϊκού καθετήρα.

Ένας μικροβιολόγος έμπειρος στην εκτέλεση ειδικών
ργαίων.

ΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

η μονάδα ΣΦΠΚ πρέπει απαραίτητα να υπάρχει εξω-
η τηλεφωνική γραμμή για να μπορούν οι ασθενείς να
άμεση επικοινωνία με τον υπεύθυνο γιατρό και τις
ές καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου.

Πρέπει να υπάρχει κοινωνική λειτουργός.

Πρέπει να υπάρχει δικαιολόγος.

οινωνική λειτουργός και η δικαιολόγος υπάρχουν στις
οιγες υπηρεσίες του Νοσ/μείου και συνεργάζονται
Μονάδα ΣΦΠΚ.

απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της
ήσεως.

Αθήνα, 19 Φεβρουαρίου 1987

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΜΑΓΚΑΚΗΣ

Αύξηση των συντάξεων των συνταξιούχων του Ταμείου Σύ-
νταξης και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Γεωρ-
γικών Συνεταιρικών Οργανώσεων.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 1 του Ν.Δ. 4577/
1966 (ΦΕΚ 192 Α').

2. Τις διατάξεις των άρθρων 17 (παρ. 1 παρ. ε') , 21
(παρ. 1), 23 (παρ. 4) παρ. α' και παρ. 7) του Καταστατικού
του Ταμείου Σύνταξης και Επικουρικής Ασφάλισης Προ-
σωπικού Γεωργικών Συνεταιρικών Οργανώσεων.

3. Τις διατάξεις του άρθρου 9 του Π.Δ. 574/1982 (ΦΕΚ
100Α'), το Π.Δ. 303/1984 (ΦΕΚ 110Α') και τις διατάξεις
των άρθρων 23 και 27 του Ν. 1558/1985 (ΦΕΚ 137 Α').

4. Την αρ. 200/20.2.87 απόφαση του Πρωθυπουργού κα-
του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων
«Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας, Πρό-
νοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων (ΦΕΚ 91Β').

5. Την ΑΠ. 60/23/9.1.87 Απόφαση του Υπουργού Ε-
θνικής Οικονομίας.

6. Την ΑΠ. 9019/295/25.1.82 απόφαση του Υπουργού
Οικονομικών που κυρώθηκε με το άρθρο 55 του Ν. 1249/
1982, όπως τροποποιήθηκε με την ΑΠ. 8418/231/25.1.84
όμοια, που κυρώθηκε με το άρθρο 25 του Ν. 1505/1984
και το άρθρο 2 του Ν. 1584/1986.

7. Τη γνώμη του Δ.Σ. του Ταμείου Σύνταξης και Επι-
κουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Γεωργικών Συνεται-
ρικών Οργανώσεων, που διατυπώθηκε κατά την 3818/21.1.
1987 συνεδρίασή του, αποφασίζουμε :

1. Οι συντάξεις των συνταξιούχων του Ταμείου Σύντα-
ξης και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Γεωργικών
Συνεταιρικών Οργανώσεων (κύριας και Επικουρικής Ασφα-
λισης), αυξάνονται από 1.1.87, κατά ποσοστό 4.1%. Η Αύ-
ξηση αυτή, χορηγείται με τους όρους και τις προϋποθέσεις
της ΑΠ. 8210/183/28.1.87 απόφασης των Υπουργών Ε-
θνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Εργασίας.

2. Την αύξηση αυτή, θα πάρουν όσοι έγιναν συνταξιούχοι
μέχρι 31.12.86, καθώς και εκείνοι που η έναρξη συνταξιο-
δήτησής τους εμπίπτει στο μέχρι 31.12.86 χρονικό διά-
στημα.

3. Την παραπάνω αύξηση, δεν θα πάρουν οι συνταξιούχοι
του Ταμείου, που διέπονται από τις διατάξεις της νομοθε-
σίας του ΙΚΑ και ακολουθούν αυτές, ως προς τις αυξήσεις
των συντάξεών τους.

4. Το ποσό της σύνταξης που διαμορφώνεται μετά την αύ-
ξηση αυτή, δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερο από το κτώτατο
όριο σύνταξης, όπως αυτό καθορίζεται από τις διατάξεις
της παρ. 1 του άρθρου 21 σε συνδυασμό με τις διατάξεις της
παρ. Ε' της παρ. 1 του άρθρου 17 του Καταστατικού του
Ταμείου, και που θα είναι για μεν την κύρια σύνταξη 99.042
δρχ., για δε την επικουρική 39.950 δρχ. κατά το χρόνο έ-
ναρξης της αύξησης αυτής (1.1.87), ως επίσης, δεν θα ξε-
περνά την κτώτατη σύνταξη, όπως αυτή ορίζεται από τις
διατάξεις του άρθρου 23 του Καταστατικού του Ταμείου,
κατά περίπτωση συνταξιίων ετών.

5. Η Επικουρική σύνταξη, δεν πρέπει να ξεπερνά το
31.25% της κύριας σύνταξης.

Η απόφαση αυτή, να δημοσιευτεί στην Εφημερίδα της
Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 25 Φεβρουαρίου 1987

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΣΟΛΩΜΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ
ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ

Αθήνα 19-2-87

πρωτ. 11/288

ΠΡΟΣ: ΩΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΔΙΑΝΟΜΗΣ

Τεχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 17
Τεχ. κώδικας:

Παραρτηρ.: Μ. Μεγαλακάκου
Τηλέφωνο: 5238740

4302
4-3-87

ΘΕΜΑ: Α Π Ο Φ Α Σ Η

Έχοντες υπόψη:

α. Την υπ' αριθ. 6/της 42ης Ολομέλειας/21-11-86/20-1-87 απόφαση του
ΚΕΣΥ "Σχετικά με προδιαγραφές-κανονισμός λειτουργίας Μονάδων
Ξυανφορικής Κάθαρσης".

