

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

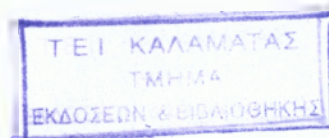
ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΤΟΥΛΙΑΤΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΥΓΕΝΙΑ ΜΠΙΤΖΑΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2002



Ευχαριστούμε όλους όσους βοήθησαν
στην διεκπεραίωση της εργασίας μας
αυτής και ιδιαίτερα την υπεύθυνη
καθηγήτρια (εισηγήτρια) κ. Ευγενία Μπιτζάνη

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ ΤΟ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ & ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

1.1 Εισαγωγή	10
1.2. Σκοποί και στόχοι	11
1.3. Το Γαλλικό πρότυπο	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ & ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ & ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (Υ.Σ.Ε.)

2.1. Σκοποί και στόχοι	17
2.2. Δραστηριότητες της Υ.Σ.Ε.	20
2.3. Πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης	25
2.3.1. Αιμοκάθαρση ασθενών σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας	25
2.3.2. Ασθενείς σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας	27
2.3.3. Μονάδες τεχνητού νεφρού (Μ.Τ.Ν.)	32
2.4. Πρόγραμμα μεταμοσχεύσεων	37
2.4.1. Υποψήφιοι λήπτες μοσχεύματος	37

2.4.2. Παρακολούθηση μεταμοσχευμένων ασθενών	38
2.4.3. Μεταμοσχεύσεις Νεφρών	39
2.4.4. Μεταμοσχεύσεις καρδιάς-πνευμόνων-ήπατος (1990-1992)	47
2.4.5. Μεταμοσχεύσεις κερατοειδών	52
2.5. Πρόγραμμα δωρεάς ιστών και οργάνων	55
2.5.1. Δήλωση δότη ιστών και οργάνων	55
2.5.2. Ευαισθητοποίηση κοινής γνώμης	56
2.5.3. Δωρητές ιστών και οργάνων με κάρτα δότη	57

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΈΝΑΝ ΝΕΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Εισαγωγή	63
3.2. Περιφερειακοί και τοπικοί συντονιστές μεταμοσχεύσεων	68
3.3. Οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα	72

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΣΥΓΚΟΜΙΔΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

4.1. Εισαγωγή	76
4.2. Που βρίσκονται οι δότες οργάνων;	78
4.3. Αναγνώριση δυνητικών δοτών οργάνων	80
4.4. Συντονισμός αφαιρέσεως μοσχευμάτων από δότες πολλαπλών οργάνων	82
4.4.1. Τα προκαταρκτικά στάδια	82

4.4.2. Μελέτη του ιατρικού φακέλλου	83
4.4.3. Διοικητικές διαδικασίες	84
4.4.4. Οργάνωση της αφαίρεσης οργάνων	85
4.4.5. Μέσα μεταφοράς	88
4.4.6. Η συνέχεια μετά την αφαίρεση	88
4.5. Δυνητικοί και τελικοί δότες ιστών και οργάνων	90

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΔΙΑΘΕΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΔΙΑΘΕΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

5.1. Υποψήφιοι λήπτες μοσχεύματος	101
5.1.1. Καταλληλότητα υποψηφίων ληπτών	101
5.1.2. Ετοιμότητα υποψηφίων ληπτών	102
5.2. Σε ποιόν ανήκει το μόσχευμα;	102
5.3. Κανόνες διάθεσης μοσχευμάτων	105
5.3.1. Νεφρών	105
5.3.2. Παγκρέατος	106
5.3.3. Καρδιάς, καρδιάς και πνευμόνων, πνευμόνων	107
5.3.4. Ήπατος	109
5.4. Ποιότητα ζωής μεταμοσχευμένων νεφροπαθών	110
5.5. Διάθεση μοσχευμάτων στην Ελλάδα	115
5.6. Νομικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα	129
5.6.1. Νόμος σπ' αριθμ. 1383 (ΦΕΚ 106/5-8-83)	131
5.6.2. Ο Νόμος 2071/92 (ΦΕΚ 123/15-7-92 ΤΑΝ)	141

ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ & ΗΘΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ & ΗΘΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

6.1. Δυνητικοί και τελικοί δότες ιστών και οργάνων	144
6.2. Αποτελέσματα εφαρμογής κάρτας δότη	152
6.3. Ηθικά προβλήματα της μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων	154
Συμπεράσματα	168
Παράρτημα	175
Βιβλιογραφία	182

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η μεταμόσχευση ανθρωπίνων ιστών και οργάνων ως γνωστόν, αποτελεί πλέον σήμερα μια καθιερωμένη θεραπευτική μέθοδο για την αντιμετώπιση όχι μόνον ζωτικών προβλημάτων χρόνιων ασθενειών αλλά επίσης προσφέρει, σε ορισμένες περιπτώσεις, δυνατότητες παράτασης της ίδιας της ζωής του ασθενή.

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

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

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

Η μεταμόσχευση οργάνων ως μία εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος με τις μεγαλύτερες κοινωνικές διαστάσεις, προϋποθέσεις, ή συνέπειες, απαιτεί ένα οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο τέτοιο που να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες της. Σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου έχουν δημιουργηθεί ειδικές υπηρεσίες προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις ιατρικές και κοινωνικές απαιτήσεις μιας επιτυχούς μεταμόσχευσης.

Στη χώρα μας ανταποκρινόμενη η Πολιτεία 10 χρόνια πριν στις απαιτήσεις αυτές, δημιούργησε την Υ.Σ.Ε.¹, η οποία έχοντας ως άμεσο στόχο να εισαγάγει την ιδέα της δωρεάς οργάνων για μεταμόσχευση στην ελληνική κοινωνία, ανέπτυξε ένα οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο με απώτερο στόχο την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων στη χώρας μας.

Η μελέτη του πλαισίου αυτού μας ώθησε στην επιλογή του θέματος με τίτλο «Συντονισμός Μεταμοσχεύσεων», ως πτυχιακή εργασία, λόγω του ενδιαφέροντος και σημασίας που παρουσιάζει. Σκοπός μας είναι να αναλύσουμε, με όσες πληροφορίες μας είναι διαθέσιμες από τον περιοδικό τύπο, βιβλιογραφία αλλά και από το διαδίκτυο, τη μεταμόσχευση οργάνων τόσο στο επίπεδο της τριτοβάθμιας περίθαλψης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, όσο και για την ελληνική κοινωνία γενικότερα.

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

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

Το δεύτερο μέρος που τίτλο έχει «Συντονιστές μεταμοσχεύσεων» αναλύει το έργο των συντονιστών μεταμοσχεύσεων, είτε αυτοί είναι περιφερειακοί ή τοπικοί συντονιστές καθώς και τη δραστηριότητά τους στην Ελλάδα ως νέοι επαγγελματίες υγείας.

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

¹ (Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Εξωνεφρικής Κάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων)

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

Τέλος στο πέμπτο και τελευταίο μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και το ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από τις μεταμοσχεύσεις.

Κρίναμε επιπλέον σκόπιμο καταγράφοντας τα συμπεράσματά μας να αναφερθούμε στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συντονιστικά όργανα μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα, δίνοντας τις δικές θέσεις και σκέψεις.

Θεωρούμε τέλος υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε την κ. Αικατερίνη Σταυροπούλου, διευθύντρια του Ανοσολογικού Τμήματος και του Εθνικού Κέντρου Ιστοσυμβατότητας, εμπνευστή και πρωτεργάτη στη δημιουργία και ανάπτυξη της Υ.Σ.Ε. (Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Εξωνεφρικής Κάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων) καθώς και όλους όσους βοήθησαν για την διεκπεραίωση της μελέτης μας αυτής και ελπίζουμε η ανάγνωση της να ικανοποιήσει και να ενημερώσει σωστά κάθε αναγνώστη της.

Για κάθε παράλειψη την ευθύνη φέρουν οι συγγραφείς της που ευχαρίστως θα δεχθούν κάθε καλοπροαίρετη κριτική.-

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

Όλα άρχισαν εδώ και χιλιετηρίδες στη φαντασία των ανθρώπων με μυθώδη μοσχεύματα ζώων. Οι μυθολογίες, Αιγυπτιακή και Ελληνολατινική, αποτελούν αληθινούς ανθρωπόμορφους ζωολογικούς κήπους ανθρωποειδών στους οποίους κατοικούσαν σφιγγες, κένταυροι και άλλα υβρίδια των δυο φυλών. Οι Έλληνες και οι Λατίνοι είχαν αντιληφθεί ακόμα την ιδέα του αυτομοσχεύματος, όπως διαφαίνεται από την ιστορία του Βάκχου-Διόνυσου: Το έμβρυο του Βάκχου αφαιρέθηκε με καισαρική από την μητέρα του Σεμέλη και μεταμοσχεύθηκε στην γάμπα του πατέρα Δία (κανένα πρόβλημα ιστοσυμβατότητας), από την οποία αυτομεταμοσχεύθηκε τρεις μήνες αργότερα. Η ιστορία αφορά περισσότερο μια μεταμόσχευση οργανισμού παρά μεταμόσχευση οργάνου. Ο Ασκληπιός, υιός του Απόλλωνα, γεννήθηκε με καισαρική της Κορωνίδας της οποίας ο ζηλότυπος σύζυγος ήθελε να τη σκοτώσει. Αυτή τη φορά πρόκειται για αφαίρεση χωρίς μεταμόσχευση. Ο Βιργίλιος διηγείται την περίπτωση του άτυχου Δύχα ο οποίος ομοίως αφαιρέθηκε από

την θνήσκουσα μητέρα του. Οι πρώτοι Καίσαροι είχαν γεννηθεί, όπως υποδηλώνεται από το όνομα τους, με καισαρική. Η ιστορία θέλει τον Νικία Πομπήιο, Βασιλέα της Ρώμης (714-671) να θεσμοθετεί ένα νόμο που καθιστά υποχρεωτική την καισαρική σε κάθε γυναίκα που πέθαινε σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Αυτός ο νόμος φαίνεται να διατηρήθηκε και στον Μεσαίωνα στο χριστιανικό κόσμο. Οι Κοσμάς και Δαμιανός μεταμόσχευσαν την γάμπα ενός νεκρού μαύρου σ' ένα λευκό: ένας νεκρός χρησιμοποιήθηκε κατά κάποιο τρόπο και δεν υπήρχε φυλετική ασυμβατότητα. Αφαιρέσεις, αλλομοσχεύματα και αυτομοσχεύματα, οι αρχαίοι τα είχαν φαντασθεί όλα.²

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

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

Για αληθή μοσχεύματα οργάνων δεν γεννάται θέμα, παρά μόνον στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, αποτέλεσμα των μεγάλων πειραματικών εργασιών του Alexis Carrel. Το εναρκτήριο έναυσμα θα δοθεί με τμήματα νεφρικών αλλομοσχευμάτων. Το 1905 ο Princeteau θα μεταμοσχεύσει πολύ λεπτά τεμάχια νεφρού από κουνέλι, κάτω από το δέρμα ουραιμικών, το 1906 ο Jaboulay θα προχωρήσει με ολόκληρους νεφρούς. Μετά τον νεφρό, το οστόν το 1919 με τους Heitz-Borger, οι οποίοι θα επικυρώσουν το οστικό αλλομό-

² Corlett S.: *Professionals and System Barriers to Organ Donation, Transplant. Proc.*, 1985, σελ. 32-38

σχευμα και θ' ακολουθήσει ο Leriche και οι αδελφοί Judet. Χρησιμοποιούνται οστά σκύλου, αλόγου, χοίρου.³

Έχοντας υπόψη την προέλευση των μοσχευμάτων από ζώα, ήταν λογικό να διαμορφωθεί η υπόθεση της στήριξης της ιδέας στην συμβολή των ανθρώπων, λογαριάζοντας κατ' αρχήν τους νεκρούς. Η αρχή έγινε από τα πιο εύκολα: αφαιρέσεις κερατοειδών χιτώνων των οφθαλμών και οστών από νεκρούς. Οι μεταμοσχεύσεις κερατοειδών και οστών είχαν ήδη ξεκινήσει πριν τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, καθιερώθηκαν μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο αποτελώντας μία καλή σχολή και ένα καλό προοίμιο των μεταμοσχεύσεων των σπλάχνων.⁴

Η νεφρολογία ανοίγει το δρόμο. Το 1947, ο Jean Hamburger θέτει τις βάσεις ενός γενικού οργανογράμματος της νεφρικής μεταμοσχεύσεως. Το 1951 οι Paul Miller, Andre Lemaire αφαίρεσαν και μεταμόσχευσαν κρυφά τους νεφρούς δύο ανθρώπων-νεκρών από την γκιλοτίνα, χωρίς να συμβουλευθούν καμμία Επιτροπή Ηθικής. Βέβαια η εγχείρηση απέτυχε παταγωδώς. Μία αποτυχία διδακτική κατά την οποία η επιστήμη και η ηθική συναντώνται. Σ' αυτό το στάδιο η προοπτική των μεταμοσχεύσεων ανθρωπίνων οργάνων, που αφαιρούνται από νεκρούς ή ζωντανούς συναντά εμπόδια όχι μόνον τεχνικής αλλά και ηθικής, δύσκολα να ξεπεραστούν.

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

³ Corlett S.: *Professionals and System Barriers to Organ Donation, Transplant. Proc.*, 1985, σελ.37

⁴ Corlett S.: *Professionals and System Barriers to Organ Donation, Transplant. Proc.*, 1985, σελ. 33

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

Τριπλή επανάσταση: ο εγκεφαλικός θάνατος επέτρεψε να γίνουν οι νεκροί χρήσιμοι και να αντικατασταθούν οι ζώντες συγγενείς δότες. Τα ιστικά αντιγόνα απομυθοποίησαν κατά τα φαινόμενα την μεταμόσχευση και έκαναν όλους τους κατοίκους του πλανήτη δυνητικούς δότες. Τέλος η καθιέρωση της αντιαπορριπτικής αγωγής ήλθε να προσθέσει μεγαλύτερη ασφάλεια.⁵

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

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

Το 1969 έδωσε το σύνθημα των μεταμοσχεύσεων ρουτίνας: μία εκατοστή πραγματοποιήθηκαν στην σειρά.⁶

Όμως δεν είχαν λυθεί όλα τα προβλήματα. Μία νέα δυσκολία παρουσιάστηκε: η στάση της οικογένειας του δότη. Θα έπρεπε να εξηγείται κάθε φορά ο εγκεφαλικός θάνατος καθώς και η αυξανόμενη ανάγκη οργάνων για μεταμόσχευση. Οι συνήθεις λέξεις «κώμα», «θάνατος», «δωρεά» άλλαξαν έννοια και περιεχόμενο. Το προνόμιο της δωρεάς ή της άρνησης διεκδικείται από τις οικογένειες. Σε ορισμένες χώρες το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζεται

⁵ Barbara E., Kenneth Y., James A.: *Professional Attitudes Toward Organ Donation and Transplantation. Dialysis and Transplantation*, 1988, σελ. 49

⁶ Opelz G.: *Is Kidney Allocation on HLA Match Justified Transplant Proc.* 1991, σελ. 232

με ειδική νομοθεσία, η οποία αποδεσμεύει τις οικογένειες από την ευθύνη της απόφασης.

Η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών σήμερα, διανύοντας μια περίοδο ανάπτυξης, έχει καθιερωθεί σαν μία θεραπευτική μέθοδος «ρουτίνας». Για ορισμένους ασθενείς η μεταμόσχευση καρδιάς πνευμόνων, ήπατος, αποτελεί τη μόνη θεραπεία με την οποία τους δίνονται αυξημένες πιθανότητες επιβίωσης και παράτασης της ζωής τους. Αντίθετα για άλλους ασθενείς η μεταμόσχευση νεφρών, παγκρέατος, κερατοειδούς χιτώνα του οφθαλμού, δέρματος, οστών παρέχει τη δυνατότητα βελτίωσης της ήδη πολύ χαμηλής στάθμης της ποιότητας ζωής τους.⁷

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

Η σύγχρονη ιατρική έκανε το όνειρο πραγματικότητα, έδωσε τα φτερά του Δαίδαλου, προσφέροντας μια καλλίτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς αυτούς.⁸

⁷ Plaff WW et al: *The Impact of Purposeful Sharing by HLA Matching in the South Eastern Organ Procurement Foundation (SEOPF)*. *Transplant Proc.* 1989, σελ. 12

⁸ Mickey M.R., Cook D.J, Terasaki PL: *Recipient Pool size for Prioritized HLA Matching*. *Transplantation* 1987, σελ. 42

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΤΟ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^οΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ & ΕΛΕΓΧΟΥ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

1.1. Εισαγωγή

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

Το 1967 δημιουργήθηκε η Eurotransplant Foundation, Οργανισμός στον οποίο συμμετέχουν οι χώρες: Ολλανδία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Δ. Γερμανία και Αυστρία. Το 1969, δημιουργείται η France-Transplant στη Γαλλία και το ίδιο έτος η Scandia Transplant με συμμετοχή των χωρών: Σουηδία, Δανία, Νορβηγία, Φινλανδία, Ισλανδία. Το 1972 η United Kingdom Transplant Service για την Αγγλία και την Ιρλανδία. Στην Ιταλία υπάρχουν τέσσερις περιφερειακές υπηρεσίες συντονισμού: η Nord Italia Transplant (1976), η Centre Sud Italia Transplant (1987) και για την περιοχή της Βορειο-Κεντρικής Ιταλίας η Sud Italia Transplant και η Interregional Transplant Association (1976 και 1987). Στη Πορτογαλία η Luso Transplant το 1983, η Hispano Transpalant στην Ισπανία, η Swiss Transplant για την Ελβετία και τέλος για τις χώρες της Ανατολικής Ευρώ-πης η Inter Transplant.⁹

⁹ France-Transplant: Prelevements d'Organes: Médico - Legal and Technical Aspects. Revue du Praticien, 1986, σελ.22

1.2. Σκοποί και στόχοι

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

Κύριοι σκοποί αυτών των Υπηρεσιών ήταν η ανάπτυξη συστημάτων αφαίρεσης, συγκομιδής και διάθεσης οργάνων, όπως και η διερεύνηση, ανάλυση, αξιολόγηση των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την βελτίωση των αποτελεσμάτων των μεταμοσχεύσεων καθώς επίσης και την μείωση του αυξανόμενου διεθνώς μεταμοσχευτικού χάσματος, μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οργάνων.

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

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

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

Αναλυτικότερα οι στόχοι αυτοί εξειδικεύονται ως εξής:

1. Αύξηση και ποιοτική ανάπτυξη των αφαιρέσεων οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση:
 - α. εξασφάλιση της αξιοποίησης όλων των προσφερομένων οργάνων,
 - β. προώθηση και συντονισμό αφαίρεσης πολλαπλών οργάνων,
 - γ. καθιέρωση κοινών τεχνικών αφαίρεσης για κάθε όργανο.
2. Οργάνωση του συστήματος διάθεσης των οργάνων σύμφωνα με επιστημονικά κριτήρια κοινά αποδεκτά, όπως επίσης και με τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας.
3. Οργάνωση του αναγκαίου συστήματος μεταφοράς ιατρικών ομάδων και αποστολής των διανεμημένων οργάνων.
4. Καθιέρωση εθνικών κανόνων διανομής μοσχευμάτων στηριγμένων πρωταρχικά σε κριτήρια ιατρικά, αναγνωρισμένα από την πλειοψηφία των ιατρικών ομάδων. Αυτοί οι κανόνες διαμορφώνονται προς την κατεύθυνση της αναζήτησης της καλύτερης δυνατής σχέσης μεταξύ μοσχεύματος και λήπτη προς όφελος του τελευταίου.
5. Συστηματοποίηση της τυποποίησης των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας των υποψηφίων ασθενών και έρευνα της προεναισθητοποίησης πριν τη μεταμόσχευση.
6. Συστηματοποίηση της τυποποίησης των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας των δοτών χρησιμοποιώντας κοινές τεχνικές.
7. Εξασφάλιση της παραγωγής των αντιδραστηρίων αναφοράς κυτταρική συλλογή αντιπροσωπευτικής HLA-αντιγονικής σύνθεσης του πληθυσμού για την τυποποίηση των HLA αντιγόνων των υποψηφίων ληπτών και δυνητικών δοτών και την διανομή αυτών των αντιδραστηρίων σε όλα τα συνδεδεμένα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας.
8. Προώθηση σχετικών ερευνών που αφορούν την αναζήτηση ιστοσυμβατότητας, όπως και κάθε άλλης ανοσολογικής μεθόδου, την συντήρηση των οργάνων, τις χειρουργικές τεχνικές αφαίρεσης και μεταμόσχευσης, ερευνών που κύριο σκοπό έχουν τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων.

9. Διαρκή ενημέρωση της εθνικής λίστας υποψηφίων ληπτών που έχουν εγγραφεί και αναμένουν μεταμόσχευση νεφρού, καρδιάς, πνευμόνων, ήπατος, παγκρέατος, εντέρου και πιστοποίηση ότι οι υποψήφιοι έχουν εγγραφεί σε αναγνωρισμένα Νοσοκομεία στα οποία διενεργούνται μεταμοσχεύσεις.
10. Διαρκή ενημέρωση του Εθνικού Αρχείου Μεταμοσχεύσεων και παρακολούθηση (follow-up) της πορείας των ασθενών. Την ετήσια στατιστική ανάλυση ανά νοσοκομείο, τόπο αφαίρεσης και μεταμόσχευσης των οργάνων.
11. Διαρκή ενημέρωση στοιχείων που αφορούν τους εγκεφαλικά νεκρούς δότες από τους οποίους έχουν αφαιρεθεί όργανα, την διάθεση των οργάνων όπως και τις αιτίες μη αφαίρεσης προσφερομένων οργάνων.
12. Προώθηση των διαδικασιών ενημέρωσης-ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης καθώς επίσης και κατάρτιση και εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το προσωπικό που εμπλέκεται στις αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις οργάνων.
13. Ενεργοποίηση των Δημοσίων Αρχών για την παροχή των αναγκαίων υλικών και οικονομικών μέσων για την επίτευξη των σκοπών αυτών.

Ένα από τα πλέον καταξιωμένα συστήματα συντονισμού μεταμοσχεύσεων είναι αυτό της FRANCE-TRANSPLANT, όπως διαμορφώθηκε πρόσφατα, η συνοπτική περιγραφή του οποίου ακολουθεί.¹⁰

1.3. Το Γαλλικό Πρότυπο

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

¹⁰ France-Transplant: Prelevements d'Organes: Medico - Legal and Technical Aspects. *Revue du Praticien*, 1986, σελ. 31

Τα Κέντρα και οι ομάδες αυτές είναι κατανεμημένες στο σύνολο του γεωγραφικού χώρου και ομαδοποιημένες σε περιφερειακά τμήματα της F.T.

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

Σε τακτικά, συνδεδεμένα, επίτιμα και μέλη συνεργάτες. Ως τακτικό μέλος θεωρείται κάθε γιατρός που ανήκει σε μια ιατρο-χειρουργική ομάδα αφαιρέσεως και μεταμόσχευσης, κάθε ανοσολόγος που ανήκει σε ένα Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας αναγνωρισμένο ή κάθε Συντονιστής. Συνδεδεμένα μέλη θεωρούνται όσοι περιστασιακά εμπλέκονται στις διαδικασίες αφαιρέσεως και μεταμόσχευσης ή κάθε μέλος του παραϊατρικού προσωπικού με εμπειρία τουλάχιστον ενός έτους και ανήκει σε μια από τις παραπάνω ομάδες.¹¹

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

Από το Δ.Σ. εκλέγονται στη συνέχεια 8 μέλη που αποτελούν το Γραφείο Διοίκησης, αποφεύγοντας μ' αυτό το τρόπο τα συνηθή προβλήματα δυσλειτουργίας, που πηγάζουν από πολυμελή διοικητικά όργανα. Αυτή η εκτελεστική επιτροπή (Δ.Σ. και Γραφείο Διοίκησης) δημιουργεί επιτροπές που έχουν ως έργο την επεξεργασία των προβλημάτων ηθικής, διαφάνειας, πληροφορικής, προϋπολογισμού, συντονισμού.¹²

Σε εθνικό επίπεδο λειτουργεί η διαρκής Γραμματεία της F.T. υπεύθυνη για την διάθεση των οργάνων, 24 ώρες/24ωρο, 365 μέρες το χρόνο, βοηθώντας στην καλλίτερη επιλογή του λήπτη και στη διασφάλιση της μεταφοράς των μοσχευμάτων. Επίσης λειτουργεί η Γραμματεία της τήρησης της λίστας αναμονής (τήρηση φακέλλων, εκτόπωση ευρετηρίων και καταλόγων

¹¹ France-Transplant: Prelevements d'Organes: Medico - Legal and Technical Aspects. Revue du Praticien, 1986, σελ.41

¹² France-Transplant: Prelevements d'Organes: Medico - Legal and Technical Aspects. Revue du Praticien, 1986,44

και διανομή τους στα ενδιαφερόμενα Κέντρα) και το Εθνικό Αρχείο Μεταμοσχεύσεων (τα στοιχεία από κάθε πραγματοποιούμενη μεταμόσχευση εισέρχονται στον Η/Υ, ο οποίος εκδίδει πλέον τη διαρκώς ενημερωμένη λίστα αναμονής). Η συνεργασία των τριών αυτών γραφείων εξασφαλίζουν έτσι την διαρκή ενημέρωση όλων των σχετικών μεταβολών σε 24ωρη βάση. Η 24ωρη λειτουργία επιτυγχάνεται με την υποστήριξη του Τομέα Πληροφορικής (καθιέρωση δικτύου μικροϋπολογιστών) όπου όλα τα δεδομένα, πριν και μετά την μεταμόσχευση, αναλύονται στη συνέχεια από το Γραφείο Πληροφορικής και Στατιστικής.¹³

Σε κεντρικό επίπεδο λειτουργεί επίσης το Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς, το οποίο αποτελεί τμήμα του Κεντρικού Εργαστηρίου Ανοσολογίας, συμμετέχοντας στις ανταλλαγές των αντιδραστηρίων, καθώς και στην εναρμόνιση των τεχνικών ιστοσυμβατότητας στα πλαίσια του Συμβουλίου της Ευρώπης. Το Κεντρικό Εργαστήριο της F.T. επίσης έχει ως στόχο την προώθηση των κοινών τεχνικών ιστοσυμβατότητας στους κόλπους της F.T. και της παροχής, χάρη στη συλλογή ορρών από τα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας, σειράς αντιορρών (batteries ορρών) για την τυποποίηση των HLA αντιγόνων A, B και DR σε όλα τα συνδεδεμένα με την F.T. Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας.

Σε περιφερειακό επίπεδο το Δ.Σ. της F.T. μετά από πρόταση της Γενικής Συνέλευσης, δημιουργεί τα περιφερειακά τμήματα της F.T. Ο αριθμός και η γεωγραφική τους κατανομή προσδιορίζονται από τον εσωτερικό κανονισμό σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας. Κάθε Περιφερειακό Τμήμα αποτελείται από όλα τα μέλη της F.T. που ανήκουν στην περιοχή. Διευθύνεται από ένα Περιφερειακό Γραφείο με εκλεγμένα μέλη, τα οποία εκπροσωπούν κατ' αντιστοιχία τις 4 ειδικότητες (χειρουργοί, παθολόγοι, αναισθησιολόγοι, ανοσολόγοι).¹⁴

Οι υποχρεώσεις των Γραφείων των Περιφερειακών Τμημάτων είναι:

α) Διασφάλιση της εφαρμογής των εθνικών κανόνων διάθεσης των οργάνων,

¹³ Corlett S.: *Professionals and System Barriers to Organ Donation, Transplant. Proc.*, 1985, σελ. 52

¹⁴ Eurotransplant: *Annual Reports*

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

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

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

Σε τοπικό επίπεδο λειτουργούν οι Ιατρο-χειρουργικές ομάδες μεταμόσχευσης οργάνων, τα Κέντρα Αφαίρεσης Οργάνων, τα οποία δεν μεταμοσχεύουν αλλά παίζουν σημαντικότατο ρόλο στην όλη διάρθρωση της F.T., διευκολύνοντας τις διαδικασίες για την έγκαιρη αναφορά και αξιοποίηση των προσφερομένων οργάνων των δυνητικών δοτών, που βρίσκονται στη περιοχή ευθύνης τους. Τα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας, έργο των οποίων είναι η τυποποίηση των HLA, A, B και DR, η τελική διασταύρωση (cross-match) οι προσδιορισμοί της ειδικότητας των αντισωμάτων στον λήπτη και ο γενικότερος ανοσολογικός έλεγχος. Τέλος οι τοπικοί συντονιστές συμπληρώνουν το οργανόγραμμα λειτουργίας σε τοπικό επίπεδο, συνεργαζόμενοι άμεσα με τον Περιφερειακό Συντονιστή της περιοχής στην οποία ανήκουν.¹⁵

Όλες οι ομάδες τα Κέντρα και τα άτομα συνδέονται διαδοχικά μεταξύ τους και στα τρία αυτά επίπεδα (τοπικό, περιφερειακό, εθνικό) συνθέτοντας την οργανωτική δομή της F.T. Ένα δίκτυο τηλεματικής, στηριγμένο σε μικροϋπολογιστές και στο Minitel, εξασφαλίζει την 24ωρη επικοινωνία μεταξύ των επιμέρους τμημάτων, διευκολύνοντας την συνεργασία και την αποδοτικότητα τους.¹⁶

¹⁵ Eurotransplant. Annual Reports www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab3418.htm

¹⁶ <http://www.ispatras.gr/doritis/tastryr.htm> - 11Κ - Αναέωση: Παρ, 26 Οκτ 2001

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2^ο

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ & ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ & ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (Υ.Σ.Ε.)

2.1. Σκοποί και στόχοι

Η Υπηρεσία Συντονισμού και Έλεγχου Προγράμματος εξωνεφρικής Κάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων (ΥΣΕ) είναι Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η οποία εδράζεται στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών.

Η ΥΣΕ που δημιουργήθηκε σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία και προσαρμόστηκε στις ελληνικές ιδιαιτερότητες, έχει την ευθύνη της απογραφής των νεφροπαθών της χώρας, την διακίνηση τους στις μονάδες Αιμοκάθαρσης, την κατάρτιση και προώθηση προγραμμάτων ευαισθητοποίησης του πληθυσμού στην ιδέα της Δωρεάς Οργάνων¹⁷ και την δημιουργία Αρχείου Δωρητών Οργάνων, την κατάρτιση «λίστας αναμονής» ασθενών υποψηφίων για μεταμόσχευση και τέλος τον συντονισμό των μεταμοσχεύσεων. Λειτουργεί σε 24ωρη βάση καθημερινά, συμπεριλαμβανομένων εορτών και αργιών, κατά τις οποίες δέχεται επείγοντα μηνύματα.¹⁸

¹⁷ http://www.tmtb.edu.gr/el/tiosks/medicine/technology/medi_13f.html - 6Κ - Ανανέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - www.tmtb.edu.gr

¹⁸ www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab3418.htm

Αναλυτικότερα η ΥΣΕ:

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

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

Πρόγραμμα Μεταμοσχεύσεων (Μονάδες Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας κ.α.).¹⁹

2.2. Δραστηριότητες της Υ.Σ.Ε.

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

Κατά την πορεία εφαρμογής του Προγράμματος διαπιστώθηκε η ανάγκη βελτίωσης του, σε ορισμένα επίπεδα και πληρέστερης ανάπτυξης του, εκπορευόμενη από την συνεχή εξέλιξη της Ιατρικής Επιστήμης, με σκοπό τη μέγιστη δυνατή εκμετάλλευσή του.²⁰

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

Ο ρυθμός και η ποιότητα ενημέρωσης του Αρχείου Νεφροπαθών από τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (ΜΤΝ) αντιμετωπίστηκε με την ευαισθητοποίηση του προσωπικού των Μονάδων, με την καθιέρωση επισκέψεων από το προσωπικό της Υπηρεσίας (επισκέπτριες Αδελφές) σε τακτά χρονικά διαστήματα, προκειμένου να επιτευχθεί, τόσο η ολοκλήρωση της απογραφής των παλαιών ασθενών, όσο και η ενημέρωση για τους νέους ασθενείς και τις μεταβολές τους.²¹

Τον Ιούλιο του 1985 καθορίζονται τα κριτήρια καταλληλότητας των υποψηφίων ληπτών νεφρικού μοσχεύματος καθώς και η απαιτούμενη διαδικασία, σύμφωνα με την οποία οι υποψήφιοι ασθενείς εγγράφονται στην Εθνική λίστα αναμονής που τηρείται από την ΥΣΕ.

¹⁹ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

²⁰ <http://www.dr-med.gr/EIDIKOTHTES/Arith.%20Y7- Δεσ, 8 Οκτ 2001>

²¹ www.mednet.gr/greek/soc/edu/diab3418.htm

Τον Μάρτιο του 1986 αρχίζουν οι διαδικασίες για την ευαισθητοποίηση του προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Κλιμάκιο της ΥΣΕ επισκέπτεται τις ΜΕΘ ενημερώνοντας το προσωπικό για τις διαδικασίες συντονισμού των Μεταμοσχεύσεων (αναγνώριση δότη - εργαστηριακός έλεγχος - προσέγγιση συγγενών) για τις ανάγκες της χώρας σε μοσχεύματα, την αντιμετώπιση από κοινού των προβλημάτων που ανακύπτουν κατά τον συντονισμό.

Οι επισκέψεις αυτές συνεχίζονται μέχρι σήμερα σε τακτά διαστήματα, εξασφαλίζοντας μια σταθερή σχέση επικοινωνίας της ΥΣΕ με τις ΜΕΘ, οι οποίες θεωρούνται ως πηγές μοσχευμάτων. Σύντομα διαπιστώθηκε η ανάγκη της καθιέρωσης του θεσμού του Συντονιστή Μεταμόσχευσης, ενός νέου επαγγέλματος Υγείας, όπως εξ άλλου αναφέρεται στην έκθεση πεπραγμένων της ΥΣΕ το 1987.

Την ίδια περίοδο, (Μάιος, 1987) καθιερώθηκε η Δήλωση Δότη Ιστών και Οργάνων όπως και η Κάρτα Δότη.²²

Ακολούθησε η δημιουργία και εκτύπωση εντόπου-ενημερωτικού υλικού (φυλλάδια, αφίσες, αυτοκόλλητα) για την δωρεά οργάνων. Εν συνεχεία διανομή και διάθεση του υλικού αυτού σε τακτά χρονικά διαστήματα στο σύνολο των υπηρεσιών υγείας της χώρας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Αγροτικά Ιατρεία) στις Διευθύνσεις και Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών στους Δήμους και Κοινότητες καθώς και σε φορείς του ευρύτερου Δημόσιου Τομέα. Ταυτόχρονα η ΥΣΕ προχώρησε σε μία σειρά ομιλιών για την ευαισθητοποίηση ομάδων του πληθυσμού σε συνεργασία με Πολιτιστικούς Συλλόγους και Κοινωνικούς φορείς.

Αποτέλεσμα όλων αυτών των δραστηριοτήτων της Υπηρεσίας αλλά και όλων των άλλων φορέων που συμμετέχουν στο Εθνικό Πρόγραμμα Μεταμοσχεύσεων και αποσκοπούσαν στο να τεθούν οι οργανωτικές βάσεις ενός συστήματος Συντονισμού των Μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας κατά την πρώτη περίοδο (1985-1989) θα μπορούσε να ισχυρισθεί κανείς ότι είναι η

²² <http://hscso.dr-med.gr/EIDIKOTHTES/Arith.%20Υ7- Δεφ, 8 Οκτ 2001>

παρατηρηθείσα κατά την δεύτερη περίοδο (1995-2000) αυξημένη προσφορά πτωματικών μοσχευμάτων.²³

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

Το έργο του Εποπτικού Συμβουλίου είναι η εποπτεία της λειτουργίας της Υ.Σ.Ε. και η αξιολόγηση του έργου της όπως και η εισήγηση διαφόρων διορθωτικών μέτρων για την καλύτερη λειτουργία της.

Το έργο του εποπτικού Συμβουλίου υποστηρίζεται από επιτροπή στην οποία συμμετέχουν εκπρόσωποι βιοϊατρικών Επιστημονικών Εταιρειών.

Το Εποπτικό Συμβούλιο ενώ συνεκροτήθη σε σώμα, δεν λειτουργήσε στην πράξη, χωρίς να συνεδριάσει ούτε μία φορά.

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

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

Η επιτροπή «πρόληψης και θεραπείας Νεφροπαθειών και Μεταμοσχεύσεων» του ΚΕ.Σ.Υ. μετονομάζεται σε «Επιτροπή πρόληψης και θεραπείας Νεφροπαθειών».²⁴

Τον ίδιο χρόνο (Μάρτιος 1991) καθορίζονται οι όροι και προϋποθέσεις λειτουργίας των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων.

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

Οι μονάδες μεταμοσχεύσεων διακρίνονται σε:

²³ www.mednet.gr/greek/soc/cde/diab3418.htm

²⁴ <http://www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm> - 11Κ - Ανανέωση: Παρ, 26 Οκτ 2001

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

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

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

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

Σε κάθε μονάδα μεταμοσχεύσεων όπως και στην ΥΣΕΜ τηρείται κατάλογος υποψηφίων ληπτών.

Τα μεταμοσχευτικά Κέντρα υποχρεούνται να αναφέρουν για ενημέρωση της και στην ΥΣΕΜ τους εγγεγραμμένους και σ' αυτά ασθενείς.

Τα μεταμοσχευτικά Κέντρα και η ΥΣΕΜ είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους.

Ο υποψήφιος λήπτης έχει ελεύθερη επιλογή του Κέντρου μεταμόσχευσης της προτίμησής του.

Η επιλογή των καταλληλότερων ληπτών γίνεται με την ευθύνη του μεταμοσχευτικού κέντρου.

Κάθε μονάδα μεταμοσχεύσεων θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα (ιατρική ομάδα, μέσο μετακίνησης, κατάλληλο εξοπλισμό), ώστε να προβαίνει ανά πάσα στιγμή στη λήψη οργάνων οπουδήποτε βρίσκεται ο δότης. Τις μετακινήσεις και μεταφορές, εφ' όσον το Νοσοκομείο δεν διαθέτει ίδιο μέσο μεταφοράς, αναλαμβάνει η ΥΣΕΜ σε συνεργασία με το ΕΚΑΒ.²⁵

²⁵ <http://www.mednet.gr/fss/index2.htm> - 63Κ - Ανανέωση: Παρ, 19 Οκτ 2001 - www.mednet.gr

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

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

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

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

Σχετικά με το θέμα του διαχωρισμού της ΥΣΕ και της μετακίνησης της στο Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» έχει αναπτυχθεί έντονος προβληματισμός και οξείες αντιπαραθέσεις μεταξύ των διαφόρων φορέων που εμπλέκονται στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, όπως και ευρύτερων φορέων στο χώρο της υγείας.²⁶

Η αντίθεση τους στηρίζεται στις εξής αντιλήψεις και θέσεις:

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

²⁶ Αρχία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

β) Αντίθετα οι Υπηρεσίες αυτές βρίσκονται σε οργανική σύνδεση και λειτουργία με τα Εθνικά Κέντρα Ισοσυμβατότητας, προκειμένου να λειτουργήσουν και όχι απλά ως υπηρεσίες συντονισμού αλλά και ως υπηρεσίες διάθεσης των μοσχευμάτων με αυστηρά ιατρικά κριτήρια.²⁷

γ) Στο χώρο που εδράζεται σήμερα η ΥΣΕ δεν λειτουργεί Μεταμοσχευτικό Κέντρο ούτε προβλέπεται να λειτουργήσει. Λειτουργεί όμως το Εθνικό Κέντρο Ισοσυμβατότητας με το οποίο η Υπηρεσία συνεργάζεται άμεσα από τη σύστασή της.

Μέχρι σήμερα το θέμα του διαχωρισμού και της μετακίνησης της Υπηρεσίας δεν έχει ουσιαστικά αντιμετωπισθεί, παρόλο που έχουν ανασταλεί όμως οι διαδικασίες αυτές. Το γεγονός αυτό εκφράζει και την τεράστια σημασία του θέματος, η οποία δεν περιορίζεται σε στενά ιατρικά πλαίσια, αλλά επεκτείνεται σ' ευρύτερα κοινωνικά, καθώς η ιδέα της δωρεάς οργάνων για μεταμόσχευση είναι πρωτίστως ανθρωπιστική, θεωρούμενη ως κοινωνικό αγαθό.²⁸

2.3. Πρόγραμμα Εξωνεφρικής Κάθαρσης

2.3.1. Αιμοκάθαρση ασθενών σε τελικό Στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας

A. Έναρξη Αιμοκάθαρσης

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

Στην περίπτωση όπου το τμήμα ή η Μονάδα που χορηγεί την έγκριση δεν έχει θέση για αιμοκάθαρση του ασθενή τον παραπέμπει στην

²⁷ www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab3418.htm

²⁸ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

ΥΣΕ. Στη συνέχεια η ΥΣΕ φροντίζει για την ένταξη του ασθενή σε MTN, όσο το δυνατόν πλησιέστερα είτε στο χώρο εργασίας του, είτε στο χώρο της κατοικίας του.²⁹

Β. Απογραφή αιμοκαθαιρομένων ασθενών

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

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

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

Η απογραφή του νεφροπαθή είναι απαραίτητη για την έκδοση από την ΥΣΕ του Δελτίου Ταυτότητας Νεφροπαθή. Η απογραφή του νεφροπαθή είναι επίσης απαραίτητη για την εγγραφή του ασθενή στον κατάλογο των υποψηφίων ληπτών για μεταμόσχευση νεφρού.³⁰

Γ. Διαρκής ενημέρωση μεταβολών

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

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

Επιτυγχάνεται έτσι η διαρκής παρακολούθηση της πορείας των ασθενών με όλα τα ιατρικά τους στοιχεία (follow-up).³¹

²⁹ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

³⁰ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

³¹ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

Δ. Έλεγχος και εισαγωγή των μεταβολών στον Η/Υ

Ο έλεγχος των στοιχείων που αναφέρονται είτε στα Δελτία Απογραφής είτε στα Δελτία Μεταβολών πραγματοποιείται με την διασταύρωση των στοιχείων που παρουσιάζονται στα ευρετήρια ασθενών που εκτυπώνονται από τον Η/Υ της ΥΣΕ θεματικές ενότητες κάθε μήνα. Τα στοιχεία που προκύπτουν από τη διερεύνηση της ορθότητας των στοιχείων, την απογραφή των νέων ασθενών, καταχωρούνται στον Η/Υ. Ιδιαίτερη σημασία δίδεται για τους ασθενείς οι οποίοι ενώ έχουν ενταχθεί σε Πρόγραμμα Χρόνιας Περιοδικής Αιμοκάθαρσης δεν έχουν απογράψει από τις MTN, προκαλώντας έτσι ετεροχρονισμένη ενημέρωση της ΥΣΕ.³²

Ε. Έκδοση Πληροφοριακών Δελτίων

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

Στη συνέχεια τα πληροφοριακά Δελτία αποστέλλονται στις MTN όπου αιμοκαθαίρονται οι ασθενείς προκειμένου να είναι δυνατός ο τελικός έλεγχος των ιατρικών στοιχείων με τα οποία έχει ενημερωθεί ο Η/Υ της Υ.Σ.Ε.³³

2.3.2 Ασθενείς σε τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας

Οι ασθενείς σε τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (Χ.Ν.Α.) ήταν 4.752 τον Δεκέμβριο του 1992. Στους ασθενείς αυτούς συμπεριλαμβάνονται τόσο οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς όσο και οι μεταμοσχευόμενοι με λειτουργούν μόσχευμα (12,6%, 601/4.752) σύμφωνα με την ενημέ-

³² Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/fhistoryr.htm

³³ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/fhistoryr.htm

ρωση της Υ.Σ.Ε από τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού της χώρας μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 1992.

1.- Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η αύξηση των ασθενών σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. κατά την περίοδο 1986-1992 με μια μέση αύξηση 16,9%.

2.- Στον Πίνακα 2 φαίνεται ο αριθμός των νέων ασθενών, των μεταμοσχεύσεων νεφρού στην Ελλάδα και στο εξωτερικό όπως και των θανάτων κάθε χρόνο κατά την περίοδο 1986-1992.

Παρατηρείται ότι ο αριθμός των νέων ασθενών είναι σταθερά υπερδιπλάσιος του αριθμού των μεταμοσχεύσεων και των θανάτων κάθε χρόνο.

Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. παρουσιάζονται στους Πίνακες 3,4,5,6 και έχουν ως εξής :

3.- Οι άνδρες ασθενείς αποτελούν το 59% (2.807/4.752) και οι γυναίκες το 40,0% (1.945/4.752).

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

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

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

Ιατρικά στοιχεία των ασθενών παρουσιάζονται στους Πίνακες 7, 8, 9, 10, 11.

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

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

9.- Στο σύνολο των ασθενών για τους οποίους έχει δηλωθεί η αιτία της Χ.Ν.Α. (64,9 %,3 Ο 88 / 4.752) οι σπειραματονεφρίτιδες αποτελούν την κύρια αιτία (38,4%, 1.186/3088), ακολουθούν οι χρόνιες διάμεσες νεφροπάθειες (15,6%, 482/3088) οι κληρονομικές-συγγενείς παθήσεις (11,8%, 365/3088) και οι μεταβολικές (12%, 372/3088). Αξιοσημείωτη είναι η δηλωθείσα άγνωστη αιτία της νεφροπάθειας η οποία αποτελεί το 14,8% (459/3088). (Πίνακας 9).

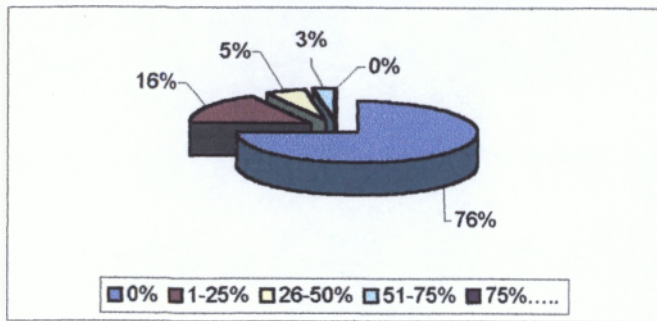
10.- Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (53,4%, 2527/4731) έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής Αιμοκάθαρσης στην τελευταία πενταετία (1988-1992), 31,4% (1488/4731) των ασθενών υποβάλλονται σε θεραπεία από 6 μέχρι 10 χρόνια, 11,8% (526/4731) από 11 μέχρι 15 χρόνια, 3% (144/4731) από 16 μέχρι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

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

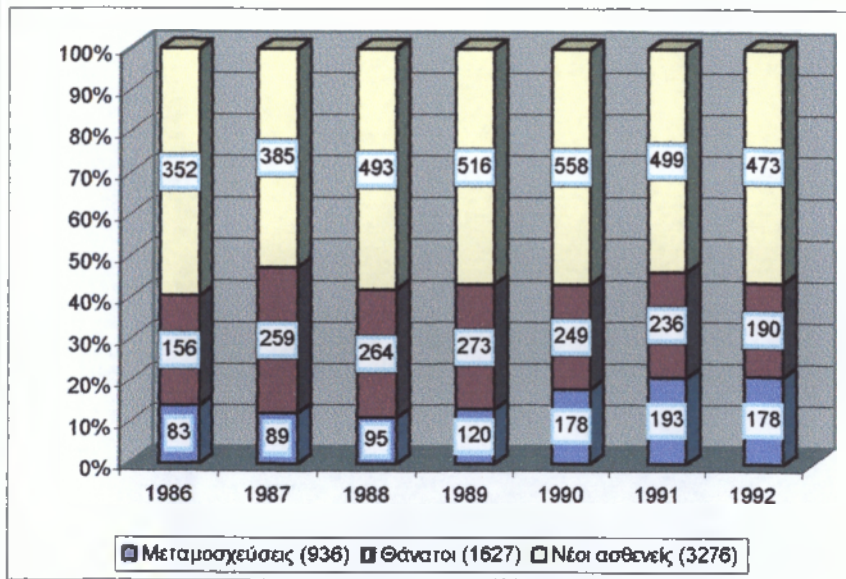
Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ.) αποτελούν μόλις το 7,9% (378/4752). Όμως λόγω της ανεπαρκούς ενημέρωσης της Υπηρεσίας ιδιαίτερα για την κατηγορία αυτή των ασθενών, τα στοιχεία δεν εκφράζουν πλήρως την πραγματικότητα. (Πίνακας 11).³⁴

³⁴ www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab3418.htm

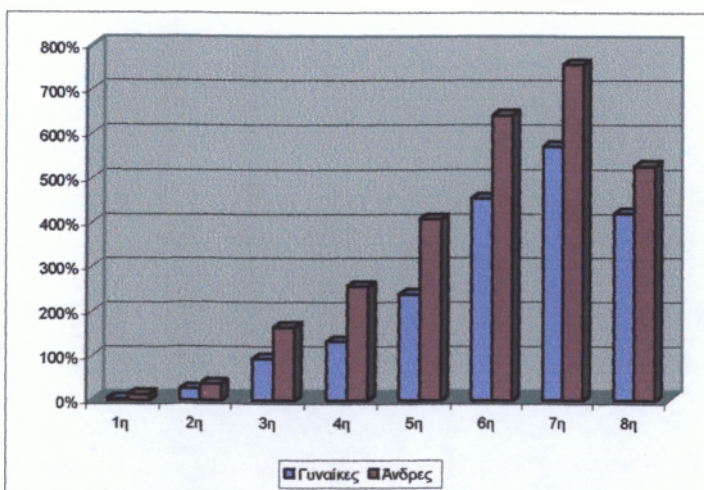
Πίνακας
Εναισθητοποίηση υποψηφίων ληπτών νεφρού



Πίνακας 2

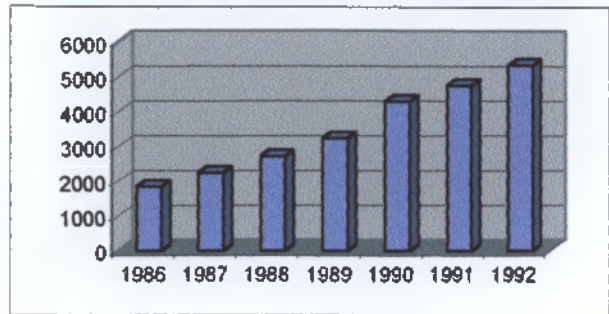


Πίνακας 4



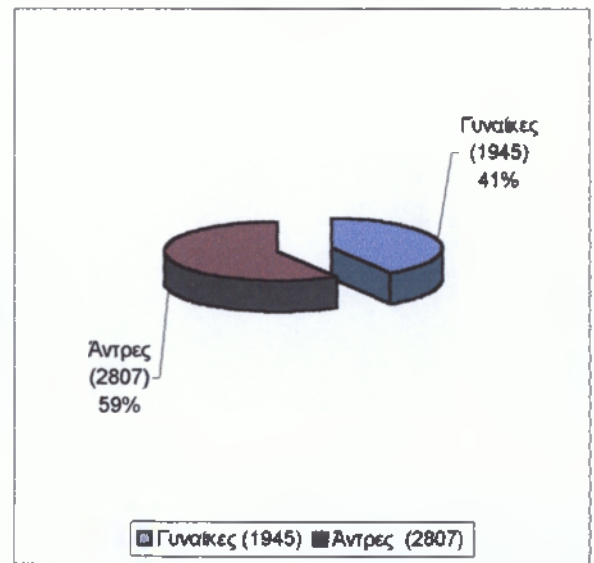
Πίνακας 1

Ασθενείς σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. (1986-1992)

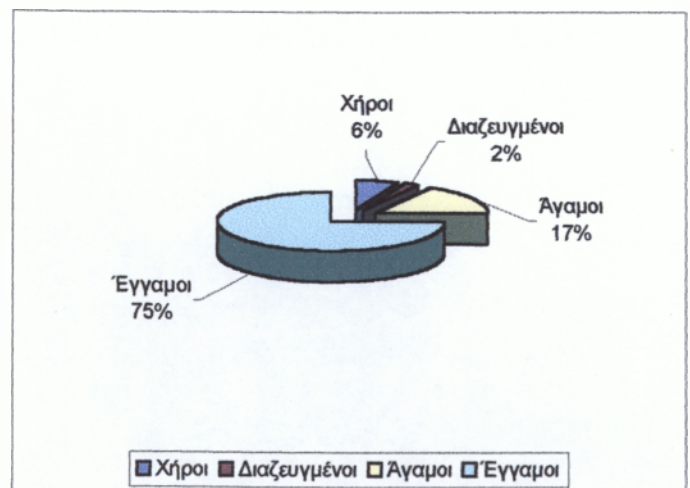


Πίνακας 3

Κατανομή ασθενών κατά φύλο

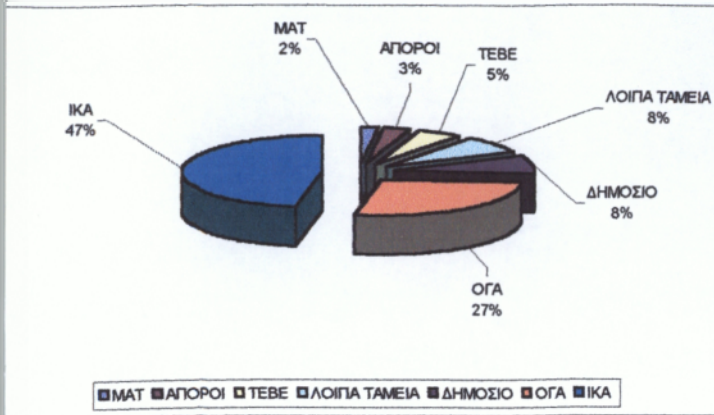


Πίνακας 5



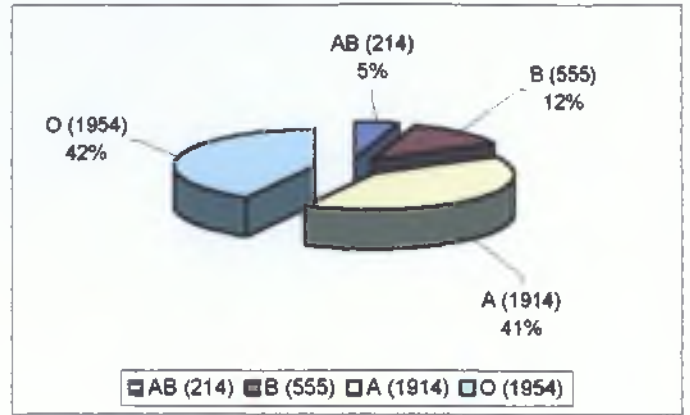
Πηγή: Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 6

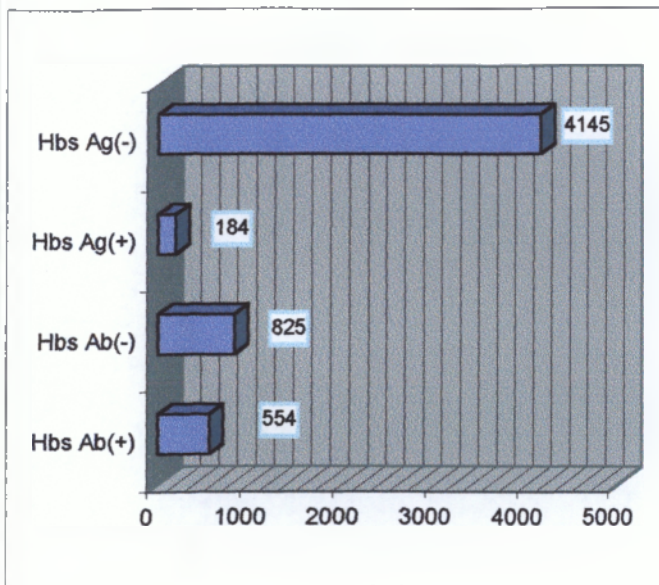


Πίνακας 7

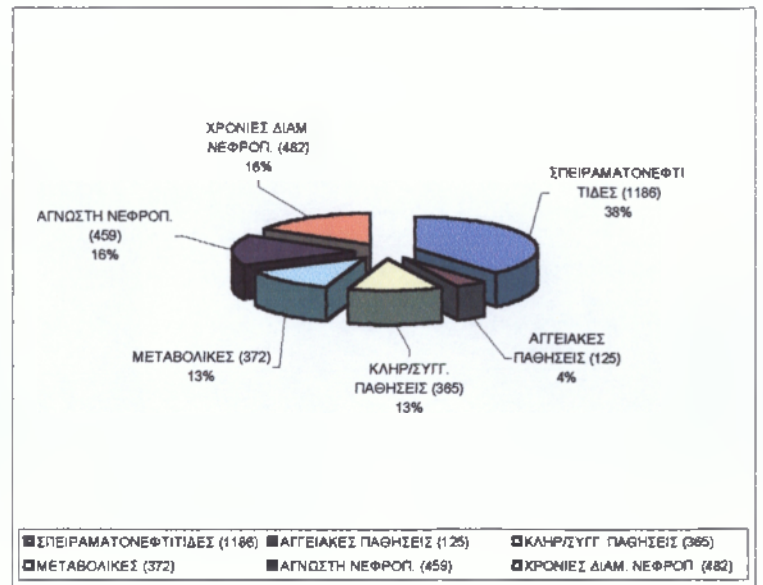
Κατανομή ασθενών κατά ομάδα αίματος



Πίνακας 8



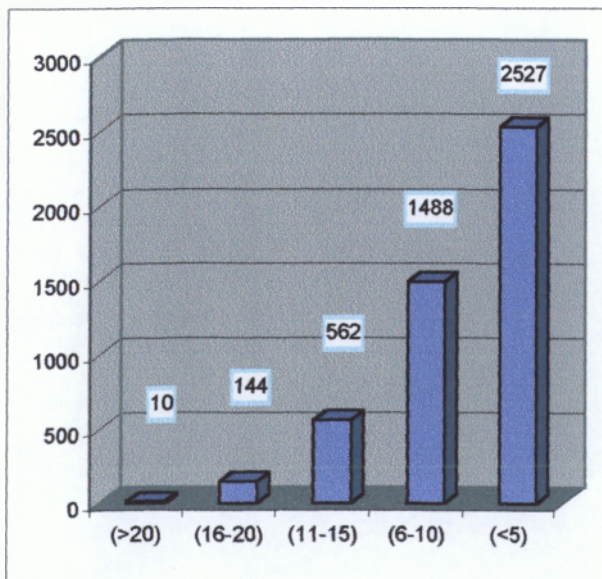
Πίνακας 9



Πίνακας 10

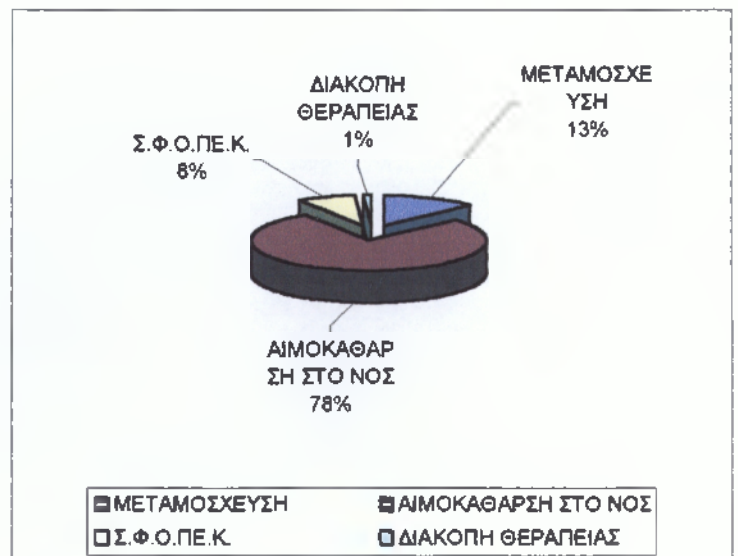
Κατανομή ασθενών κατά χρονική διάρκεια θεραπείας

Πηγή: Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992



Πίνακας 11

Κατανομή ασθενών κατά χρονική διάρκεια θεραπείας



2.3.3. Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (Μ.Τ.Ν)

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

Α. Δυναμικότητα και Λειτουργικότητα Μονάδων Τεχνητού Νεφρού (MTN)

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

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

Στοιχεία που αφορούν την δυναμικότητα και την λειτουργικότητα των Μ.Τ.Ν., παρουσιάζονται στους Πίνακες 12 και 13.

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

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

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

Η διαφορά μεταξύ των δυνητικών με τις πραγματοποιούμενες αιμοκαθάρσεις και η αναγωγή της επί τοις εκατό (%) δίνει την απόδοση των

Μονάδων όπου ποσοστά μεγαλύτερα του 100% δείχνουν απόδοση μεγαλύτερη της αναμενόμενης και ποσοστά μικρότερα του 100% δείχνουν ελαττωμένη απόδοση.³⁵

Β. Χωροταξική κατανομή Μονάδων Τεχνητού Νεφρού (MTN)

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

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

Γ. Χωροταξική κατανομή των ασθενών

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

Παρά την κατανομή των Μ.Τ.Ν. σε όλη τη χώρα, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (21,4%, 1.017/4.5.16) είναι υποχρεωμένο να μετακινείται εκτός νομού μόνιμης κατοικίας, προκειμένου να μεταβεί στη Μονάδα θεραπείας του, διανύοντας μεγάλες χιλιομετρικές αποστάσεις. Από τους 1017 μετακινούμενους ασθενείς, οι 375 (36,8%) διανύουν τρεις φορές την εβδομάδα αποστάσεις μέχρι και 100 Km και 95 (9,3%) ασθενείς διανύουν αποστάσεις μεγαλύτερες από 300 Km. Οι μετακινούμενοι από και προς τα νησιά αποτελούν το 16.4% (167/1.017) των εκτός Νομού μόνιμης κατοικίας

³⁵ www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab3418.htm

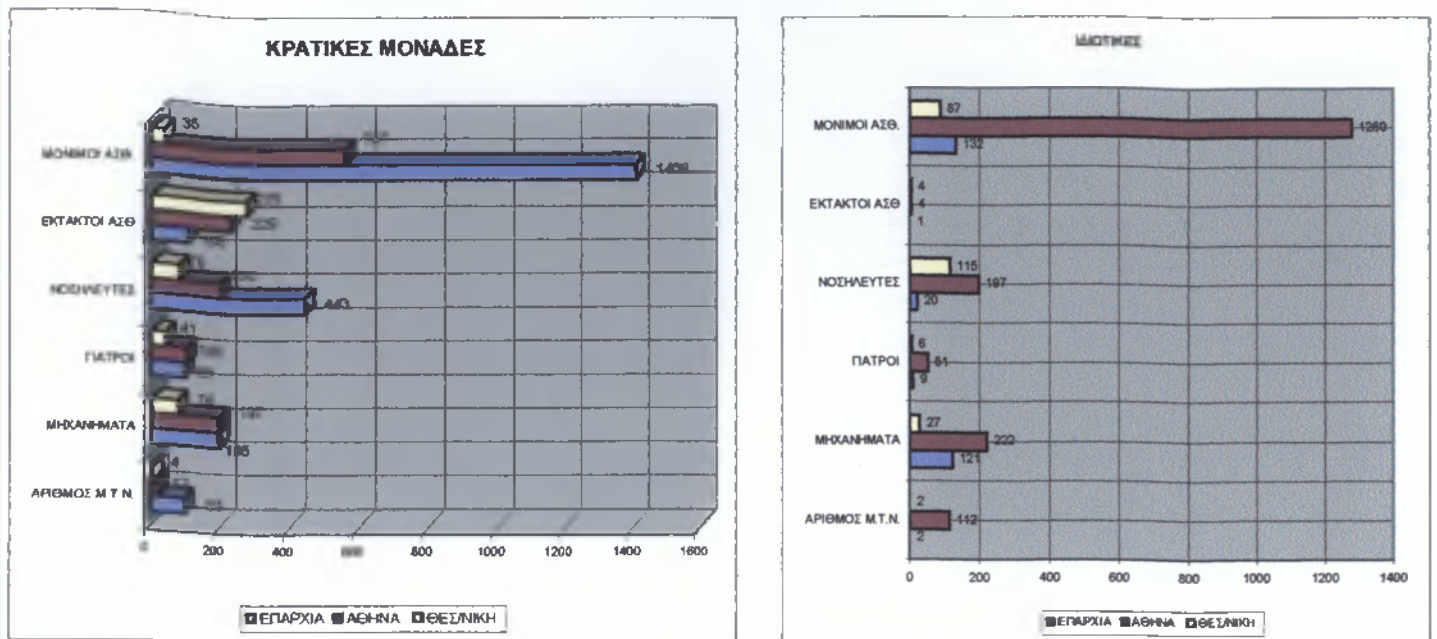
αιμοκαθαρομένων ασθενών. Τέλος για 236 (4.9%) ασθενείς δεν έχει δηλωθεί τρέχουσα Μονάδα θεραπείας, ευρισκόμενοι υπό μετακίνηση λόγω αλλαγής Μ.Τ.Ν.

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

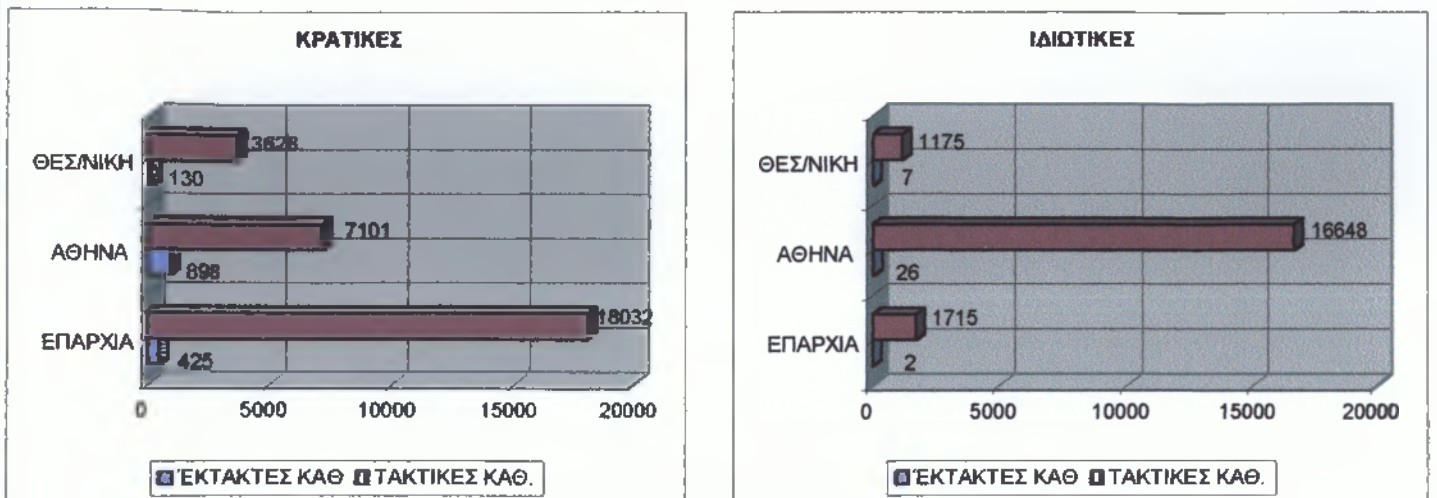
Όσον αφορά τον ρυθμό της ενημέρωσης από τις Μ.Τ.Ν. προς την Υ.Σ.Ε. επιβάλλεται η δημιουργία ενιαίου δικτύου περιφερειακών σταθμών Η/Υ συνδεδεμένων με τον κεντρικό Η/Υ της ΥΣΕ.³⁶

³⁶ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

Πίνακας 12
Στοιχεία μονάδων τεχνητού νεφρού

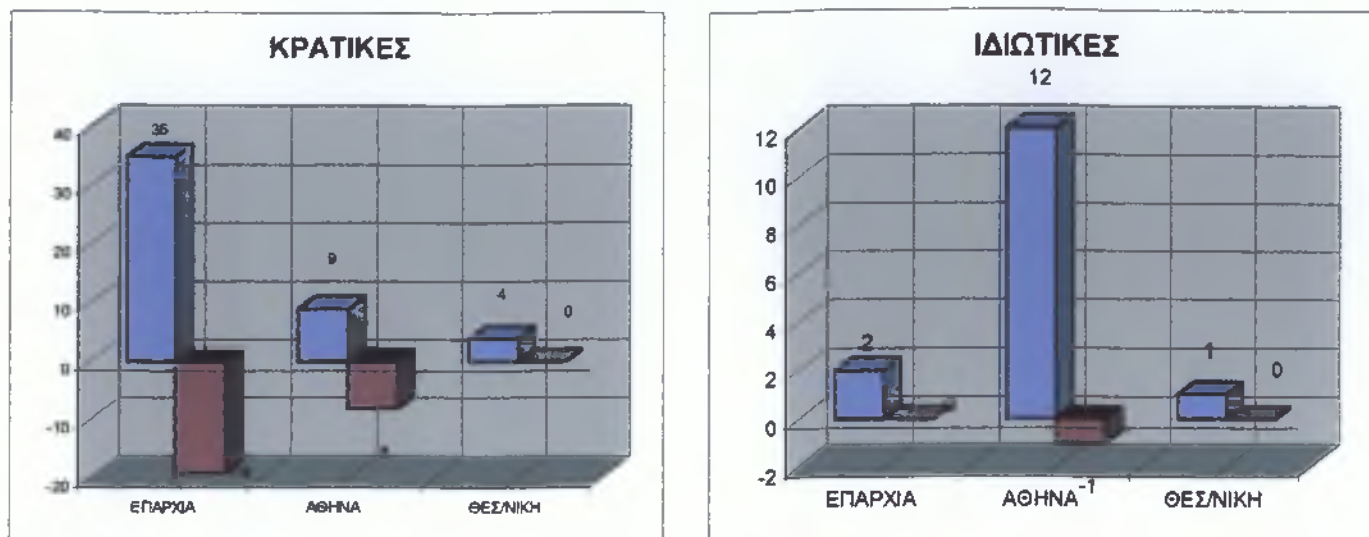


Πίνακας 13
Στοιχεία μονάδων τεχνητού νεφρού (1992)

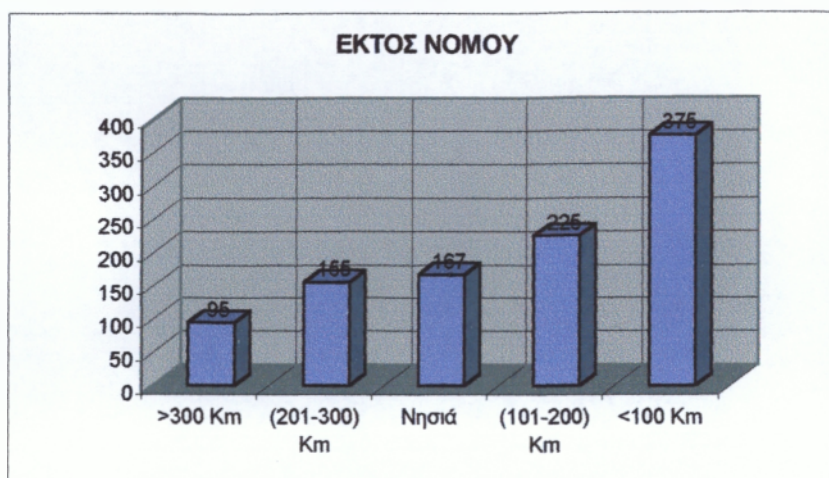


Πηγή: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

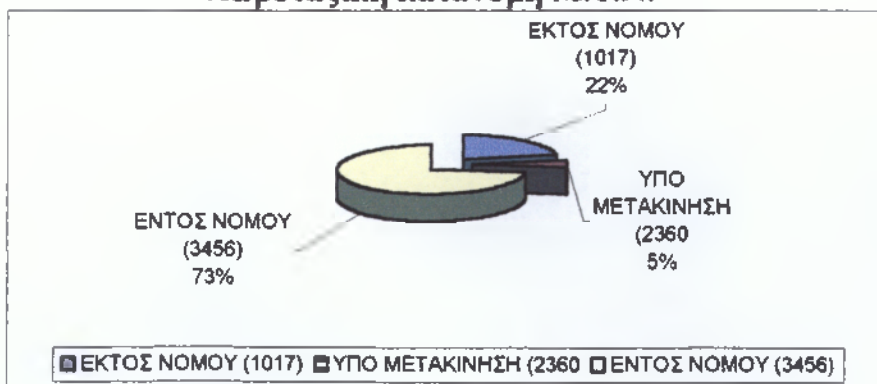
Πίνακας 14
Λειτουργικότητα-Απόδοση Μ.Τ.Ν.



Πίνακας 15
Κατανομή ασθενών κατά μονάδα θεραπείας και νομό κατοικίας



Χάρτης
Χωροταξική κατανομή Μ.Τ.Ν.



Πηγή: Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

2.4. Πρόγραμμα Μεταμοσχεύσεων

2.4.1. Υποψήφιοι λήπτες μοσχεύματος

A. Καταλληλότητα υποψηφίων ληπτών

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

Ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος αρχίζει από την Μονάδα Αιμοκάθαρσης του και ολοκληρώνεται στη Μονάδα Μεταμόσχευσης της επιλογής του. Με την τελική έγκριση της καταλληλότητας του από τη Μονάδα Μεταμοσχεύσεων ενημερώνεται η ΥΣΕ προκειμένου να εγγραφεί ο ασθενής στον κατάλογο των υποψηφίων ληπτών του Η/Υ της ΥΣΕ. Προϋπόθεση όμως είναι να έχει προηγηθεί απογραφή του στο Γενικό Αρχείο Νεφροπαθών με την έναρξη της αιμοκάθαρσης του. Οι ασθενείς που κρίνονται κατάλληλοι για μεταμόσχευση θεωρούνται ότι συνθέτουν την εθνική λίστα αναμονής της ΥΣΕ.³⁷

B. Ετοιμότητα υποψηφίων ληπτών

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

³⁷ Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

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

Η ετοιμότητα των υποψηφίων ληπτών εξασφαλίζεται επίσης με τον διασταυρούμενο συγκριτικό έλεγχο των μεταβλητών στοιχείων και των πληροφοριών από τα εκτυπωμένα μηνιαία συγκεντρωτικά ευρετήρια του Αρχείου Νεφροπαθών σύμφωνα με τις παραμέτρους των ιατρικών τους μεταβολών (προηγούμενες μεταμοσχεύσεις, απορρίψεις, θανάτους, κυτταροτοξικά αντισώματα, μεταγγίσεις, κήσεις, επιπλοκές από τη θεραπεία ή από εγχειρήσεις) όπως και τυχόν αλλαγής Μονάδας Αιμοκάθαρσης ή κατοικίας κ.α.³⁸

2.4.2. Παρακολούθηση μεταμοσχευμένων ασθενών

Η ΥΣΕ παρακολουθεί την πορεία όλων των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού είτε από πτωματικό δότη είτε από ζώντα συγγενή δότη. Τηρεί με διαρκή ενημέρωση Αρχείο Μεταμοσχευμένων Ασθενών με τα εξής στοιχεία: Μονάδα θεραπείας, αιτία Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ), ηλικία, θεραπευτική μέθοδο πριν και μετά τη μεταμόσχευση (μετά την τυχόν απόρριψη), συνολικό αριθμό μεταγγίσεων, ποσοστό και ιστορικό κυτταροτοξικών αντισωμάτων, αριθμό κήσεων, ομάδα αίματος και αντιγόνα ιστοσυμβατότητας, διάρκεια αιμοκάθαρσης μέχρι τη μεταμόσχευση, τύπος και τύπος μεταμόσχευσης, ποιότητα ιστοσυμβατότητας μεταξύ δότη-λήπτη, απόρριψη, αιτία απόρριψης, επιβίωση μοσχεύματος και ασθενή. Η τήρηση των παραπάνω στοιχείων παρακολούθησης των μεταμοσχευμένων ασθενών θεωρείται αναγκαία προκειμένου να είναι δυνατή η αξιολόγηση της επιστημονικά ενδεδειγμένης χρησιμοποίησης των προσφερομένων μοσχευμάτων (καμπύλες επιβίωσης μοσχεύματος και ασθενή).³⁹

³⁸ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

³⁹ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

2.2.4.3. Μεταμοσχεύσεις Νεφρών

1. Στους πίνακες 1 και 2, παρουσιάζονται τα στοιχεία εκείνα που αφορούν τον συντονισμό αξιοποίησης προσφερομένων πτωματικών μοσχευμάτων νεφρού. Πρόκειται για τα περιστατικά εκείνα που οι δότες αναφέρθηκαν στην Υπηρεσία, η οποία και διεκπεραίωσε όλες τις σχετικές διαδικασίες συντονισμού αφαίρεσης και μεταμόσχευσης.

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

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

2. Στον Πίνακα 2, παρουσιάζονται οι αιτίες μη αφαίρεσης νεφρών από τους αναφερομένους το(1992,) δυνητικούς δότες οι οποίες αφορούσαν κατά 70,9% (61/86) άρνηση συγγενών και, κατά 27,9% (24/86) ιατρικούς λόγους.

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

2β. Στο σύνολο των μη αξιοποιηθέντων δοτών νεφρού κατά την περίοδο (1985-1992) οι ιατρικοί λόγοι αποτελούν το 60,7% (169/278), η άρνηση συγγενών το 35,6% (99/278), ενώ οι ιατροδικαστικοί και οργανωτικοί λόγοι, το 1,7% (5/278) και 1,7% (5/278) αντίστοιχα.

3. Οι μεταμοσχεύσεις νεφρών από πτωματικό δότη κατά τα 3 τελευταία έτη, αποτελούν το 54,9% (284/481), ενώ από ζώντα συγγενή δότη το

40,9% (197/481) . Αντίθετα από το 1986 μέχρι και το 1989 η σχέση ήταν αντίστροφη : 34,7% (114/328) από πρωματικό δότη και 65,2% (214/328) από ζώντα συγγενή δότη. Στο σύνολο των μεταμοσχεύσεων νεφρού κατά την περίοδο 1985-1992, οι πρωματικές και οι ζώσες - συγγενείς, κατανέμονται εξίσου κατά το ήμισυ : 49,1% (398/809) από πρωματικό δότη και 50,8% (411/809) από ζώντα συγγενή δότη. (Πίνακας 3).

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

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

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

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

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

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

8. Στον Πίνακα 8, φαίνεται ο αριθμός των υποψηφίων ανά έτη αναμονής μέχρι την 31/12/1992.

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

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

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

Για το 1992 το ποσοστό των μεταμοσχευμένων ήταν 13,5% (178/1318) των αναμενόντων, το 1991 ήταν 18,3% (197/1076), το 1990 19,4% (178/917) και το 1989 14,7% (120/813). Παρατηρείται ότι η διεύρυνση του μεταμοσχευτικού χάσματος το 1992 κυμαίνεται στα επίπεδα του 1989.⁴⁰

10. Στο γράφημα (9) που ακολουθεί φαίνεται καθαρά ο αριθμό των μεταμοσχεύσεων νεφρού από ζώντες δότες από το 1990-1999

11. Στο γράφημα 10 παρατηρείται ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων νεφρού από πτωματικό δότη από το 1990-1999

12. Στο γράφημα 11 φαίνεται ο αριθμός μεταμοσχεύσεων νεφρού από 1990-1999.

13. Στον πίνακα 12 φαίνεται η δραστηριότητα μεταμοσχευτικού κέντρου νεφρού ΠΠΗΝΠ από 25-5-97 έως 31-12-99

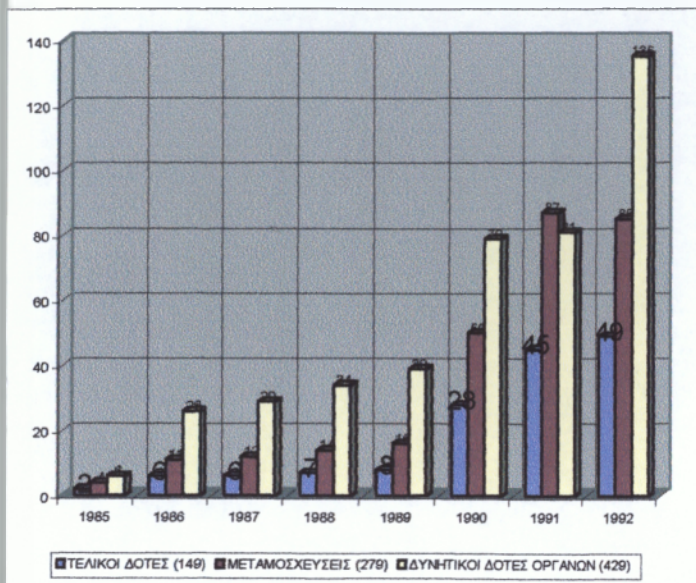
14. Στο γράφημα 13 φαίνεται η επιβίωση μοσχευμάτων νεφρού στο ΠΠΗΝΠ από 25-5-97 έως 31-12-99.

15. Στο γράφημα 14 φαίνεται η πορεία της νεφρικής λειτουργίας μεταμοσχευμένων ασθενών από 25-5-97 έως 31-12-99.

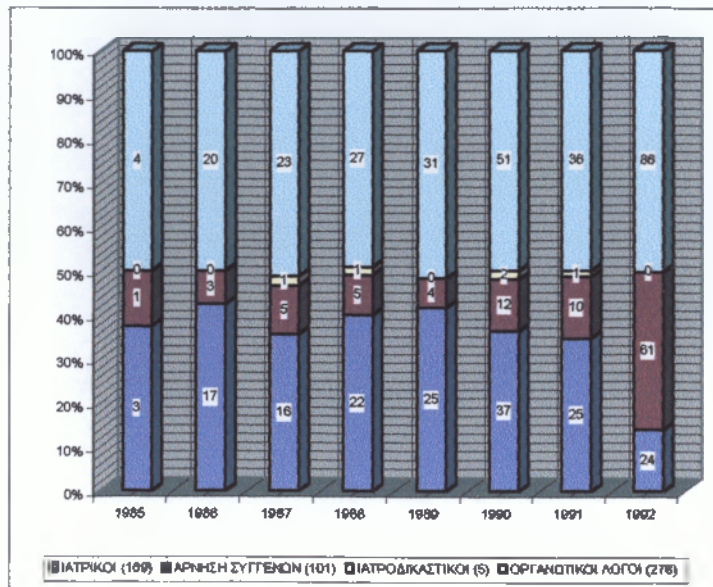
16. Τέλος στον πίνακα 15 δίδονται στατιστικά στοιχεία του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου (ΓΠΝΘ) μεταμοσχεύσεων νεφρού από 1990-1999.