Α Π Ο Φ Α Σ Η Ζ Ο Υ Μ Ε

ΜΟΝΑΔΕΣ ΞΥΑΝΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΜΕΙΚ)

Α. ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΛΕΠΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (ΜΤΝ)

1. Λειτουργούν με ευθύνη Νεφρολόγους σε ειδικούς χώρους κατάλληλα δια-
ρρυθρισμένοι, ώστε, να εξυπηρετούν τις νοσηλευτικές ανάγκες και ιδιω-
τικές περιόχτες ασθενών.
2. Ίδρυση και λειτουργία μιας ΜΤΝ σε γενικό ή ειδικό Νοσοκομείο υπό
υγειονομικής ή Νομαρχιακής περιφέρειας καθώς και ο κλιβρός των μη-
χλημάτων που θα ανα...υχθούν, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας,
Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από πρόταση του ΚΕΣΥ.
3. Επέκταση μιας ΜΤΝ Νοσοκομείου γίνεται μετά από πρόταση του υπεύθου
Νεφρολόγου και απόφαση του ΔΣ του Νοσοκομείου, όταν ο αριθμός των
ασθενών της περιφέρειας του Νοσοκομείου δεν εξυπηρετείται από την
υπάρχουσα ΜΤΝ σε πλήρη λειτουργία της. Η πλήρης λειτουργία της ΜΤΝ
θα αξιολογείται από την ΙΣΕ, που θα υποβάλλει σχετική γνωμοδότηση
στο ΚΕΣΥ το οποίο και θα εγκρίνει την επέκτασή της.
4. Κάθε Νοσοκομειακή ΜΤΝ θα λειτουργεί υποχρεωτικά σε τρία (3) ημερή-
σια προγράμματα θεραπείας (βάρδιες) προκειμένου να εξυπηρετηθούν όλοι
οι ασθενείς της περιφέρειας του Νοσοκομείου. Η ευθύνη της στελέχωσης
των ΜΤΝ με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανήκει στο ΔΣ του Νο-
σοκομείου.

δια
κίση

5. Ο αριθμός των μηχανημάτων μιας ΜΤΝ Νοσοκομείου ή Ιδιωτικής κλινικής δεν μπορεί να είναι μικρότερος από πέντε (5) και μεγαλύτερος από δέκα πέντε (15) κατ'εξαίρεση σε απομονωμένες περιοχές μπορεί να είναι μικρότερος από πέντε (5) μετά από γνώμη του ΚΣΕΥ.

6. Ο κύριος χώρος αιμοκάθαρσης πρέπει να είναι:

α) εύκολα προσπελάσιμος από μη περιπατητικούς ασθενείς (φορεία, αναπηρικές καρέκλες), ευρύχωρος για την εύκολη διακίνηση των ασθενών του νοσηλευτικού, βοηθητικού και τεχνικού προσωπικού και

β) πάντοτε καθαρός και να διαθέτει σύστημα εξαερισμού και σύστημα θερμού και ψυχρού κλιματισμού. Το εμβαδόν του κύριου χώρου αιμοκάθαρσης δεν πρέπει να είναι μικρότερο από $8M^2$ ανά μηχανήματα κρεβάτι.

7. Σε κάθε ΜΤΝ θα λειτουργεί, σε απομονωμένο χώρο, μηχανήματα για αιμοκάθαρση ασθενών με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο. Ο χώρος αιμοκάθαρσης των ασθενών αυτών θα πληρεί τις πιο πάνω προϋποθέσεις και θα έχει εμβαδόν $16M^2$ ώστε να μπορεί να εγκατασταθεί και δεύτερο μηχανήματα.

8. Σε κάθε ΜΤΝ θα υπάρχει "εφεδρικό" μηχανήματα για χρησιμοποίησή του σε περιπτώσεις: α) βλάβης άλλου μηχανήματος και β) έκτακτης αιμοκάθαρσης των ασθενών. Οι ΜΤΝ μεγάλων Νοσοκομείων στα οποία λειτουργεί νεφρολογικό τμήμα και μονάδα ΣΦΠΚ θα διαθέτουν δύο (2) εφεδρικά μηχανήματα.

Η ΜΤΝ Γενικών Νοσοκομείων στα οποία λειτουργεί και τμήμα μεταμόσχευσης και χειρουργικής νεφροκαθών θα διαθέτει τρία (3) εφεδρικά μηχανήματα.

9. Κάθε ΜΤΝ Νοσοκομείου ή Ιδιωτικής κλινικής υποχρεούται να βρίσκεται σε 24ωρη ετοιμότητα για έκτακτη αντιμετώπιση και αιμοκάθαρση των ασθενών της.

10. Κάθε μονάδα τεχνητού νεφρού υποχρεούται να τηρεί αρχείο ασθενών και με ευθύνη του Διευθυντή της να ενημερώνει την ΥΣΕ για τις μεταβολές και τη πορεία των ασθενών. Κάθε παράλειψη συμπλήρωσης του μηχανογραφικού δελτίου μεταβολών των ασθενών και απεστολής του στην ΥΣΕ εντός των καθορισμένων προθεσμιών θα έχει σαν συνέπεια την επιβολή κυρώσεων.

11. Κάθε μονάδα τεχνητού νεφρού υποχρεούται να καλύπτει τις έκτακτες ανάγκες των ασθενών για εργαστηριακές εξετάσεις και να τηρεί αρχείο των τακτικών μηνιαίων και /ετήσιων εργαστηριακών και ακτινολογικών εξετάσεων των ασθενών.

12. Κάθε ΜΤΝ υποχρεούται να εφοδιάζει τους ασθενείς με ενημερωτικό ιατρικό σημείωμα σε περιπτώσεις έκτακτης ή προγραμματισμένης διακομής τους σε Νοσοκομείο.

διακομιδή ασθενών από οποιαδήποτε ΜΤΗ σε Νοσοκομείο για αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων, θα γίνεται μετά από συνεννόηση του υπεύθυνου νεφρολόγου της Μονάδας Θεραπείας με τον υπεύθυνο νεφρολόγο της Μονάδας του Νοσοκομείου διακομιδής.