⁴⁰ Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

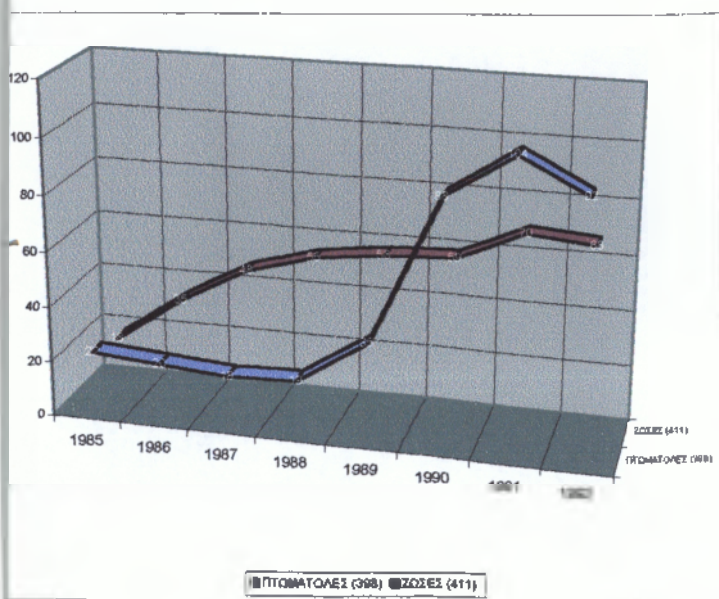
Πίνακας 1
Συντονισμός μεταρροχεύσεων νεφρών (1985-1992)



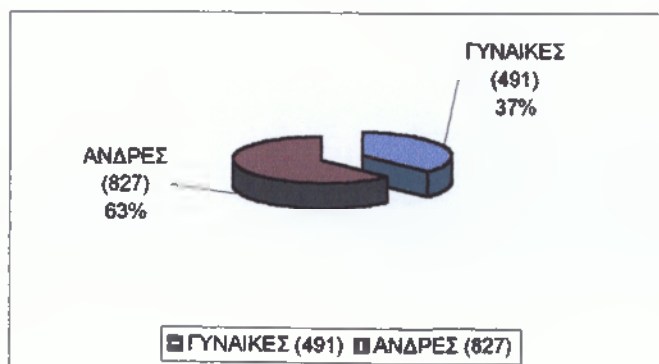
Πίνακας 2
Αιτίες μη αφαιρέσεως νεφρών(1985-1992)



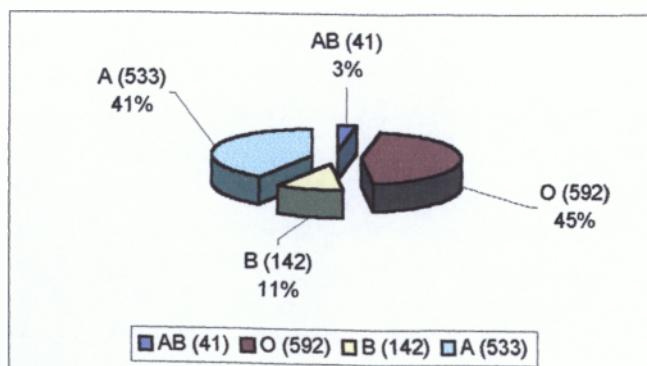
Πίνακας 3
Μεταρροχεύσεις νεφρών στην Ελλάδα (1985-1992)



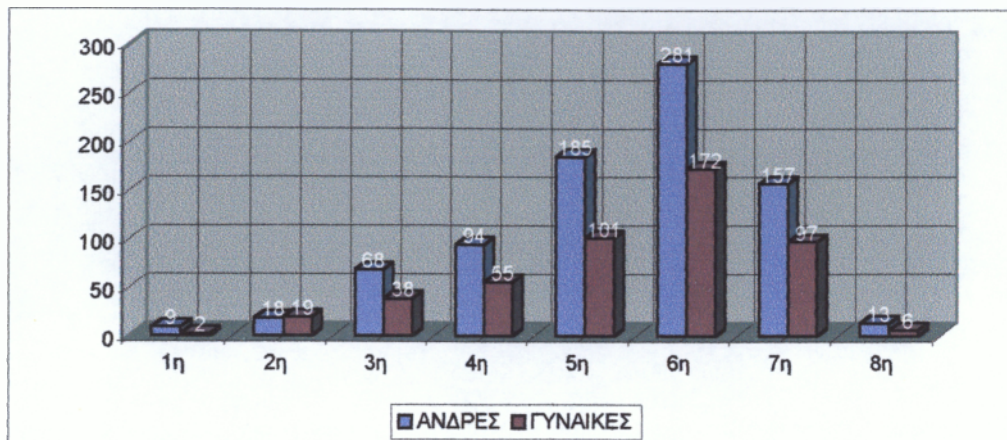
Πίνακας 4
Κατανομή υποψηφίων ληπτών νεφρού κατά φύλο



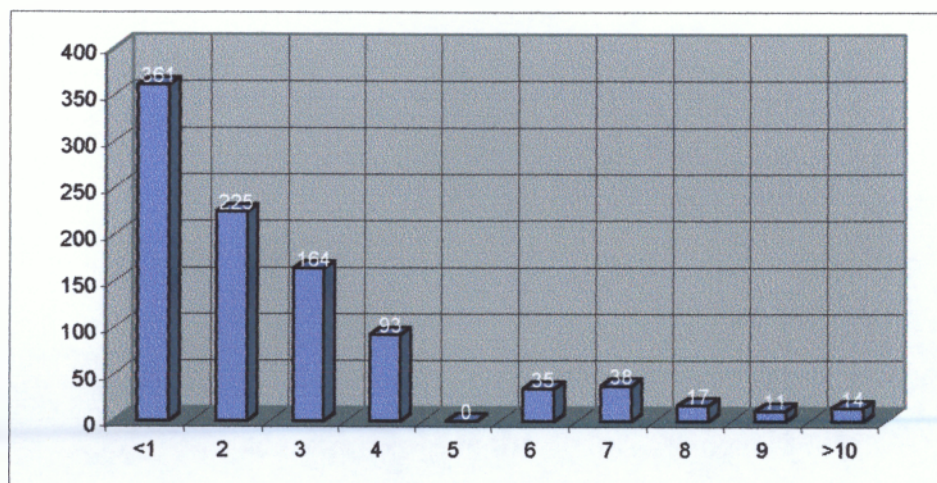
Πίνακας 5
Κατανομή υποψηφίων ληπτών νεφρού κατά ομάδα αίματος



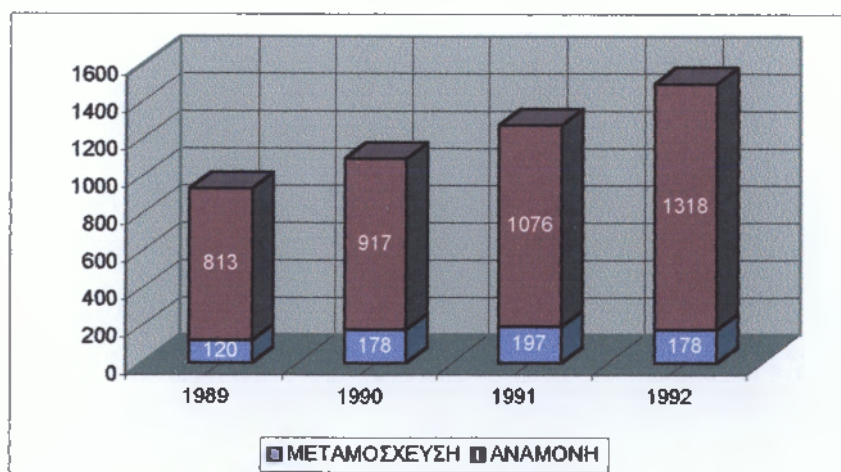
Πίνακας 6
Κατανομή υποψηφίων ληπτών νεφρού κατά 10ετίες ηλικιών



Πίνακας 7



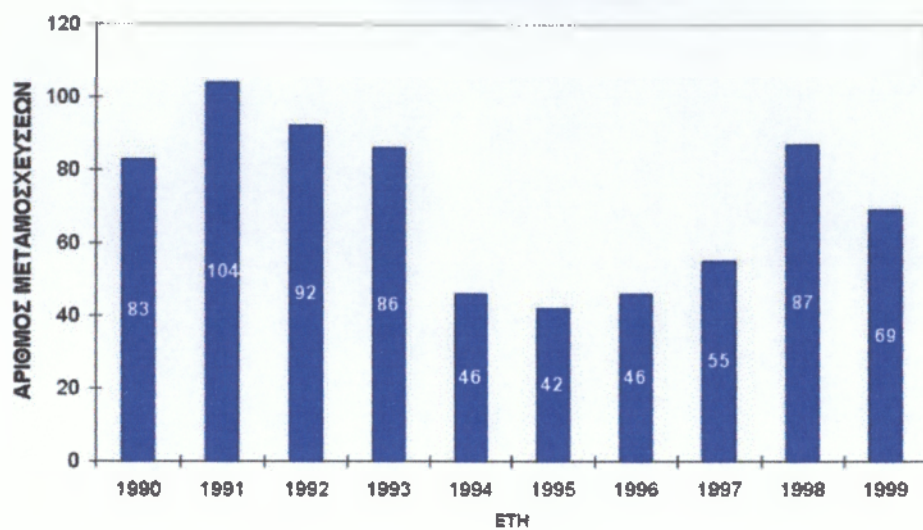
Πίνακας 8
Το μεταμοσχευτικό χάσμα



Πηγή: Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

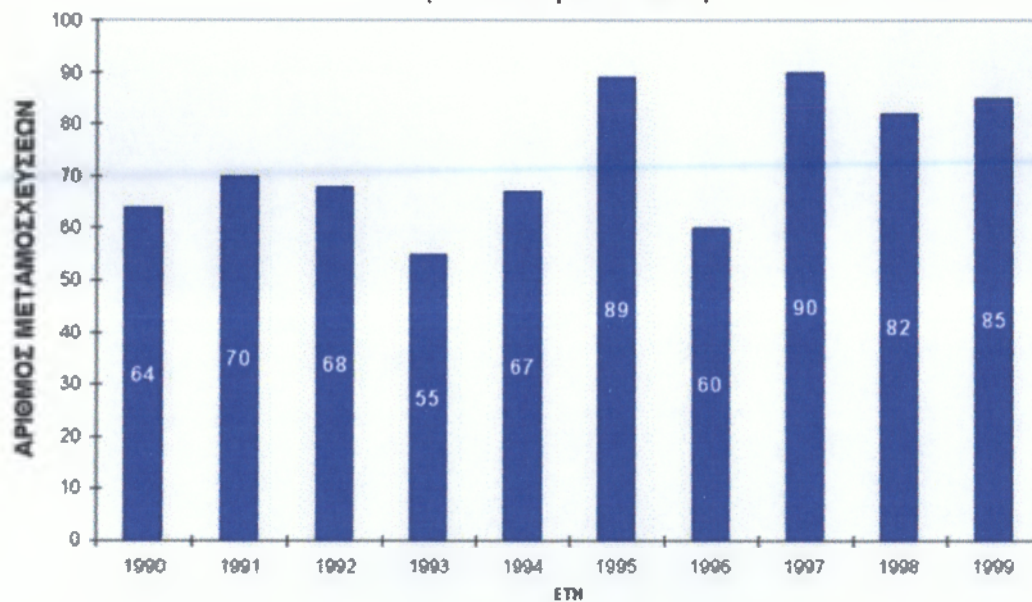
Πίνακας 9

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΔΟΤΗ
(κατά τα έτη 1990 - 1999)



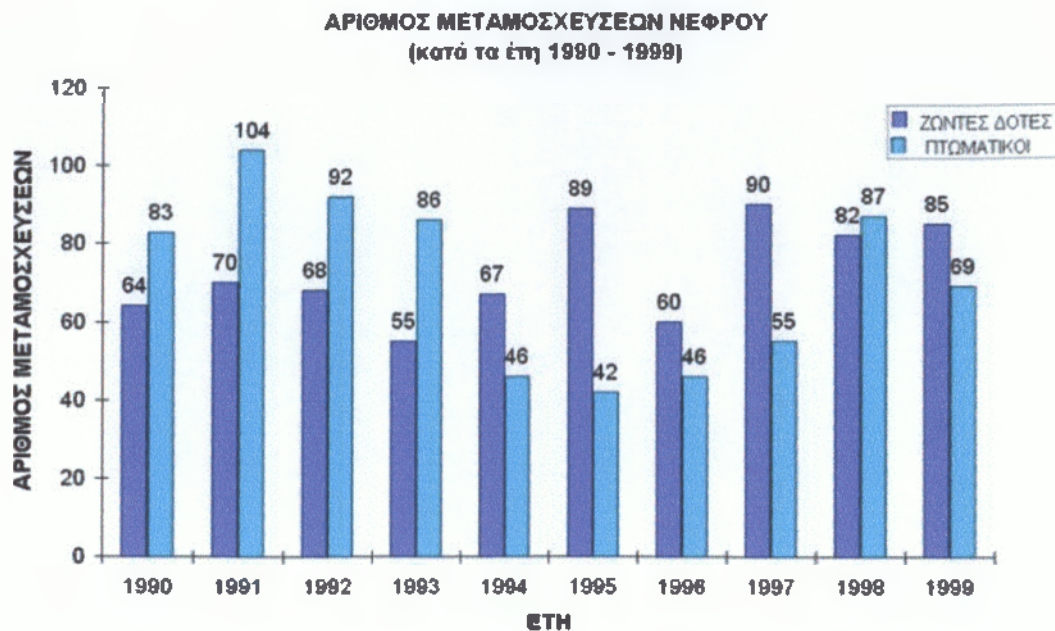
Πίνακας 10

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΖΩΝΤΕΣ ΔΟΤΕΣ
(κατά τα έτη 1990 - 1999)



Πηγή: ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

Πίνακας 11



Πηγή: ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ⁴¹

Πίνακας 12

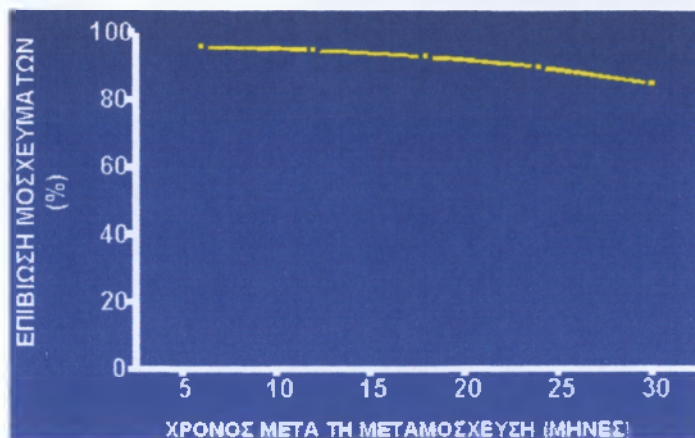
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΕΦΡΟΥ
ΠΠΓΝΠ (25.05.97 - 31.12.99)

Αριθμός μεταμοσχεύσεων	24
Φύλο	Α / Γ = 15 / 9
Ηλικία	18 - 55 έτη (39+-9)
Δότης νεφρικού μοσχεύματος	πτωματικός / ζων = 18 / 6
Αίτια ΧΝΑ	χπ. ΣΝ : 20 διαβ. νεφροπάθεια : 2 αιμολ. συρ. συν. : 1 χρ. πυελονεφρίτιδα : 1
Μέθοδος υποκατάστασης	ΑΚ / ΠΚ : 18 / 8
Χρονικό διάστημα σε εξωνεφρική κάθαρση	9 - 90 μήνες

⁴¹ Μεταμοσχευτικό Κέντρο Περιφερειακού Πανεπιστημίου Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

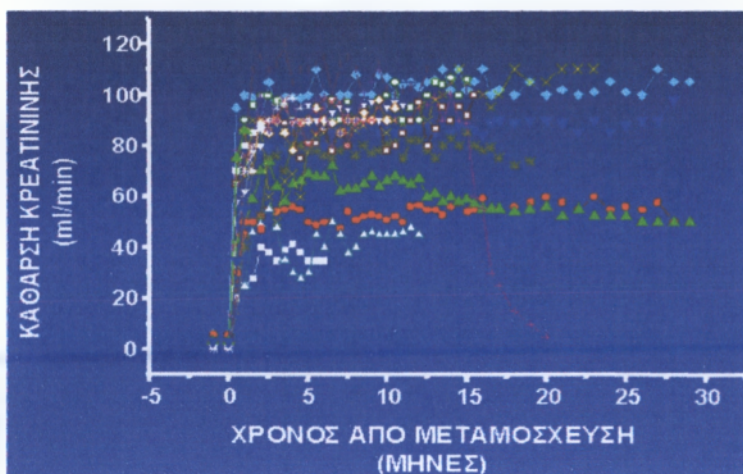
Πίνακας 13

ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΟ ΠΠΓΝΠ 25.05.1997 - 31.12.1999



Πίνακας 14

ΠΟΡΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΠΠΓΝΠ (n=24) 25.05.1997 - 31.12.1999



Πηγή: ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

Πίνακας 15

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ Γ.Π.Ν.Θ

ΕΤΗ	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ	42	57	68	50	46	52	51	53	53	48	-9,43%
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ	23.438	26.972	30.542	30.518	33.172	39.004	42.585	52.968	60.973	294	-99,52%
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ	13.791	18.892	23.837	34.160	28.083	39.664	38.548	42.204	42.148	43.396	2,96%
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	37.229	45.864	54.379	64.678	61.255	78.668	81.133	95.172	103.121	43.690	-57,63%

Πηγή: Ιπποκράτειο Νοσοκομείο (Γ.Π.Ν.Θ.)

2.4.4. Μεταμοσχεύσεις Καρδιάς - Πνευμόνων - Ήπατος

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

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

1. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1 ενώ ο αριθμός των δυνητικών Δοτών Πολλαπλών Οργάνων (Δ.Π.Ο.), παρουσίασε μια αισθητή αύξηση το 1992 στο σύνολο των αναφερθέντων δοτών καθώς από 41/2% (61/148) το 1991 ανήλθε στο 66,1% (123/186) το 1992, εν τούτοις το ποσοστό αξιοποίησης των Δ.Π.Ο. παρουσίασε σημαντικότερη μείωση : από 67,1% (41/61) το 1991 μειώθηκε στο 39% (48/123) το 1992.

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

2. Στον Πίνακα 2, παρουσιάζονται οι αιτίες μη υφαίρεσης καρδιάς, πνευμόνων, ήπατος, παγκρέατος κατά την περίοδο 1990-1992. Οι αιτίες μη αφαίρεσης, αφορούν ιατρικούς λόγους (39,8%, 53/133), άρνησης συγγενών (57,1%, 53/133), ιατροδικαστικούς λόγους (1,5%, 2/133) και οργανωτικούς λόγους (9,5%, 2/133).

2α. Όμως σε σύγκριση των δύο τελευταίων ετών αξιοσημείωτη είναι η κατακόρυφη μείωση των ιατρικών λόγων από 60% (12/90) το 1991 σε 21,3% (16/75) το 1992 και η κατακόρυφη αύξηση της άρνησης των συγγενών από 35% (7/20) το 1991 σε 77,3% (58/75) το 1992.

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

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

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

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

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

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

Αντίστοιχα προσφέρθηκαν στην Ελλάδα μοσχεύματα νεφρών και άλλων οργάνων. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον Πίνακα 5 αφορούν την διάθεση των μοσχευμάτων τα οποία έγιναν τελικά αποδεκτά από τα ενδιαφερόμενα κέντρα από και προς την Ελλάδα.⁴²

6. Ο πίνακας 6 παρουσιάζει διαγραμματικά τον αριθμό μεταμοσχεύσεων που έγιναν στην Ελλάδα κατά τα έτη 1990-1999. Φαίνεται

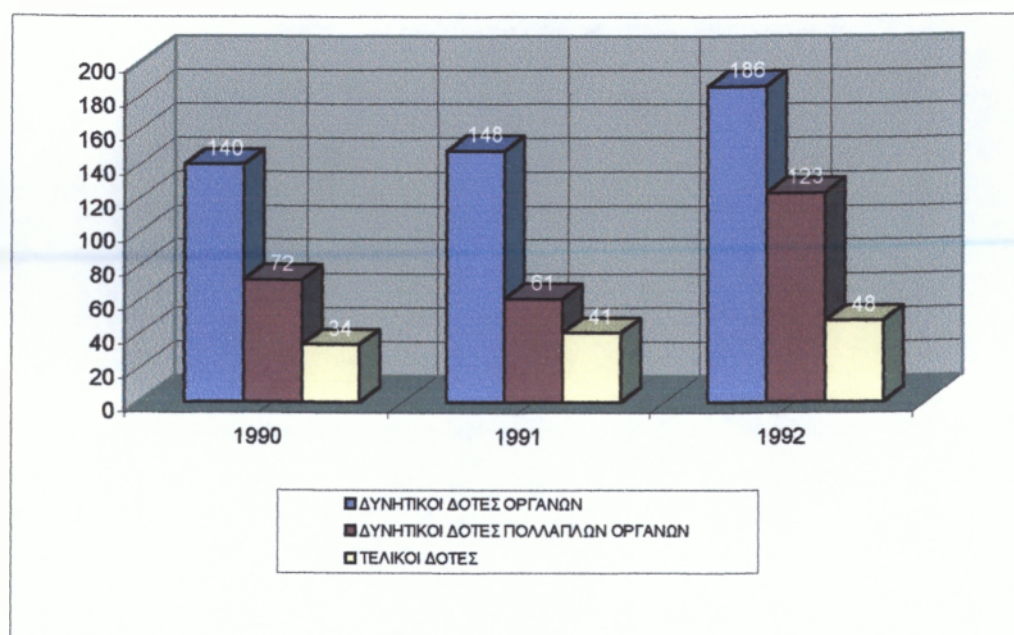
⁴² Υ.Σ.Ε.: *Ετήσια Έκθεση 1991-1992*

καθαρά ότι κατά τα έτη 1997 και 1998 έγιναν οι περισσότερες μεταμοσχεύσεις ήπατος 18 τον αριθμό κατ' έτος, ενώ ακολουθεί το έτος 1993 με 13 ενώ το 1999 με 12.

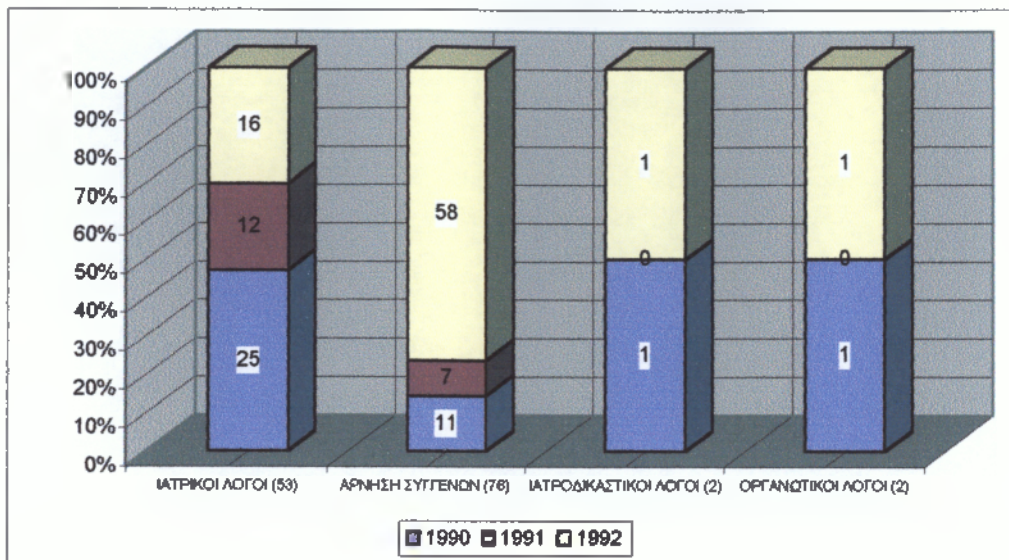
7. Ο πίνακας 7 παρουσιάζει διαγραμματικά τον αριθμό μεταμοσχεύσεων καρδιάς που έγιναν στην Ελλάδα κατά τα έτη 1990-1999. Φαίνεται καθαρά ότι κατά τα έτη 1994 και 1998 έγιναν οι περισσότερες μεταμοσχεύσεις καρδιάς 13 τον αριθμό κατ' έτος και ακολουθεί το έτος 1992 με 12 και τα έτη 1991, 1993 και 1995 με 10.

8. Ο πίνακας 8 παρουσιάζει τις μεταμοσχεύσεις ήπατος που έγιναν κατά τα έτη 1990-1999 στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο.

Πίνακας 1
Συντονισμός μεταμοσχεύσεων δωτών πολλαπλών οργάνων

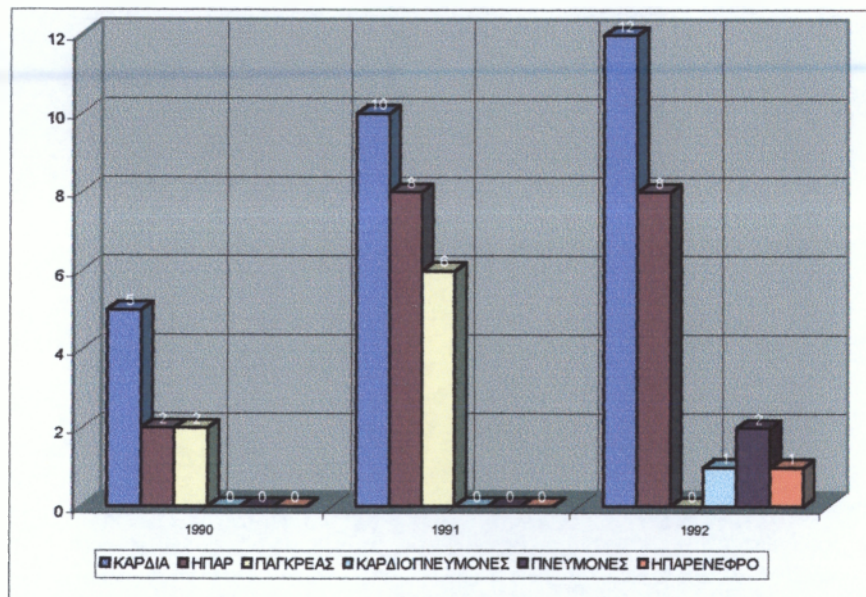


Πίνακας 2
Αιτίες μη αφαιρέσης από δότες πολλαπλών οργάνων



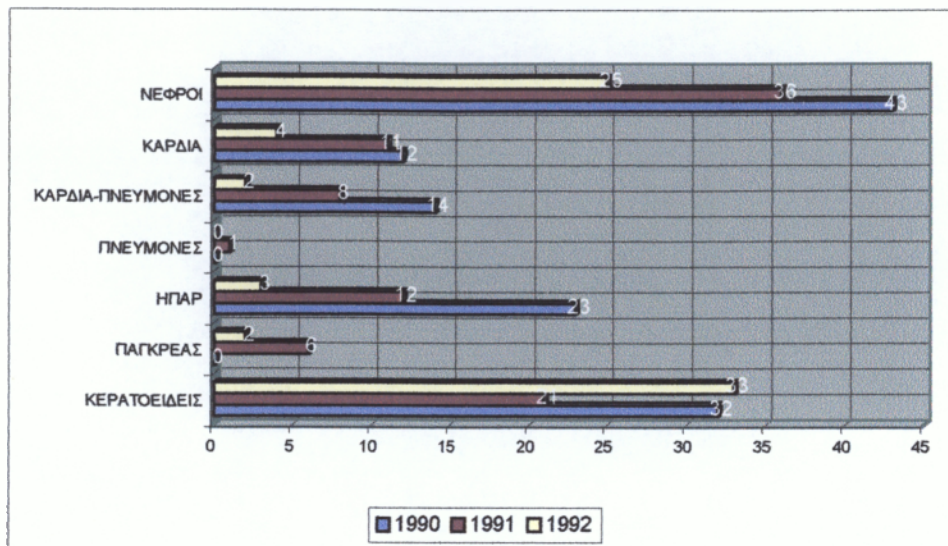
Πηγή: Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 3
Μεταμοσχεύσεις καρδιάς-πνευμόνων-ήπατος-πάγκρεας



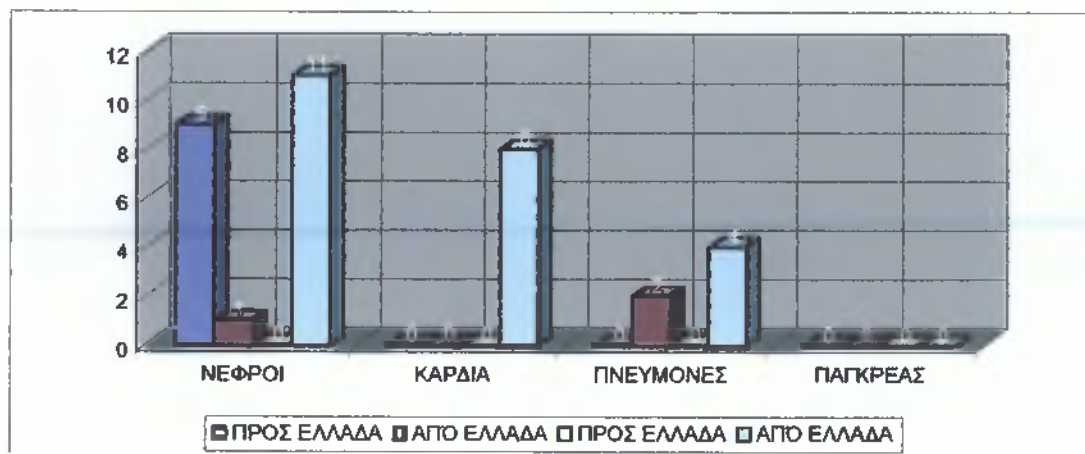
Πηγή: Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 4
Αφαιρεθέντα όργανα από Δ.Π.Ο. (1990_1992)



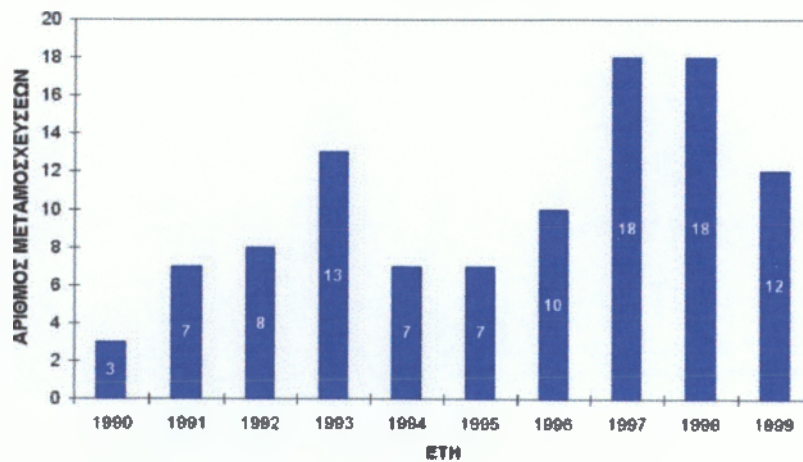
Πηγή: Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 5
Προσφερόμενα όργανα από/προς ευρωπαϊούς οργανισμούς (1992)



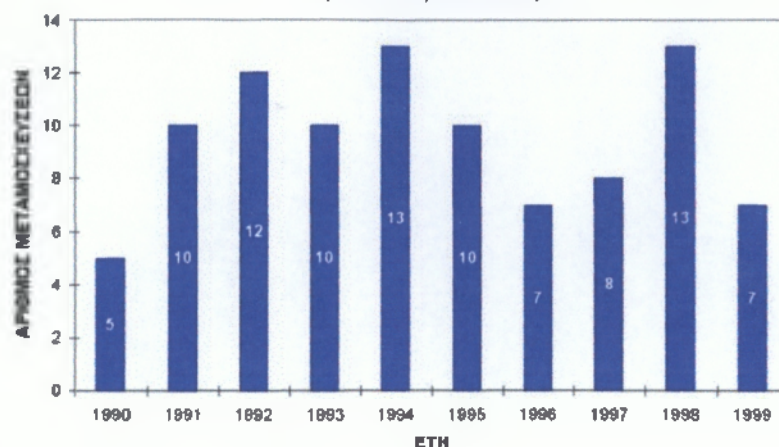
Πηγή: Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 6
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΗΠΑΤΟΣ
(κατά τα έτη 1990 - 1999)



Πίνακας 7

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ
(κατά τα έτη 1990 - 1999)



Πηγή: Μεταμοσχευτικό Κέντρο Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

Πίνακας 8

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ Γ.Π.Ν.Θ

ΕΤΗ	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ				6	4	5	9	9	16	11	-31,25%

Πηγή: Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

2.4.5. Μεταμοσχεύσεις Κερατοειδών

Στους Πίνακες 1 και 2, παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν τον συντονισμό αξιοποίησης προσφερομένων πρωματικών μοσχευμάτων κερατοειδούς από δότες απλούς (κερατοειδείς μόνον ή κερατοειδείς και νεφρών) όπως και από δότες πολλαπλών οργάνων.

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

1α. Στη διάρκεια του 1992 αναφέρθηκαν στην Υ.Σ.Ε. 185 δυνητικοί δότες κερατοειδούς, αύξηση κατά 52,8% (64/121) σε σχέση με τους αναφερθέντες δότες κερατοειδούς το 1991.

1β. Παρ' όλη την δεδομένη αύξηση της αναφοράς δυνητικών όμως το ποσοστό αξιοποίησης παρέμενε σταθερό τόσο για το 1991 όσο και για το 1992 : 32,2% (39/121) και 32,4% (60/185) αντίστοιχα.

1γ. Κατά την περίοδο 1985-1992 αναφέρθηκαν στην Υ.Σ.Ε. συνολικά 645 δυνητικοί δότες με ποσοστό αξιοποίησης, παρουσιάστηκε το 1987, 61,5% (32/52).

1δ. Οι μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς κατά την περίοδο αυτή από τους αναφερόμενους στην Υ.Σ.Ε. δότες, ανήλθαν στις 447, ενώ τα ακατάλληλα μετά την αφαίρεση μοσχεύματα κερατοειδούς, αποτελούσαν το 11,3% (57/504).

2. Οι αιτίες μη αφαίρεσης κερατοειδών, κατά το 1992, αφορούσαν κυρίως άρνηση συγγενών (62,4%, 78/125) και ιατρικούς λόγους (29,6%, 37/125). (Πίνακας 2).

2α. Συγκριτικά με τις αιτίες μη αφαίρεσης κερατοειδών από τους δότες που αναφέρθηκαν το 1991 και το 1992, παρατηρούνται τα εξής :

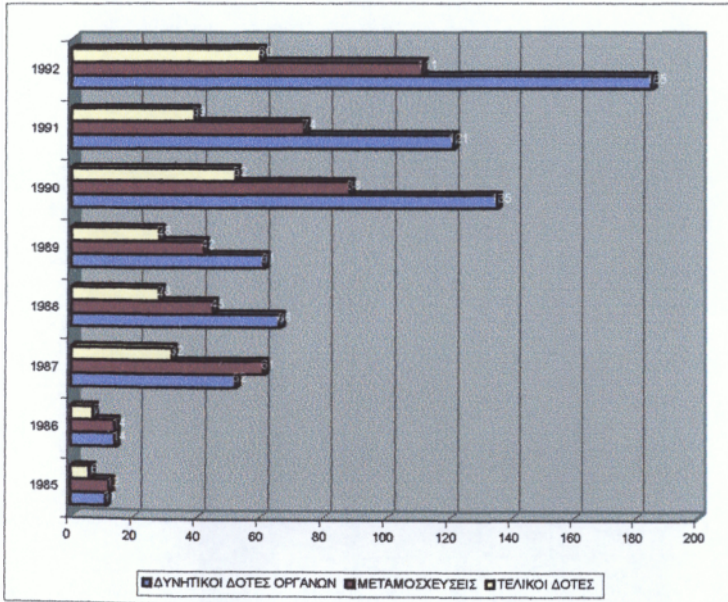
- άρνηση των συγγενών από 21,9% (18/82) ανέρχεται στο 62,4% (78/125) το 1992.
- οι ιατρικοί λόγοι αϊτό 42,6% (35/82) το 1991 μειώνονται στο 9,2% (37/125) το 1992.
- οι ιατροδικαστικοί λόγοι από 35,3% (29/82) το 1991 μειώνονται στο 8%.

2β. Στο σύνολο των μη αξιοποιηθέντων δοτών κερατοειδούς κατά την περίοδο 1985-1992 οι ιατρικοί λόγοι αποτελούν το 42,4% (167/393) η άρνηση συγγενών το 34,8% (137/393), οι ιατροδικαστικοί λόγοι το 20,3% (80/393) και οι οργανωτικοί μόλις το 2,2% (9/393).

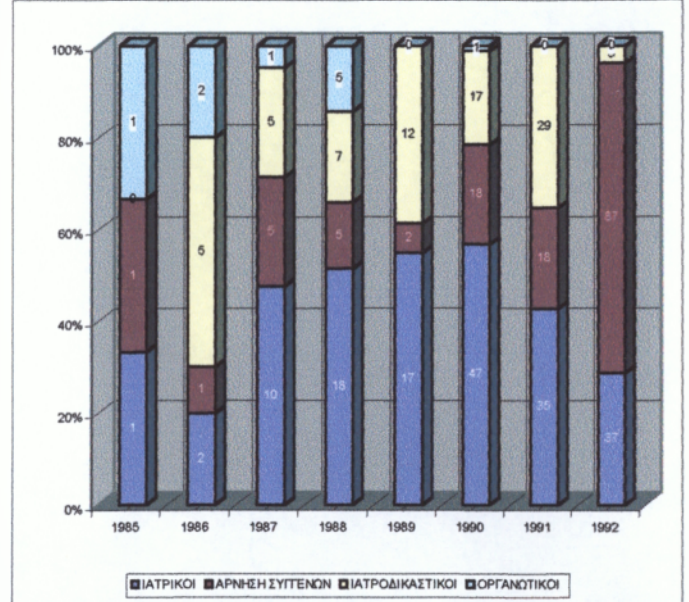
3. Οι μεταμοσχεύσεις κερατοειδών κατά την περίοδο 1985-1991 ανήλθαν στις 860, σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουν αναφερθεί στην Υπηρεσία από τις ομάδες των μεταμοσχευτών - οφθαλμιάτρων των Κρατικών Νοσοκομείων της Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Ηρακλείου, Ιωαννίνων και Πάτρας. (Πίνακας 3).

4. Στον Πίνακα 4 φαίνονται οι μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών όπως δηλώθηκαν στην Υπηρεσία από τις Μονάδες Μεταμοσχεύσεων Μυελού των οστών της χώρας.

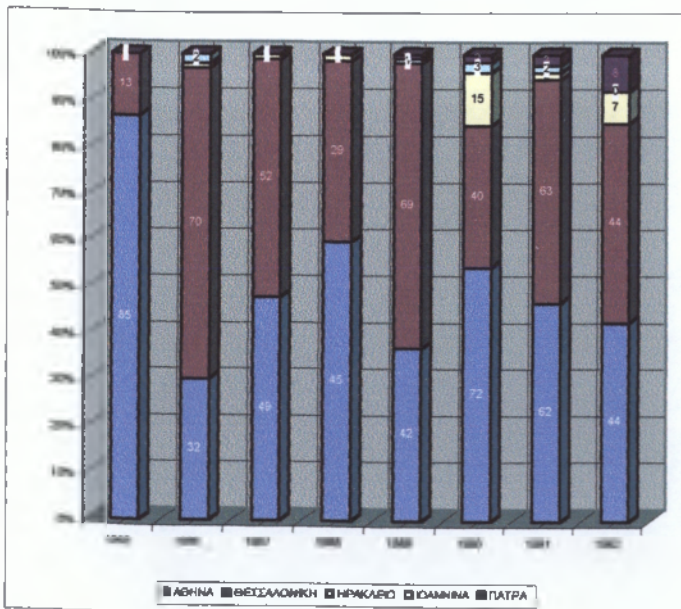
Πίνακας 1
Συντονισμός μεταμοσχεύσεων κερατοειδών (1985-1992)



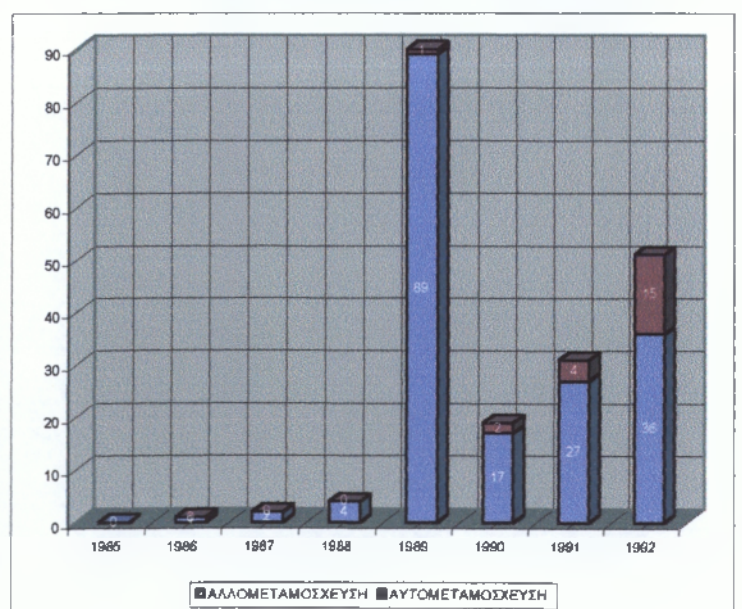
Πίνακας 2
Αιτίες μη αφίσεως κερατοειδών



Πίνακας 3
Μεταμοσχεύσεις κερατοειδών (1985-1992)



Πίνακας 4
Μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών



2.5. Πρόγραμμα Δωρεάς Ιστών και Οργάνων

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

Είναι γνωστό ότι η οργάνωση ενός εθνικού προγράμματος για τη μεταμόσχευση χρειάζεται την ηθική συμμετοχή όλων των πολιτών μιας χώρας οι οποίοι αφού ενημερωθούν υπεύθυνα θα είναι οι κήρυκες και το στήριγμα για την καθιέρωση της Δωρεάς Οργάνων και των Μεταμοσχεύσεων.⁴³

2.5.1. Δήλωση Δότη Ιστών και Οργάνων

Για να δηλώσει κάποιος εν ζωή την επιθυμία του να γίνει δωρητής ιστών και οργάνων μετά θάνατο θα πρέπει να συμπληρώσει την ειδική έντυπη δήλωση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, την κεντρική διάθεση της οποίας έχει η Υ.Σ.Ε.

Το έντυπο αυτό βρίσκεται:

- στην ΥΣΕ.
- στα Κέντρα και τους Σταθμούς Αιμοδοσίας των Νοσοκομείων της χώρας.
- στα γραφεία Κοινωνικής και Ιατροκοινωνικής Υπηρεσίας των Νοσοκομείων και στα Κέντρα Υγείας της χώρας.
- στις Διευθύνσεις και στα Τμήματα Υγιεινής και στα Αγροτικά Ιατρεία των Νομαρχιών.
- σε Κοινωνικούς Φορείς -που συνεργάζονται με την ΥΣΕ.

Μετά τη συμπλήρωση της Δήλωσης Δότη Ιστών και Οργάνων ΥΣΕ αποστέλλει στον δικαιούχο ειδικό Δελτίο Δότη.

Οποιοσδήποτε άνδρας ή γυναίκα μπορεί να γίνει δωρητής οργάνων. Για τα παιδιά απαιτείται η ενυπόγραφη συγκατάθεση των δύο γονέων.

⁴³ Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

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

Κάθε δήλωση ελέγχεται για την ορθή συμπλήρωση της, αριθμείται, ενημερώνεται ο Η/Υ, εκτυπώνεται το Δελτίο Δότη και εν συνεχεία γίνεται συγκριτικός έλεγχος της δήλωσης και του Δελτίου.⁴⁴

2.5.2. Ευαισθητοποίηση Κοινής Γνώμης

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

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

Η απουσία ειδικών κονδυλίων υποχρεώνει την ΥΣΕ στην ερασιτεχνική κατάρτιση ενός προγράμματος ευαισθητοποίησης της Κοινής Γνώμης. Το όποιο έργο έχει επιτελεσθεί μέχρι σήμερα στηρίζεται στην εθελοντική προ-

⁴⁴ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

σφοδρά υπηρεσίας του προσωπικού, παρ' όλες τις σημαντικές ελλείψεις εξοπλισμού της με τα απαραίτητα μέσα.⁴⁵

2.5.3. Δωρητές Ιστών και Οργάνων με κάρτα Δότη

Από τον Ιούνιο του 1985 μέχρι και τον Δεκέμβριο του 1992, 48.343 δωρητές ιστών και οργάνων είχαν δηλώσει την επιθυμία τους να βοηθήσουν μετά θάνατον κάποιον συνάνθρωπο τους να ζήσει και είχαν εφοδιασθεί με την κάρτα δότη.

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

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

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

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

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

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

5. Από το σύνολο των εγγεγραμμένων σε Υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα, 52,2% (14227/27220) είχαν συμπληρώσει την δήλωση τους στις κοινωνικές και Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες των Νοσοκομείων, 15,3% (4189/27220) στις Διευθύνσεις και Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχείων, 3,4% (931/27220) στα Κέντρα Υγείας, 25,3% (6897/27220) σε λοιπούς Φορείς και 3,5% (976/27220) στην ΥΣΕ κατά τα τρία τελευταία έτη. (Πίνακας 5).

⁴⁵ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

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

6α. Το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται κατά τα έτη 1987 και 1988 όπου ήταν 28,3% και 28,3% αντίστοιχα, ενώ το μικρότερο ποσοστό παρατηρείται το 1992 όπου ήταν 4,8%.

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

Ειδικότερα εάν θεωρήσουμε επίσης την Κάρτα Δότη ως ένα μέσο για την διάδοση της ιδέας της Δωρεάς Ιστών και Οργάνων, και λάβουμε υπόψη αντίστοιχα δεδομένα από την διεθνή αρθρογραφία σύμφωνα με τα οποία τα μέσα αυτά (Κάρτες Δότη, Άδειες Οδήγησης, κ.λ.π.) δεν αποφέρουν παρά μόνον ένα 20% στην αύξηση των αναφερομένων δυνητικών δοτών οργάνων (Carlan, Transpl. Proc. 1986), το γεγονός ότι 17,4% (134/766) των αναφερθέντων στην Υπηρεσία δυνητικών δοτών ήταν δωρητές με Κάρτα Δότη, εκτιμάται ότι αποτελεί ιδιαίτερη επιτυχία του όλου προγράμματος.

Είναι κοινή διαπίστωση ότι η Κάρτα Δότη, ως μέσον έκφρασης της συναίνεσης ενός δυνητικού δότη οργάνων θέτει ταυτόχρονα γενικότερους προβληματισμούς ως προς τις προϋποθέσεις αφαίρεσης ιστών και οργάνων για μεταμόσχευση.⁴⁶

Στην Ευρώπη εφαρμόζονται κυρίως δυο συστήματα για την μετά θάνατο δωρεά οργάνων καθώς και σε μερικές περιπτώσεις ο συνδυασμός αυτών των συστημάτων. Το πρώτο σύστημα (opting-in system) στηρίζεται στην ρητή και σαφή συναίνεση (explicit consent) του δότη θεωρώντας ότι

⁴⁶ Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

καμία αφαίρεση δεν επιτρέπεται να γίνει, εκτός εάν προηγουμένως ο δότης έχει εκφράσει, εν ζωή, την συναίνεση του, προϊόν της ελεύθερης βούλησης του.

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

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

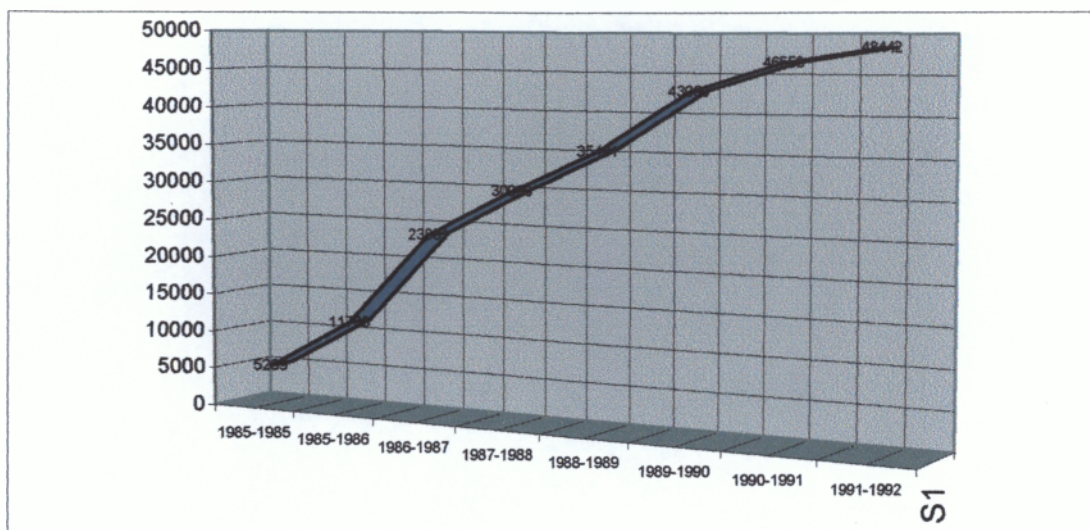
Από την άποψη των δικαιωμάτων του δότη ένας συνδυασμός των δύο συστημάτων προσεγγίζει περισσότερο το πρόβλημα του αυτοπροσδιορισμού.

Παρέχοντας την δυνατότητα στον καθένα να επιλέξει υπέρ ή κατά της δωρεάς οργάνων, οδηγείται σε μια σαφή και ρητή επιλογή, εκφράζοντας έτσι την ελεύθερη βούληση του.

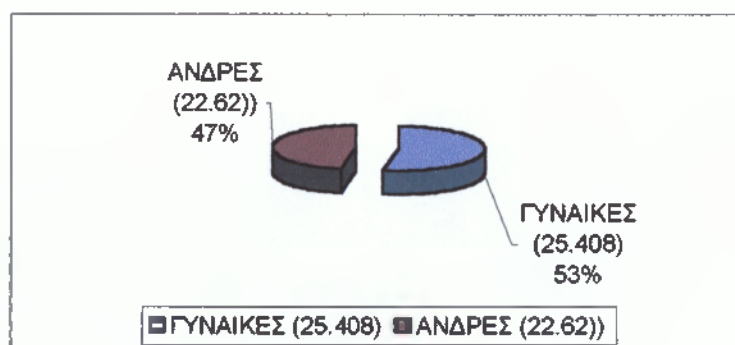
Εάν παρ' όλα αυτά δεν έχει εκφραστεί αυτή η επιλογή του, η υπόθεση ότι ο νεκρός ήταν «αδιάφορος» μπορεί να οδηγήσει νομικά στην αφαίρεση οργάνων, ενισχυμένη μάλιστα από την θετική στάση των συγγενών.

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

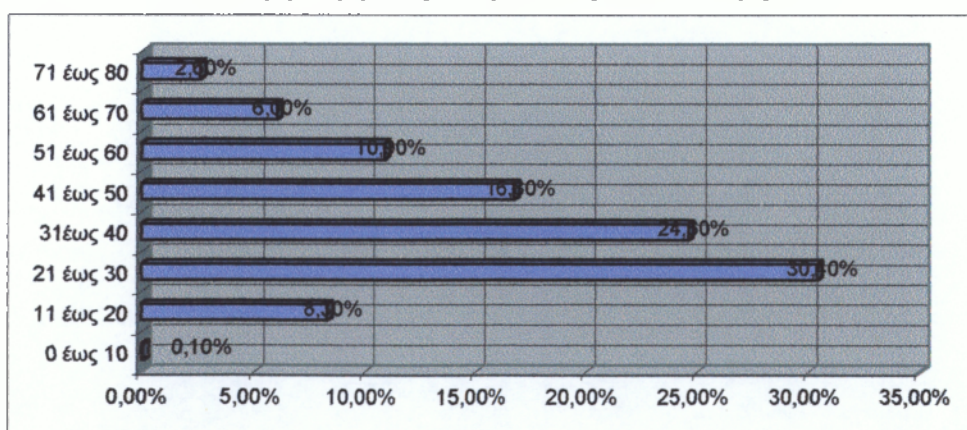
Πίνακας 1



Πίνακας 2
Κατανομή δωρητών με κάρτα δότη κατά φύλο

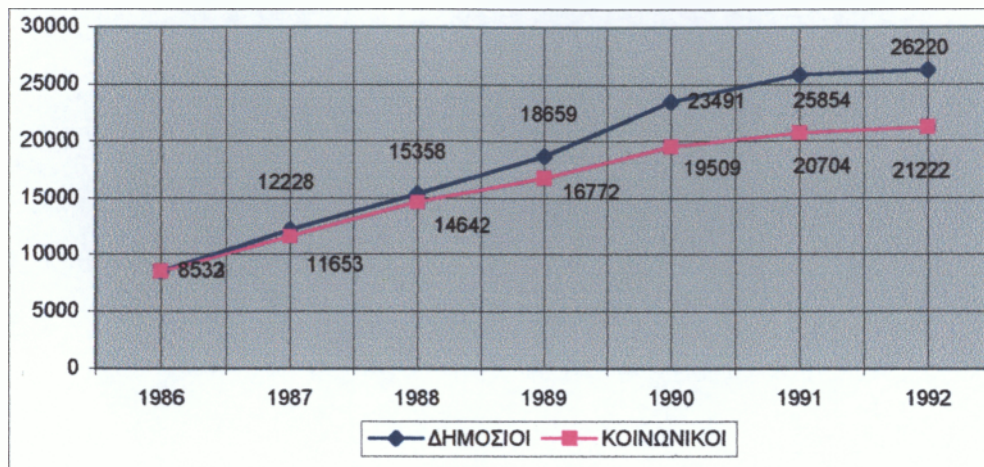


Πίνακας 3
Κατανομή δωρητών με κάρτα δότη ανα 10ετίες ηλικιών

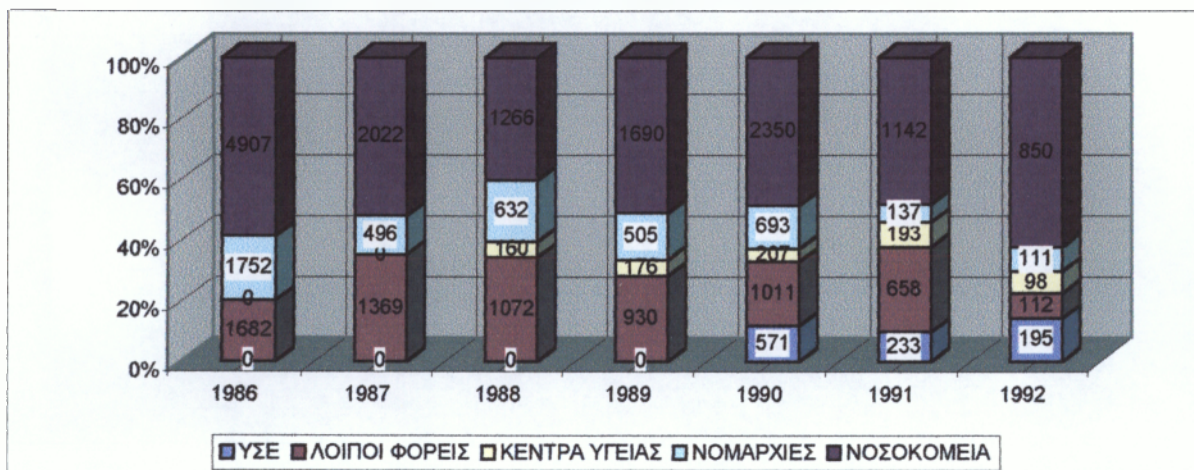


Πηγή: Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

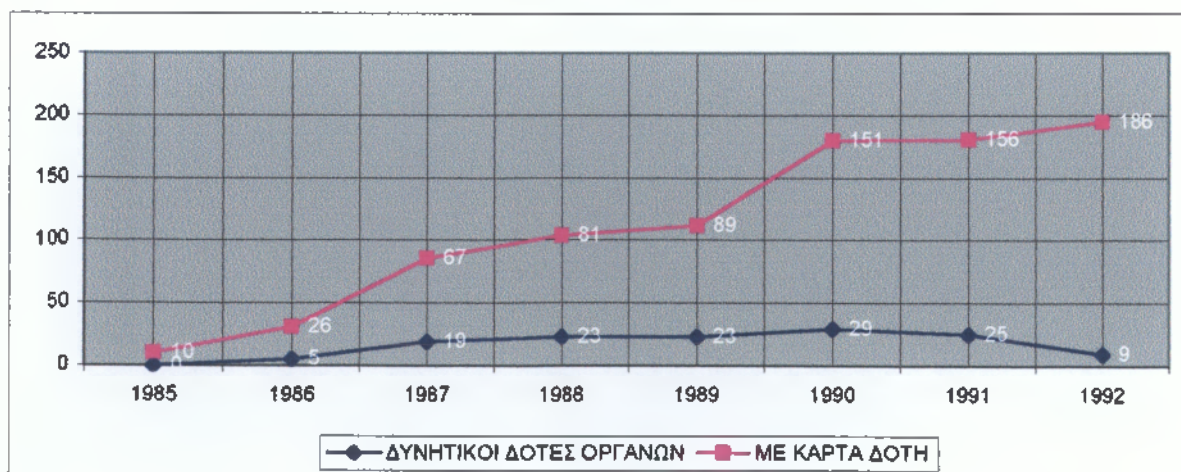
Πίνακας 4
Κατανομή δωρητών με κάρτα δότην κατά φόρμα εγγραφής



Πίνακας 5
Αναφερόμενες δυνητικοί δότες με κάρτα δότη (1985-1992)



Πίνακας 6
Κατανομή δωρητών με κάρτα δότη εγγεγραμμένων σε δημοσίου φορείς



Πηγή: Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3^οΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ.
ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Εισαγωγή

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

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

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

Στην Ευρώπη δημιουργήθηκαν αρχικά θέσεις Σ.Μ., στην Ολλανδία το 1979 και στη συνέχεια στη Μεγ. Βρετανία. Σήμερα περισσότεροι από 200 Σ.Μ. προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης. Το 50% των Σ.Μ. στην Ευρώπη είναι νοσηλευτές, το 33% γιατροί, το 12% φοιτητές και οι υπόλοιποι διοικητικοί.⁴⁷

⁴⁷ Van Der Vliet JA et al : *Successful Reorganization of Organ Procurement in the Netherlands, Transplant. Proc.*, 1984, σελ. 38

Το 1979 δημιουργήθηκε η πρώτη Ένωση Συντονιστών στις Η.Π.Α. (North American Transplant Coordinators Organization-NATCO). Το 1982, ιδρύθηκε και στην Ευρώπη αντίστοιχη ένωση η Ευρωπαϊκή Οργάνωση των Συντονιστών Μεταμόσχευσης (European Transplant Coordinators Organization - ETCO). Σκοπός των Ενώσεων αυτών είναι η παροχή στο ιατρικό, παραϊατρικό προσωπικό και το κοινό, πληροφοριών για τις μεταμοσχεύσεις, προκειμένου να γίνεται η μεγαλύτερη δυνατή εξασφάλιση και καλύτερη αξιοποίηση μοσχευμάτων με την κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την υποστήριξη των Σ.Μ. στην άσκηση των καθηκόντων τους.⁴⁸

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

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

Οι Κλινικοί Συντονιστές διευκολύνουν την διαδικασία των μεταμοσχεύσεων με την παροχή διαρκούς φροντίδας στον υποψήφιο λήπτη και οι αρμοδιότητες τους περιλαμβάνουν τον έλεγχο των ζώντων δοτών και των ληπτών, την ενημέρωση του λήπτη, την εκπαίδευση κοινού και επαγγελματιών υγείας και τον συντονισμό της μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ληπτών.⁴⁹

Η επιτυχημένη καθιέρωση του Σ.Μ. οδήγησε στην ανάγκη δημιουργίας, στις περισσότερες χώρες, ενός δικτύου συντονιστών σε όλο το γεωγραφικό χώρο της κάθε χώρας (Μ. Βρετανία, Ολλανδία, Γερμανία, Βέλγιο, Γαλλία, Αυστρία, Σουηδία), ενώ σε άλλες (Ελβετία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα) οι Σ.Μ. καλύπτουν μόνον περιοχές ή Κέντρα

⁴⁸ Van Der Vliet JA et al : *Successful Reorganization of Organ Procurement in the Netherlands*, *Transplant. Proc.*, 1984, σελ. 45

⁴⁹ Specs E.K. et al : *Cadaver Organ Procurement and Sharing by Members of the South-Eastern Organ Procurement Foundation* *Transplant Proc.*, 1984, σελ.72

Μεταμοσχεύσεων. Ένα ανεπτυγμένο δίκτυο περιλαμβάνει κεντρικούς Σ.Μ., οι οποίοι εργάζονται στις κεντρικές Υπηρεσίες Συντονισμού, περιφερειακούς Σ.Μ. που καλύπτουν ευρύτερες υγειονομικές περιοχές μιας χώρας και τοπικούς Σ.Μ. οι οποίοι εργάζονται μέσα σε Κέντρα Μεταμοσχεύσεων ή μεγάλα Νοσοκομεία. Ένα τέτοιο δίκτυο Σ.Μ. προβλέπεται και για τη χώρα μας στην πρόσφατη υπουργική απόφαση για την λειτουργία των Μονάδων Μεταμόσχευσης σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη δημιουργία περιφερειακών τμημάτων της Κεντρικής Υπηρεσίας Συντονισμού (Υ.Σ.Ε.).⁵⁰

Μελέτη που έγινε το 1989 από την EUROPEAN DIALYSIS TRANSPLANTATION ASSOCIATION (EDTA) για την απασχόληση των Σ.Μ. στις ευρωπαϊκές χώρες, έδειξε ότι το 70% από 187 μεταμοσχευτικά κέντρα, που απάντησαν σε ειδικό ερωτηματολόγιο απασχολούσε τουλάχιστον ένα συντονιστή. Τα περισσότερα από αυτά είχαν μέχρι δύο Σ.Μ., ενώ λίγα κέντρα με μεγάλη δραστηριότητα απασχολούσαν περισσότερους από 2 και σε εξαιρετικές περιπτώσεις πάνω από 5 Σ.Μ. Οι περισσότεροι είχαν αρχίσει να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους μεταξύ των ετών 1984-1985, όταν αυξήθηκαν οι δραστηριότητες για μεταμοσχεύσεις νεφρών και άρχισε η επέκταση των προγραμμάτων και σε μεταμοσχεύσεις άλλων οργάνων. Ο χώρος εργασίας τους είναι συνήθως το χειρουργικό ή νεφρολογικό τμήμα του Νοσοκομείου και σε περιπτώσεις περιφερειακών και κεντρικών συντονιστών οι αντίστοιχες Υπηρεσίες Συντονισμού. Σε σπάνιες περιπτώσεις ο Συντονιστής μπορεί να έχει ως έδρα της δουλειάς του το σπίτι. Πέραν του κανονικού ωραρίου εργασίας οι Σ.Μ. έχουν συνήθως 24 ώρες ετοιμότητα για τα περιστατικά προσφοράς οργάνων του τμήματος ή της περιοχής που καλύπτουν.⁵¹

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

1. Τήρηση και διαρκής ενημέρωση της λίστας αναμονής των υποψηφίων ληπτών έτσι ώστε οι ασθενείς να είναι ανά πάσα στιγμή σε

⁵⁰ Opelz G.: *The Benefit of Exchanging Donor Kidneys Among Transplanted Centers*. *N.Engl. J. Med.*, 1988a, σελ. 93

⁵¹ Rien Ph. et al: *Organisation des Prelevements d' Organes : Rilan de Huit Annees de Fonctionnement d' un Centre d' Accueil des morts cerebrales*. *Agressologie*, 1986, σελ. 12

ετοιμότητα (τρέχουσα καταλληλότητα) ενημερώνοντας τις τυχόν μεταβολές των κλινικών και εργαστήρι κακών τους στοιχείων.

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

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

4. Εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Ενημέρωση σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων σε άλλους επαγγελματίες υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ-Ν/Χ και των άλλων τμημάτων των νοσοκομείων καθώς και σε ομάδες πληθυσμού σε συνεργασία με κοινωνικούς φορείς. Η ενημέρωση αφορά: α) τις ανάγκες της χώρας σε μοσχεύματα, β) τις

τρέχουσες μεθόδους θεραπείας των παθήσεων από τις ανεπάρκειες των οργάνων, γ) τα ευεργητικά αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων στο λήπτη, δ) το κοινωνικό-οικονομικό όφελος για την πολιτεία και την κοινωνία γενικότερα, ε) τα ποσοστά επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων, στ) την παρουσίαση των κανόνων και των πρωτοκόλλων για την έγκαιρη αναγνώριση δυνητικών δότην, την αναγνωρισμένη νομικά διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, τις απαιτούμενες πληροφορίες για την αξιολόγηση της λειτουργίας των οργάνων, την φροντίδα για τον δότη και τις χειρουργικές τεχνικές αφαίρεσης των οργάνων.⁵²

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

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

⁵² Koostra G.: *Proceedings of the First International Congress on Organ Procurement, Transplant Proc., 1984*,σελ. 48

άσκηση του ρόλου του Σ.Μ. στις περιπτώσεις των Δοτών Πολλαπλών Οργάνων όπου η περιπλοκότητα του περιστατικού με την συνύπαρξη ταυτόχρονα πολλών ιατρικών ομάδων σε διαφορετικές αποστάσεις από το Νοσοκομείο του δότη, καθώς και με τον απαιτούμενο ελάχιστο χρόνο μεταφοράς ιατρικών ομάδων και μοσχευμάτων, απαιτεί την αποτελεσματική παρέμβαση του έτσι ώστε να ωφεληθούν όσο το δυνατόν περισσότεροι ασθενείς από ένα δότη.⁵³

3.2. Περιφερειακοί και τοπικοί συντονιστές μεταμοσχεύσεων

Α. Περιφερειακός Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων (Π.Σ.Μ.)

Οι Π.Σ. βρίσκονται σε άμεση συνεργασία με τα Περιφερειακά Τμήματα εφ' όσον αυτά υπάρχουν, και τις Κεντρικές Υπηρεσίες Συντονισμού.

Οι Π.Σ. λειτουργούν κυρίως σε επιτελικό επίπεδο σε ότι αφορά θέματα συντονισμού της περιφέρειας τους. Αποσκοπούν στην καθιέρωση ενιαίων διαδικασιών συντονισμού με την εναρμόνιση όλων των επί μέρους σταδίων και ενεργειών που εκτελούνται από τους τοπικούς συντονιστές.

Στις δραστηριότητες τους συμπεριλαμβάνεται η συνεργασία τους πέρα από τους Τοπικούς Συντονιστές, με τους γιατρούς των ΜΕΘ-N/X, τους χειρουργούς-μεταμοσχευτές, τα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας και με κάθε άλλο φορέα που εμπλέκεται στο όλο πρόγραμμα.

Οι κύριοι στόχοι των δραστηριοτήτων τους είναι:

1. Προώθηση των αφαιρέσεων πολλαπλών οργάνων

(i) Η ενεργοποίηση των μονάδων αναφοράς δυνητικού δότη (ΜΕΘ-N/X).

(ii) Η δημιουργία και οργάνωση κέντρων αναφοράς δοτών στις περιοχές όπου δεν υπάρχει ιατρική, παραϊατρική, διοικητική δομή.

⁵³ <http://www.mednet.gr/hss/index2.htm> - 63Κ - Ανατύπωση: Παρ, 19 Οκτ 2001 - www.mednet.gr

Οι δραστηριότητες των Π.Σ. για την επίτευξη των στόχων αυτών αφορούν:

- Επισκέψεις στις Μονάδες Δυνητικών Δοτών Οργάνων,
- Προσωπικές επαφές με τον ιατρικό - παραϊατρικό - διοικητικό τοπικό υπεύθυνο,
- Ανάπτυξη της ενημέρωσης για την έλλειψη οργάνων,
- Ενημέρωση για τις προηγούμενες περιπτώσεις δωρεάς οργάνων (πορεία ασθενή),
- Υπενθύμηση των διαδικασιών που ακολουθούνται,
- Δημιουργία θέσης τοπικού συντονιστή αφαιρέσεως,
- Διευκόλυνση των διοικητικών προϋποθέσεων για τις αφαιρέσεις πολλαπλών οργάνων,
- Οργανική σύνδεση με το αντίστοιχο ΕΚΑΒ.

2. Ανάπτυξη της ενημέρωσης-ευαισθητοποίησης σε διάφορους φορείς

- α. Σχολή νοσηλευτών-τριών,
- β. Προσωπικό νοσοκομείων, ειδικές υπηρεσίες και τμήματα,
- γ. Κοινή γνώμη περιοχής,
- δ. Σχολεία,
- ε. Ιατρικά συνέδρια,
- στ. Συνεργασία με κοινωνικούς φορείς προώθησης της ιδέας της δωρεάς οργάνων,
- ζ. Συνεργασία με συλλόγους ασθενών.

3. Συμβολή στη διεκπεραίωση των διαδικασιών

Οι Περιφερειακοί Συντονιστές συμμετέχουν υπεύθυνα για την διευκόλυνση της ανάπτυξης των αφαιρέσεων και των μεταμοσχεύσεων αναφέροντας σχετικά στο γραφείο του Περιφερειακού Τμήματος.

Συμβολή - υποστήριξη κατά την διενέργεια των χειρισμών που απαιτούνται από τον τοπικό συντονιστή, όπου αυτό είναι απαραίτητο.

4. Συγκέντρωση στοιχείων σχετικά με τις αφαιρέσεις και τις μεταμοσχεύσεις, καθώς και όλων των συναφών πληροφοριών, που αφορούν την εξασφάλιση της εναρμόνισης, αλλά και βελτίωσης των σταδίων του συντονισμού. Επίσης καθιέρωση της έκθεσης δραστηριοτήτων δύο φορές το χρόνο στον Υπουργό Υγείας, στην Εθνική Υπηρεσία Συντονισμού.⁵⁴⁻⁵⁵

Β. Τοπικός Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων (Τ.Σ.)

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

Ο ρόλος του Τοπικού Συντονιστή αφορά αποκλειστικά τον δότη. Εφ' όσον στο Νοσοκομείο, την πόλη, ή το τμήμα της περιοχής στο οποίο ανήκει, του ανακοινώνεται ένας εγκεφαλικός θάνατος, ο Τοπικός Συντονιστής έχει άμεση σχέση συνεργασίας με τον γιατρό των ΜΕΘ-N/Χ για την κανονικοποίηση όλων των σχετικών διαδικασιών μέχρι και το χειρουργείο της αφαίρεσης. Έτσι μ' αυτό τον τρόπο είναι σε θέση να πιστοποιείται ότι όλες οι απαιτούμενες ενέργειες γίνονται σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διατάξεις των διοικητικών αποφάσεων (συμπεριλαμβανομένης και της αναζήτησης περί ύπαρξης τυχόν άρνησης του δυνητικού δότη και της προσέγγισης των συγγενών του). Η προσέγγιση και η υποστήριξη της οικογένειας του δότη από τον Τοπικό Συντονιστή είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντική. Ο τοπικός Συντονιστής επίσης πρέπει να διασφαλίσει ότι σε περίπτωση ιατρονομικών προβλη-

⁵⁴ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/donitis/historyr.htm

⁵⁵ http://www.tmth.edu.gr/el/kiosks/medicine/technology/medi_t3f.html - 6Κ - Αναέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - www.tmth.edu.gr

μάτων όλα έχουν γίνει σύμφωνα με τους κα-νόμες και τις διατάξεις οι οποίες δεν εμποδίζουν τελικά τις αφαιρέσεις, θα επαληθεύσει ακόμα ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν επιτρέπουν την μετάδοση ασθενειών από τον δότη. Τέλος σε άμεση συνεργασία με τον γιατρό της ΜΕΘ-N/Χ θα εξετάσει κατ' αρχήν την καταλληλότητα των διαφόρων οργάνων και την δυνατότητα της μεταμόσχευσης τους. Εάν όλες οι διοικητικές προϋποθέσεις τηρούνται, επιτρέποντας την αφαίρεση οργάνων, έρχεται σε επαφή με το Περιφερειακό Τμήμα για ν' αναφέρει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και ιδιαίτερα το ύψος, το βάρος, την ομάδα αίματος, τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, τα όργανα τα οποία μπορούν να αφαιρεθούν και μεταξύ αυτών ποια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τις τοπικές ομάδες μεταμοσχεύσεως. Ο ρόλος του δεν είναι αυτός της διανομής των οργάνων. Αυτή η λειτουργία ανήκει αποκλειστικά στον Περιφερειακό Συντονιστή που θα του υποδείξει τις ομάδες και τους ασθενείς που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από τα αφαιρούμενα όργανα.⁵⁶

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

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

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

⁵⁶ www.meitnet.gr/greek/soc/ede/diab3418.htm

των γιατρών, θα του αναγνωρίσουμε ότι πρόκειται για τον άνθρωπο-κλειδί της μεγάλης αυτής ανθρώπινης αλυσίδας των μεταμοσχεύσεων.⁵⁷

3.3. Οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα

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

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

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

Το 1991 στην υπουργική απόφαση περί του καθορισμού όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας των Μονάδων Μεταμόσχευσης, αναφέρεται επίσης η ανάγκη ύπαρξης συντονιστών τόσο στα Μεταμοσχευτικά Κέντρα, όσο

⁵⁷ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

και σε δίκτυο συντονιστών της ΥΣΕ στις Υγειονομικές περιφέρειες (Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ιωάννινα, Ηράκλειο, Καβάλα, Λάρισα).⁵⁸

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

Το φθινόπωρο του '91, άρχισε 6μηνη εκπαίδευση νοσηλευτριών στο έργο του Συντονιστή από την ΥΣΕ, προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες του συντονιστή Μονάδας Μεταμόσχευσης και συνεχίζεται έως και σήμερα.

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

Επίσης 3 ακόμα συντονίστριες οι οποίες θα στελεχώσουν την περιφερειακή Υπηρεσία της ΥΣΕ στη Θεσ/κη, όπως προβλέπεται από την παραπάνω απόφαση.⁵⁹

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

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

Έργο των Συντονιστών Προμήθευσης Οργάνων είναι:

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

⁵⁸ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

⁵⁹ Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

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

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

Ο «Συντονιστής Προμήθευσης Οργάνων» λειτουργεί στο επίπεδο της Μονάδας όπου ευρίσκεται ο δυνητικός δότης (ΜΕΘ-Ν/Χ), ενώ ο «Κλινικός Συντονιστής» στο επίπεδο του Μεταμοσχευτικού Κέντρου.⁶⁰

Σε σχέση με το Εθνικό Δίκτυο της υπηρεσίας οι Συντονιστές διακρίνονται σε: α) Κεντρικούς Συντονιστές που εργάζονται στη Κεντρική Υπηρεσία, β) Περιφερειακούς Συντονιστές που καλύπτουν μεγάλες Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας και εργάζονται σε παραρτήματα της Υ.Σ.Ε., τα οποία δεν έχουν αρχίσει ακόμα να λειτουργούν, γ) Τοπικούς Συντονιστές που εργάζονται στα Μεταμοσχευτικά Κέντρα (Μ/Κ). Κάθε Μ.Κ. θα απασχολεί 2-3 Συντονιστές υποχρεωτικά, οι οποίοι θα υπάγονται στην Υ.Σ.Ε. Από τους Συντονιστές αυτούς ο ένας τουλάχιστον θα είναι κλινικός Συντονιστής.

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

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

Προτείνεται επίσης η θέσπιση Συμβουλίου Συντονιστών Μεταμόσχευσης.⁶¹

⁶⁰ <http://www.mednet.gr/hss/index2.htm> - 63Κ - Ανανέωση: Παρ, 19 Οκτ 2001 - www.mednet.gr

⁶¹ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/hstoryr.htm

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΣΥΓΚΟΜΙΔΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4^ο

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

4.1. Εισαγωγή

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

Είναι επίσης γνωστό ότι το σύνολο των διαδικασιών συντονισμού αφαίρεσης και διάθεσης οργάνων, αποτελείται από ένα ισχυρό σύστημα ανθρωπίνων πράξεων και αλληλοεπιδρώνων ενεργειών. Κάθε στάδιο αυτής της διαδικασίας παρουσιάζει τα δικά του ειδικά προβλήματα τα οποία είναι αναγνώριση-υποστήριξη ενός δυνητικού δότη οργάνων, συζητήσεις με την οικογένεια του δότη, συμμετοχή στις διαδικασίες του ιατρικού συντονισμού και νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου όπου ευρίσκεται ο δότης, αποφασιστική συμμετοχή των ιατρικών ομάδων αφαίρεσης και μεταμόσχευσης οργάνων Εργαστηρίων Ιστοσυμβατότητας, των Υπηρεσιών Συντονισμού και τέλος των υποψηφίων ληπτών των προσφερομένων μοσχευμάτων.⁶² Πολλοί άνθρωποι εμπλέκονται σε κάθε στάδιο ροής αυτών των διαδικασιών και κάθε συνδετικός κρίκος αυτής της ανθρώπινης αλυσίδας πρέπει να λειτουργεί

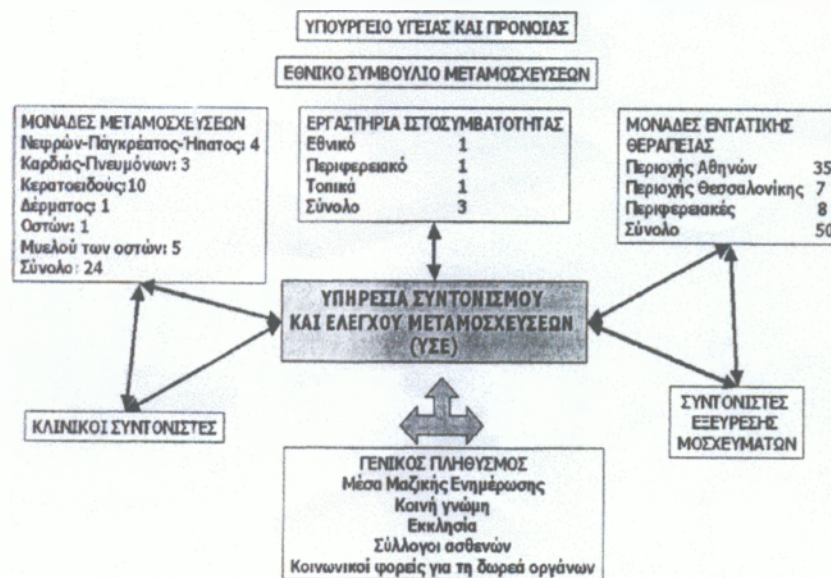
⁶² http://www.tmth.edu.gr/el/kiosks/medicine/technology/medi_t3f.html - 6Κ - Αναέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - www.tmth.edu.gr

ομαλά προκειμένου οι ασθενείς, που βρίσκονται σε ανάγκη και αναμονή μεταμόσχευσης να δεχθούν τα προσφερόμενα όργανα με τις όσο το δυνατό καλύτερες προϋποθέσεις, έτσι ώστε να ωφεληθούν τα μέγιστα από την ανθρωπιστική -πράξη κοινωνικής αλληλεγγύης της δωρεάς οργάνων.

Σ' ένα εθνικό πρόγραμμα μεταμοσχεύσεων εμπλέκονται κέντρα και ομάδες, τα οποία συνθέτουν τους κύριους φορείς του όλου συστήματος μεταμοσχεύσεων μιας χώρας, όπου το οργανόγραμμα λειτουργίας διαμορφώνεται κάθε φορά από το επίπεδο ανάπτυξης των μεταμοσχεύσεων (εικόνα 1).⁶³

Εικόνα 1

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ



Τα κέντρα και οι ομάδες αυτές είναι:

1. Οι *ΜΕΘ-Μ/Χ* στις οποίες ευρίσκονται ως επί το πλείστον οι δυνητικοί δότες οργάνων, αποτελούν τον πρώτο κρίσιμο κόμβο του όλου συστήματος καθ' όσον σ' αυτές τις Μονάδες λαμβάνει χώρα η αναγνώριση-υποστήριξη του δότη και η προσέγγιση των συγγενών του.

2. Οι *Μονάδες αφαίρεσης-μεταμόσχευσης οργάνων* υπεύθυνες για την έγκαιρη λήψη και αξιοποίηση των προσφερομένων μοσχευμάτων, αποτελούν τον δεύτερο κρίσιμο κόμβο του όλου συστήματος.

⁶³ Αρχαία Ελληνική Ιατρική, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

3. Τα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας, υπεύθυνα για την τυποποίηση των HLA αντιγόνων, την τελική διασταύρωση δότη-λήπτη (Cross-match) και τον γενικότερο ανοσολογικό τους έλεγχο.

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

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

6. Την Εθνική Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων η οποία λειτουργεί σε 24ωρη βάση και αποτελεί το Κέντρο συντονισμού σε κάθε χώρα για την διεκπεραίωση όλων των σχετικών διαδικασιών αφαίρεσης και διάθεσης των οργάνων στους καταλληλότερους λήπτες-ασθενείς της χώρας ή εφ' όσον δεν υπάρχουν κατάλληλοι λήπτες, στους ασθενείς άλλων χωρών, σε συνεργασία με τις αντίστοιχες Υπηρεσίες των χωρών αυτών.⁶⁴

4.2. Που βρίσκονται οι δότες οργάνων;

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

Ειδικά για κερατοειδείς, καρδιακές βαλβίδες και άλλους ιστούς, οι δότες μπορεί να νοσηλεύονται και σε άλλα νοσοκομειακά τμήματα ή και να έχουν πεθάνει εκτός Νοσοκομείου. Η αφαίρεση τους μπορεί να γίνει μέχρι και 6 ώρες μετά την επέλευση του θανάτου.⁶⁵

⁶⁴ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

⁶⁵ http://www.tmtb.edu.gr/el/kiosks/medicine/history/medi_h3f.html - 5Κ - Αναέωση: Σαβ, 20 Οκτ 2001 -

Οι Ειδικές Μονάδες και τα τμήματα αυτά έχουν την υλικοτεχνική και επιστημονική υποδομή σε μηχανήματα και προσωπικό για την τεχνική υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας των εγκεφαλικά νεκρών ατόμων.

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

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία (Ν.1383/83) με την επέλευση του θανάτου η αφαίρεση ιστών και οργάνων μπορεί να γίνει και όταν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων, εκτός από τον εγκέφαλο, διατηρούνται με τεχνητά μέσα.

Η ευαισθητοποίηση και η ενεργός συμμετοχή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας όπως και των άλλων ειδικών μονάδων είναι αποφασιστικής σημασίας και αποτελεί πρωταρχική προϋπόθεση για την επιτυχή καθιέρωση ενός εθνικού προγράμματος Μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας.⁶⁶

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

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

Περιλαμβάνουν ομιλίες προς το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων προκειμένου να ενημερωθούν σχετικά με τις ανάγκες της χώρας σε μοσχεύματα, τις δυνατότητες αναφοράς - αναγνώρισης - υποστήριξης - καταλληλότητας ενός δυνητικού δότη οργάνων, την οργάνωση των διαδικασιών συντονισμού αφαίρεσης, την προσέγγιση των συγγενών, το νομο-

⁶⁶ Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

θετικό πλαίσιο των αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων ιστών και οργάνων, την αντιμετώπιση τυχόν ιατρονομικών προβλημάτων.

Η πλήρης αναφορά των δυνητικών δοτών από τις ΜΕΘ-N/Χ στην ΥΣΕ ήταν το θέμα μιας άλλης υπουργικής απόφασης (Α2γ/οικ. 4788/7-12-87) η οποία: ήλθε να επιστεγάσει τις πρωτοβουλίες και προσπάθειες της ΥΣΕ για την ευαισθητοποίηση του προσωπικού των ΜΕΘ-N/Χ.⁶⁷

Η ενημέρωση όλου του προσωπικού των Νοσοκομείων για τις διαδικασίες συντονισμού των μεταμοσχεύσεων όπως και η έγκαιρη ενημέρωση της ΥΣΕ, στην περίπτωση όπου εκφράζεται η επιθυμία δωρεάς οργάνων, προκειμένου να διεκπεραιώνεται ο συντονισμός λήψης και αξιοποίησης των προσφερομένων πτωματικών μοσχευμάτων, ήταν το θέμα τριών ακόμη υπουργικών αποφάσεων (Α2γ/οικ. 1627/4-4-90, Α2γ/οικ. 874/19-2-90, και Α3β/οικ. 13038/20-8-90), οι οποίες απευθύνονται προς όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας.⁶⁸

4.3. Αναγνώριση δυνητικών δοτών οργάνων

Οι δυνητικοί δότες νεφρών, καρδιάς, ήπατος, πνευμόνων, παγκρέατος είναι εγκεφαλικά νεκρά άτομα, που βρίσκονται σε αναπνευστήρα και συνηθέστερη αίτια θανάτου τους είναι :

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

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

⁶⁷ http://www.tmtf.edu.gr/el/kiosks/medicine/technology/medi_13f.html - 6Κ - Ανανέωση: Πεμπ, 25 Οκτ 2001 - www.tmtf.edu.gr

⁶⁸ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

Γενικά κριτήρια επιλογής δοτών οργάνων είναι :

- ηλικία μέχρι 75 χρόνων
- γνωστή αιτία θανάτου
- εγκεφαλικός θάνατος (όχι απαραίτητος για δότες ιστών)
- όχι λοιμώδες νόσημα
- όχι σηψαιμία
- όχι σοβαρή αρτηριοσκλήρυνση
- όχι κακοήθες νόσημα (εκτός από πρωτοπαθή όγκο εγκεφάλου)
- όχι τραυματισμός ή φλεγμονή των οργάνων που θ' αφαιρεθούν για μεταμόσχευση
- αρνητικό αντιγόνο για ηπατίτιδα Β και C
- αρνητικά αντισώματα για AIDS

Ειδικά κριτήρια καταλληλότητας οργάνων και ιστών είναι για :

- τους νεφρούς : ηλικία μέχρι 70 χρόνων, όχι ιστορικό νεφροπάθειας, καλή νεφρική λειτουργία και ικανοποιητική διούρηση
- το ήπαρ : ηλικία μέχρι 55 χρόνων, φυσιολογικές δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας, όχι χρήση αλκοόλ.
- το πάγκρεας : ηλικία μέχρι 50 χρόνων, φυσιολογική τιμή αμυλάσης, όχι οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη.
- τη καρδιά : ηλικία μέχρι 50 χρόνων, φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα, φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα, όχι μακρά περίοδος καρδιακής ανακοπής.
- τους πνεύμονες : ηλικία μέχρι 50 χρόνων, όχι πνευμονικό τραύμα ή φλεγμονή, φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα, φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα, όχι μακρά παραμονή στον αναπνευστήρα, όχι καπνιστής.
- τους κερατοειδείς : ηλικία από 5 μέχρι 75 χρόνων, όχι ιστορικό ενδοφθάλμιας επέμβασης ή νόσου.
- τις καρδιακές βαλβίδες : ηλικίας μέχρι 60 χρόνων, όχι ιστορικό βαλβιδοπάθειας.