ΧΩΡΟΙ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΜΤΗ

1. α. Αίθουσα αιμοκάθαρσης ασθενών με αρνητικό αυστραλιανό αντιγόνο.
 - β. Αίθουσα αιμοκάθαρσης ασθενών με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο.
Το εμβαδόν της αίθουσας αυτής πρέπει να είναι τουλάχιστον 16M^2 για να είναι δυνατή η εγκατάσταση και λειτουργία δύο μηχανημάτων. Στην αίθουσα αυτή πρέπει να υπάρχει νικτήρας, για το κλύσιμο των εργαλείων και ράφια για φύλαξη αναλώσιμου υλικού. Θα πρέπει επίσης να υπάρχει αποδυτήριο ασθενών με WC αν αυτό είναι δυνατό.
 - γ. Αίθουσα οξείας αιμοκάθαρσης για βαρείς ασθενείς (χειρουργημένοι, πολυτραυματίες με αναπνευστήρες κ.λ.π.) και ασθενείς που εντάσσονται σε αιμοκάθαρση και εμφανίζουν προβλήματα ανοχής στην αιμοκάθαρση μέχρις ότου σταθεροποιηθούν.
- Η αίθουσα αυτή αφορά ΜΤΗ ενταγμένες σε νεφρολογικά τμήματα μεγάλων Νοσοκομείων και θα είναι κατάλληλη για την εγκατάσταση και λειτουργία 2-3 μηχανημάτων.
2. Χώρος εγκατάστασης του συστήματος επεξεργασίας του νερού της πόλης (σύστημα απιονισμού ή αντίστροφης ώσμωσης) για την παρασκευή του διαλύματος της αιμοκάθαρσης.
 3. Χώρος αποθήκευσης αναλώσιμου υλικού (φίλτρα, αρτηριοφλεβικές γραμμές, βελόνες, σύριγγες, οροί, φάρμακα συμπυκνωμένο διάλυμα αιμοκάθαρσης) για 1-2 βδομάδες.
 4. Αποδυτήρια ασθενών με διαρρύθμιση τέτοια ώστε να επιτραπεί την κατεπίδη αλλαγή των ενδυμάτων και να υπάρχουν δύο WC ανά ένα για άνδρες και γυναίκες.
 5. Αποδυτήρια νοσηλευτικού προσωπικού με WC και λουτρού.
 6. Αίθουσα αναμονής και τραπεζαρίας ασθενών με καθίσματα τόσα όσα και τα μηχανήματα της Μονάδας. Ο χώρος αυτός θα χρησιμοποιείται και ως αναμονή των συνοδών των περιπατητικών ασθενών.
 7. Εξεταστήριο και αρχείο των ασθενών της Μονάδας.
 8. Χώρος ανάπαυσης και εκπαιδευτικών συγκεντρώσεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας.
 9. Γραφείο γιατρών.
 10. Γραφείο Προϊσταμένης.
 11. Χώρος επισκευής μηχανημάτων και φύλαξης των απαραίτητων υλικών-ανταλλακτικών μηχανημάτων.

ΟΛΟΓΙΚΟΣ ΞΕΟΠΑΙΣΜΟΣ ΜΤΝ

ζανήματα τεχνητού νεφρού

τμήμα επεξεργασίας του νερού πόλης (σύστημα απιονισμού ή αντίστροφής ώσμωσης) για τη παρασκευή του υγρού της αιμοκάθαρσης.

επιτροπαραγωγό ζεύγος (γεννήτρια ηλεκτρικού ρεύματος) για την εξασφάλιση της λειτουργίας των μηχανημάτων σε περίπτωση βλάβης του δικτύου ηλεκτρικού ρεύματος πόλης.

πικουρικά μηχανήματα-συσκευές

Ηλεκτροκαρδιογράφος

Απινιδωτής τον οποίο πρέπει να διαθέτει το Νοσ. η κλινική.

Σετ. διασωλήνωσης

Σύστημα παροχής οξυγόνου για όλους τους ασθενείς.

Σύστημα αναρρόφησης.

Ανρθωκοζυγός ακριβείας

Σποκλίνιος φορητός ζυγός ακριβείας

Όλα τα μηχανήματα της ΜΤΝ θα βρίσκονται πάντοτε σε καλή λειτουργική κατάσταση. Με ευθύνη της προϊσταμένης της Μονάδας θα τηρείται βιβλίο συμβάντων και συντήρησης των μηχανημάτων που θα ενημερώνεται ενυπόγραφα από την ίδια και τον συντηρητή των μηχανημάτων.

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΤΝ

1. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η στελέχωση με ιατρικό προσωπικό των ΜΤΝ και των νεφρολογικών τμημάτων καθορίζεται μεν από την Δ/β/οικ. 7070/4-6-84 Υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 22/13-6-84) αλλά θα πρέπει να αναπροσαρμόζεται μετά από αιτιολογημένη πρόταση του Δ/ντή Νεφρολόγου, του Δ/ντή τομέα και απόφαση του ΔΣ του Νοσοκομείου.

Καθοριστικός παράγοντας για την αύξηση του ιατρικού προσωπικού θα είναι ο αριθμός των ημερήσιων θεραπευτικών προγραμμάτων (βάσεις) της ΜΤΝ.

Η ΜΤΝ καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας της θα καλύπτεται από γιατρό νεφρολόγο ή ειδικευόμενο στη νεφρολογία με ευθύνη του νεφρολόγου όταν η μονάδα αυτή είναι ενταγμένη σε νεφρολογικό τμήμα Νοσοκομείου.

Η ΜΤΝ Νοσοκομείου που λειτουργεί σαν αυτοτελές τμήμα του Παθολογικού τομέα, καλύπτεται από τον υπεύθυνο νεφρολόγο του Νοσοκομείου συνεπικουρούμενο από γιατρούς του Παθολογικού τομέα, ειδικευμένους ή ειδικευόμενους. Οι γιατροί αυτοί εκπαιδεύονται από νεφρολόγο και τοποθεσύνονται στη ΜΤΝ με απόφαση του ΔΣ του Νοσοκομείου μετά από γνωμοδότηση της επιστημονικής επιτροπής του Νοσοκομείου.

...θρούν θέσεις παθολόγων ή καρδιολόγων όταν δεν επαρκούν

Η ΜΤΝ Νοσοκομείου στο οποίο δεν υπηρετεί γιατρός νεφρολόγος λειτουργεί με υπεύθυνο γιατρό παθολόγο ή καρδιολόγο, στα κλαίσια του Παθολογικού τομέα του Νοσοκομείου, ο οποίος έχει προηγούμενα ύψιστη ζμηνη εκπαίδευση σε Νεφρολογικό τμήμα Νοσοκομείου.

Η ΜΤΝ ιδιωτικής κλινικής λειτουργεί με ευθύνη γιατρού νεφρολόγου. Βοηθός του νεφρολόγου μπορεί να είναι γιατρός ή παθολόγος ή καρδιολόγος με ζμηνη εκπαίδευση σε νεφρολογικό τμήμα Νοσοκομείου.