- τα οστικά μοσχεύματα (οστά, περιτονίες, σύνδεσμος): ηλικίας από 10-75 χρονών, όχι βαριά μεταβολικά νοσήματα, όχι ανοικτό τραύμα.

Η τελική εκτίμηση για την ηλικία γίνεται από τους ιατρούς των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων.⁶⁹

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

4.4.1. Τα προκαταρκτικά στάδια

Άμεσα

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

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

Στη ΜΕΘ-N/X

Με την άφιξη του, ο Σ.Μ. έχει μια συζήτηση με τον θεράποντα γιατρό γύρω από τον κλινικό, ακτινολογικό, βιολογικό και ψυχοκοινωνικό φάκελλο του δότη. Ο ζητούμενος στόχος είναι η καλή λειτουργία των

⁶⁹ Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

οργάνων για την αφαίρεση, η οποία εξετάζεται με πάρα πολλές παραμέτρους.⁷⁰

4.4.2. Μελέτη του ιατρικού φακέλλου

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

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

β) Παρακλινικός έλεγχος

γ) Εξακρίβωση μη μολυσματικών νόσων,

δ) Απουσία γενικών αντενδείξεων,

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

στ) Σωματομετρικές μετρήσεις.

Ο Σ.Μ. φροντίζει για τον υπολογισμό των σωματομετρικών διαστάσεων: βάρος, ύψος, περιφέρεια κοιλίας και θώρακος, ύψος στέρνου.

Το σύνολο αυτών των πληροφοριών θα χρησιμοποιηθούν για την συμπλήρωση των ειδικών εντύπων που θα συνοδεύουν κάθε αφαιρούμενο όργανο και ένα αντίγραφο θα παραμείνει στο φάκελλο του δότη για το αρχείο της ΜΕΘ και του Νοσοκομείου.⁷¹

⁷⁰ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

⁷¹ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

4.4.3. Διοικητικές διαδικασίες

α) Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

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

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

β) Η ενημέρωση και συναίνεση της οικογένειας

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

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

γ) Διερεύνηση ιατρονομικών περιπτώσεων

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

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

Αλληλογραφία θα διεκπεραιωθεί αργότερα για την βεβαίωση της αφαίρεσης των οργάνων.⁷²

⁷² Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

4.4.4. Οργάνωση της αφαίρεσης οργάνων

Μετά την εκτίμηση της δυνατότητας για αφαίρεση πολλαπλών οργάνων, ο Σ.Μ. θα εξασφαλίσει για την λειτουργία του χειρουργείου την ύπαρξη των απαραίτητων μέσων, υλικών (φιάλες αίματος π.χ. ειδικά εργαλεία) και την παρουσία αναισθησιολόγου και νοσηλευτών, προκειμένου να αποφύγει προβλήματα της τελευταίας στιγμής.⁷³

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

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

Για κάθε αφαίρεση η περιφερειακή και εθνική Γραμματεία θα πρέπει να είναι ενημερωμένη σε πραγματικό χρόνο.

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

β) Το χρονοδιάγραμμα

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

γ) Οι μεταφορές

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

⁷³ Stiller CR: *Ethics of Transplantation, Transplant. Proc.* 1985

μεταφορικά προβλήματα θα ζητήσει από την Τροχαία υποστήριξη για ταχεία μεταφορά.⁷⁴

δ) Η αφαίρεση πολλαπλών οργάνων

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

- Εξασφάλιση όλου του ειδικού υλικού (π.χ. εξοπλισμός, υγρά συντήρησης) στην περίπτωση που κάποια ομάδα θα ξεχάσει κάτι ή θα καθυστερήσει να φθάσει.
- Εξασφάλιση του συντονισμού μεταξύ των ομάδων αφαίρεσης νεφρών, ήπατος, παγκρέατος, καρδιάς και πνευμόνων. Ο συγχρονισμός είναι το θεμελιώδες στοιχείο προκειμένου να μειωθεί η απώλεια χρόνου και οι κίνδυνοι επιδείνωσης της λειτουργίας των οργάνων.
- Η οργάνωση της άφιξης και αναχώρησης των ομάδων που έρχονται από άλλες περιοχές.
- Ρόλος διασύνδεσης μεταξύ ομάδων αφαίρεσης και ομάδων μεταμόσχευσης.
- Ενημέρωση για την καλή πορεία των διαφορετικών χειρουργικών χρόνων μέχρι την αφαίρεση των οργάνων.
- Με την ολοκλήρωση της αφαίρεσης των οργάνων, αυστηρά μέτρα (από τα οποία εξαρτάται η επιτυχία των μεταμοσχεύσεων) λαμβάνονται: ψύξη, συντήρηση και τοποθέτηση των οργάνων σε αποστειρωμένα κουτιά. Ειδικά για τους νεφρούς, σε ξεχωριστό κουτί με σαφή την ένδειξη αριστερός νεφρός και δεξιός νεφρός.
- Προετοιμασία των ειδικών εντύπων που συνοδεύουν τα μοσχεύματα, στα οποία σημειώνεται μεταξύ άλλων και η ώρα κλεισίματος της αορτής.

⁷⁴ Stiller CR: *Ethics of Transplantation, Transplant. Proc.* 1985

- Εξασφάλιση τεμαχίων σπλήνας και λεμφαδένα, συντηρουμένων σε φυσιολογικό ορό, και τρία σωληνάκια αίματος για κάθε όργανο.
- Πρόβλεψη για την επιστροφή των διαφόρων ομάδων γιατί ο χρόνος ψυχρής ισχαιμίας πρέπει να είναι ο μικρότερος δυνατός και αυτό εξασφαλίζεται από την ώρα άφιξης τους.
- Υπογραφή του εντόπου αφαίρεσης οργάνων για σκοπούς θεραπευτικούς (μεταμόσχευση) από τον/τους χειρουργούς.
- Σαν εκφραστής των επιθυμιών του δότη και των συγγενών του ο Σ.Μ. είναι ο φύλακας του απαιτούμενου σεβασμού προς αυτούς. Ο Σ.Μ. θα εξασφαλίσει την μετά θάνατο περιποίηση και εμφάνιση του σώματος και μεταφορά του στο νεκροθάλαμο. Ένα φύλλο πιστοποιητικού θανάτου θα συνοδεύσει το σώμα με προορισμό το νεκροταφείο.
- Ο Συντονιστής θα είναι διαθέσιμος για όλα τα μετέπειτα θέματα που αφορούν το νεκροταφείο. Στην περίπτωση αφαίρεσης οστών, θα εξασφαλίσει ότι έχουν αντικατασταθεί από προθέσεις.
- Μία από τις τελευταίες φροντίδες του Σ.Μ. είναι η επιστροφή των συγγενών στο σπίτι μέσα στα νομικά περιθώρια, η διευκόλυνση των διαδικασιών, στις οποίες εμπλέκονται.

ε) Αποστολή νεφρικών μοσχευμάτων

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

- Συνοδεύονται από τα πιστοποιητικά μοσχεύματος συμπληρωμένα
- Επαλήθευση της ύπαρξης τεμαχίων σπληνός, λεμφαδένα και αίματος σε ξεχωριστή συσκευασία από το κουτί, φέροντας το όνομα του δότη
- Προσδιορισμός του Νοσοκομείου -παραλήπτη,
- Έλεγχος παραμέτρων συντήρησης μοσχευμάτων: υγρό, ξηρό πάγο, χρόνος ισχαιμίας.

Ο Σ.Μ. οργανώνει τη μεταφορά και εξασφαλίζει την άφιξη των μοσχευμάτων σε καλή κατάσταση.⁷⁵

⁷⁵ Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

4.4.5. Μέσα μεταφοράς

Προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή διαχείριση-οργάνωση από τη μια των αποστολών των μοσχευμάτων από τα κέντρα αφαίρεσης στα κέντρα μεταμόσχευσης και από την άλλη την αναχώρηση των ομάδων αφαίρεσης (μείωση του χρόνου ψυχρής ισχαιμίας στο μέγιστο δυνατό βαθμό), είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα αυστηρά σχεδιασμένο δίκτυο μεταφοράς.

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

- από 0-200 km: ασθενοφόρο για νεφρούς-ελικόπτερο για καρδιά- ήπαρ
- από 0-500 km: αεροπλάνο απλό (ντακότα κλπ) ή ελικόπτερο.
- από 500 έως και πάνω από 1000 km: αεροπλάνο (lear jet)⁷⁶

4.4.6. Η συνέχεια μετά την αφαίρεση

α. Ο δότης: Επιστροφή του σώματος στην οικογένεια

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

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

Επίσης θα πρέπει να διασφαλίσει την όσο το δυνατόν καλύτερη διεκπεραίωση μέχρι το νεκροθάλαμο.

Όσον αφορά το σημείο αυτό θα πρέπει να γνωρίζει εκ των προτέρων εάν ο νεκροθάλαμος, του Νοσοκομείου όπου ευρίσκεται ο νεκρός θα πρέπει να έχει κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους. Αυτό είναι σημαντικό γιατί έρχονται στιγμές ακόμα και εάν η ενημέρωση έχει γίνει, όπου μόνο

⁷⁶ Whelchel J.D. et al : *The Regional Impact of an Organ Procurement on Cadaver Renal Transplantation, Transplant Proc.*, 1984, σελ. 39

λίγοι, οι πιο κοντινοί συγγενείς να γνωρίζουν τα της αφαίρεσης και να μην επιθυμούν να επιβαρύνουν συναισθηματικά τους άλλους συγγενείς.

Ο Συντονιστής αφού λάβει σχετικές οδηγίες από την οικογένεια, τις ανακοινώνει στο νεκροθάλαμο (κατά προτίμηση γραπτές) και επιβλέπει εάν έχουν γίνει σεβαστές.⁷⁷

β. Ο Φάκελλος

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

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

γ. Η καταγραφή των αφαιρέσεων

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

⁷⁷ Whelchel J.D. et al : *The Regional Impact of an Organ Procurement on Cadaver Renal Transplantation, Transplant Proc.*, 1984

δ. Η διοικητική αλληλογραφία

Οι διοικητικές διαδικασίες είναι κεφαλαιώδους σημασίας γιατί τυχόν λάθη θα είχαν βαρύτερες συνέπειες όπως στη περίπτωση ενός αιφνίδιου ή βιαίου θανάτου. Η αλληλογραφία με τον εισαγγελέα βεβαιώνοντας την αφαίρεση, και αναφέροντας τις συνθήκες και την ταυτότητα του δότη, είναι σημαντικότερη. Παρ' όλο που οι πρώτες επαφές-επικοινωνίες με τις εισαγγελικές και ιατροδικαστικές αρχές έχουν γίνει τηλεφωνικά, θα πρέπει στη συνέχεια να πιστοποιούνται με έγγραφο.⁷⁸

4.5. Δυνητικοί και τελικοί δότες ιστών και οργάνων

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

1α. Η κατανομή των αναφερομένων δοτών σε σχέση με το τμήμα αναφοράς φαίνεται στον Πίνακα 1.

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

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

⁷⁸ Younger S et al : Brain Death and Organ Retrieval : a Cross Section Survey of Knowledge and Concepts Among Health Professionals. JAMA, 1989. σελ. 85

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

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

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

2.- Στον Πίνακα 1.2 παρουσιάζεται ο αριθμός των αφαιρεθέντων οργάνων από τους τελικούς δότες κατά τμήμα αναφοράς.

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

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

2β. Από τους αναφερόμενους από άλλα Νοσοκομειακά Τμήματα το 1991 αφαιρέθηκαν κερατοειδείς από 9 δότες, νεφροί αϊτό 1 και καρδιά-πνεύμονες από 1 δότη.

- Αντίστοιχα το 1992 αφαιρέθηκαν κερατοειδείς από 13 και νεφροί από 2 δότες.

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

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

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

- Διαπιστώνεται ότι κατά το 1992 έχει υπερδιπλασιασθεί το ποσοστό άρνησης των συγγενών από 22,6% σε 58,5% ενώ αντίθετα το ποσοστό των

ιατροδικα-στικών λόγων έχει μειωθεί σημαντικότητα από 36,9% σε 9% το 1992. Επίσης και οι ιατρικοί λόγοι έχουν μειωθεί αισθητά.

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

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

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

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

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

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

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

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

4α. 33,8% (63/186) των αναφερθέντων δοτών ανήκαν στην ομάδα ηλικιών μεταξύ 21 και 40 ετών, ενώ κάτω των 21 ετών ανήκε το 27,4% (51/186) και από 41 μέχρι 60 ετών το 22,5% (42/186).

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

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

5.- Στον Πίνακα , 5 φαίνεται η κατανομή των τελικών δοτών κατά ομάδες ηλικιών και αιτία θανάτου.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

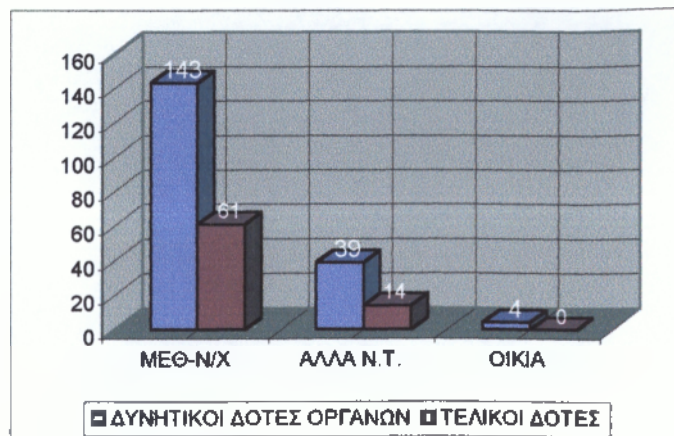
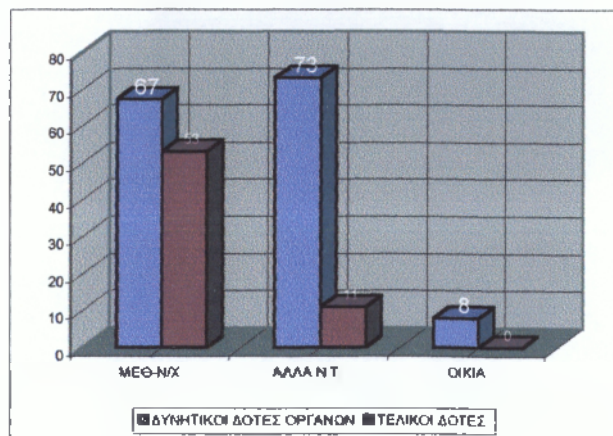
8α. Για τους δότες νεφρών οι ιατρικοί λόγοι αποτελούν το 60,7% (169/278), η άρνηση συγγενών το 35,6% (99/278), οι ιατροδικαστικοί λόγοι το 1,7% (5/278) και οι οργανωτικοί λόγοι επίσης το 1,7% (5/278).

8β. Για τους δότες κερατοειδών οι ιατρικοί λόγοι το 42,4% (167/393), η άρνηση συγγενών το 34,8% (137/393), οι ιατροδικαστικοί λόγοι το 20,3% (80/393) και οι οργανωτικοί το 2,2% (9/393).

8γ. Για τους δότες πολλαπλών οργάνων οι ιατρικοί λόγοι το 39,8% (53/133), η άρνηση συγγενών το 57,1% (76/133), οι ιατροδικαστικοί λόγοι το 1,5% (2/133) και οι οργανωτικοί επίσης το 1,5% (2/133).

9. Κατά την περίοδο 1985-1992, έγιναν στην Ελλάδα συνολικά 1.726 μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων (κερατοειδούς, νεφρού, καρδιάς - πνευμόνων, ήπατος, παγκρέατος). (Πίνακας 9).⁷⁹

Πίνακας 1
Αναφερθέντες δότες οργάνων κατά τμήρα αναφοράς
1991 1992



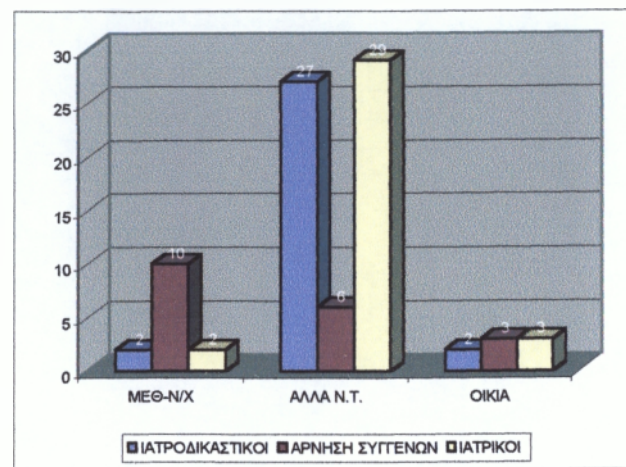
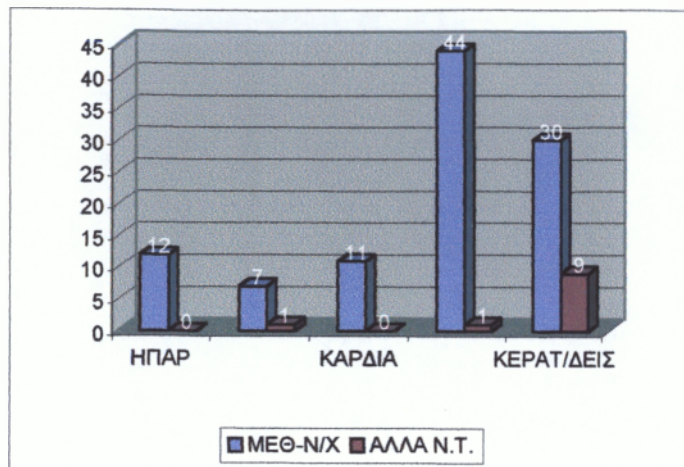
Πηγή Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

⁷⁹ Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 2
Αφαιρέσεις οργάνων από αναφερθέντες δότες

1991

1992

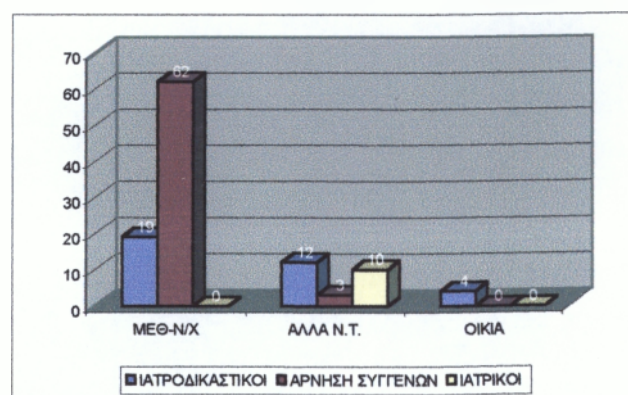
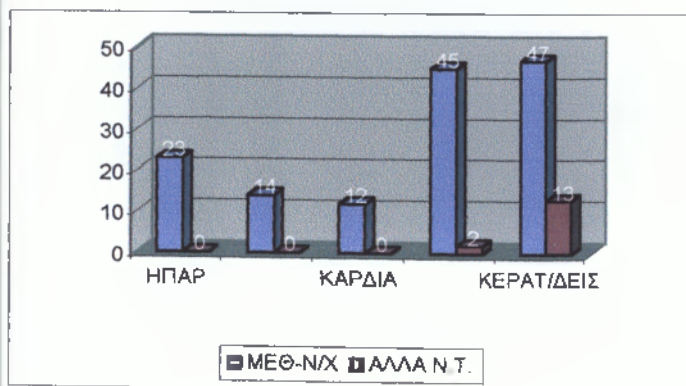


Πηγή Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 3
Αιτίες μη αφαίρεσης οργάνων από αναφερθέντες δότες

1991

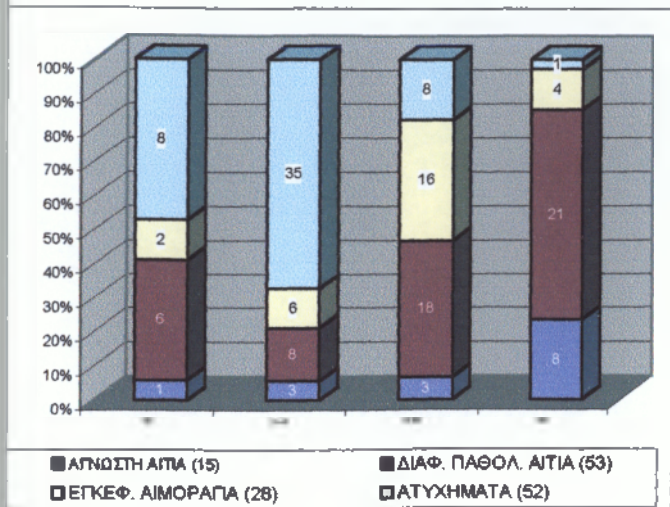
1992



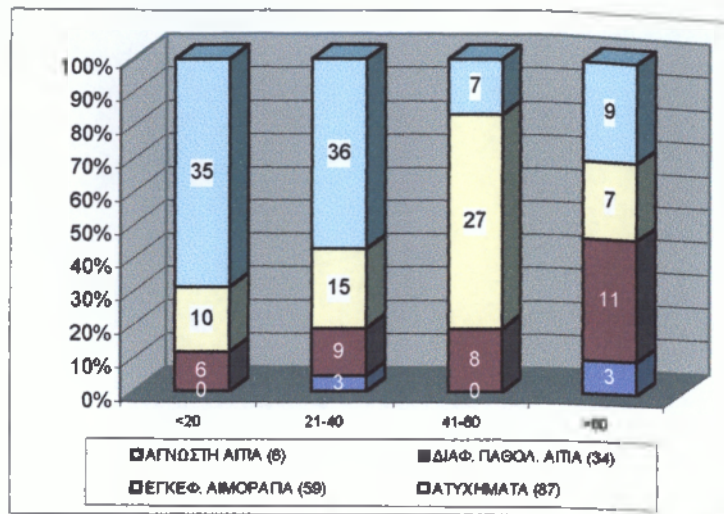
Πηγή Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 4
Κατανομή δυνητικών δοτών κατά ομάδες ηλικιών και αιτία θανάτου

1991



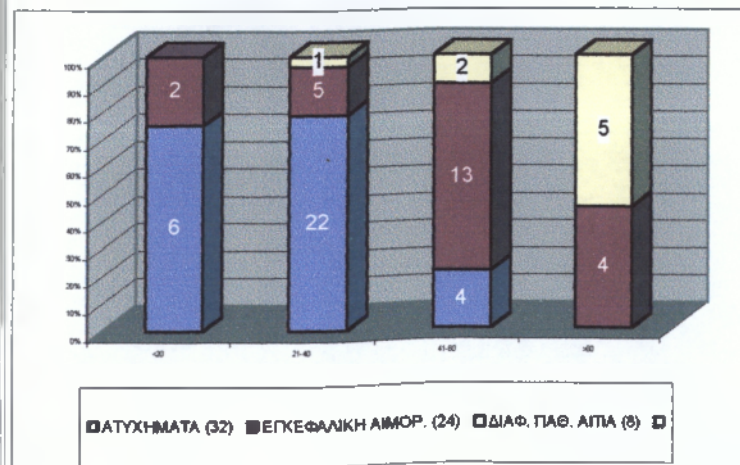
1992



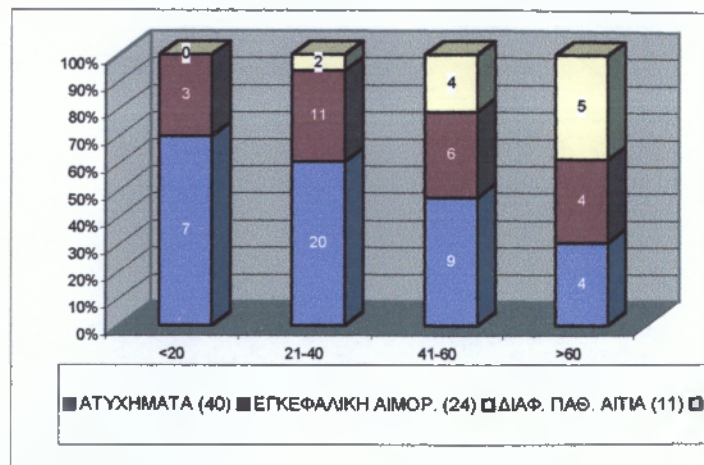
Πηγή Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 5
Κατανομή τελικών δοτών κατά ομάδες ηλικιών και αιτία θανάτου

1991

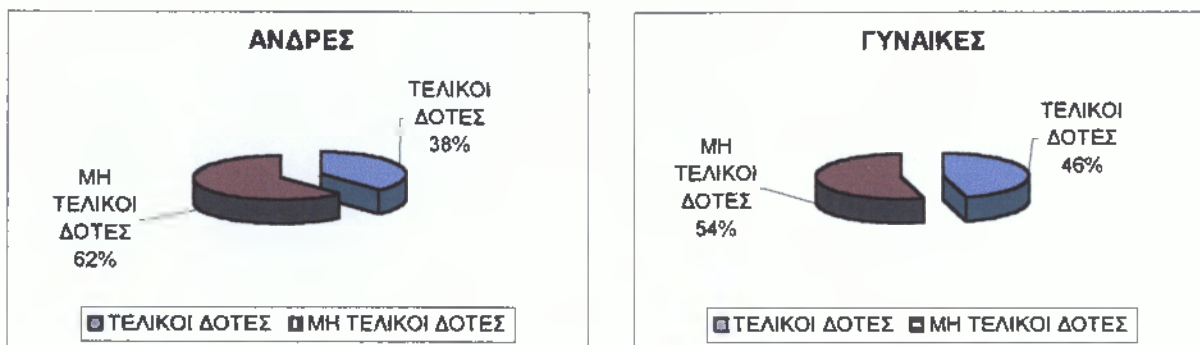


1992



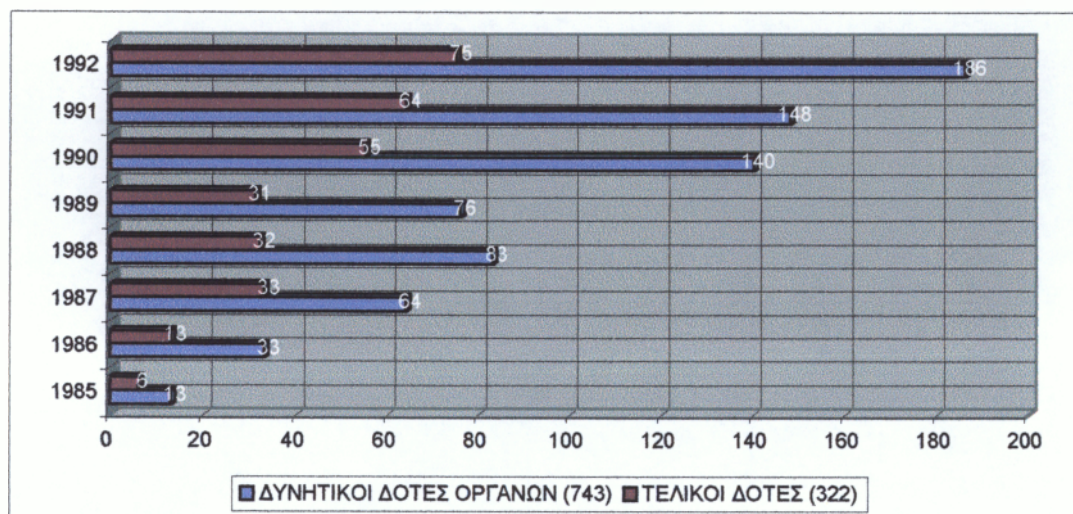
Πηγή Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 6
Κατανομή δυνητικών δοτών κατά φύλο

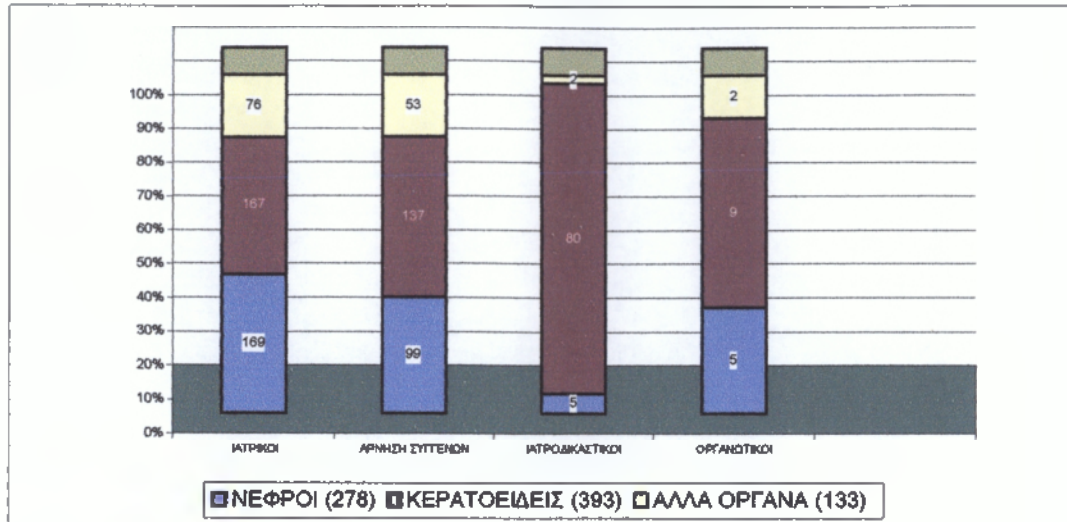


Πίνακας 7
Αναφερθέντες δότες οργάνων (1985-1992)

Πηγή Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

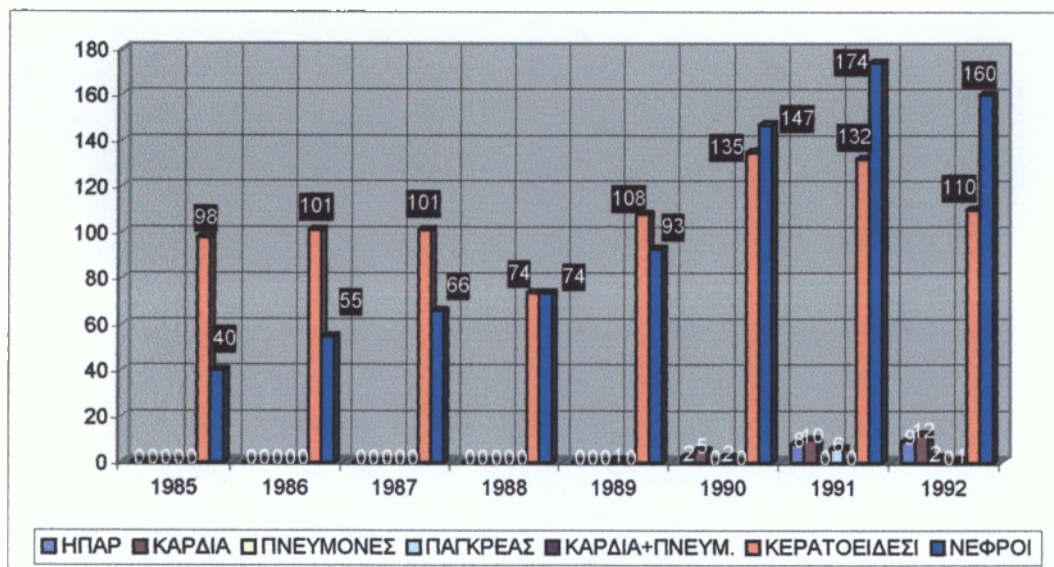


Πίνακας 8
Αιτίες μη αφαιρέσης οργάνων (1985-1992)



Πηγή Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 9
Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα (1985-1992)



Πηγή Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΔΙΑΘΕΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

(ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ)

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5^ο

ΔΙΑΘΕΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

5.1. Υποψήφιοι λήπτες μοσχεύματος

5.1.1. Καταλληλότητα υποψηφίων ληπτών

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

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

Προϋπόθεση όμως είναι να έχει προηγηθεί απογραφή του στο Γενικό Αρχείο Νεφροπαθών με την έναρξη της αιμοκάθαρσης του. Οι ασθενείς που κρίνονται κατάλληλοι για μεταμόσχευση θεωρούνται ότι συνθέτουν την εθνική λίστα αναμονής της ΥΣΕ.⁸⁰

⁸⁰ Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

5.1.2. Ετοιμότητα υποψηφίων ληπτών

Η ετοιμότητα των υποψηφίων ληπτών είναι αποφασιστική για την πιθανή επιλογή τους σε περίπτωση προσφερόμενου μοσχεύματος. Η ετοιμότητα αυτή εξασφαλίζεται με τον περιοδικό διμηνιαίο εργαστηριακό έλεγχο στο Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, όπως και στο Περιφερειακό Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας της Θεσσαλονίκης καθώς και με τον διετή έλεγχο των υποψηφίων ληπτών στις Μονάδες Αιμοκάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων. Η διαρκή επικοινωνία της ΥΣΕ με τις παραπάνω μονάδες Παρακολούθησης και Θεραπείας από-φέρει την τρέχουσα ενημέρωση του Προγράμματος επιλογής Υποψηφίων ληπτών του Η/Υ έτσι ώστε η επιλογή, των κάθε φορά καταλληλότερων υποψηφίων ληπτών να χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία και εγκυρότητα, βοηθώντας έτσι και την τελική επιλογή των υποψηφίων από τις Μονάδες Μεταμόσχευσης.⁸¹

Η ετοιμότητα των υποψηφίων ληπτών εξασφαλίζεται επίσης με τον διασταυρούμενο συγκριτικό έλεγχο των μεταβλητών στοιχείων και των πληροφοριών από τα εκτυπωμένα μηνιαία συγκεντρωτικά ευρετήρια του Αρχείου Νεφροπαθών, σύμφωνα με τις παραμέτρους των ιατρικών τους μεταβολών (προηγούμενες μεταμοσχεύσεις, απορρίψεις, θανάτους κυτταροταξικά αντισώματα, μεταγγίσεις, κυήσεις, επιπλοκές και τυχόν αλλαγής Μονάδας Αιμοκάθαρσης ή κατοικίας κ.α.).⁸²

5.2. Σε ποιόν ανήκει το μόσχευμα;

Ένα ερώτημα κεντρικής σημασίας, που αναδύεται από την μέχρι σήμερα εμπειρία, η απάντηση του οποίου επηρεάζει άμεσα την φιλοσοφία αλλά και την οργάνωση τόσο του όλου συστήματος όσο και το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των Υπηρεσιών Συντονισμού είναι το εξής: Σε ποιόν ανήκει το όργανο μετά την αφαίρεση του από το σώμα του δότη; Ανήκει στον χειρουργό, που το αφαίρεσε ή σ' αυτόν που διευθύνει το όλο πρόγραμμα;

⁸¹ [http://www.dr-med.gr/EIDIKOTHYTES/Arith.%20Y7- Δεθ, 8 Οκτ 2001](http://www.dr-med.gr/EIDIKOTHYTES/Arith.%20Y7-Δεθ,8%20Οκτ%202001)

⁸² Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

Ανήκει στο τοπικό Μοσχευματικό Κέντρο ή στην Περιφερειακή Υπηρεσία Συντονισμού και Διάθεσης οργάνων η οποία είναι υπεύθυνη για τους ασθενείς της περιφέρειας της. Ανήκει στη Πολιτεία και στους πολίτες της χώρας όπου έγινε η αφαίρεση ή ανήκει στους ανώνυμους δυνητικούς λήπτες μιας ευρείας-ενιαίας δεξαμενής (Εθνική λίστα αναμονής), οι οποίοι αναμένουν ένα μόσχευμα για να κρατηθούν στη ζωή και να βελτιώσουν την ήδη χαμηλόβαθμη ποιότητα ζωής τους.

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

Σύμφωνα με τις οδηγίες για την διανομή των πτωματικών οργάνων υπαγορεύθηκε ο κανόνας από το Συμβούλιο της Διεθνούς Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων (Lancet, 28-9-85) ότι τα όργανα πρέπει να μεταμοσχεύονται στους πλέον κατάλληλους λήπτες στη βάση ιατρικών και ανοσολογικών κριτηρίων.⁸³

Το 1984 καθιερώθηκε στην Αμερική με ομοσπονδιακή νομοθεσία ένα εθνικό σύστημα προτεραιότητας για την διανομή των πτωματικών νεφρικών μοσχευμάτων, το οποίο στηρίζεται στις αρχές της ισότιμης διανομής των οργάνων και της επιλογής των υποψηφίων με αντικειμενικά ιατρικά κριτήρια.⁸⁴

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

1. Χρόνο αναμονής.

⁸³ Pollak R. et al: Donor Referral and Organ Procurement Patterns in a Large Metropolitan Area. A single Center Prospective Study. *Transplant Proc.*, 1986, σελ. 171

⁸⁴ <http://www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm> - 11K - Ανανέωση: Παρ, 26 Οκτ 2001

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

Στην Ευρώπη η γνωστή πολυκεντρική μελέτη από τον Opelz, η οποία άρχισε το 1982 και συνεχίζεται μέχρι σήμερα, συμμετέχοντας σ' αυτήν 279 μεταμοσχευτικά κέντρα σε 40 χώρες (Transpl. Proc. 1991) υποδεικνύει ότι οι νεφροί με καλή ποιότητα ιστοσυμβατότητας, δίνουν υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης μοσχεύματος μακροπρόθεσμα με λιγότερο οικονομικό και κοινωνικό κόστος για την Πολιτεία και καλλίτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς, συγκριτικά με τους νεφρούς με φτωχή συμβατότητα. Παρόμοιες εργασίες έχουν δημοσιευθεί από τον Terasaki, τον Bradley και άλλους.⁸⁵

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

Οι μεγάλοι οργανισμοί συντονισμού μεταμοσχεύσεων της Ευρώπης όπως η Eurotransplant, η Francetransplant, η United Kingdom Transplant Service αλλά και οι Υπηρεσίες των άλλων χωρών της Ε.Ο.Κ. έχουν αναπτύξει ένα σύστημα ανταλλαγής οργάνων σ' εθνικό επίπεδο, αφού προηγουμένως έχουν θεσπίσει ενιαία ιατρικά κριτήρια εγγραφής των υποψηφίων ασθενών στη λίστα αναμονής καθώς και επιλογής των δυνητικών ληπτών.⁸⁶

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

⁸⁵ Plaff WW et al. The Impact of Purposeful Sharing by HLA Matching in the South Eastern Organ Procurement Foundation (SEOPF). *Transplant Proc.* 1989

⁸⁶ http://www.tmtih.edu.gr/el/kiosks/medicine/technology/medi_13f.html - 6Κ - Ανανέωση: Πέμπ, 25 Οκτ 2001 - www.tmtih.edu.gr

Ευρωπαϊκής Κοινότητας, προκειμένου κανένας ευρωπαίος πολίτης να μην πεθαίνει σ' εξαιρετικά επείγουσα κατάσταση.⁸⁷

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού οι προϋποθέσεις είναι :

- α) διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των Οργανισμών Συντονισμού στις χώρες της Ε.Ο.Κ. (υλικοτεχνική υποδομή-πληροφορική υποστήριξη κοινών προγραμμάτων),
- β) εναρμόνιση κριτηρίων εγγραφής υποψηφίων ληπτών στη λίστα αναμονής και εναρμόνιση κριτηρίων επιλογής δυνητικών ληπτών,
- γ) τήρηση εθνικής λίστας και δημιουργία ευρωπαϊκής λίστας, τουλάχιστον σε πρώτη φάση, για ορισμένες κατηγορίες ασθενών (υπερειασθητοποιημένοι, ανήλικοι, ασθενείς σε υπερεπείγουσα κατάσταση κ.α.),
- δ) διευκόλυνση μεταφοράς των μοσχευμάτων στον ελάχιστο δυνατό χρόνο και καθιέρωση κοινού πιστοποιητικού οργάνων.⁸⁸

5.3. Κανόνες διάθεσης μοσχευμάτων

5.3.1. Νεφρών

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

β. Οι υπερειασθητοποιημένοι έχουν κάθε προτεραιότητα έναντι όλων των άλλων ασθενών (>80% κυτταροτοξικά αντισώματα)

Προτεραιότητα στην επιλογή έχουν οι εξής συμβατότητες:

α. - 2DK, 2B, 2A = 6 ταυτότητες

- 2DK, 2B, 1A

β. - 2DK, 1B, 2A = 5 ταυτότητες

- 1DK, 2B, 2A

γ. - ODR, 2B, 2A = 4 ταυτότητες

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

⁸⁷ Keown P.A et al: *Organ Retrieval and Distribution, Transplant Proc.*, 1985

⁸⁸ Keown P.A et al: *Organ Retrieval and Distribution, Transplant Proc.*, 1985

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

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

Ενημερώνεται επίσης για όλες τις πραγματοποιούμενες μεταμοσχεύσεις (πρωματικές και ζώσες- συγγενείς).⁸⁹

5.3.2. Παγκρέατος

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

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

β. Η συμβατότητα ομάδας αίματος ABO είναι σεβαστή εκτός από αυτούς με Β ομάδα οι οποίοι μπορούν να δεχθούν Ο ομάδα και αυτοί της ΑΒ να δεχθούν Α ομάδα.

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

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

δ. Στη περίπτωση αφαίρεσης νεφρού και παγκρέατος από Μ.Κ. εκτός της περιοχής που βρίσκεται ο δότης, το κέντρο που αφαιρέσει τα

⁸⁹ Koostra G.: *Proceedings of the First International Congress on Organ Procurement, Transplant Proc.*, 1984

μοσχεύματα, υποχρεούται να επιστρέψει ένα νεφρό ίδιας ομάδας αίματος στο κέντρο που επέτρεψε την αφαίρεση νεφρού και παγκρέατος.

5.3.3. Καρδιάς, Καρδιάς και Πνευμόνων, Πνευμόνων

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

α. Άμεση προτεραιότητα έχουν οι υπερ-επείγοντες ασθενείς.

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

β. Προτεραιότητα σε τοπικό επίπεδο.

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

γ. Προτεραιότητα σε περιφερειακό επίπεδο.

Εάν τα μοσχεύματα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν τοπικά λόγω μη ύπαρξης κατάλληλου λήπτη, η Περιφερειακή Γραμματεία ενημε-

ρώνει τις άλλες ομάδες Μεταμόσχευσης από την ευρύτερη Υγειονομική Περιφέρεια με την ακόλουθη σειρά.

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

γ.2. Στα πλαίσια της περιοχής η διάθεση των μοσχευμάτων καρδιάς-πνευμόνων εξασφαλίζεται από την Περιφερειακή Γραμματεία, σύμφωνα με το σύστημα της εκ περιτροπής ενημέρωσης των Μεταμοσχευτικών Κέντρων (Rotation System) εάν έχουν κατάλληλο λήπτη αυτής της ομάδος αίματος και αυτής της κατηγορίας υποψηφίων. Η ενημέρωση ακολουθεί έναν αλφαβητικό κατάλογο των Μεταμοσχευτικών Κέντρων ο οποίος είναι κατατιθέμενος στην Περιφερειακή Γραμματεία. Στη περίπτωση ύπαρξης ενός δυνητικού δότη οργάνων ειδοποιείται κατ' αρχήν το Μεταμοσχευτικό Κέντρο το οποίο ακολουθεί εκείνο που μεταμόσχευσε την τελευταία φορά. Εάν το Μ.Κ. δεν δεχθεί το μόσχευμα ενημερώνονται τα επόμενα του αλφαβητικού καταλόγου, μέχρι κάποιο Μ.Κ. δηλώσει ότι έχει κατάλληλο λήπτη. Στο επόμενο περιστατικό προσφοράς οργάνων η σειρά ενημέρωσης των Μ.Κ. συνεχίζεται από εκεί όπου είχε σταματήσει. Για την καλή λειτουργία του συστήματος διάθεσης των μοσχευμάτων κάθε Μ.Κ. είναι υποχρεωμένο ν' απαντήσει εάν δέχεται ή όχι το μόσχευμα σε 20 λεπτά. Κάθε αποδεκτή αφαίρεση ή μη θα πρέπει επίσης να αιτιολογείται στην Περιφερειακή Γραμματεία.

δ. Προτεραιότητα σε εθνικό επίπεδο,

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

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

ε. Για να είναι δυνατή η αποτελεσματικότητα και η αξιολόγηση του συστήματος διάθεσης των μοσχευμάτων καρδιάς-πνευμόνων το οποίο στηρίζεται στον χρόνο αναμονής των υποψήφιων, προβλέπεται ο επιθυμητός αριθμός των μεταμοσχεύσεων για κάθε Μ.Κ. και για κάθε περιφέρεια στη διάρκεια του έτους. Το ιδεώδες θα ήταν να λαμβάνεται επίσης υπόψη και η συμβατότητα των HLA αντιγόνων.⁹⁰

5.3.4. Ήπατος

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

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

β. Εάν δεν βρεθεί κατάλληλος λήπτης από την υπερ-επείγουσα λίστα αναμονής, η διάθεση του ήπατος διενεργείται με προτεραιότητα σε τοπικό-περιφερειακό-εθνικό επίπεδο, με κριτήρια την ομάδα αίματος και το βάρος του λήπτη (μεγαλύτερο ή μικρότερο των 30 Kg).

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

⁹⁰ Plaff WW et al: *The Impact of Purposeful Sharing by HLA Matching in the South Eastern Organ Procurement Foundation (SEOPF)*. *Transplant Proc.* 1989

σε κάθε επίπεδο ξεχωριστά η διάθεση του ήπατος είναι οριζόντια σε σχέση με το βάρος του δότη:

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

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

Τα κριτήρια διάθεσης όλων των συμπαγών οργάνων επανεξετάζονται κάθε χρόνο ενώ μια επιτροπή διαφάνειας παρακολουθεί την εγκυρότητα και αξιοπιστία του όλου συστήματος.⁹¹

5.4. Ποιότητα ζωής μεταμοσχευμένων νεφροπαθών

Το 1985 ο Roger W. Evans, μελέτησε την ποιότητα ζωής των ασθενών σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (Χ.Ν.Α.), συγκρίνοντας παράλληλα τις υποκείμενες και αντικειμενικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών κατά θεραπευτική μέθοδο. Ο συνολικός αριθμός του δείγματος ήταν 859 ασθενείς από τους οποίους οι 287 αιμοκαθαιρόνταν στο σπίτι, οι 347 σε νοσοκομείο, οι 81 υποβάλλονταν σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση και οι 144 είχαν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού. Οι 70 μεταμοσχευμένοι νεφροπαθείς είχαν δεχθεί νεφρικό μόσχευμα από πτωματικό δότη και οι 74 από ζώντα συγγενή δότη. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών, από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι ήταν ενήμεροι της κατάστασης υγείας των ασθενών και από τους ίδιους τους ασθενείς κατά την διάρκεια προσωπικής συνέντευξης.⁹²

⁹¹ Hendez R.: A National Allocation System, *Transplant. Proc.*, 1988

⁹² <http://www.dr-med.gr/EIDIKOTHTES/Arith.%20Υ7- Δεο, 8 Οκτ 2001>

Τέσσερις κύριες κατηγορίες μεταβλητών αναλύθηκαν :

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

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

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

γ) αντικειμενικοί δείκτες ποιότητας ζωής - λειτουργική επιδείνωση ικανότητα για αμειβόμενη εργασία. Η λειτουργική επιδείνωση μετρήθηκε με τον Πίνακα Karnofsky ο οποίος χρησιμοποιείται σαν μέτρο της συνολικής φυσικής λειτουργίας με σκορ που κυμαίνεται από 1 (ετοιμοθάνατο) μέχρι 10 (φυσιολογική δραστηριότητα). Η ικανότητα για εργασία προσδιορίστηκε από την απάντηση του ίδιου του ασθενή στην ερώτηση «είσαι τώρα ικανός για εργασία πλήρους μερικής απασχόλησης». Η λειτουργική επιδείνωση και η ικανότητα για εργασία θεωρήθηκαν ως αντικειμενικοί δείκτες ποιότητας γιατί αντανακλούν τη φυσική κατάσταση.⁹³

δ) οποκειμενικοί δείκτες ποιότητας ζωής - ψυχολογική επίδραση, συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, ευεξία. Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής δείκτες μέτρησης :

⁹³ Sells RA: *Ethics and Priorities of Organ Procurement and Allocation*. *Transplant. Proc.* 1989

1. Intex of psychological Affect, βασισμένος σε 8 διπολικά θέματα που περιγράφουν πως οι ασθενείς αισθάνονται την τρέχουσα ζωή τους.
2. Intex of Overall Satisfaction , επίσης βασισμένη σε διπολικά θέματα
3. Intex of WelthBeing, ο οποίος στηρίζεται στον συνδυασμό των δύο προηγούμενων δεικτών.

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

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

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

Οι στατιστικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν ήσαν οι εξής : Simple Bivariate Correlation, για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών δεικτών μέτρησης της ποιότητας τους

Multiple Classification Analysis, Dummy Variable Multiple Regression Analysis, Covariance Analysis.⁹⁴

Κύρια ευρήματα

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

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

3. Αντικειμενικοί δείκτες: Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν την μικρότερη λειτουργική επιδείνωση. Η ηλικία, η εκπαίδευση και η νοσηρότητα είχαν σημαντική επίδραση στη λειτουργική επιδείνωση και στην ικανότητα για εργασία. Το φύλο, η φυλή, η προηγούμενη αποτυχής μεταμόσχευση, η διάρκεια θεραπείας δεν επιδρούν σημαντικά στη λειτουργική επιδείνωση ή στην ικανότητα για εργασία, παρόλο που το φύλο αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη δυνατότητα ανεύρεσης εργασίας. Ικανοί για πλήρη ή μερική εργασία δήλωσε το 49,6% του συνόλου των ασθενών όλων των ομάδων. Ειδικότερα : 74,1% των μεταμοσχευμένων, 59,3% των ομάδων. Ειδικότερα : 74,1% των μεταμοσχευμένων, 59,3% των αιμοκαθαιρμένων στο σπίτι, 37,2%

⁹⁴ Terasaki PL et al: Long Term Survival of Kidney Grafts, Transplant Proc., 1989

των αιμοκαθαιρομένων στο νοσοκομείο και 24,7% των υποβαλλομένων σε Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ.

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

5. Ποιότητα ζωής Ασθενών και Γενικού Πληθυσμού: Οι ασθενείς σε τελικό στάδιο ΧΝΑ δηλώνουν μία ελαφρά χαμηλότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με αυτήν, του γενικού πληθυσμού. Στην πραγματικότητα μόνο οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς εκφράζουν μια ποιότητα ζωής που δεν διαφέρει σημαντικά από αυτή του γενικού πληθυσμού. Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς αναφέρουν σταθερά καλύτερη και υψηλότερη ποιότητα ζωής τόσο ως προς την υποκειμενική όσο και ως προς την αντικειμενική διάσταση αυτής σε σχέση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε κάθε μορφή αιμοκάθαρσης. Οι ασθενείς που αιμοκαθαίρονται στο σπίτι δείχνουν να προσεγγίζουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής των μεταμοσχευμένων ενώ οι αιμοκαθαιρόμενοι στο νοσοκομείο και οι υποβαλλόμενοι σε Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα.⁹⁵

Η σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών σε σχέση με αυτήν του γενικού πληθυσμού δείχνει ότι οι συνθήκες ζωής των ασθενών σε

⁹⁵ <http://www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm> - 11Κ - Ανανέωση: Παρ, 26 Οκτ 2001

τελικό στάδιο ΧΝΑ, όπως ερμηνεύονται υποκειμενικά από τους ίδιους μπορεί να είναι τόσο φτωχές και άσχημες, όπως μερικοί πιθανόν να νομίζουν.

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

Παρόμοια έλλειψη αντιστοιχίας μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής έχει διαπιστωθεί και αναφέρεται και σε άλλες μελέτες. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να επικεντρωθούν στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των υποκειμενικών και αντικειμενικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής προκειμένου να προσδιορισθεί εάν και είναι, με ποιο τρόπο, η ικανότητα για εργασία και η λειτουργική επιδείνωση επιδρούν στην εκτίμηση του ίδιου του ασθενή για την ποιότητα της ζωής του. Καθώς δεν είναι ευκρινείς ακόμα ποιες διαστάσεις της ποιότητας ζωής ασκούν ειδικό βάρος στη λήψη αποφάσεων εκτίμησης της ποιότητας ζωής.⁹⁶

5.5. Διάθεση μοσχευμάτων στην Ελλάδα

Στη χώρα μας μόλις πρόσφατα έχει αναπτυχθεί προβληματισμός και μάλιστα έντονος, σχετικά με το θέμα της διάθεσης των οργάνων.

Μέχρι σήμερα δεν έχουν θεσπισθεί κανόνες διάθεσης των μοσχευμάτων. Αυτό οφείλεται κατ' αρχήν στο γεγονός ότι κατά την περίοδο 1985-1990 δεν λειτουργούσαν περισσότερα του ενός Μεταμοσχευτικά Κέντρα Νεφρών (ένα Μ.Κ. στην Αθήνα και ένα στη Θεσσαλονίκη). Από το 1991 που άρχισε να λειτουργεί και δεύτερο Μ.Κ. Νεφρών στην Αθήνα, τέθηκαν οι προβληματισμοί για τις οργανωτικές πλευρές του συντονισμού, μόνο της αφαίρεσης μοσχευμάτων. Όσον αφορά στη διάθεση των μοσχευμάτων, δεν

⁹⁶ Rien Ph. et al: *Organisation des Prelevements d' Organes : Rilan de Huit Annees de Fonctionnement d' un Centre d' Accueil des morts cerebrales. Agressologie, 1986,*

υφίσταται προβληματισμός, ταυτίζοντας την αφαίρεση με την διάθεση των οργάνων: όποιος αφαιρεί, μεταμοσχεύει.

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

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

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

Με Υπουργική απόφαση (Α2γ/οικ. 4209/6.10.92) χορηγήθηκε άδεια λειτουργίας σε Μονάδες Μεταμοσχεύσεων που πληρούν τις προϋποθέσεις. Στην Αθήνα λειτουργούν τέσσερις Μονάδες Μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων (τρεις για νεφρό, ήπαρ, πάγκρεας και ένα για καρδιά και πνεύμονες). Στην Θεσσαλονίκη λειτουργεί ένα Μεταμοσχευτικό Κέντρο (Μ.Κ.) νεφρού, ήπατος παγκρέατος και ένα Μ.Κ. καρδιάς και πνευμόνων. Προβλέπεται επίσης να λειτουργήσουν ένα ακόμη Μ. Κ. νεφρών, παγκρέατος, ήπατος και ένα Μ. Κ. καρδιά και πνευμόνων στην Θεσσαλονίκη και ένα Μ.Κ. νεφρών, παγκρέατος και ήπατος στην Πάτρα. Σε Μονάδες Μεταμοσχεύσεων Κερατοειδούς χιτώνα του οφθαλμού χορηγήθηκε άδεια σε τέσσερις (4) Μονάδες (μία στην Θεσσαλονίκη, μία στα Ιωάννινα μία στην Πάτρα και μία στην Αθήνα).⁹⁷

⁹⁷ <http://www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm> - 11Κ - Ανανέωση: Παρ, 26 Οκτ 2001

Το άρθρο 6 της Υπουργικής απόφασης, που καθορίζει τους όρους και προϋποθέσεις λειτουργίας των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων (Α3α/1526/ΦΕΚ. 144/13/12.3.91) αναφέρεται στο Συντονισμό Μεταμοσχεύσεων.

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

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

Εφ' όσον βρεθεί κατάλληλος δότης, ειδοποιείται η ΥΣΕ και η Μονάδα Μεταμοσχεύσεων του οικείου Νοσοκομείου ώστε να καταστεί η χρησιμοποίηση όσο το δυνατόν περισσότερων οργάνων. Προτεραιότητα (κατηγορία μηδέν) έχουν οι επείγουσες περιπτώσεις (οξεία ηπατίτιδα και επαναμεταμόσχευση) όπως επίσης οι άρρωστοι που δεν έχουν άλλη δυνατότητα fistula ή shunt ή ασθενείς με τεχνητή καρδιά και η μικρή ομάδα των υπερευαισθητοποιημένων. Ευνόητο είναι ότι οι συμβατοί λήπτες, οι οποίοι βρίσκονται στο αρχείο του Μεταμοσχευτικού Κέντρου όπου νοσηλεύεται ο δότης ή το πλησιέστερο κέντρο έχουν προτεραιότητα». ⁹⁸

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

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

⁹⁸ http://www.tmtb.edu.gr/el/tiosks/medicine/history/medi_h3f.html - 5Κ - Ανανέωση: Σαβ, 20 Οκτ 2001 -

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

Παρόλο που υπάρχει και λειτουργεί ειδικό πρόγραμμα επιλογής υποψηφίων ληπτών νεφρικού μοσχεύματος στον Η/Υ της ΥΣΕ από το 1985, όπου η επιλογή γίνεται από την Εθνική λίστα της υπηρεσίας, εν τούτοις συχνά δεν γίνεται από τα Μεταμοσχευτικά Κέντρα σεβαστός ο κατάλογος των καταλληλότερων ληπτών που αποστέλλεται από την ΥΣΕ κάθε φορά που αφαιρούνται νεφροί από κάποιον δότη. Όπως προαναφέρθηκε η επιλογή των καταλληλότερων ληπτών γίνεται με την ευθύνη του Μεταμοσχευτικού Κέντρου (Α3α/1526, άρθρο 6, ΦΕΚ 144/13/12.3.91).⁹⁹

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

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

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

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

⁹⁹ <http://www.dr-med.gr/EIDIKOTHTES/Arith.%20Y7- Δεσ, 8 Οκτ 2001>

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

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

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

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

Σε άλλες χώρες έχει ορισθεί μικρότερος αριθμός ελάχιστων κοινών αντιγόνων τρία ή και δύο κοινά αντιγόνα. Για τα άλλα όργανα (ήπαρ, καρδιά, πνεύμονες, πάγκρεας) επίσης δεν έχουν θεσπισθεί ούτε ενιαία κριτήρια επιλογής υποψηφίων ληπτών ούτε κανόνες διάθεσης αυτών των οργάνων έστω σε μία βάση εκ περιτροπής η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει και σε ένα σύστημα ανταλλαγής μοσχευμάτων μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών της χώρας με γνώμονες βέβαια την επιλογή του καταλληλότερου λήπτη για το συγκεκριμένο μόσχευμα κάθε φορά.¹⁰⁰

Από τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι στη χώρα μας δεν έχει διαχωριστεί ακόμα η αφαίρεση των μοσχευμάτων από την μεταμό-

¹⁰⁰ http://www.tmth.edu.gr/el/kiosks/medicine/technology/medi_t3f.html - 6Κ - Ανανέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - www.tmth.edu.gr

σχευση, θα έπρεπε τα Μεταμοσχευτικά Κέντρα να εφημερεύουν μόνο ως Μονάδες αφαίρεσης οργάνων και όχι κατ' ανάγκη να μεταμοσχεύουν οπωσδήποτε τα όργανα που αφαίρεσαν. Μετά την αφαίρεση η επιλογή των καταλληλότερων υποψηφίων ληπτών θα πρέπει να γίνεται από την εθνική λίστα αναμονής της ΥΣΕ. Στην συνέχεια οι καταλληλότεροι λήπτες θα μεταμοσχεύονται στο Μ.Κ. της προτίμησής τους. Αυτό το μοντέλο φαίνεται να ταιριάζει περισσότερο στο επίπεδο της μεταμόσχευσης που βρίσκεται η χώρα μας όπου δεν υπάρχουν ούτε πολλά Μ.Κ. ανά όργανα, ούτε είναι κατανομημένα χωροταξικά. Επίσης υπαγορεύεται από το μοναδικό κριτήριο που είναι το όφελος του ίδιου του ασθενούς και διασφαλίζεται έτσι η επιστημονικά ενδεδειγμένη αξιοποίηση των προσφερομένων μοσχευμάτων.¹⁰¹

¹⁰¹ Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

Μεταμοσχεύσεις στο διεθνή χώρο

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 1999								
	Γαλλία	Ελλάδα	Euro Transplant**	Η.Π.Α.	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	59,9	10	114,5	268	39,66	0,6	62,88	9,96
Πτωματικοί δότες	970	45	1704	-	1334	6	816	190
Δότες πολλαπλών οργάνων (%)	77,4%	80%	70,6%	-	85,3%	83,3%	83,8%	77,9%
	A.E.Π.*							
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	16,2	4,5	14,9	-	33,6	10,0	13,0	19,1
	A.E.Π.							
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	29,4	6,9	26,7	30,2	50,6	20,0	22,8	35,9
	A.E.Π.							
Μετ. ήπατος	1,3	8,5	5,1	16,5	0,4	48,3	4,3	0,9
	A.E.Π.							
Μετ. καρδιάς	699	12	1194	4700	960	-	703	159
	A.E.Π.							
Μετ. καρδιάς - πνευμόνων	11,7	1,2	10,4	17,5	24,2	-	11,2	16,0
	A.E.Π.							
Μετ. παγκρέατος	349	7	736	2233	336	-	289	12
	A.E.Π.							
Μετ. καρδιάς - πνευμόνων	5,8	0,7	6,4	8,3	8,5	-	4,8	1,2
	A.E.Π.							
Μετ. παγκρέατος	28	-	28	48	4	-	50	-
	A.E.Π.							
Μετ. παγκρέατος	0,5	-	0,2	0,2	0,1	-	0,8	-
	A.E.Π.							
Μετ. παγκρέατος	50	-	309	1556	25	-	40	-
	A.E.Π.							
Μετ. παγκρέατος	0,8	-	2,7	5,8	0,6	-	0,6	-
	A.E.Π.							

* ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

** ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

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

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 2000								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Euro Transplant**	Η.Π.Α.	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	60	10,5	118,4	268	39,66	0,6	62,88	9,96
Πτωματικοί δότες	1016	20	1678	-	1345	5	845	194
Δότες πολλαπλών οργάνων (%)	77,6%	-	72,0%	-	81,3%	40,0%	83,8%	81,4%
Α.Ε.Π.*	17,0	1,9	14,2	-	33,9	8,3	13,4	19,5
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1840	32	2867	-	1919	10	1442	346
Α.Ε.Π.	30,7	3,0	24,2	-	48,4	16,7	22,9	34,7
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	84	72	563	-	19	29	336	10
Α.Ε.Π.	1,4	6,9	4,8	-	0,5	48,3	5,3	1,0
Μετ. ήπατος	806	10	1285	-	954	-	710	162
Α.Ε.Π.	13,4	1,0	10,9	-	24,1	-	11,3	16,3
Μετ. καρδιάς	353	2	642	-	353	-	251	15
Α.Ε.Π.	5,9	0,2	5,4	-	8,9	-	4,0	1,5
Μετ. καρδιάς - πνευμόνων	25	-	20	-	5	-	33	-
Α.Ε.Π.	0,4	-	0,2	-	0,1	-	0,5	-
Μετ. παγκρέατος	54	-	330	-	48	-	41	3
Α.Ε.Π.	0,9	-	2,8	-	1,2	-	0,7	0,3

* ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

** ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

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

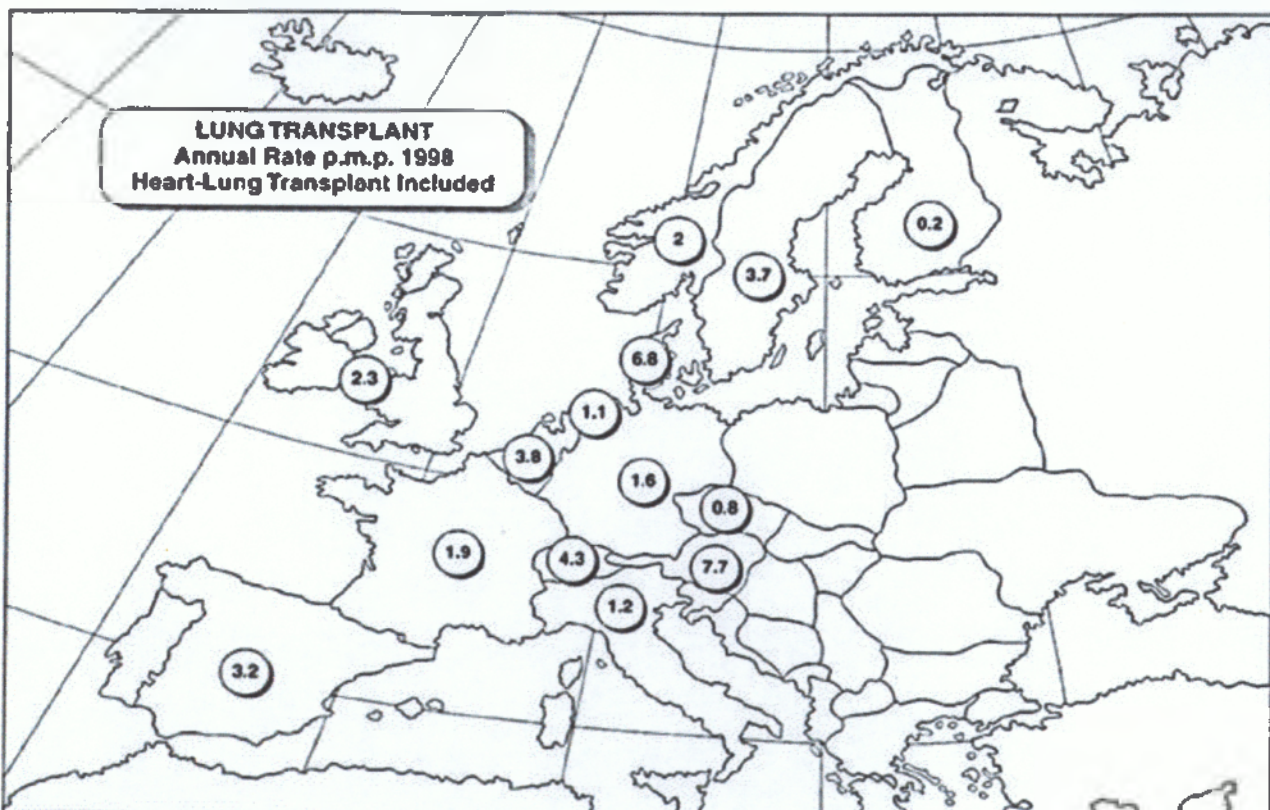
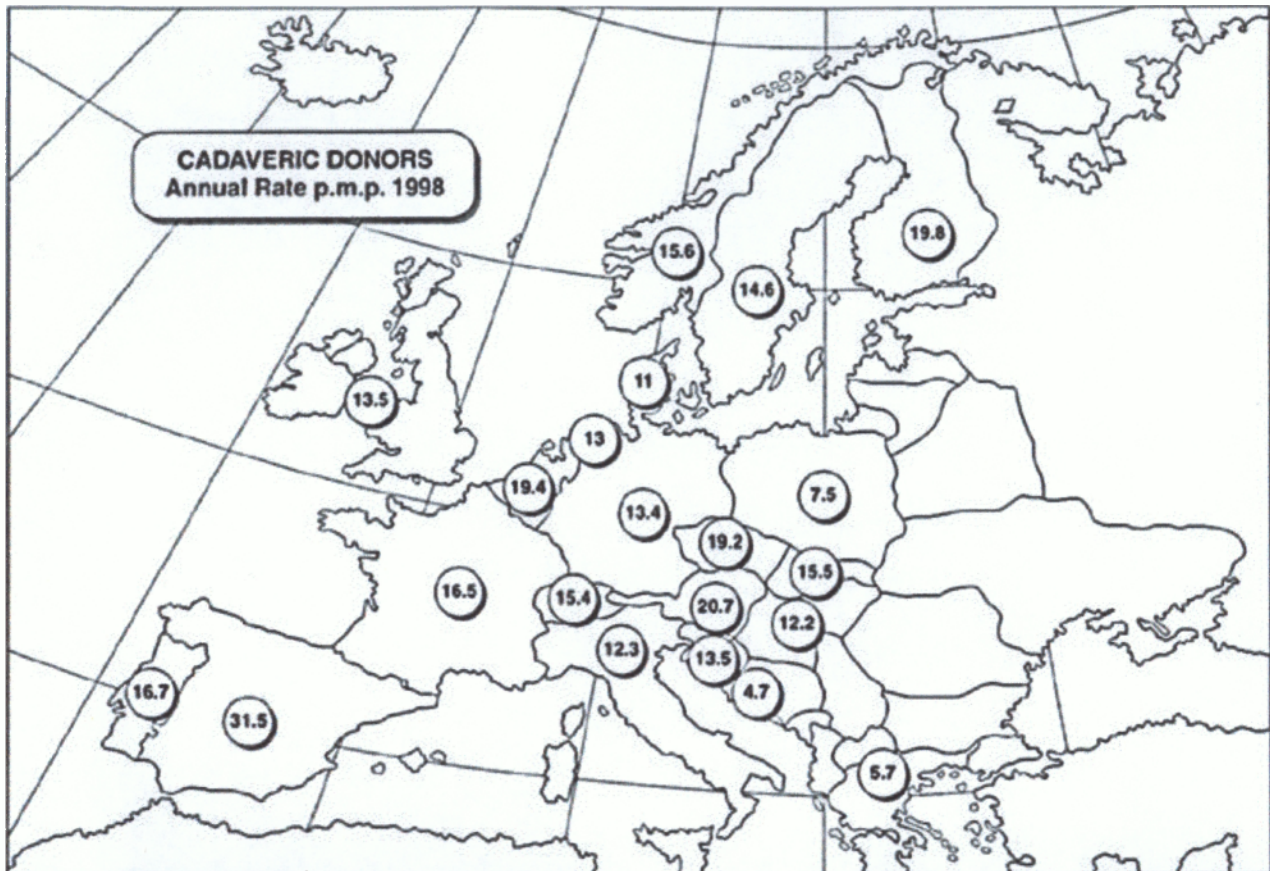
Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα

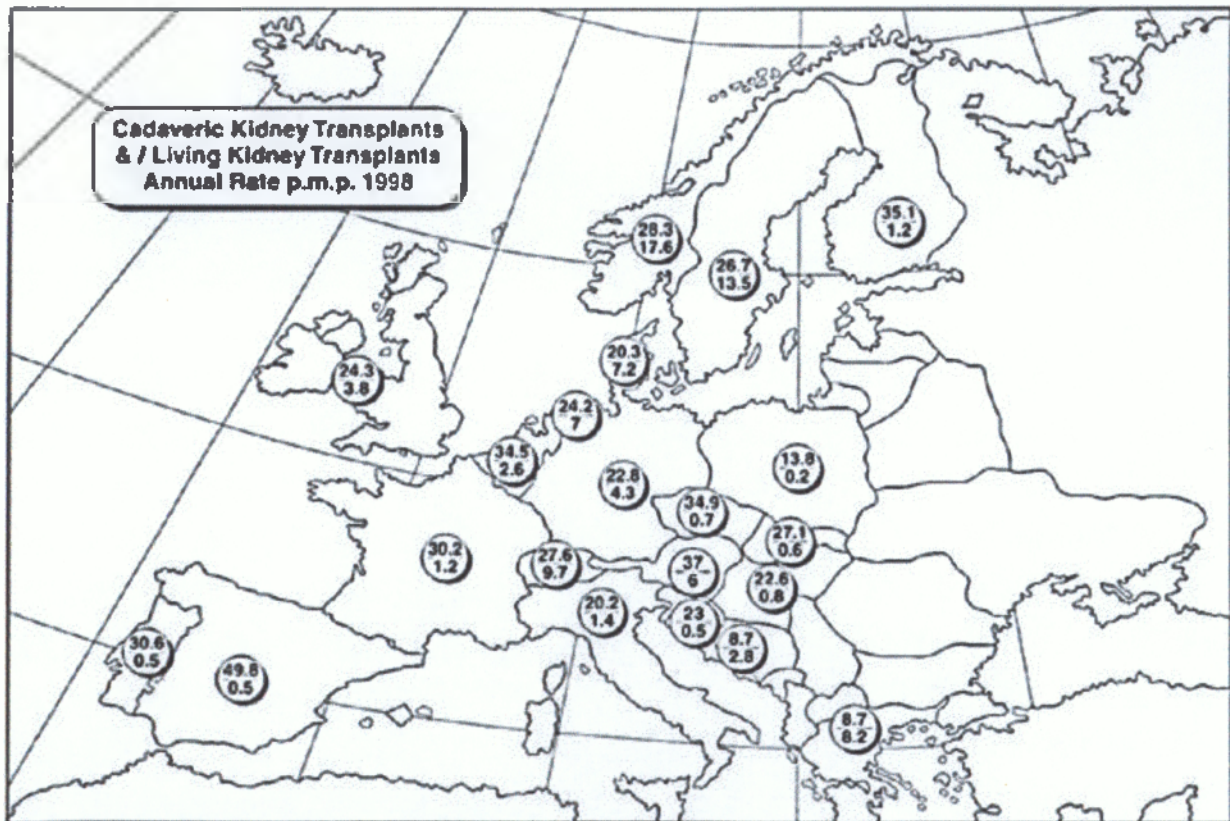
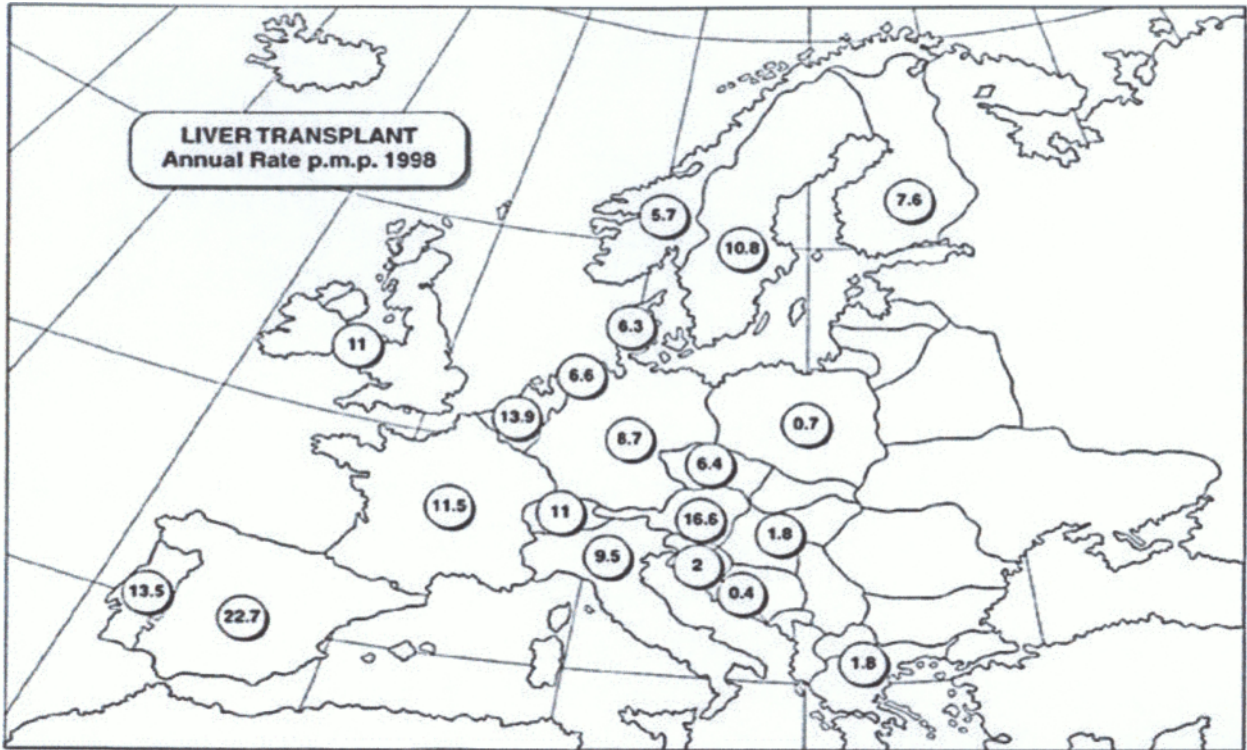
ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1985 - Α' εξάμηνο 2001)													
ΕΤΟΣ	α	β	γ	δ	ε	στ	ζ	η	θ	ι	ια	ιβ	ιγ
1985	18	22	40	-	-	-	-	-	-	-	98	-	-
1986	35	20	55	-	-	-	-	-	-	-	101	-	-
1987	48	18	66	-	-	-	-	-	-	-	101	-	-
1988	55	19	74	-	-	-	-	-	-	-	74	-	-
1989	58	35	93	-	-	-	-	1	-	-	108	-	-
1990	64	83	147	3	5	-	-	2	-	-	135	-	-
1991	70	104	174	7	10	-	-	6	-	-	132	-	-
1992	68	92	160	8	12	2	1	-	-	1	111	-	-
1993	55	86	141	13	10	-	-	1	1	-	101	-	1366
1994	67	46	113	7	13	4	-	2	-	-	64	-	1489
1995	89	42	131	7	10	1	-	-	-	-	52	-	1423
1996	60	46	106	10	7	3	1	-	-	2	57	-	1627
1997	90	55	145	18	8	1	-	1	-	-	78	-	1200
1998	82	87	169	18	13	-	-	-	-	-	83	-	-
1999	85	69	154	12	7	-	-	-	-	1	52	1	-
2000	72	32	104	10	2	-	-	-	-	-	-	-	-
2001 (α' εξάμηνο)	44	41	85	13	4	-	-	-	-	-	-	-	-

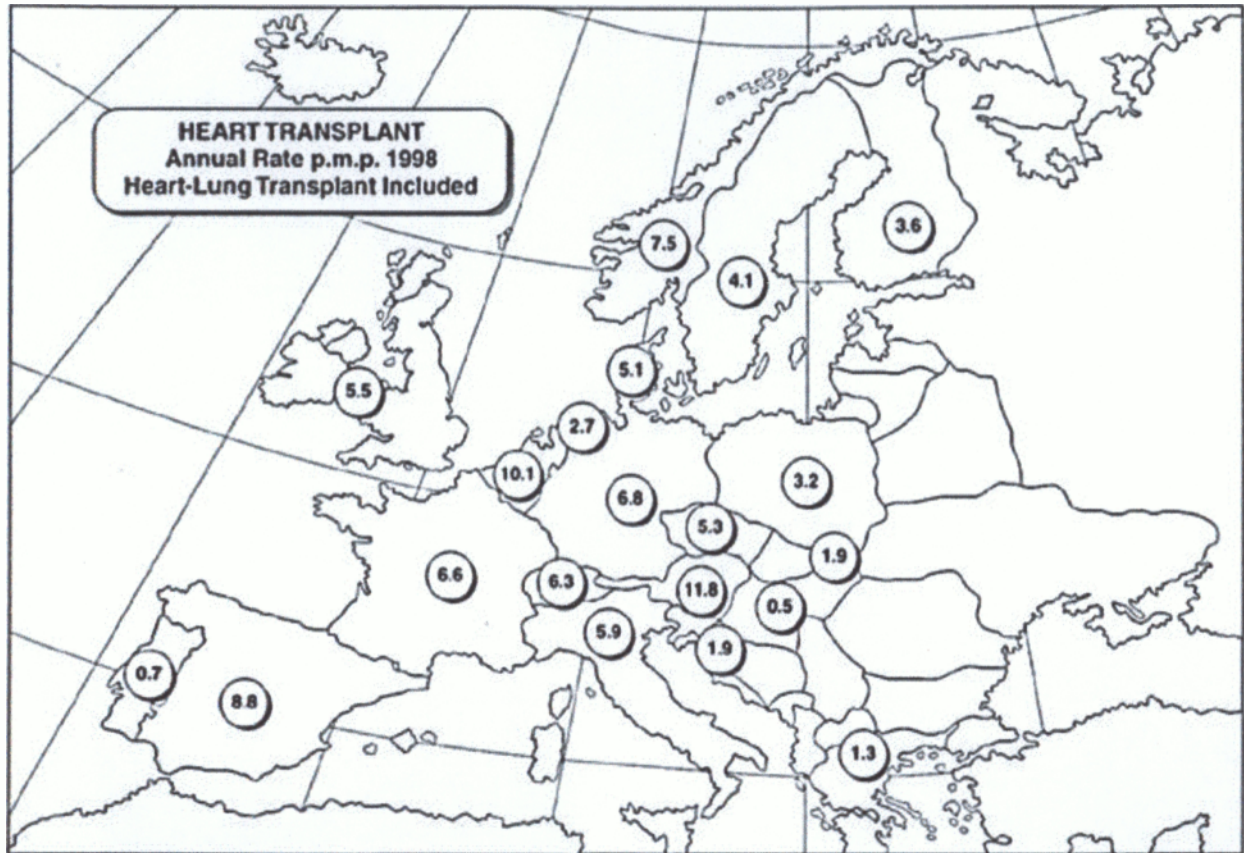
α = ζώσες μεταμοσχεύσεις νεφρού, β = πτωματικές μετ. νεφρού, γ = σύνολο μετ. νεφρού, δ = μετ. ήπατος, ε = μετ. καρδιάς, στ = μετ. πνευμόνων, ζ = μετ. νεφρών + ήπατος, η = μετ. νεφρών + παγκρέατος, θ = μετ. ήπατος + παγκρέατος, ι = μετ. καρδιάς + πνευμόνων, ια = μετ. κερατοειδούς, ιβ = μετ. παγκρέατος,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

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ







International Data On Organ Donation & Transplantation Activities In 1998

Transplant Organization			ET	E.F.G.	H.T.S.	H.U.T	L.S.S	O.N.T.	O.P.T.	P.T.			S.K.T.	SW.T.	UKTSSA	UNOS		
COUNTRIES	Croatia 4,7	Czech Rep. 10,3	113,4	FRANCE 60,02	GREECE 10	HUNGARY 10,3	ITALY 50	SPAIN 39,66	PORTUGAL 9,96	POLAND 38,64	SLOVENIA 2	SLOVAKIA 5,36	23,99	SWITZ 7	UK+IRELAND 6,37	USA 5,8	CANADA 10,6	AUSTRALIA 10,5
Cadaveric Donors P.M.P.	22 4,7	198 19,2	1636 14,4	993 16,5	57 5,7	126 12,2	707 12,3	1250 31,5	166 16,7	289 7,5	27 13,5	83 15,5	358 14,9	108 15,4	846 13,5	5791 21,6	428 14,4	196 10,5
% Multiorgan donors	0,5	57	69		68,4	12,7	79,1	84,5	78,3	46,7	85	34	65,6	76,85	83,2			77
Cadaveric kidney transps. P.M.P.	41 8,7	369 34,9	2832 25,0	1815 30,2	87 8,7	233 22,6	1162 20,2	1976 49,8	305 30,6	534 13,8	46 23,0	145 27,1	650 27,1	193 27,6	1526 24,3	8939 33,4	676 22,8	358 19,1
Living kidney transps. P.M.P.	13	7	523	73	82	8	79	19	5	9	1	3	242	68	241	4016	336	144
Liver transplants (**) P.M.P.	2 0,4	66 6,4	1071 9,4	693 11,5	18 1,8	19 1,8	549 9,5	899 22,7	134 43,5	27 0,7	4 2,0		193 8,0	77 11,0	690 11,0	4450 16,6	342 11,5	154 8,2
Heart transplants P.M.P. (*)	9	55	759	370	13	5	336	342	7	123	4	10	114	44	281	2340	154	72
Heart-Lung transplants P.M.P.			20 0,2	26 0,4			2	7 0,1					4 0,1		62 0,8	45 0,8		4 0,2
S Lung - D Lung transplants P.M.P.(*)		8	228	36+52			65	26+96					57+22	3+27	48+36	849	75	34+49
Total pancreas PUP		21 2,0	258 2,2	47 0,8		2 0,2	52 0,9	28 0,7		5 0,1			15 0,6	4 0,5	29 0,5	1218 4,5		18 0,96
Intestine transplants P.M.P.				9					1					1		69		

(*): HEART-LUNG TRANSPLANTS P.M.P. INCLUDED

(**): LIVING DONORS INCLUDED

E.F.G.: ETABLISSEMENT FRANÇAISE DES GREFFES

E.T.:EUROTRANSPLANT (GERMANY, AUSTRIA, BELGIUM, LUXEMBURG, THE NETHERLANDS) I.S.S.: ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA

SK.T.: SKANDIATRANSPLANT (DENMARK, FINLAND, NORWAY, SWEDEN)

Πίνακας μεταμοσχευτικών κέντρων στην Ελλάδα



Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

5.6. Νομικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα παρόλο που οι μεταμοσχεύσεις είχαν ξεκινήσει από το 1968, ο πρώτος νόμος «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως» ψηφίστηκε το 1978 (νόμος 821 /14,10,1978 αρ. ΦΕΚ 173). Ο νόμος αυτός δε βοήθησε όσο αναμενόταν τις μεταμοσχεύσεις για αυτό και αντικαταστάθηκε από το νόμο 1383/1983 με τον τίτλο «Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων». Τέλος στις 27/8/99 ψηφίστηκε ο νόμος 2737 «Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις».