Τα νεφρολογικά τμήματα Νοσοκομείων που θα κάνουν την ζμηνη εκπαίδευση καθώς και το είδος της εκπαίδευσης καθώς και το είδος της εκπαίδευσης καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας-Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ.

Η τοποθέτηση παθολόγου ή καρδιολόγου για εξάσκηση σε νεφρολογικό τμήμα Νοσοκομείου γίνεται από το Υπουργείο μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου.

Το νεφρολογικό τμήμα θα εκπαιδεύσει τον ενδιαφερόμενο γιατρό θα χορηγήσει πιστοποιητικό εκπαίδευσης στο οποίο θα φαίνεται ότι είναι ικανός να αναλάβει ευθύνη παρακολούθησης ασθενών σε αιμοκάθαρση.

Εντός δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος κανονισμού οι ΜΤΝ ιδιωτικών κλινικών θα πρέπει να υποβάλλουν στο Υπουργείο ονομαστική κατάσταση των υπηρετούντων σ' αυτές γιατρών και του τίτλο ειδικότητάς τους.

Εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος κανονισμού οι γιατροί που υπηρετούν σ' αυτές τις μονάδες θα πρέπει να έχουν τις προϋποθέσεις που αναφέρονται στην προηγούμενη παράγραφο.

Η προθεσμία διηνών μπορεί να παραταθεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ στην περίπτωση που δεν θά γίνει εφικτή η πραγματοποίηση εντός του διηνου της ζμηνης εκπαίδευσης του προσωπικού.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΤΝ

Σε κάθε ΜΤΝ πρέπει να υπάρχει προϊσταμένη Α/Ν κάτοχος πτυχίου σχολής ζετούς φοίτησης ή απόφοιτος ΤΕΙ ή απόφοιτος της νοσηλευτικής σχολής του Παν/μίου ή οποία πλην των απαιτούμενων προσόντων για κάλυψη θέσης προϊσταμένης πρέπει να έχει προϋπηρεσίαστην αιμοκάθαρση τουλάχιστον 5έτη.

Οι Α/η της ΜΤΝ πρέπει να είναι απόφοιτες σχολής ζετούς φοίτησης ή των ΤΕΙ. Αν όμως δεν υπάρχουν μπορεί να είναι απόφοιτες σχολών ζετούς ή ζετούς φοίτησης. Ο αριθμός των αδελκών νοσοκόμων της ΜΤΝ θα πρέπει να είναι τόσοσ ώστε να αντιστοιχεί 1 Α/η σε κάθε 3 λειτουργούντα μηχανήματα.

Οι Α/Ν που παρακολουθούν ασθενείς με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο δεν επιτρέπεται να παρακολουθούν ταυτόχρονα και άλλους ασθενείς.

3. ΤΕΧΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΤΝ

Το τεχνικό προσωπικό της ΜΤΝ θα πρέπει να είναι προσιτό σε κάθε ανάγκη που πιθανόν να παρουσιασθεί κατά τη διάρκεια λειτουργίας της Μονάδας με ευθύνη της τεχνικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου (Μηχανολόγος, ηλεκτρολόγος, υδραυλικός, ηλεκτρονικός).

Ο ηλεκτρονικός θα πρέπει να γνωρίζει καλά τον τρόπο λειτουργίας και συντήρησης των μηχανημάτων και να καλύπτει τη Μονάδα σε όλη τη διάρκεια της λειτουργίας της.

4. ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΤΝ

1. Μία (1) καθαρίστρια για δύο βάρδιες και δύο (2) καθαρίστριες για τρεις βάρδιες λειτουργίας της Μονάδας.

2. Ένας (1) νοσοκόμος -τραυματιοφορέας για δύο βάρδιες και δύο (2) νοσοκόμοι-τραυματιοφορείς για τρεις (3) βάρδιες λειτουργίας της Μονάδας.

Η παρουσία του βοηθητικού προσωπικού σε όλη τη διάρκεια λειτουργίας της Μονάδας θεωρείται αναγκαία.

Β. ΜΟΝΑΔΕΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΣΦΠΚ)

1. Λειτουργούν μόνο σε Νοσοκομεία με ευθύνη του εξειδικευμένου στη μέθοδο αυτή νεφρολόγου.

2. Η ίδρυση και λειτουργία της μονάδας ΣΦΠΚ γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από πρόταση της ΥΣΕ και γνώμη του ΠΕΣΥ και ΚΕΣΥ.

3. Ο χώρος λειτουργίας της Μονάδας ΣΦΠΚ πρέπει να είναι κατάλληλα διαρρυθμισμένες για να εξυπηρετεί τις νοσηλευτικές και εκπαιδευτικές ανάγκες των ασθενών. Ο χώρος αυτός είναι σωστό να βρίσκεται κοντά στη ΜΤΝ, αν υπάρχει τέτοια δυνατότητα.

4. Οι μονάδες ΣΦΠΚ διακρίνονται σε εκπαιδευτικές και σε μονάδες παρακολούθησης των ασθενών. Ο καθορισμός των Μονάδων αυτών γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από πρόταση του ΚΕΣΥ.

5. Κάθε μονάδα ΣΦΠΚ υποχρεούται να τηρεί αρχείο ασθενών και με ευθύνη του υπεύθυνου νεφρολόγου θα συμπληρώνει το μηχανογραφικό δελτίο ένταξης και μεταβολών και θα ενημερώνει την ΥΣΕ εντός των καθορισμένων προθεσμιών. Κάθε παράλειψη ενημέρωσης της ΥΣΕ θα έχει σαν



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 759

4 Σεπτεμβρίου 1995

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ	
Συμπλήρωση και τροποποίηση του Οργανισμού του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Ξάνθης.	1
Σύσταση προσωρινής θέσης διοικητικού προσωπικού στη Δ/ση Δευτεροβάθμιας Εκπ/σης Νομαρχίας Έβρου.	2
Πρακτική άσκηση σπουδαστών Τ.Ε.Ι. στο Γ.Χ.Κ./Χημική Υπηρεσία Λάρισας.	3
Άδεια κατοχής Β' θέσης στον Κων/νο Κοσκινά.	4
Άδεια κατοχής Β' θέσης στον Δημήτριο Οικονομίδη. . .	5
Άδεια κατοχής Β' θέσης στον Θεοδόση Παλάσκα. ...	6
Χαρακτηρισμός Ι.Ν. Αγίας Τριάδας οικισμού Πλάτσας Νομού Μεσσηνίας ως ιστορικού διατηρητέου μνημείου.	7
Μεταβιβάσεις μετοχών της εταιρίας «TELESIS ΧΡΗΜΑΤΙΣΤΗΡΙΑΚΗ Α.Ε.».	8
Παροχή εγκρίσεως για την αγορά μετοχών της υπό ίδρυση Α.Ε. «Ανάπτυξης Συστημάτων και Υποστήριξης της Κεφαλαιαγοράς» από Εταιρείες Επενδύσεων Χαρτοφυλακίου. 4B: Παροχή εγκρίσεως για την αγορά μετοχών της υπό ίδρυση Α.Ε. «Ανάπτυξης Συστημάτων και Υποστήριξης της Κεφαλαιαγοράς» από την «ΕΘΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΟΥ Α.Ε.».	9
Παροχή εγκρίσεως για την αγορά μετοχών της υπό ίδρυση Α.Ε. «Ανάπτυξης Συστημάτων και Υποστήριξης της Κεφαλαιαγοράς» από Εταιρείες Επενδύσεων Χαρτοφυλακίου. 4Γ: Παροχή εγκρίσεως για την αγορά μετοχών της υπό ίδρυση Α.Ε. «Ανάπτυξης Συστημάτων και Υποστήριξης της Κεφαλαιαγοράς» από την ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΟΥ «ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΕΩΣ».	10

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Υ4α/5952/94

(1)

Συμπλήρωση και τροποποίηση του Οργανισμού του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Ξάνθης.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 54 και 56 του Ν. 2071/92 (ΦΕΚ 123 Α/92) όπως συμπληρώθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 2 του Ν. 2194/94 (ΦΕΚ 34 Α/94).

2. Τις διατάξεις του Π. Δ/τος 87/86 (ΦΕΚ 32 Α/86) «Ενιαίο πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων».

3. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154 Α/92) με τις οποίες προστέθηκε στο Ν. 1558/85 νέο άρθρο 29Α και το γεγονός ότι προκαλείται ετήσια δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού ποσού δρχ. 1.024.000.000 περίπου, η οποία για το τρέχον έτος περιορίζεται στο ποσό των δρχ. 512.000.000 περίπου, και θα καλυφθεί από τον προϋπολογισμό του Υπ. Υγείας, Φ. 210 ΚΑΕ 2813.

4. Την απόφαση αρ. ΔΥ3α/οικ. 370 (ΦΕΚ 550 Β/13.7.94) περί ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

5. Την απόφαση αρ. 58/9.2.94 του Δ.Σ. του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Ξάνθης, αποφασίζουμε:

Η αρ. Α3β/οικ. 14136/8.8.86 Υπουργική απόφαση «Αναμόρφωση του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης» (ΦΕΚ 678 Β/20.10.86) τροποποιείται κα: συμπληρώνεται όπως παρακάτω:

Άρθρο 1

Το άρθρο 5 «Δύναμη Κρεβατιών» τροποποιείται όπως παρακάτω.

Άρθρο 5

Δύναμη Κρεβατιών

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε τρισκόσια (300) κρεβάτια.

Άρθρο 2

Το άρθρο 6 «Διάκριση Υπηρεσιών» αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 6

Διάκριση Υπηρεσιών

Το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

- 1. Ιατρική
- 2. Νοσηλευτική
- 3. Βιοχημική

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι αυτοτελείς και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε κάθε υπηρεσία απ' αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατά ειδικότητα σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Άρθρο 3

Το άρθρο 7 «Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας» αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 7

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας.

Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται στους τομείς:

- 1) Παθολογικό με δύναμη (131) κρεβάτια
- 2) Χειρουργικό με δύναμη (154) κρεβάτια
- 3) Ψυχιατρικό με δύναμη (15) κρεβάτια
- 4) Εργαστηριακό.

Στα διατομεακά τμήματα (Συγκρότημα Εξωτερικών Ενόμων)

Παθολογικών περιστατικών, Επειγόντων περιστατικών, Επειγόντων νοσηλείας και Επειγόντων Ιατρικών

Κάθε τομέας διαρθρώνεται σε τμήμα και Μονάδες ως εξής:

Α. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Α. Τμήματα

- 1. Δύο (2) Παθολογικά
- 2. Ένα (1) Καρδιολογικό
- 3. Ένα (1) Παιδιατρικό
- 4. Ένα (1) Νευρολογικό

Β. Μονάδες

- 1. Εμφραγματων
- 2. Βρεφών και προώρων
- 3. Τεχνητού Νεφρού
- 4. Μεσογαστρικής Αναίμιαιας

Β. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Α. Τμήματα

- α1. Δύο (2) Χειρουργικά
- α2. Ένα (1) Ορθοπαιδικό
- α3. Ένα (1) Οφθαλμολογικό
- α4. Ένα (1) Ωτορινολαρυγγολογικό
- α5. Ένα (1) Γυναικολογικό - Μαιευτικό
- α6. Ένα (1) Ουρολογικό
- α7. Ένα (1) Αναισθησιολογικό

Β. Μονάδες

- β1. Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)

Γ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Α. Τμήματα

- α1. Ένα (1) Ψυχιατρικό

Δ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Α. Τμήματα

- α1. Ένα (1) Μικροβιολογικό
- α2. Ένα (1) Βιοχημικό
- α3. Ένα (1) Αιματολογικό
- α4. Ένα (1) Αιμοδοσίας
- α5. Ένα (1) Ακτινοδιαγνωστικό
- α6. Ένα (1) Παθολογικό - Κυτταρολογικό
- α7. Ένα (1) Φαρμακευτικό

Στους τομείς λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία αντίστοιχών ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο στα πλαίσια του συγκροτήματος εξωτερικών ασθενών.

Άρθρο 4

Στο άρθρο 8 «Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας» αυξάνονται οι νοσηλευτικοί τομείς και τα τμήματα όπως παρακάτω:

1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) τομείς, 1ο, 2ο και 3ο που ο καθένας διαρθρώνεται σε τμήματα στους παρακάτω:

α. Ο 1ος τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον Παθολογικό και Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

β. Ο 2ος τομέας σε οκτώ (8) τμήματα που καλύπτουν τον Χειρουργικό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

γ. Ο 3ος τομέας σε επτά (7) τμήματα που καλύπτουν τον Εργαστηριακό τομέα, το Συγκρότημα Εξωτερικών Ασθενών το Φαρμακευτικό τμήμα και τα Χειρουργεία της Ιατρικής Υπηρεσίας.