Το 1984 με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας Ιδρύθηκε η Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων.

Το 1991 καθορίζονται για πρώτη φορά οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας των μονάδων μεταμοσχεύσεων και ιδρύεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων με συμβουλευτικό χαρακτήρα.

Τέλος από το 1996 με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας δημιουργήθηκε εθνική λίστα εγγραφής και επιλογής ασθενών κατάλληλων προς μεταμόσχευση ιστών και οργάνων.

Το 1985 για πρώτη φορά καθορίστηκαν τα κριτήρια για την καταλληλότητα των υποψηφίων ληπτών για μεταμόσχευση νεφρού και καθορίζεται ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος.

Το 1992 δημιουργείται το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων με συμβουλευτικό χαρακτήρα όσον αφορά τα θέματα που αφορούν τη μεταμόσχευση.

Με το νόμο 2737/99 δημιουργείται ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων νομικό πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με έδρα την Αθήνα

Βασικό πρόβλημα στην απόκτηση μοσχευμάτων από πτωματικούς δωρητές αποτελεί η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου χρειάστηκε να αποσαφηνιστεί τα τελευταία χρόνια μετά την ανάπτυξη των μονάδων εντατικής θεραπείας. Στις ΜΕΘ είναι δυνατή η συντήρηση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας ακόμα και όταν υπάρχει μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη. Η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας με τις δυνατότητες υποστήριξης της αναπνοής ενώ έχει επέλθει μη αναστρέψιμη βλάβη σε τμήμα του εγκεφάλου (στέλεχος) που ελέγχει τις ζωτικές λειτουργίες (αναπνοή και καρδιακή λειτουργία) είχε ως αποτέλεσμα την εισαγωγή του όρου του εγκεφαλικού θανάτου. Μέχρι πρόσφατα ο θάνατος οριζόταν με το σταμάτημα της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας.¹⁰²

¹⁰² http://www.tmtb.edu.gr/el/tiosks/medicine/technology/medi_t3f.html - 6Κ - Ανάτωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - www.tmtb.edu.gr

Η πρώτη περιγραφή εγκεφαλικού θανάτου έγινε το 1959 στη Γαλλία. Το 1968 ομάδα ιατρών, θεολόγων και νομικών από το Πανεπιστήμιο του Harvard δημοσίευσε άρθρο όπου έλεγε ότι όταν ο εγκέφαλος είναι νεκρός τότε το άτομο θα πρέπει να θεωρείται νεκρό. Το 1976 δημοσιεύτηκαν τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου τα οποία βελτιώθηκαν το 1979 και το 1981. Σήμερα ο θάνατος ορίζεται ως «η ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση, σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή, που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση αυτόνομης καρδιακής λειτουργίας». Οι λειτουργίες της αναπνοής και της κυκλοφορίας που χαρακτηρίζουν μια ανθρώπινη ύπαρξη σαν αυτόνομη και βιολογικά ανεξάρτητη μονάδα, είναι λειτουργίες που ξεκινούν από το εγκεφαλικό στελέχος. Εφόσον υπάρχει ανεπανόρθωτη βλάβη και νέκρωση του στελέχους, η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων δε μπορεί να ολοκληρωθεί με συνέπεια το άτομο να θεωρείται νεκρό. Δηλαδή ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους είναι συνθήκη αναγκαία και ικανή για να χαρακτηριστεί ο εγκέφαλος νεκρός και η διάγνωση του θανάτου να ταυτίζεται με το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους. Το σταμάτημα της καρδιακής λειτουργίας από την άλλη μεριά είναι συνθήκη ικανή αλλά όχι αναγκαία για να διαγνωστεί ο θάνατος.¹⁰³

5.6.1. Νόμος υπ' αριθμ. 1383 (ΦΕΚ 106/5-8-83)

Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ Κυρούμεν και εκδίδομεν τον κατωτέρω υπό της Βουλής Ψηφισθέντα νόμον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Α' ΓΕΝΙΚΑΙ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1

Αντικείμενο Εφαρμογής

1. οι αφαιρέσεις ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζωντανό ή νεκρό, με προορισμό τη μεταμόσχευση ή τον ενοφθαλμισμό σε άλλο άνθρωπο για

¹⁰³ http://www.tmtl.edu.gr/el/kaiosks/medicine/technology/medi_f3f.html - 6Κ - Ανανέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - www.tmtl.edu.gr

θεραπευτικούς ή ερευνητικούς σκοπούς ενεργούνται με τους όρους και κατά τη διαδικασία των επόμενων διατάξεων.

2. Οι διατάξεις του νόμου αυτού δεν εφαρμόζονται: α) στις αυτομεταμοσχεύσεις, β) στις αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις όρχεων και ωθηκών, γ) στη λήψη και μετάγγιση αίματος, δ) στη χρησιμοποίηση ωαρίων και σπέρματος και ε) στην ενδομήτρια εμφύτευση εμβρύου.

3. Με Προεδρικά Διατάγματα, που εκδίδονται με Πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), οι εξαιρέσεις της προηγούμενης παραγράφου μπορεί να επεκτείνονται, περιορίζονται ή να καταργούνται, ανάλογα με τις νεώτερες αντιλήψεις και την εξέλιξη της επιστήμης.

Άρθρο 2

Χαριστική αιτία

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζωντανό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση και η αφαίρεση μοσχευμάτων από νεκρό γίνεται μόνο χαριστικά και απαγορεύεται οποιαδήποτε οικονομική συναλλαγή μεταξύ δότη, λήπτη, των οικογενειών τους ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου. Η απαγόρευση αυτή ισχύει και στην περίπτωση που όργανα για μεταμόσχευση προέρχονται από χώρα της αλλοδαπής ή αποστέλλονται σε χώρα της αλλοδαπής.

2. Στην έννοια της οικονομικής συναλλαγής κατά την προηγούμενη παράγραφο δεν περιλαμβάνονται τα έξοδα αφαίρεσης, συντήρησης και μεταφοράς του μοσχεύματος.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί κατά περίπτωση να αναγνωρίζονται και να εξαιρούνται από την έννοια της οικονομικής συναλλαγής και άλλες απαραίτητες δαπάνες, που ενδέχεται να ανακόψουν από απρόβλεπτους λόγους κατά την αφαίρεση τη συντήρηση ή τη μεταφορά του μοσχεύματος.

Άρθρο 3

Μονάδες Μεταμοσχεύσεων

1. Οι μεταμοσχεύσεις ενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά οργανωμένες μονάδες Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων ΝΠΙΔ ή ΝΠΙΔ κοινωφελούς χαρακτήρα,

που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ). Με την ίδια ή άλλη Υπουργική Απόφαση καθορίζονται οι όροι λειτουργίας των μονάδων αυτών, ο εξοπλισμός τους, η σύνθεση του προσωπικού τους καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

2. Οι αφαιρέσεις των μοσχευμάτων ενεργούνται από γιατρούς που ορίζονται σε κάθε περίπτωση από τις μονάδες μεταμοσχεύσεων.

3. Κάθε νοσηλευτική μονάδα, στην οποία παρουσιάζεται περίπτωση λήψης μοσχευμάτων από νεκρό, είναι υποχρεωμένη να ειδοποιήσει άμεσα την πλησιέστερη μονάδα μεταμόσχευσης για τον ορισμό ή την αποστολή γιατρών για τη διενέργεια της αφαίρεσης.

Άρθρο 4

Τράπεζες Ιστικών Μοσχευμάτων

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) ορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για την ίδρυση Τραπεζών Ιστικών Μοσχευμάτων, ο τρόπος λειτουργίας και διεξαγωγής του έργου τους, και κάθε σχετική άλλη λεπτομέρεια.

2. Για την λειτουργία τράπεζας Ιστικών Μοσχευμάτων απαιτείται άδεια. Η άδεια λειτουργίας χορηγείται με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών . Έρευνας και Τεχνολογίας και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι λειτουργίας της Τράπεζας Ιστικών Μοσχευμάτων του Κέντρου Πυρηνικών Ερευνών "ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ".

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Β΄ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑΝΟ ΔΟΤΗ

Άρθρο 5

Προϋποθέσεις Διαδικασία

1. Η αφαίρεση ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση από ζωντανό δότη επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς και με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) Ο δότης να είναι ενήλικος και να μην τελεί σε κατάσταση δικαστικής απαγόρευσης ή αντίληψης,

β) να υπάρχει ισοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη,

γ) να μην ανακλύπουν, κατά την κρίση των υπεύθυνων γιατρών της νοσηλευτικής μονάδας, όπου ενεργείται η αφαίρεση, προφανείς σοβαροί κίνδυνοι για τη ζωή ή την υγεία του δότη,

δ) ο δότης να έχει δηλώσει ελεύθερα τη βούλησή του για προσφορά του μοσχεύματος. Η δήλωση αυτή του δότη είναι ανακλητή μέχρι την αφαίρεση και γίνεται : 1) με συμβολαιογραφικό έγγραφο ή 2) με έγγραφο στο οποίο η Αστυνομική Αρχή, να έχει βεβαιώσει το γνήσιο της υπογραφής του υποψήφιου δότη ή 3) προφορικά, με καταχώριση σε ειδικό βιβλίο που τηρείται στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, όπου θα γίνει η αφαίρεση, ενώπιον δύο μαρτύρων, οι οποίοι και υπογράφουν μαζί με τον υποψήφιο δότη.

ε) Να μην αντιλέγει με οποιοδήποτε τρόπο, ο τυχόν συγκεκριμένος λήπτης, ή εάν είναι ανήλικος, εκείνος που έχει την επιμέλεια του προσώπου του. Στην προκειμένη περίπτωση εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 1534 του Ν. 1329/1983 για την «Εφαρμογή της συνταγματικής αρχής της ισότητας ανδρών και γυναικών στον Αστικό Κώδικα, τον Εισαγωγικό του Νόμο, την Εμπορική Νομοθεσία και τον Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, καθώς και μερικό εκσυγχρονισμό των διατάξεων του Αστικού Κώδικα που αφορούν το Οικογενειακό Δίκαιο». Εάν ο λήπτης βρίσκεται σε κατάσταση δικαστικής απαγόρευσης την αντίρρηση μπορεί να διατυπώσει ο νόμιμος εκπρόσωπός του.

2. Η αφαίρεση μυελού των οστών από ανηλικούς επιτρέπεται κατ' εξαίρεση εφόσον δότης και λήπτης: α) είναι αδέρφια, β) έχουν πλήρη ισοσυμβατότητα και γ) υπάρχει, συναίνεση εκείνου που έχει την επιμέλεια του προσώπου.

3. Σε κάθε περίπτωση αφαίρεσης και μεταμόσχευσης κατά τις διατάξεις αυτού του άρθρου, οι υπεύθυνοι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν με κάθε λεπτομέρεια τον υποψήφιο δότη και λήπτη για τις δυνατές συνέπειες της αφαίρεσης και της μεταμόσχευσης. Σε όλες τις περιπτώσεις αφαίρεσης και μεταμόσχευσης οι υπεύθυνοι γιατροί της μονάδας μεταμόσχευσης είναι

υποχρεωμένοι να διαπιστώνουν ότι συντρέχουν οι προϋποθέσεις του νόμου αυτού.

4. Όλα τα σχετικά έγγραφα φυλάγονται σε ειδικό φάκελο , που τηρείται στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα που γίνεται η μεταμόσχευση.

Άρθρο 6

Δαπάνες αφαίρεσης

1. Οι δαπάνες για την προετοιμασία και την πραγματοποίηση της αφαίρεσης ιστών και οργάνων από ζωντανό δότη, και αν ακόμα για λόγους ανεξάρτητους από τη θέληση του υποψήφιου δότη δεν πραγματοποιηθεί η αφαίρεση, βαρύνουν τον ασφαλιστικό φορέα του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη, εφόσον είναι ασφαλισμένος. Αν δεν είναι ασφαλισμένος καλύπτονται από τις ειδικές πιστώσεις του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που προβλέπονται στην παράγραφο 7 του άρθρου αυτού. Περιοριστικές διατάξεις της νομοθεσίας που διέπει τον ασφαλιστικό φορέα, ως προς την έκταση κάλυψης των δαπανών ασθένειας των ασφαλισμένων του δεν ισχύουν στην περίπτωση αυτή.

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

3. Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψήφιου δότη εξ αιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ή τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις, ο ασφαλιστικός φορέας του δότη ή του υποψήφιου δότη οφείλει να καταβάλει σύνταξη στον ίδιο, κατά το ποσοστό της αναπηρίας του, ή πλήρη σύνταξη θανάτου στα δικαιούχα μέλη της οικογένειάς του, σύμφωνα με τις διατάξεις που διέπουν τη λειτουργία του. Αν ο δότης ή ο υποψήφιος δότης δεν συγκεντρώνει τις ελάχιστες προϋποθέσεις, κατά τις διατάξεις που διέπουν τη

λειτουργία του ασφαλιστικού φορέα, για την παροχή σύνταξης θεωρείται, κατά πλάσμα, ότι κατά την ημέρα της επέλευσης της αναπηρίας ή του θανάτου συνέτρεχαν οι ελάχιστες αυτές προϋποθέσεις, με βάση τις οποίες καθορίζεται και το ύψος της σύνταξης.

4. Αν ο δότης ή ο υποψήφιος δότης είναι ανασφάλιστος, σε περιπτώσεις αναπηρίας ή θανάτου του, κατά την έννοια της προηγούμενης παραγράφου, καταβάλλεται κατά περίπτωση σ' αυτόν ή τα δικαιούχα μέλη της οικογένειάς του εφάπαξ αποζημίωση που βαρύνει τις ειδικές πιστώσεις του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που προβλέπονται στην παράγραφο 7 του άρθρου αυτού. Το ύψος της εφάπαξ αποζημίωσης καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Ως δικαιούχα μέλη της οικογένειας του δότη ή υποψήφιου δότη για τη λήψη της εφάπαξ αποζημίωσης, σε περίπτωση θανάτου αυτού, νοούνται τα μέλη εκείνα που θα ήταν δικαιούχα σύνταξης αν αυτός (ο θανών) ήταν ασφαλισμένος στο ΙΚΑ, η δε κατανομή μεταξύ αυτών γίνεται κατά τα ποσοστά της σύνταξης που θα έπαιρνε ο καθένας τους.

6. Με Π.Δ/γμα που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μπορεί, αντί της καταβολής ως εφάπαξ αποζημίωσης, να προβλέπεται παροχή πάγιας μηνιαίας αποζημίωσης στη μια ή στην άλλη περίπτωση. Με το ίδιο ή άλλο όμοιο δ/γμα καθορίζεται η διαδικασία παροχής της πάγιας μηνιαίας αποζημίωσης.

7. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και πρόνοιας εγγράφεται κάθε χρόνο, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό, ειδική πίστωση για δαπάνες αφαίρεσης - μεταμόσχευσης μοσχευμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Γ' ΑΦΑΙΡΕΣΕΙΣ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΝΕΚΡΟ

Άρθρο 7

Προϋποθέσεις-Διαδικασία

1. Ο ικανός για δικαιοπραξία που επιθυμεί να προσφέρει μετά το θάνατό του ολόκληρο ή μέρος του σώματός του για θεραπευτικούς ή επιστημονικούς

σκοπούς, μπορεί να δηλώσει γραπτά ή προφορικά τη βούλησή του αυτή. Την ίδια δυνατότητα έχει και εκείνος που βρίσκεται σε κατάσταση νόμιμης απαγόρευσης. Ο τύπος, με τον οποίο δηλώνεται η βούληση του δότη καθώς και η διαδικασία και ο τρόπος απόδειξης καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

2. Επιτρέπεται μετά την επέλευση του θανάτου η αφαίρεση από το ανθρώπινο σώμα ιστών, οργάνων ή τμημάτων οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση για θεραπευτικούς ή επιστημονικούς σκοπούς και χωρίς την ύπαρξη γραπτής ή προφορικής δηλώσεως περί της βουλήσεως, όπως αυτή αναφέρεται στην παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου.

3. Δεν επιτρέπεται να γίνει αφαίρεση όταν υπάρχει αντίθεση, έστω και εικαζόμενη, του θανόντος εν όψει και των θρησκευτικών ή φιλοσοφικών πεποιθήσεων του θανόντος. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία και τα κριτήρια, από τα οποία συνάγεται η εικαζόμενη αντίθεση του θανόντος.

4. Με την επέλευση του θανάτου η αφαίρεση ιστών και οργάνων μπορεί να γίνει και όταν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων, εκτός από τον εγκέφαλο, διατηρούνται με τεχνητά μέσα (εγκεφαλικός θάνατος).

5. Ο εγκεφαλικός θάνατος πιστοποιείται από τον υπεύθυνο για τον άρρωστο γιατρό ή τον αντικαταστάτη του, ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό και έναν αναισθησιολόγο. Στην πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου δεν συμμετέχει γιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα.

6. Αφού διαπιστωθεί ο θάνατος η αφαίρεση ιστών και οργάνων γίνεται από εξειδικευμένο χειρουργό ή από γιατρό αντίστοιχης με το όργανο που αφαιρείται ειδικότητας.

7. Όταν συντρέχει περίπτωση ιατροδικαστικής πραγματογνωμοσύνης και είναι ανέφικτη η άμεση προσέλευση αυτού που εκτελεί χρέη ιατροδικαστή ή του αναπληρωτή του, ο αρμόδιος εισαγγελέας δίνει την άδεια να διενεργηθεί νεκροψία και νεκροτομή από παθολογοανατόμο ή χειρουργό. Η ιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη γίνεται στον τόπο, όπου διενεργείται η αφαίρεση ιστών και οργάνων.

8. Η αφαίρεση του πτωματικού υλικού πραγματοποιείται εκεί όπου βρίσκεται ο νεκρός και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η επέμβαση για τη λήψη του μοσχεύματος έχει προτεραιότητα.

9. Ο γιατρός οφείλει: α) να ακολουθεί την οριζόμενη από την επιστήμη τεχνική για αποφυγή παραμορφώσεων στα εξωτερικά χαρακτηριστικά του νεκρού και β) να αποκαθιστά κατά το δυνατό τα εξωτερικά μορφολογικά χαρακτηριστικά του σώματος πριν την απόδοσή του στους οικείους για τον ενταφιασμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 10

1. οι παραβάτες των διατάξεων των άρθρων 5, 7 και 8 του νόμου αυτού, εφόσον δεν συντρέχει περίπτωση βαρύτερης ποινής, τιμωρούνται κατά τις διατάξεις του άρθρου 458 του Ποινικού Κώδικα. Κεφ. ΚΔ' Αντικατάσταση

2. Εφόσον δεν συντρέχει περίπτωση βαρύτερης αξιόποινης πράξης: α) ο εκούσιος δότης μοσχευμάτων τιμωρείται, εάν συμφώνησε ή έλαβε οποιοδήποτε αντάλλαγμα, χρηματική ποινή τουλάχιστο πενήντα χιλιάδων (50.000) δρχ. β) Όποιος προσφέρεται δημόσια να δώσει από το σώμα του μοσχεύματα με οποιοδήποτε αντάλλαγμα τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστο τριών (3) μηνών και χρηματική ποινή τουλάχιστο πενήντα χιλιάδων (50.000) δρχ. γ) Όποιος συμφωνεί ή λαμβάνει οποιοδήποτε αντάλλαγμα για μεσολάβηση του σε αφαίρεση ιστών ή οργάνων άλλου για μεταμόσχευση τιμωρείται τουλάχιστο με φυλάκιση ενός έτους και χρηματική ποινή τουλάχιστον εκατό χιλιάδων (100.000) δρχ. δ) Όποιος παίρνει ή προσφέρεται να πάρει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ιστούς ή όργανα ανθρώπινης προέλευσης, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών και χρηματική ποινή τουλάχιστον εκατό χιλιάδων (100.000) δρχ. Εάν σκοπός της απόκτησης των μοσχευμάτων είναι η μεταπώληση, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστο δύο (2) ετών και χρηματική ποινή τουλάχιστο διακοσίων χιλιάδων (200.000) δρχ.

3. Οποίος χρησιμοποιεί ιστό ή όργανο για μεταμόσχευση σε λήπτη άλλον από αυτόν για τον οποίον ο δότης είχε συναινέσει, τιμωρείται με φυλάκιση

τουλάχιστον έξι (6) μηνών και χρηματική ποινή τουλάχιστο διακοσίων χιλιάδων (200.000) δρχ.

4. Όποιος από παράλειψη, αμέλεια ή ολιγωρία συντελέσει στη μη τήρηση των διαδικασιών για την αξιοποίηση προσφερόμενου μοσχεύματος τιμωρείται, εφ' όσον δεν συντρέχει περίπτωση βαρύτερης ποινής, κατά τας διατάξεις του άρθρου 458 του Ποινικού Κώδικα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε' ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 11

1. Στους πάσχοντες από ολική παραπληγία ή ακρωτηριασμό των κάτω άκρων τακτικούς δημόσιους πολιτικούς υπαλλήλους, τους πολιτικούς και στρατιωτικούς συνταξιούχους και τα μέλη των οικογενειών τους, αναγνωρίζεται σε βάρος του Δημοσίου η δαπάνη για την αγορά Τροχήλατου αμαξιδίου ή αναπηρικής πολυθρόνας, χωρίς καμιά συμμετοχή.

2. Η εκ νέου προμήθεια των ανωτέρω ειδών επιτρέπεται μετά πάροδο τετραετίας από την προηγούμενη αγορά.

3. Οι προϋποθέσεις και η διαδικασία χορήγησης των ανωτέρω ειδών καθώς και το ύψος των αντίστοιχων δαπανών καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 12

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καθορίζεται το ποσοστό συμμετοχής στις δαπάνες εκπαίδευσης στα Ειδικά Εκπαιδευτήρια των κωφάλων παιδιών ασφαλισμένων του Δημοσίου, που μπορεί να φθάσει μέχρι και της κατάργησής του.

Άρθρο 13

1. Η προθεσμία που προβλέπεται στις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 26 του Ν. 1320/1983 «Πρόσληψη στο Δημόσιο Τομέα και άλλες διατάξεις» καθώς και των παραγράφων 1 και 2 του Άρθρου 11 του Ν. 1305/1982» για την κύρωση της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου για την αύξηση των κατωτάτων

ορίων και των λοιπών συντάξεων του ΙΚΑ και άλλες διατάξεις», παρατείνεται μέχρι 31.12.1983.

2. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα καθώς και τα Ιδρύματα Κοινωνικής Πρόνοιας, αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορούν να προσλαμβάνουν προσωρινά ιατρούς ειδικοτήτων, που κατέχουν και άλλη θέση στο Δημόσιο Τομέα με συμβάσεις ορισμένου χρόνου διάρκειας μέχρι 6 μηνών, κατ' εξαίρεση των περιορισμών και διατάξεων των παρ. 1, 2 και 3 του άρθρου 1 του Ν. 1256/1982, εφόσον κατά την προκήρυξη των θέσεων δεν υπάρξει αίτηση γιατρού που δεν κατέχει θέση. Οι προκηρύξεις επαναλαμβάνονται κατά τακτικά χρονικά διαστήματα, όχι μεγαλύτερα των 3 μηνών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 14

Τα Κέντρα Μεταμοσχεύσεων που έχουν συσταθεί κατά τις διατάξεις του άρθρου 4 του Ν. 821 / 1978 «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως» εξακολουθούν να λειτουργούν μέχρι έξι (6) μήνες από τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

Άρθρο 15

Καταργούνται ο νόμος 821 / 1978 «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως», πλην της παραγράφου 3 του άρθρου 5 αυτού, τα άρθρα 1 και 2 του Ν. 1028/1980 «περί τροποποίησης διατάξεων των Ν. 821 / 1978 κλπ.» και κάθε άλλη γενική ή ειδική διάταξη που αντιβαίνει στο νόμο αυτόν.³

Άρθρο 16

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από την δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Παραγγέλλομεν να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως το κείμενο του παρόντος και να εκτελεσθεί ως νόμος του Κράτους.¹⁰⁴

¹⁰⁴ 1383 (ΦΕΚ 106/5-8-83) Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων. www.disability.gr/gr-arts/n1383.html - 18Κ - Περμ, 25 Οκτ 2001

5.6.2. Ο Νόμος 2071/92 (ΦΕΚ 123/15-7-92 ΤΑΝ)

Άρθρο 130

Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων

1. Συνιστάται Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων (Ε.Σ.Μ.) με σκοπό:

- α. Τη Συμβολή στη χάραξη της γενικής πολιτικής μεταμοσχεύσεων στη χώρα.
- β. Την εποπτεία της λειτουργίας της Υ.Σ.Ε.Μ.
- γ. Την εισήγηση στο ΚΕ.Σ.Υ. μέτρων, όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας των κέντρων μεταμοσχεύσεων και την αναθεώρηση αυτών.
- δ. Την γνωμοδότηση επί γενικών, καθώς και ειδικών και δεοντολογικών προβλημάτων, που αφορούν τις μεταμοσχεύσεις.

ε. Τη σύσταση επιτροπών προς επεξεργασία συγκεκριμένων θεμάτων.

2. Το Ε.Σ.Μ. είναι 13μελές και απαρτίζεται από τον πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. ή εκπρόσωπό του, τον διευθυντή της Υ.Σ.Ε.Μ. ή εκπρόσωπο του, τον πρόεδρο της Ε.Σ.Η.Ε.Α. ή εκπρόσωπό του, τον πρόεδρο του ΠΙΣ ή εκπρόσωπο του, το γενικό διευθυντή υγείας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή εκπρόσωπό του.

α. Τα λοιπά μέλη ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και είναι επιστήμονες κύρους, που ασχολούνται με τις μεταμοσχεύσεις σε όλα τα επίπεδα ενδιαφέροντος.

β. Ως γραμματέας της Ε.Σ.Μ., ορίζεται υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ο οποίος συμμετέχει άνευ ψήφου.

3. Η θητεία του Ε.Σ.Μ. ορίζεται ζετής. Το Ε.Σ.Μ. συνεδριάζει τακτικώς μία φορά το μήνα ή εκτάκτως αν το ζητήσουν ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ο πρόεδρος του Ε.Σ.Μ. ή εγγράφως 4 τουλάχιστο μέλη. Το Ε.Σ.Μ. αποφασίζει εν απαρτία με πλειοψηφία παρόντων μελών του.

Σε περίπτωση ισοψηφίας, υπερισχύει η ψήφος του προέδρου. Κατά τα λοιπά ως προς τη συγκρότηση, σύνθεση και λειτουργία του Ε.Σ.Μ., εφαρμόζονται οι κανόνες του άρθρου 19 του ν. 1599/1986.

4. Η επιτροπή «προλήψεως και θεραπείας νεφροπαθειών και μεταμοσχεύσεων» του ΚΕ.Σ.Υ., μετονομάζεται σε «επιτροπή προλήψεως και θεραπείας νεφροπαθειών», και ανασυντίθεται.

5. Καταργούνται από της δημοσιεύσεως της παρούσας η Α2γ/οικ. 874/19.2.90, η Α2γ/οικ. 985/27.2.90 και η Α2γ/οικ. 1627/90 αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από 1 Μαρτίου 1991.¹⁰⁵

¹⁰⁵ http://www.tmth.edu.gr/el/kiosks/medicine/technology/medi_t3f.html - 6Κ - Αναέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - www.tmth.edu.gr

ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ & ΗΘΙΚΑ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^οΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ & ΗΘΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

6.1. Δυνητικοί και τελικοί δότες ιστών και οργάνων

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

1α. Η κατανομή των αναφερομένων δοτών σε σχέση με το τμήμα αναφοράς, φαίνεται στον Πίνακα 1.

Το 1991 το 45,2% (N =67/148) του συνόλου των αναφερομένων δοτών οργάνων έχουν αναφερθεί από ΜΕΘ - Ν/Χ, ενώ κατά το 1992 οι αναφερθέντες δότες από ΜΕΘ-Ν/Χ έχουν σημαντικά αυξηθεί (N 143/186, 76, 8%).

Από άλλα Νοσοκομειακά τμήματα οι αναφερθέντες δότες κατά το 1991 αποτελούσαν το 49,3% (N=73/148), ενώ για το 1992 έχουν μειωθεί σημαντικά, αποτελώντας το 20% του συνόλου των αναφερομένων δοτών (39/186).

Επίσης μειώθηκαν από 5,4% (N=8/148) το 1991 σε 2,1% (N=4/186) οι αναφερθέντες δότες από συγγενείς στο σπίτι.

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

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

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

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

2. Στον Πίνακα 2, παρουσιάζεται ο αριθμός των αφαιρεθέντων οργάνων από τους τελικούς δότες κατά τμήμα αναφοράς.

2α. Από τους αναφερόμενους δότες από τις ΜΕΘ-Ν/Χ το 1991 αφαιρέθηκαν κερατοειδείς από 30 δότες, νεφροί από 44, καρδιά από 11, καρδιά και πνεύμονες από 7, πνεύμονες από 1, ήπαρ από 12 και πάγκρεας από 6 δότες. Αντίστοιχα το 1992 αφαιρέθηκαν κερατοειδής από 47 δότες, νεφροί από 45, καρδιά από 12, καρδιά και πνεύμονες από 14 και ήπαρ από 23 δότες.

2β. Από τους αναφερόμενους από άλλα Νοσοκομειακά Τμήματα το 1991 αφαιρέθηκαν κερατοειδείς από 9 δότες, νεφροί από 1 και καρδιά - πνεύμονες από 1 δότη.

Αντίστοιχα το 1992 αφαιρέθηκαν κερατοειδείς από 13 και νεφροί από 2 δότες.

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

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

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

Διαπιστώνεται ότι κατά το 1992 έχει υπερδιπλασιασθεί το ποσοστό άρνησης των συγγενών από 22,6% σε 58,5% ενώ αντίθετα το ποσοστό των

ιατρο-δικαστικών λόγων έχει μειωθεί σημαντικότερα από 36,9% σε 9% το 1992. Επίσης και οι ιατρικοί λόγοι έχουν μειωθεί αισθητά.

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

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

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

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

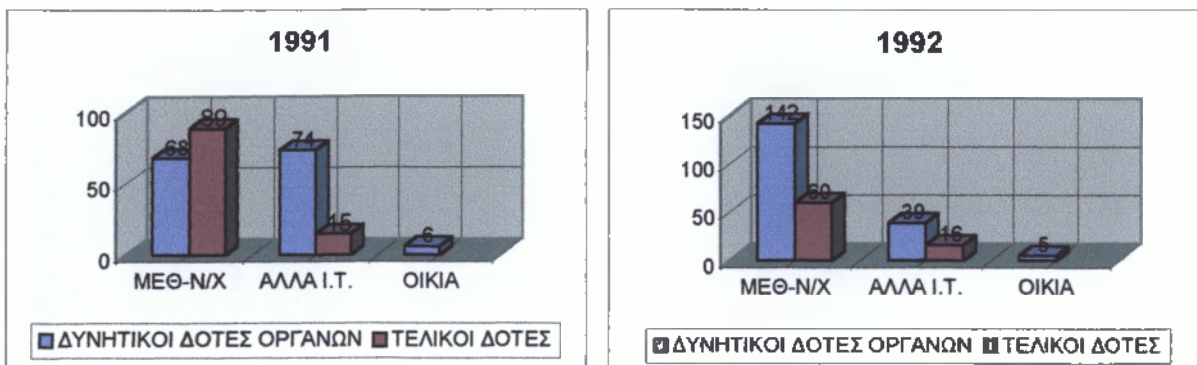
3γ. Αντίστοιχα 14,2% (2/14) των περιπτώσεων από τις ΜΕΘ-N/Χ αφορούν ιατροδικαστικούς λόγους το 1991 ενώ το 1992 το ποσοστό είναι μηδενικής βάσης.

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

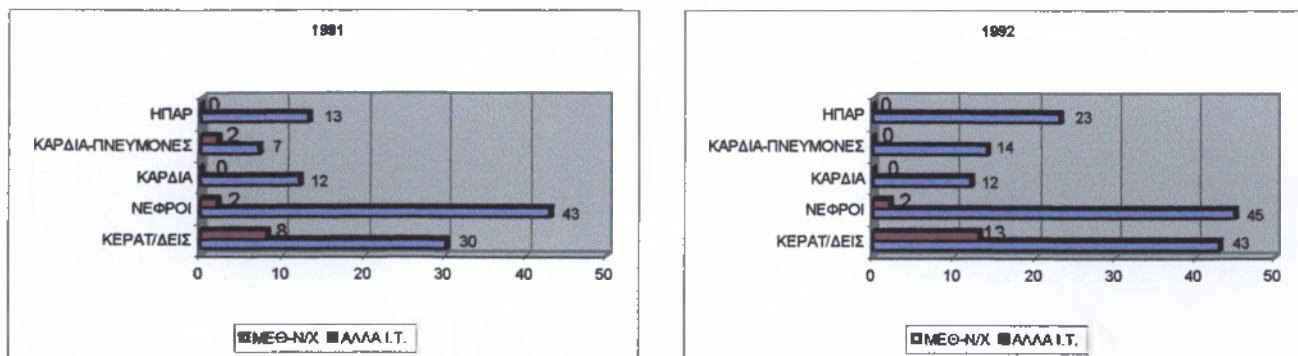
4. Στο σύνολο των αναφερθέντων δοτών ιστών και οργάνων το 1992 η κρανιοεγκεφαλική κάκωση (87, 46,7%), όπως και η εγκεφαλική αιμορραγία (59,31,7%) αποτελούν τις συνηθέστερες αιτίες θανάτου ενώ κατά το 1991 η κρανιοεγκεφαλική κάκωση αποτελούσε το 35,19% και η εγκεφαλική αιμορραγία το 18,2% των περιπτώσεων. Παρατηρείται αισθητή αύξηση της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, όπως και η εγκεφαλική αιμορραγία η οποία ως αιτία θανάτου διπλασιάζεται.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Πηγή Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

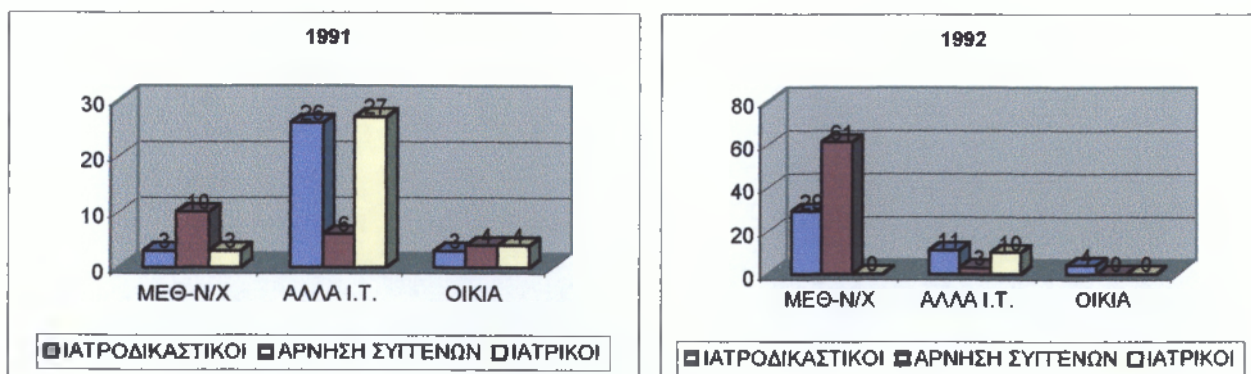
Πίνακας 1
Αναφερθέντες δότες οργάνων κατά τμήμα αναφοράς



Πίνακας 2
Αφαιρέσεις οργάνων από αναφερθέντες δότες



Πίνακας 3
Αιτίες μη αφαιρέσεως οργάνων από αναφερθέντες δότες



4α. 33,8% (63/186) των αναφερθέντων δοτών ανήκαν στην ομάδα ηλικιών μεταξύ 21 και 40 ετών, ενώ κάτω των 21 ετών ανήκε το 27,4% (51/186) και από 41 μέχρι 60 ετών το 22,5% (42/186).

4β. 41,3% (36/87) από τους αναφερθέντες δότες με αιτία θανάτου την κρανιοεγκεφαλική κάκωση ανήκαν στην ομάδα ηλικιών από 21-40 ετών ενώ από τους αναφερθέντες δότες με αιτία θανάτου την εγκεφαλική αιμορραγία το 45,7% (27/59) ανήκε στην ομάδα ηλικιών από 41-60 ετών.

5. Στον Πίνακα 5, φαίνεται η κατανομή των τελικών δοτών κατά ομάδες ηλικιών και αιτία θανάτου.

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

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

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

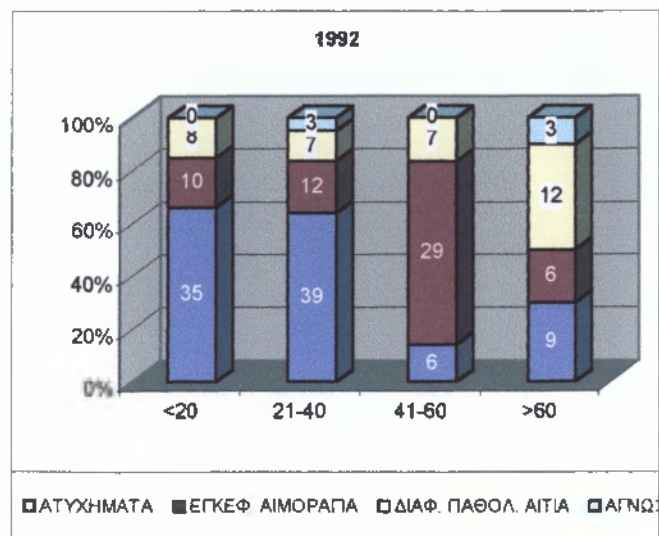
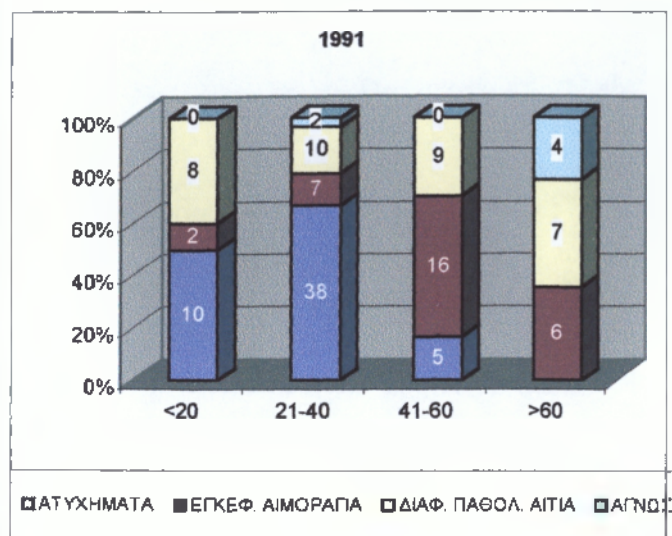
6. Στο σύνολο των αναφερθέντων δοτών οι άνδρες αποτελούσαν το 69,3% (129/186) και οι γυναίκες το 30,6% (57/186), όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.

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

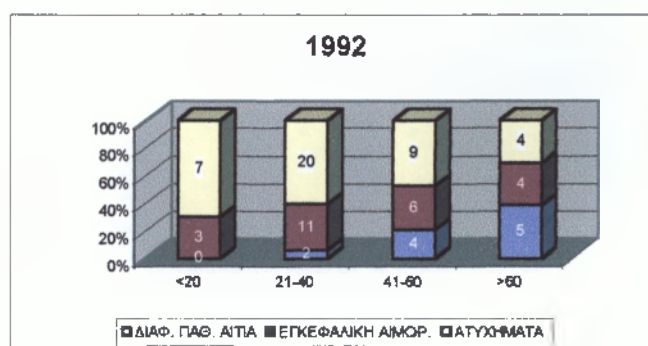
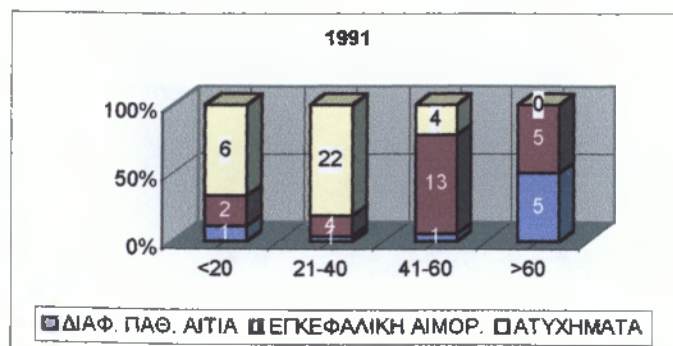
7. Κατά την περίοδο από τον Ιούνιο 1985 μέχρι τον Δεκέμβριο 1992 αναφέρθηκαν στην Υπηρεσία κυρίως από το Λεκανοπέδιο της Αττικής 743 δυνητικοί δότες ιστών και οργάνων (Πίνακας 7).¹⁰⁷

¹⁰⁷ Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

Πίνακας 4
Κατανομή δυνητικών δοτών κατά ομάδες ηλικιών και αιτία θανάτου



Πίνακας 5
Κατανομή τελικών δοτών κατά ομάδες ηλικιών και αιτία θανάτου



Πίνακας 6
Κατανομή δυνητικών δοτών κατά φύλο



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

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

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

8α. Για τους δότες νεφρών οι ιατρικοί λόγοι αποτελούν το 60,7% (169/178), η άρνηση συγγενών το 35,6% (99/278), οι ιατροδικαστικοί λόγοι το 1,7% (5/278) και οι οργανωτικοί λόγοι επίσης το 1,7% (5/278).