δ. Κατά τα λοιπά το άρθρο 8 ισχύει ως έχει.

Άρθρο 5

1. Στο άρθρο 11 «Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας» προτίθενται οι παρακάτω θέσεις.

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

Μία (1) του κλάδου ΠΕ Φαρμακοποιών (συνολικά τρεις (3))

Μία (1) του κλάδου ΠΕ Χημικών - Βιοχημικών (συνολικά δύο (2))

Μία (1) του κλάδου ΠΕ Βιολόγων.

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

Μία (1) του κλάδου ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου (σύνολο τέσσερες (4)).

2. Κατά τα λοιπά το άρθρο 11 ισχύει ως έχει.

Άρθρο 6

Το άρθρο 12 «Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας», τροποποιείται όπως παρακάτω:

Άρθρο 12

Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους ουνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

1. ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Οκτώ (8) θέσεις

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ενενήντα οκτώ (98) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οκτώ (8) θέσεις

7/10/2010

115

ΕΙΚΟΣΙ (20) Θέσεις 24 Σμτ

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ

Εκατόν εξήντα οκτώ (168) θέσεις 177

Οι είκοσι οκτώ (28) θέσεις του κλάδου πληρούνται κατά τον αριθμό που δεν πληρούνται λόγω έλλειψης υποψηφίων, είκοσι οκτώ (28) θέσεις του κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής.

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΟΚΟΜΙΑΣ

Πέντε (5) θέσεις 6 Σμτ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ - ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΩΝ

(προσωρινός)

Τρεις (3) θέσεις

Οι θέσεις του κλάδου αυτού καταργούνται μετά την για οποιοδήποτε λόγο αποχώρηση των υπαλλήλων που τις κατέχουν.

Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Εξήντα πέντε (65) θέσεις. 95 Σμτ

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Νοσοκόμων Μεταφορέων ασθενών, Βοηθών Θαλάμου, Σαβανωτών - Νεκροτόμων και έχει την κατωτέρω κατανομή:

Νοσοκόμοι: Δέκα οκτώ (18) θέσεις.

Μεταφορείς ασθενών: Δέκα επτά (17) θέσεις.

Βοηθοί θαλάμων: Δέκα (10) θέσεις

Σαβανωτές Νεκροτόμοι: Δύο (2) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξής τους.

Άρθρο 7

Το άρθρο 13 «Στελέχωση Διοικητικής Υπηρεσίας» τροποποιείται όπως παρακάτω:

Άρθρο 13

Στελέχωση Διοικητικής Υπηρεσίας

Η Διοικητική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις.

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ

Δέκα (10) θέσεις.

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ (ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ)

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ

Δύο (2) θέσεις τμημάτων Μηχανολογών - Μηχανικών, Ηλεκτρολογών, Μηχανικών ή Ηλεκτρολόγων - Μηχανολόγων.

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ

Πέντε (5) θέσεις 6 Σμτ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΚΛΑΔΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ)

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

Δώδεκα (12) θέσεις 16 Σμτ

ΚΛΑΔΟΣ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΑΣ - ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

Οκτώ (8) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Δύο (2) θέσεις τμημάτων Τεχνολογίας Τροφίμων - Διατροφής

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

Έξι (6) θέσεις τμημάτων Μηχανολογίας, Ηλεκτρολογίας, Ηλεκτρονικής, Δομικών Έργων και Τεχνολογίας Ιατρικών Οργάνων.

Η κατανομή των θέσεων στις ειδικότητες γίνεται με την απόφαση προκήρυξης κάθε φορά.

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ - ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟΥ (ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ) 40 Σμτ

Τριάντα δύο (32) θέσεις τμημάτων στελεχών Διοίκησης υπαλλήλων λογιστηρίου και υπαλλήλων Διοίκησης.

ΚΛΑΔΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΓΡΑΦΩΝ

Τέσσερις (4) θέσεις 5 Σμτ

ΚΛΑΔΟΣ ΒΟΗΘΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ & ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ (ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΩΝ)

Είκοσι (20) θέσεις 32 Σμτ

Οι πέντε (5) θέσεις του κλάδου πληρούνται κατά τον αριθμό που δεν πληρούνται πέντε (5) θέσεις λόγω έλλειψης υποψηφίων του κλάδου ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων.

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ (ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ - ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ)

Δώδεκα (12) θέσεις. 20 Σμτ

Οι τέσσερις (4) θέσεις του κλάδου αυτού πληρούνται κατά τον αριθμό που δεν πληρούνται αντίστοιχος αριθμός θέσεων ΤΕ Ραδιολογίας - Ακτινολογίας.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΗΤΩΝ

Επτά (7) θέσεις 6 Σμτ

ΚΛΑΔΟΣ ΜΑΓΕΙΡΙΚΗΣ

Πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Η/Υ

Έξι (6) θέσεις 7 Σμτ

ΚΛΑΔΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Τέσσερις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΕΧΝΙΚΟΣ

Πενήντα πέντε (55) θέσεις 4 Σμτ

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Ηλεκτρονικών Τεχνικών, Ηλεκτροτεχνιτών, Μηχανοτεχνιτών, Θερμαστών, Υδραυλικών, Εργοδηγών, Σχεδίων, Οικοδόμων - Κτιστών, Ευλουργών - Επιπλοποιών, Ψυκτικών, Ελαιοχρωματιστών, Σιδηρουργών Οξυγονοκολλητών, Αλουμινοκατασκευαστών, Κοπτικής - Ραπτικής, Γαζωτριών, Κλιβανιστών - Αποστειρωτών, Απολυμαντών, Κουρέων, Οδηγών αυτοκινήτου και άελες συναφείς.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Ηλεκτρονικών τεχνικών μία (1) θέση

Ηλεκτροτεχνιτών τρεις (3) θέσεις

ιοτεχνιτών τέσσερις (4) θέσεις
 ρακών δύο (2) θέσεις
 ιργών - Επιπλοποιών μία (1) θέση
 κών μία (1) θέση
 χρωματιστών μία (1) θέση
 κής - Ραπτικής - Γαζωτριών τέσσερις (4) θέσεις
 ών αυτοκινήτου πέντε (5) θέσεις
 ισιών - Απολυμαντών - Αποστειρωτών τέσσερις
 ρις.
 ανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται
 ν προκήρυξή τους.
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ
ΔΟΣ ΕΡΓΑΤΩΝ
 ερις (4) θέσεις
ΔΟΣ ΦΥΛΑΚΩΝ - ΝΥΚΤΟΦΥΛΑΚΩΝ
 ιερικς (4) θέσεις
ΔΟΣ ΥΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
 οι δύο (2) θέσεις
 άδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:
 ηρών, Θυρωρών, Συνοδών Ανεγκυστήρων, Ταξινό-
 ατισμού, Βοηθών Αποθηκαρίων, Χειριστών Μηχα-
 αν αναπαραγωγής εγγράφων: Το 1/2 των θέσεων
 άδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:
 ηρών τρεις (3) θέσεις
 ωρών έξι (6) θέσεις
 παραγωγής εγγράφων μία (1) θέση
 νόμων Ιματισμού μία (1) θέση
 θών Αποθηκαρίων μία (1) θέση.
 ιτανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται
 ρορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.
ΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ
 ντα (60) θέσεις
 λάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:
 ιριστών - φτριών, Πλυντών - τριών, Πρεσσαδόρων,
 ατών - τριών, Βοηθών Κηπουρού. Το 1/2 των θέ-
 του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:
 ιριστών - τριών 20 θέσεις
 ντών - τριών 5 θέσεις
 ισοαδόρων - Σιδηρωτών - τριών 4 θέσεις
 θών Κηπουρού 1 θέση
 ιτανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται
 φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.
ΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΣΤΙΑΣΗΣ
 άντα πέντε (35) θέσεις
 λάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Τραπε-
 ιών, Λατζέρηδων, Βοηθών Μαγειρών:
 1/2 των θέσεων του κλάδου κατανέμεται ως εξής:
 απεζοκόμοι έντεκα (11) θέσεις
 ντζέρηδες δύο (2) θέσεις
 ηθοί Μαγειρών πέντε (5) θέσεις
 κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται
 ε φορά με την απόφαση προκήρυξης τους.
ΕΣΤΙΑΣΤΕΣ ΜΕ ΜΙΣΘΟ ΕΝΤΟΛΗΣ
 ις (1)

ρία, κλάδο και ειδικότητα καθορίζονται με τις διατάξεις
 του Π.Δ/τος 104/88 (ΦΕΚ 84/Α/88) όπως τροποποιήθη-
 καν με τις διατάξεις των Π. Δ/των 172/92 (ΦΕΚ 81/Α/92)
 και 368/92 (ΦΕΚ 186/Α/92) αντίστοιχα.

Κατά τα λοιπά το άρθρο 14 ισχύει ως έχει.

Άρθρο 9

Στο άρθρο 15 «Προϊσταμένοι υπηρεσιών» επέρχονται οι
 κατωτέρω τροποποιήσεις:

1. Στη Διοικητική υπηρεσία προϊστάται:

α) Στη Διεύθυνση και την υποδιεύθυνση Διοικητικού
 υπάλληλος με βαθμό Α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου
 ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ή της κατηγορίας ΤΕ του κλά-
 δου Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας ή της κατη-
 γορίας ΔΕ του κλάδου ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ - ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟΥ.

β) Στην Υποδιεύθυνση Τεχνικού υπάλληλος με βαθμό Α'
 της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Μηχανολόγων - Μηχανι-
 κών ή Ηλεκτρολόγων - Μηχανικών. Σε περίπτωση ελλεί-
 ψεως αυτών υπάλληλος του κλάδου Ηλεκτρολόγων - Μη-
 χανολόγων και αν δεν υπάρχει υπάλληλος με βαθμό Α' της
 κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Τεχνολογικών Εφαρμογών.

γ) Στο τμήμα Οικονομικού υπάλληλος με βαθμό Α' της
 κατηγορίας ΠΕ του κλάδου ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ή
 της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Λογιστικής ή της κατηγο-
 ρίας ΔΕ του κλάδου Διοίκησης - Λογιστηρίου.

δ) Στο τμήμα Πληροφορικής - Οργάνωσης υπάλληλος
 με βαθμό Α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Πληροφορι-
 κής.

ε) Στο τμήμα Τεχνικού και Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
 υπάλληλος με βαθμό Α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου
 Μηχανικών και αν δεν υπάρχει υπάλληλος της κατηγορίας
 ΤΕ του κλάδου Τεχνολογικών Εφαρμογών.

στ) Οι υπάλληλοι που θα προϊστάται στο Φαρμακευτικό
 τμήμα, στη Νοσηλευτική και στη Διοικητική Υπηρεσία και
 τις οργανικές υποδιαίρεσεις τους ορίζονται σύμφωνα με
 τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις του βαθμολογίου.

Άρθρο 10

Κατά τα λοιπά, δηλαδή αναφορικά με τις μη τροπο-
 ποιούμενες ή εν μέρει συμπληρούμενες διατάξεις, ισχύει
 η Α3β/οικ. 14136/8.8.1986 (ΦΕΚ 667/Β/86) Υπουργική
 Απόφαση «Αναμόρφωση του Οργανισμού του Γενικού Νο-
 σοκομείου Ξάνθης».

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της
 Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 24 Αυγούστου 1995

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
 ΓΙΑΝ. ΠΟΤΤΑΚΗΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
 ΑΛΕΞ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ
 ΝΙΚ. ΦΑΡΜΑΚΗΣ

Άρθρο 8

το άρθρο 14 «Προσόντα διαορισμού» τροποποιείται ως

Άρθρο 14

προσόντα διαορισμού που απαιτούνται κατά κατηγο-

ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ 686

Ε.Δ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤ. ΝΟΣ. ΜΟΝ.
ΚΑΙ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Α'

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας : 101.87
Πληροφορίες : Ε. Τριάντη
Τηλέφωνο : 5232821/220
TELEFAX : 5239238

Αθήνα, 5.6.1995
Δ/νση Δ/ση
Κοινων. Ασφαλίσεων
Α. Τ. Νεφροί

3

Αρ. Πρωτ. Υ4α/5154

ΠΡΟΣ: Την Υπηρεσία Συντονισμού
και Ελέγχου εξωνεφρικής
κάθαρσης και μεταμοσχεύσεων
(ΥΣΕ)
Περ. Γεν. Νοσ. Αθήνας

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜ. ΚΟΙΤΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΑΔΟΣ

Αριθ. πρωτ. 4715

Ελήφθη τη 21-6-1995

ΘΕΜΑ: Σχετικά με μονάδες τεχνητού νεφρού στα Νοσ/μεία του ΝΔ
2592/53

Σχετ: α) Αριθ. Πρωτ. 208/30.3.95 έγγραφο της ΥΣΕ
β) Αριθ. Πρωτ. Υ4α/3341/3.4.95 απόφαση του Υφ/γού Υγείας,
Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων

Ύστερα από τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα σας γνωρίζουμε τα ακό-
λουθα.

Λόγω των προβλημάτων που προκύπτουν συνεχώς από την έλλειψη
θέσης στις Μονάδες τεχνητού Νεφρού στα Νοσ/μεία του ΝΔ 2592/53
για τους ανασφάλιστους ασθενείς που χρήζουν αιμοκάθαρσης, παρα-
καλούμε, στο εξής, να ανακατανέμετε τους νεφροπαθείς ασθενείς
κατά τέτοιο τρόπο ώστε οι ασφαλισμένοι να αιμοκαθαίρονται και σε
ιδιωτικές κλινικές που έχουν σύμβαση με το ταμείο τους, προκει-
μένου να κενωθούν θέσεις στα κρατικά Νοσ/μεία για την νοσηλεία
ανασφαλιστων νεφροπαθών.

Η ρύθμιση αυτή θεωρείται επιβεβλημένη προκειμένου να αντιμετω-
πισθεί το αδιέξοδο των ανασφαλιστων ασθενών, που πολλές φορές
αποβαίνει μοιραίο για την υγείας τους.

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

Ν. ΦΑΡΜΑΚΗΣ

70

ΕΠΕΙΓΟΝ 25-5-1997

Από Μ.Τ.Ν. :-

ΕΠΕΙΓΟΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Δ

Αθήνα 14/5/97
Αρ. Πρωτ. Υ36/2900

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας : 101 87
FAX : 5232953
Πληροφορίες : Α. Κολιοπούλου
Τηλέφωνο : 5238740

ΠΡΟΣ : **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**
(Μ. Τ. Ν.)
ΩΣ Ο ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ

ΘΕΜΑ: «ΛΙΣΤΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ»

Επειδή κατά καιρούς παρουσιάζονται προβλήματα και υποβάλλονται παράπονα από νεφροπαθείς σχετικά με την τοποθέτησή τους στη λίστα αναμονής για αιμοκάθαρση, παρακαλούμε από τη λήψη του παρόντος, για την τήρηση της λίστας και την επίλυση κάθε προβλήματος που αναφύεται, να συγκροτηθεί στα Νοσοκομεία πενταμελής επιτροπή προκειμένου να διαμορφώσει τη λίστα αναμονής νεφροπαθών για αιμοκάθαρση, η οποία θα αποτελείται από τα παρακάτω μέλη:

1. Πρόεδρος Δ.Σ. Νοσοκομείου (ως Πρόεδρος της επιτροπής)
2. Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής Νοσοκομείου (Μέλος)
3. Διευθυντής, υπεύθυνος Μ.Τ.Ν. Νοσοκομείου (Μέλος)
4. Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου (Μέλος)
5. Κοινωνική Λειτουργός Νοσοκομείου (Μέλος)

Για την τοποθέτηση των ασθενών στη λίστα θα λαμβάνονται υπόψη κατά σειρά τα εξής κριτήρια:

- α) Οικονομική κατάσταση (άπορος)
- β) Χρόνος αναμονής
- γ) Ηλικία (προτεραιότητα: μαθητές, έφηβοι κ.λ.π.)
- δ) Εργαζόμενοι στην πόλη ή την ευρύτερη περιοχή.

Ευνόητο είναι ότι ιδιαίζουσες περιπτώσεις (όπως επιβαρυνμένη κατάσταση νεφροπαθούς και από άλλες ασθένειες), η επιτροπή αφού λάβει υπόψη της και αξιολογήσει την περίπτωση του ασθενούς θα κρίνει ανάλογα και θα εντάξει αυτόν στην αντίστοιχη σειρά. Επισημαίνεται δε ότι προτεραιότητα έχουν οι οικονομικά αδύνατοι.

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΜ. ΣΚΟΥΛΑΚΗΣ



Η Μ Ε Ρ Η Σ Ι Α Κ Ι Ν Η Σ Η
Του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Ξάνθης
κατά την 27η Μαΐου 1997

Συγκρότηση Επιτροπής

Έχοντας υπόψη την υπ. αριθμ. Υ35/2900/14-5-97 εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, συγκροτούμε Επιτροπή αποτελούμενη από τα παρακάτω μέλη:

1. ΑΓΓΕΛΟ ΣΑΒΒΑΝΙΔΗ, Πρόεδρο Δ.Σ. του Νοσοκομείου, ως Πρόεδρο
2. ΓΕΩΡΓΙΟ ΤΖΟΛΑ, Πρόεδρο Επιστημονικής Επιτροπής, Μέλος
- ✓ 3. ΧΡΗΣΤΟ ΧΑΤΖΗΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Δ/ντή Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, Μέλος
4. ΚΩΝ/ΝΙΑ ΜΥΛΩΝΑ, αναπληρώτρια Δ/ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Μέλος
5. ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΚΑΡΥΔΟΥ, Κοινωνική Λειτουργός, Μέλος

Έργο της Επιτροπής θα είναι η διαμόρφωση λίστας αναμονής νεφροπαθών για αιμοκάθαρση, σύμφωνα με τα κριτήρια της ανωτέρω αναφερόμενης εγκυκλίου.

Αντίγραφο της παρούσας να κοινοποιηθεί στους ενδιαφερόμενους, όμοιο δε να τοποθετηθεί στους ατομικούς τους φακέλλους.



Ο Πρόεδρος του Δ.Σ.

ΑΓΓΕΛΟΣ ΣΑΒΒΑΝΙΔΗΣ

ΚΑΤΩΝΗ ΙΣΟΓΕΙΟΥ