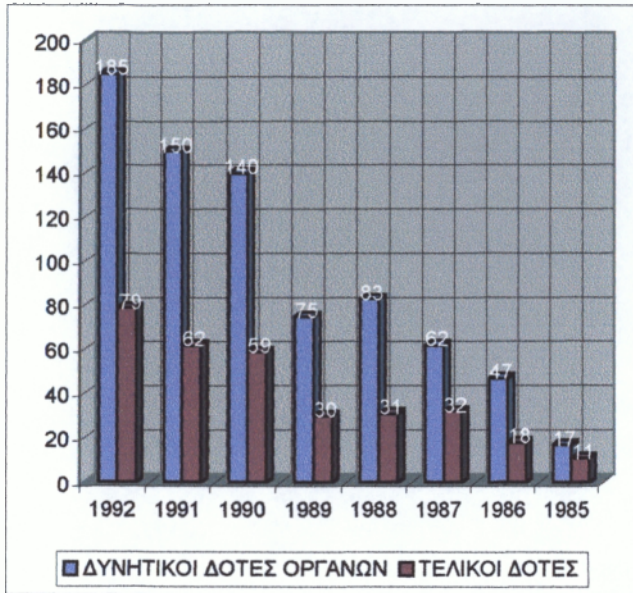
8β. Για τους δότες κερατοειδών οι ιατρικοί λόγοι το 42,4% (167/393), η άρνηση των συγγενών το 34,8% (137/393), οι ιατροδικαστικοί λόγοι το 20,3% (80/393) και οι οργανωτικοί το 2,2% (9/393).

8γ. Για τους δότες πολλαπλών οργάνων οι ιατρικοί λόγοι το 39,8% (53/133), η άρνηση των συγγενών το 57,1% (76/133), οι ιατροδικαστικοί λόγοι το 1,5% (2/133) και οι οργανωτικοί επίσης το 1,5% (2/133).

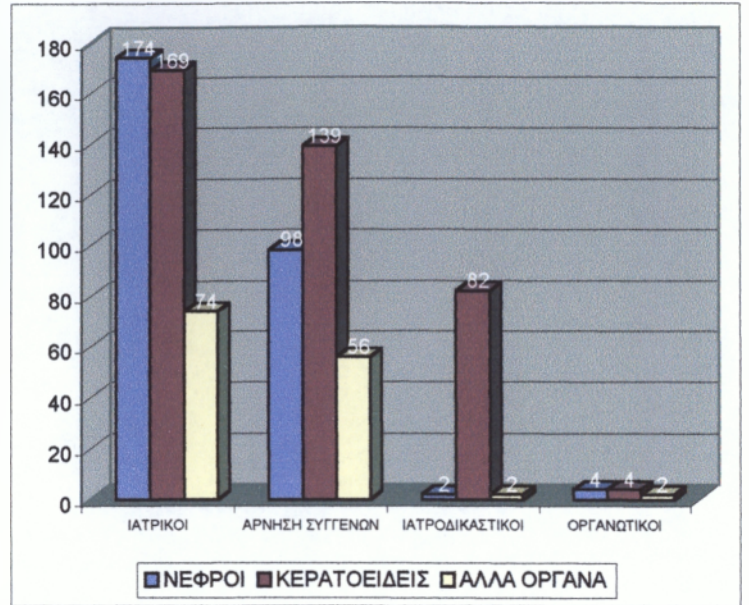
9. Κατά την περίοδο 1985-1992, έγιναν στην Ελλάδα συνολικά 1.726 μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων (κερατοειδούς, νεφρού, καρδιάς - πνευμόνων, ήπατος, παγκρέατος) (Πίνακας 9).¹⁰⁸

¹⁰⁸ Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

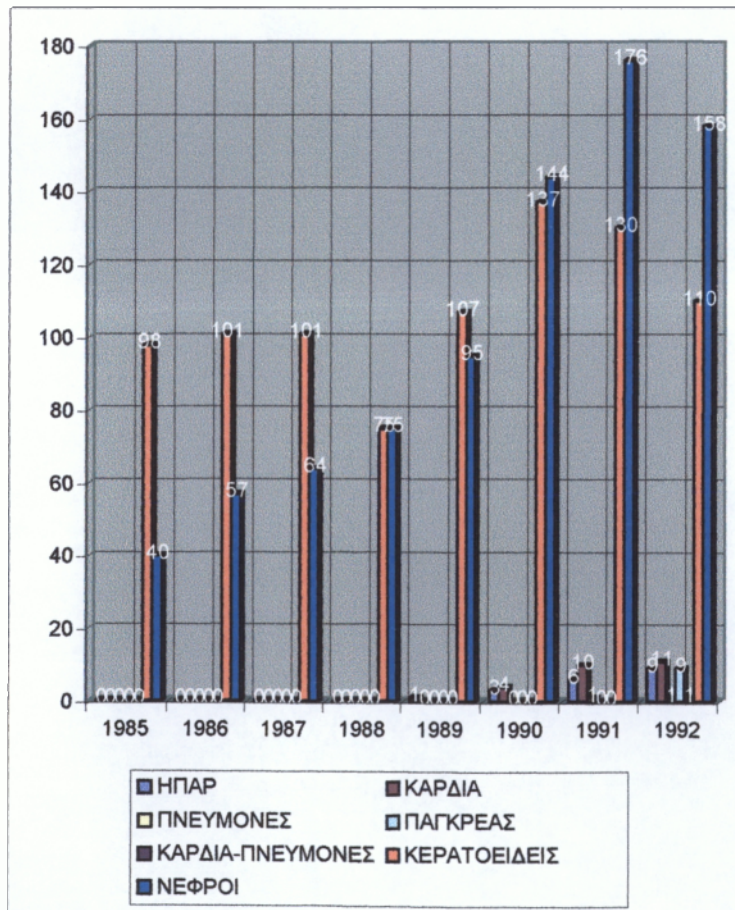
Πίνακας 7
Αναφερθέντες δότες οργάνων (1985-1992)



Πίνακας 8
Αιτίες αφαίρεσης οργάνων (1985-1992)



Πίνακας 9
Μεταρροχές στην Ελλάδα (1985-1992)



Πηγή Υ.Σ.Ε.: Ετήσια Έκθεση 1991-1992

6.2. Αποτελέσματα εφαρμογής κάρτας δότη

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

Ειδικότερα εάν θεωρήσουμε επίσης την Κάρτα Δότη ως ένα μέσο για την διάδοση της ιδέας των Δωρεάς Ιστών και Οργάνων, και λάβουμε υπόψη αντίστοιχα δεδομένα από την διεθνή αρθρογραφία σύμφωνα με τα οποία τα μέσα αυτά (Κάρτες Δότη, Άδειες Οδήγησης, κλπ.) δεν αποφέρουν παρά μόνον ένα 20% στην αύξηση των αναφερομένων δυνητικών δοτών οργάνων (Carlan, Transpl Proc 1986), το γεγονός ότι 17,4% (134/766) των αναφερθέντων στην Υπηρεσία δυνητικών δοτών ήταν δωρητές με Κάρτα Δότη, εκτιμάται ότι αποτελεί ιδιαίτερη επιτυχία του όλου προγράμματος.¹⁰⁹

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

Στην Ευρώπη εφαρμόζονται κυρίως δύο συστήματα για την μετά θάνατο δωρεά οργάνων καθώς και σε μερικές περιπτώσεις ο συνδυασμός αυτών των συστημάτων. Το πρώτο σύστημα (opting-in system) στηρίζεται στην ρητή και σαφή συναίνεση (explicit consent) του δότη θεωρώντας ότι καμία αφαίρεση δεν επιτρέπεται να γίνει, εκτός εάν προηγουμένως ο δότης έχει εκφράσει, εν ζωή, την συναίνεση του, προϊόν της ελεύθερης βούλησής του.¹¹⁰

¹⁰⁹ <http://www.mednet.gr/fiss/index2.htm> - 63Κ - Αναζήτηση: Παρ, 19 Οκτ 2001 - www.mednet.gr

¹¹⁰ Toledo-Pereyra L.N. : Perspectives on Organ Procurement, Transplant Proc., 1986

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

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

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

Παρέχοντας την δυνατότητα στον καθένα να επιλέξει υπέρ ή κατά της δωρεάς οργάνων, οδηγείται σε μία φάση και ρητή επιλογή, εκφράζοντας έτσι την ελεύθερη βούληση του.

Εάν παρ' όλα αυτά δεν έχει εκφραστεί αυτή η επιλογή του, η υπόθεση ότι ο νεκρός ήταν «αδιάφορος» μπορεί να οδηγήσει νομικά στην αφαίρεση οργάνων, ενισχυμένη μάλιστα από την θετική στάση των συγγενών.¹¹¹

Ίσως είναι ο μόνος τρόπος για την εξασφάλιση δημιουργίας ενός κλίματος εμπιστοσύνης και συναίνεσης μεταξύ των δυνητικών δωρητών, των συγγενών, των επαγγελματιών και λειτουργών υγείας αλλά και της Κοινής Γνώμης γενικότερα, έτσι ώστε η καθιέρωση της ιδέας της Δωρεάς Οργάνων για μεταμόσχευση των ασθενών που αναμένουν ένα μόσχευμα είτε για να κρατηθούν στην ζωή, είτε για να βελτιώσουν την χαμηλού βαθμού ποιότητα ζωής τους, να βρει υποστηρικτές τους Πολίτες όλης της χώρας.¹¹²

¹¹¹ http://www.tmtf.edu.gr/el/kiosks/medicine/technology/medi_13f.html - 6Κ - Ανανέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - www.tmtf.edu.gr

¹¹² Starzl TE et al : A Multifactorial System for Equitable Selection of Cadaver Kidney Recipients. JAMA 1987

6.3. Ηθικά προβλήματα της μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων

Στον πλανήτη μας ζουν και απολαμβάνουν σήμερα τη ζωή χιλιάδες συνανθρώπων μας με μεταμοσχευμένα όργανα.

Στη μακρά και δυσμενή όμως πορεία της από το πειραματικό εργαστήριο μέχρι την κλινική εφαρμογή, η μεταμόσχευση οργάνων, όπως κάθε μεγάλη ανθρώπινη ιδέα και προσπάθεια, δημιούργησε σωρεία προβλημάτων θρησκευτικών, κοινωνικών, νομικών, συναισθηματικών και κυρίως ηθικών – εδώ αρμόζουν τα λόγια του φιλόσοφου και ποιητή Νοβάλις.

«Όταν ο άνθρωπος προτίθεται να προχωρήσει ένα βήμα εμπρός σε κάθε είδους δημιουργία, επιστημονική, κοινωνική πρέπει προηγουμένως να επιτελέσει τρία βήματα πίσω προς την ηθική περισυλλογή».

Παρ' όλα ότι η μεταμόσχευση ως ιδέα και πράξη είναι ηθικά κατοχυρωμένη, πολλά προβλήματα δημιουργούνται κατά την εφαρμογή της όταν δεν τηρούνται οι αρχές της ιατρικής δεοντολογίας και ηθικής. Βασικά ηθικό χρέος αποτελεί η εξασφάλιση της ζωής του λήπτου. Για να είναι η επέμβαση επωφελής για αυτόν, θα πρέπει να τηρηθούν όλα τα ηθικά και ιατρικά δεδομένα.

Αν η νόσος έχει προκαλέσει μόνιμες και σημαντικές διαταραχές στον οργανισμό, η αξία μιας μεταμοσχεύσεως είναι αμφισβητήσιμη, έστω κι αν είναι επιτυχής γιατί τότε θα παρατείνει μια ζωή προβληματική. Με ποια αντικειμενικά κριτήρια θα αποφασίσουμε όμως αν η ζωή είναι προβληματική; Ποιος έχει το δικαίωμα να πάρει την τελική απόφαση; Οι ιατρός, ο ασθενής ή οι συγγενείς του;¹¹³

Στους αιώνες που πέρασαν αλλά και μέχρι προ ολίγων ακόμη ετών, η προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών αποφασιζόταν αποκλειστικά από τον ιατρό χωρίς τη συμμετοχή του ασθενούς, ο οποίος θα έπρεπε να υπακούει χωρίς αντιρρήσεις και παρεμβάσεις. Κατά τη διάρκεια όμως των τελευταίων ετών, η καλύτερη πληροφόρηση του κοινού και η γενικότερη ανάπτυξη του, έχει μεταβάλλει τη σχέση ιατρού-ασθενούς. Οι ασθενείς, επιθυμούν, αλλά και

¹¹³ Specs E.K. et al : *Cadaver Organ Procurement and Sharing by Members of the South-Eastern Organ Procurement Foundation Transplant Proc.*, 1984

έχουν το δικαίωμα της συμμετοχής στη λήψη των αποφάσεων, από τις οποίες εξαρτάται η υγεία τους και πολλές φορές και αυτή η ίδια η ζωή τους.

Η ελευθερία του ατόμου, που αποτελεί θεμέλιο λίθο της δημοκρατικής κοινωνίας, αλλά και βασική αρχή της ηθικής, πρέπει απόλυτα να τηρηθεί.

Αρμόδιος για την τελική απόφαση να είναι ο ίδιος ο ασθενής. Στην άποψη αυτή συμφώνησαν φιλόσοφοι, αν και αντιθέτων τάσεων, όπως ο Immanuel Kant και John Stuart Mill, υπό την προϋπόθεση όμως ότι η διανοητική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς του επιτρέπουν να εκτιμήσει τα γεγονότα και τις προοπτικές, που με ειλικρίνεια και αντικειμενικότητα θα του εκθέσει ο ιατρός.

Εδώ γεννάται το μεγάλο ερώτημα. Είναι η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς και ιδιαίτερα του μεσογειακού Έλληνα, κατάλληλη να του επιτρέψει μία ψύχραιμη και σωστή εκτίμηση της καταστάσεως και να τον οδηγήσει στην ορθή απόφαση, ή η πληροφόρηση θα τον ευαισθητοποιήσει και θα τον επηρεάσει αρνητικά; Ειδικά, ο ασθενής που θα υποβληθεί σε μεταμόσχευση πρέπει να είναι σωστά πληροφορημένος. Πρέπει να γνωρίζει το ενδεχόμενο της απορρίψεως, τις επιπλοκές που μπορεί να εμφανισθούν, αλλά και την ποιότητα της ζωής που θα εξασφαλίσει η μεταμόσχευση. Μόνο όταν γνωρίζει την πραγματικότητα συνειδητοποιεί το πρόβλημα και ακολουθεί τις υποδείξεις του ιατρού, με τον οποίο θα πρέπει να συνεργάζεται στενά για τη δημιουργία συνθηκών που θα του επιτρέψουν να απολαύσει μία φυσιολογική ζωή μετά την επέμβαση.¹¹⁴

Ειδικά ηθικά προβλήματα δημιουργεί η μεταμόσχευση στα παιδιά που δεν χουν την ωριμότητα να αποφασίσουν για τον εαυτό τους. Ο νόμος παραχωρεί βέβαια το δικαίωμα της αποφάσεως στους γονείς. Δεν είναι όμως το ίδιο όταν αποφασίζεις για τη ζωή σου και όταν παίρνεις απόφαση για τη ζωή άλλων, έστω και αν πρόκειται για τα παιδιά σου. Σε ατυχείς περιπτώσεις παιδιών με σωματικές ή πνευματικές αναπηρίες, οι γονείς πολλές φορές αρνούνται να τα υποβάλουν σε θεραπεία, για να μην παρατείνουν τη

¹¹⁴ Younger S et al : *Brain Death and Organ Retrieval : a Cross Section Survey of Knowledge and Concepts Among Health Professionals*. JAMA, 1989, σελ. 172

μαρτυρική ζωή τους. Και σ' αυτές ακόμα τις περιπτώσεις, ο γιατρός παρά τους οποιουσδήποτε προβληματισμούς του, πρέπει να συμμορφωθεί προς τις επιταγές του λειτουργήματος του. Αποστολή του είναι η παράταση της ζωής. Με κανένα τρόπο δεν έχει το δικαίωμα να αποφασίζει για τον θάνατο συνανθρώπου του. Είναι γεγονός όμως, ότι σε περιπτώσεις που η ζωή είναι βασανιστική και όταν δεν διαφαίνεται καμιά πιθανότητα ίασεως, πολλές φορές ως άνθρωποι έχουμε διερωτηθεί αν μια ήρεμη αποχώρηση δεν είναι προτιμότερη από την παράταση της ζωής. Δεν υπαινίσσομαι βέβαια το μεγάλο πρόβλημα της ευθανασίας, απλώς θέτω το ερώτημα αν η ιατρική σ' αυτές τις απέλπιδες τυραννικές καταστάσεις πρέπει να μάχεται με φανατισμό για να παρατείνει ένα μαρτύριο, που κανείς από εμάς δεν θα ήθελε να υποστεί.¹¹⁵

Το δεύτερο και μεγαλύτερο συναισθηματικό και ηθικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ιατρός των μεταμόσχευσεων, είναι ο ζωντανός δότης. Μετά την επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού μεταξύ μονογενών διδύμων, επικράτησε η άποψη ότι είναι παραδεκτή η πρόκληση βλάβης, ακόμη και κινδύνου, σε ένα άτομο, προκειμένου να σωθεί ένα άλλο.

Υποστηρίχθηκε ότι ο ψυχικός κλονισμός του εθελοντή δότη θα ήταν μεγάλος, αν δεν του δινόταν η ευκαιρία να προσφέρει ζωή στον αδελφό του δωρίζοντας το νεφρό του. Έτσι ο στενός συγγενής, μητέρα, πατέρας ή αδελφός απετέλεσε στα πρώτα χρόνια τη μοναδική ίσως πηγή μοςχευμάτων. Ο συναισθηματισμός και η αγωνία για να διατηρηθεί στη ζωή το αγαπημένο πρόσωπο, υπερνικά τον κίνδυνο και την ταλαιπωρία μιας επεμβάσεως, ακόμη και τον φόβο κάποιας αναπηρίας, και εξυψώνει τον υποψήφιο δότη, σε επίπεδο πραγματικής αυτοθυσίας. Η φιλάνθρωπη όμως προσφορά του δεν μπορεί να γίνει αποδεκτή ανεξέλεγκτα. Πρέπει να μελετηθούν όλα τα δεδομένα που διασφαλίζουν κατά το μέγιστο δυνατό τρόπο τη ζωή του.¹¹⁶

Η επέμβαση για τη λήψη ενός νεφρού για μεταμόσχευση δεν είναι τελείως απαλλαγμένη από το φόβο του θανάτου. Η μεγάλη ηλικία και η κακή

¹¹⁵ Younger S et al : *Brain Death and Organ Retrieval : a Cross Section Survey of Knowledge and Concepts Among Health Professionals.* JAMA, 1989, σελ. 178

¹¹⁶ Van Der Vliet JA et al : *Successful Reorganization of Organ Procurement in the Netherlands, Transplant. Proc., 1984, σελ. 132*

γενική κατάσταση του οργανισμού επαυξάνουν τον κίνδυνο. Αλλά δεν είναι μόνο ο κίνδυνος του θανάτου. Είναι και η τύχη του εναπομείναντος νεφρού. Κανείς δεν μπορεί να γνωρίζει τι θα επακολουθήσει στα επόμενα χρόνια γιατί δυστυχώς δεν υπάρχουν ακόμα επαρκείς στατιστικές για το θέμα αυτό.

Πολύ μεγαλύτερο γίνεται το πρόβλημα όταν πρέπει να ληφθούν τμήματα από το ήπαρ γονέων για μεταμόσχευση σε παιδιά με συγγενή χολική ατρησία ή τμήματα παγκρέατος. Οι επεμβάσεις αυτές είναι βαριές και η νοσηρότητα και η θνητότητα αυξημένες. Αλλά και αυτή η πιθανότητα επιτυχίας της μεταμόσχευσης θα πρέπει ιδιαίτερα να ληφθεί υπόψη. Κάθε μόσχευμα δεν είναι κατάλληλο, έστω κι αν έχει καλή ιστοσυμβατότητα.¹¹⁷

Ένας νεφρός ηλικιωμένου ατόμου, που ανταποκρίνεται με δυσκολία, στο λειτουργικό του έργο, διατρέχει τον κίνδυνο για πολλούς λόγους να είναι ανεπαρκής μετά την μεταμόσχευση. Η απόφαση θα πρέπει να στηριχθεί στη στατιστική των πιθανοτήτων τόσο της επιτυχίας της μεταμόσχευσης όσο και της ενδεχομένης βλάβης του δότη. Τα στατιστικά δεδομένα μπορούν να πληροφορήσουν αν μια ανθρωπιστική πράξη, όπως η προσφορά ενός οργάνου, θα είναι επικίνδυνη, ωφέλιμη ή μάταιη και να μας οδηγήσουν όσο γίνεται ασφαλέστερα στη λήψη της τελικής αποφάσεως.

Ιδιαίτερα ανατριχιαστική είναι η προσπάθεια οικογενειών να παρουσιάσουν σαν εκούσιους δότες παιδιά τους που είναι διανοητικά καθυστερημένα, για να προσφέρουν νεφρούς σε πάσχοντες αδελφούς τους. Τέτοιες συγκλονιστικές περιπτώσεις, οι οποίες αντιτίθενται σε κάθε έννοια ηθικής αποκλείονται ασυζητητί, θα πρέπει να αποκλείεται επίσης, χωρίς δισταγμό, η προσφορά νεφρών από παιδιά σε ηλικιωμένους γονείς. Η περίπτωση ευτυχώς είναι σπάνια, αφού οι γονείς επιβιώνουν με αιμοκάθαρση.

Το «Primum non nocere» δηλαδή κατ' αρχήν μη βλάπτεις που προσπάθησε να τηρήσει κατά το δυνατόν η ιατρική στους αιώνες που πέρασαν, ως αποτελεί αξίωμα για την προστασία του εθελοντή δότη. Για να είναι ο ιατρός συνεπής προς τις ηθικές υποχρεώσεις του, θα πρέπει να καταβάλει

¹¹⁷ Van Der Vliet JA et al : Successful Reorganization of Organ Procurement in the Netherlands, *Transplant. Proc.*, 1984, σελ. 142

προσπάθεια να αποτρέψει τον υποψήφιο δότη από την ανθρωπιστική προσφορά του, πρέπει με ειλικρίνεια και αντικειμενικότητα να τον κατατοπίσει για όλα τα ενδεχόμενα που μπορεί να προκύψουν σ' αυτόν από την αφαίρεση του οργάνου του. Μόνο τότε ο Ιατρός είναι ηθικά κατοχυρωμένος να προχωρήσει στη μεταμόσχευση. Ας γίνει κοινή συνείδηση, ότι η χρησιμοποίηση ζωντανού δότη θα πρέπει να είναι το έσχατο μέσο και μόνο όταν η ανεύρεση πτωματικού μοσχεύματος είναι αδύνατη.

Μεγάλο ηθικό δίλημμα, δημιουργεί η προσφορά νεφρών από μη συγγενείς δότες, οι οποίοι προσέρχονται δήθεν εθελοντικά, ως εμπορούμενοι από ιδεώδη φιλαλληλίας ενώ συνήθως υποκρύπτεται οικονομική συναλλαγή. Στις εφημερίδες των Ινδιών, της Βραζιλίας και άλλων χωρών συνεχώς υπάρχουν αγγελίες για πώληση νεφρών από ζωντανούς δότες έναντι μερικών χιλιάδων δολαρίων. Ακόμη και κρατικά νοσοκομεία των χωρών αυτών προβαίνουν σε αγορές νεφρών για μεταμοσχεύσεις. Η απαράδεκτη αυτή πράξη, βρήκε στο παρελθόν λίγους ευτυχώς μιμητές στην Ευρώπη και την Αμερική.

Η διεθνής Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων και το Συμβούλιο της Ευρώπης εστιγμάτισαν την αγοραπωλησία, ως πράξη στερημένη ηθικής. Χώρες όπως οι ΗΠΑ απαγορεύουν με νόμο την πώληση μοσχευμάτων. Το φλέγον πρόβλημα δεν έχει μόνο την ηθική του άποψη, αν μπορούμε δηλαδή να μετατρέψουμε το σώμα μας σε εμπορεύσιμο αντικείμενο, αλλά και την πρακτική πλευρά του. Η πώληση οργάνων στην ελεύθερη αγορά, εφόσον η ζήτηση είναι μεγάλη, θα δημιουργήσει αδυναμία στο φτωχό να προμηθευτεί μόσχευμα και η αγαθοεργός πράξη της μεταμοσχεύσεως θα περιοριζόταν μόνο στον πλούσιο.¹¹⁸

Ας δούμε όμως και μία άλλη διάσταση του προβλήματος. Αν εμείς οι ίδιοι απειλούμαστε από τον άμεσο κίνδυνο του θανάτου και η οικονομική μας κατάσταση, μας επέτρεπε την αγορά ενός οργάνου, πόσο ανήθικη θα θεωρούσαμε την πράξη μας. Ας αντιστρέψουμε όμως την ερώτηση. Αν είμαστε φτωχοί, ανίκανοι να διαθρέψουμε την οικογένεια μας και η

¹¹⁸ Van Der Vliet JA et al : *Successful Reorganization of Organ Procurement in the Netherlands, Transplant. Proc.*, 1984, σελ. 148

προσφορά ενός οργάνου, χωρίς ιδιαίτερο κίνδυνο για τη ζωή μας ή αξιόλογη αναπηρία, για πολλά χρόνια, γιατί η πράξη μας θα ήταν ανήθικη, αφού παράλληλα με την οικονομική μας κάλυψη θα βοηθούσε και ένα συνάνθρωπο να επιζήσει;

Δεν τάσσομαι φυσικά υπέρ της εμπορευσιμοποίησης των μεταμοσχεύσεων, απλώς αναφέρω ενδιαφέρουσες πτυχές του προβλήματος.

Δεν θα έπρεπε στο κατώφλι του 21ου αιώνα να υπάρχουν τόσο δυστυχείς άνθρωποι που να καταφεύγουν σε πράξεις απογνώσεως για να επιζήσουν. Αλλά ούτε και είναι ηθικά επιτρεπτό να πεθαίνουν αβοήθητοι χιλιάδες συνάνθρωποι αναμένοντας μάταια πτωματικό μόσχευμα.¹¹⁹

Η μεταμόσχευση θα πρέπει να στηρίζεται στην εθελοντική προσφορά πτωματικών μοσχευμάτων, με κίνητρα τον αλtruισμό και την φιλαλληλία. Τότε μόνο μετουσιώνεται από συνήθης χειρουργική πράξη σε αληθινή μυσταγωγία. Ατυχώς όμως η πείρα, όχι μόνο από την χώρας μας αλλά και από τον κόσμο ολόκληρο, διδάσκει ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό ασθενών, επωφελείται από τη μεταμόσχευση, ενώ οι άλλοι πεθαίνουν αβοήθητοι.

Οι λόγοι της μικρής προσφοράς πτωματικών μοσχευμάτων είναι πολλοί.

Εξαρτώνται από την κοινωνική και τη γενικότερη αγωγή της κάθε χώρας και κυρίως από τη σημασία που αποδίδεται στο μέγιστο αγαθό της ζωής, την ελευθερία του ατόμου. Σε καθεστώτα όπου το άτομο είναι υποταγμένο στην ολότητα, η προσφορά μοσχεύματος είναι αυτονόητη, γιατί τα όργανα θεωρούνται ιδιοκτησία του κράτους. Όταν όμως η κοινωνία αποτελείται από άτομα ανεξάρτητα και αυτόνομα που δεν έχουν νομική υποχρέωση έναντι άλλων, η προσφορά μοσχεύματος αποτελεί δώρο που απορρέει από ελεύθερη βούληση.

Ποια θα πρέπει να είναι η ηθική τοποθέτηση μας πάνω στο τεράστιο ανθρωπιστικό αυτό θέμα; Τι έχει μεγαλύτερη αξία στη ζωή; Ο σεβασμός στην επιθυμία ενός ανθρώπου για την ταφή άθικτων των λειψάνων

¹¹⁹ http://www.tmt.h.edu.gr/el/kiosks/medicine/history/medi_h3f.html - 5K - Ανανέωση: Σαβ, 20 Οκτ 2001 -

του, ή η λήψη μετά θάνατον των οργάνων του για τη σωτηρία ενός ή περισσότερων συνανθρώπων; Η απάντηση δεν είναι καθόλου ευχερής. Παρ' ότι οι ιατροί πολλές φορές παριστάμεθα στο μαρτύριο ασθενών που πεθαίνουν αβοήθητοι, χωρίς τη δυνατότητα να ανεβρεθεί ένα μόσχευμα, δεν θα μπορούσαμε να εναντιωθούμε στην επιθυμία του ατόμου για την ταφή ακεραιών των λειψάνων του. Είναι γνωστό πως η ελευθερία του ατόμου οδηγεί καμιά φορά σε πράξεις αντικοινωνικές ή ακόμη έρχεται σε αντίθεση και μ' αυτή την έννοια της φιλαλληλίας και της αγαθοεργίας, όπως στην περίπτωση των μεταμοσχεύσεων.¹²⁰

Είναι αδιανόητος όμως ο περιορισμός της. Το ελεύθερο και ανεξάρτητο άτομο μιας πολιτισμένης κοινωνίας, πρέπει, ορθά καθοδηγημένο, να διακατέχεται από το αίσθημα της ευθύνης και της κοινωνικής προσφοράς. Πρέπει να κυριαρχείται από αισθήματα αλληλοβοήθειας και αλτροισμού. Ατυχώς αυτό δε συμβαίνει συχνά και η περίπτωση του Καλού Σαμαρείτη σπανίζει στην εποχή μας.

Αλλά η άρνηση των ανθρώπων στην προσφορά πτωματικών μοσχευμάτων έχει κι αυτή την ερμηνεία της. Ας δούμε μερικά από τα αίτια που διαμορφώνουν την αρνητική αυτή αντίδραση. Κατ' αρχήν ο σεβασμός της ακεραιότητας του πτώματος είναι ριζωμένος στη συνείδηση των λαών εδώ και χιλιάδες χρόνια. Έχει την προέλευση του από την εποχή της ειδωλολατρίας και συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Όχι μόνο στις μυθολογίες όλων των λαών αλλά και στην αρχαία Ελληνική Γραμματεία, έχει καταδικασθεί η κακομεταχείριση των νεκρών. Ο Όμηρος στην Ιλιάδα και στην Οδύσσεια, ο Ευριπίδης και άλλοι ακόμη ποιητές και συγγραφείς υποστηρίζουν το σεβασμό του πτώματος. Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια του Μοσχίωνος, τραγικού ποιητή των μετακλασικών χρόνων, ο οποίος λέγει:

«Κενόν θανόντος ανδρός αικίζειν σκιάν: Ζώντας κολάζειν, ου θανόντος ευσεβές».

«Μάταιο είναι να κακοποιείται το νεκρό σώμα. Η ευσέβεια απαιτεί οι ζωντανοί να τιμωρούνται όχι οι νεκροί»

¹²⁰ Annas G.J., *Brain Death and Organ Donation: You Can Have One Without the Other*. Hastings Cent. Rep. 1988, σελ. 83

Την εποχή βέβαια που διατυπώνονται αυτές οι απόψεις για το σεβασμό του νεκρού και η πλέον αχαλίνωτη φαντασία δεν θα μπορούσε να συλλάβει την ιδέα, ότι θα έλθει εποχή που με τα σπλάχνα του νεκρού θα προσφέρεται ζωή σε ανίατους ασθενείς.

Η λήψη μοσχευμάτων και η ανατομική μελέτη του πτώματος δεν θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ασέβεια ή ιεροσυλία. Ο Leonardo da Vinci φυσικά, δεν αμάρτησε ούτε ασέβησε, παρά το αντίθετο πνεύμα της εποχής του, όταν εκτελούσε ανατομές πτωμάτων για την εξέλιξη της ιατρικής. Σήμερα άλλωστε όλες οι θρησκείες ασπάζονται την ιδέα της μεταμοσχεύσεως και τη χρησιμοποίηση πτωματικών μοσχευμάτων. Εξαιρέση αποτελούν ορισμένες αιρέσεις.

Όπως είναι ευνόητο, στη διδασκαλία, των θρησκειών δεν αναφέρεται πουθενά η μεταμόσχευση. Καθώς όμως ερμηνεύονται τα θεολογικά τους δόγματα από σύγχρονους ερμηνευτές σχετικά με τον άνθρωπο και τη σχέση του προς τα άλλα όντα του σύμπαντος και το θεό, συμπεραίνεται ότι η μεταμόσχευση είναι παραδεκτή. Ιδιαίτερα η θρησκεία της αγάπης, της φιλαλληλίας και της αυτοθυσίας, ο Χριστιανισμός, δια των πιστών του ιερωμένων ευλόγησε την προσπάθεια της Ιατρικής για τις μεταμοσχεύσεις και παρότρυνε τους πιστούς στην προσφορά πτωματικών μοσχευμάτων. Πολλοί ορθόδοξοι Αρχιερείς με κηρύγματα και ομιλίες συνεχώς διαφωτίζουν το κοινό και αποτελεί ενθαρρυντικό παράδειγμα το γεγονός ότι ο Μακαριώτατος Προκαθήμενος της Εκκλησίας της Ελλάδας κ. Σεραφείμ συγκαταλέγεται μεταξύ των πρώτων δωρητών σώματος.

Για κάθε θρησκεία αλλά ιδιαίτερα για την ορθόδοξη Χριστιανική Πίστη, η δωρεά πτωματικών μοσχευμάτων, όχι μόνο δεν είναι ασέβεια ή ιεροσυλία προς τον νεκρό, αλλά υπέρτατη προσφορά. Παρ' όλα αυτά, ένας μεγάλος ανασταλτικός παράγων για την παραχώρηση οργάνων, είναι ο δικαιολογημένος συναισθηματισμός των συγγενών. Τούτο οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι κατάλληλοι για δότες νεκροί δεν είναι ηλικιωμένοι και χρονίως πάσχοντες, αλλά συνήθως νέοι που λίγες ώρες ή ημέρες πριν,

έσφυζαν από ζωή και ένα ατύχημα ή μία εγκεφαλική αιμορραγία τους οδήγησε σε πλήρη και μη αναστρέψιμη παύση της εγκεφαλικής λειτουργίας.

Η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας και η δημιουργία Μονάδων Εντατικής Θεραπείας έχει μετατρέψει την πορεία προς το θάνατο και έχει πλάσει νέους επιστημονικούς όρους όπως τον «κλινικά νεκρό» και τον «εγκεφαλικό θάνατο». Όπως είναι γνωστό, ένα άτομο είναι εγκεφαλικά νεκρό ή βρίσκεται στην κατάσταση του κλινικού θανάτου, όταν έχει πλήρη και μόνιμη καταστροφή του εγκεφάλου. Η επιστήμη και ο νόμος, μετά από πρόταση του Πανεπιστημίου του Harvard, τα δέχονται τα άτομα αυτά ως νεκρά, εφόσον η κατάσταση διαπιστωθεί από τους γιατρούς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας με τη σύμφωνη γνώμη νευρολόγων ή νευροχειρουργών. Στα πώματα με την ιδιόμορφη αυτή κατάσταση, η υψηλή ιατρική τεχνολογία μπορεί να διατηρεί σε λειτουργία την καρδιά, τους πνεύμονες και τα άλλα όργανα για ώρες, ημέρες, εβδομάδες ή και μακρότερο χρόνο. Αυτός ο κλινικά νεκρός που βρίσκεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ο κατάλληλος δότης οργάνων. Αλλά από τα πανάρχαια χρόνια μέχρι σήμερα ο συνδυασμός της ζωής με τη λειτουργία της καρδιάς και η παύση των παλμών της με το θάνατο και το φτερούγισμα της ψυχής, είναι τόσο βαθιά ριζωμένο στη συνείδηση των λαών, ώστε θάνατος δεν είναι εύκολο να νοηθεί όταν η καρδιά συνεχίζει να πάλλει.¹²¹

Η αγάπη δεν αφήνει τους συγγενείς να παραδεχθούν ότι ο άνθρωπος τους έχει πεθάνει και θέλουν να πιστεύουν ότι υπάρχουν έστω και ελάχιστες πιθανότητες να επανέλθει στη ζωή. Ακόμη εκφράζουν το φόβο ότι η συγκατάθεση τους θα μπορούσε να οδηγήσει τους ιατρούς να αναστείλουν κάθε προσπάθεια για τη σωτηρία του ασθενούς τους. Πολλοί έχουν επηρεασθεί από μυθιστορήματα και κινηματογραφικές ταινίες φαντασίας. Είναι αδύνατον όμως να υπάρξει ιατρός που θα «εκτέλεση» έναν ασθενή με την πιθανότητα να σώσει έναν άλλο. Γιατί με εκτέλεση ισοδυναμεί η εσκεμμένη εγκατάλειψη του ασθενούς που μοιραία θα τον οδηγήσει στο θάνατο.

¹²¹ http://www.tmlh.edu.gr/el/iaosks/medicine/technology/medi_13f.html - 6Κ - Ανανέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - www.tmlh.edu.gr

Για να αποκλειστεί άλλωστε και αυτή η εκδοχή, ο νόμος δεν επιτρέπει στους ιατρούς της μεταμοσχεύσεως να συμμετέχουν στην επιβεβαίωση του θανάτου. Η μονάδα μεταμοσχεύσεως καλείται μόνον, όταν ο θάνατος έχει διαπιστωθεί και όταν οι συγγενείς έχουν συναινέσει στη λήψη οργάνων του νεκρού.

Είναι ανάγκη να καταβληθεί κάθε προσπάθεια να διαφωτιστεί το κοινό για να αποβάλλει τις ειδωλολατρικές προκαταλήψεις του και τις αβάσιμες φοβίες του για τη δήθεν εγκατάλειψη του θνήσκοντος συγγενούς του. Αν στο παρελθόν υπήρξαν ελάχιστα ίσως σφάλματα ή έστω και σπάνιες ηθικές παρεκτροπές, δε θα πρέπει να δημιουργείται η εντύπωση ότι αυτός είναι ο κανόνας. Η μεταμόσχευση λόγω της ιδιομορφίας της στηρίζεται σε ηθικά ερείσματα που όταν αποδυναμωθούν θα καταρρεύσει κάθε προσπάθεια με δυσάρεστες επιπτώσεις για χιλιάδες ασθενείς που βασίζονται σε αυτή την επιβίωση τους.¹²²

Η μικρή προσφορά πτωματικών μοσχευμάτων ώθησε πολλούς ιατρούς και σε άλλες αναζητήσεις, όπως τα ανεγκέφαλα έμβρυα και νεογνά και τα άτομα που βρίσκονται στην κατάσταση του μη αναστρέψιμου κώματος. Και οι δύο αυτές κατηγορίες δεν πληρούν τις ιατρικές και νομικές προϋποθέσεις για να χαρακτηρισθούν ως κλινικά νεκροί, ενώ στην πραγματικότητα δεν διαφέρουν καθόλου από αυτούς. Ένα πολύ μικρό ποσοστό νεογνών γεννιούνται με έλλειψη των ημισφαιρίων του εγκεφάλου, ενώ παραμένει το στέλεχος. Τα νεογνά αυτά διατηρούν τις ζωικές λειτουργίες της κυκλοφορίας της αναπνοής και άλλες, ενώ θα απουσιάζουν οι ψυχονοητικές εκείνες, που προσδιορίζουν στο ον να αντλαμβάνεται, να γνωρίζει, να σκέφτεται και να συναισθάνεται. Ευρίσκονται δηλαδή σε κατάσταση φυτού και μετά πάροδο ημερών ή ελαχίστων εβδομάδων κατά κανόνα πεθαίνουν. Η συγγενής αυτή ανωμαλία μπορεί να διαγνωσθεί με απόλυτη ακρίβεια και κατά την εμβρυϊκή ζωή. Τα όντα αυτά δεν θεωρούνται

¹²² Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, σελ. 202

εγκεφαλικός νεκρά και για το λόγο αυτό στις περισσότερες χώρες η λήψη οργάνων τιμωρείται ως ανθρωποκτονία εκ προμελέτης.

Σε κράτη, όπως η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας έχει επιτραπεί η λήψη οργάνων και έχουν ανακοινωθεί επιτυχείς μεταμοσχεύσεις σε παιδιά με νεφρούς που πάρθηκαν από ανεγκέφαλα έμβρυα. Το ίδιο συμβαίνει με άτομα που βρίσκονται στην κατάσταση του μη αναστρέψιμου κώματος. Έχουν και αυτά πλήρη και μόνιμη εγκεφαλική βλάβη. Δεν λειτουργούν ούτε ο φλοιός, ούτε οι συνδέσεις του με το στέλεχος, άρα πρακτικώς ευρίσκονται στην ίδια φυτική κατάσταση με τους ανεγκέφαλους. Μεγάλη προσοχή απαιτεί η διάγνωση του τύπου του κώματος, η οποία μπορεί να επιτευχθεί πλήρως με κλινικές ηλεκτροφυσιολογικές μεθόδους, καθώς και με τις νεότερες λειτουργίες απεικονιστικές τεχνικές.¹²³

Η προσφορά μοσχευμάτων από ανεγκέφαλα νεογνά λύνει το πρόβλημα της μεταμοσχευσεως οργάνων και ιδιαίτερα καρδιάς σε παιδιά που κατά τα τελευταία χρόνια έχει σημειώσει μεγάλη πρόοδο και επιτυχία. Πολλοί γονείς δείχνουν κατανόηση και κατά κανόνα δεν αρνούνται την προσφορά οργάνων, ενώ άλλοι τα εγκαταλείπουν στα Μαιευτήρια. Αφού και αυτή η σε φυτική κατάσταση ζωή τους δε διατηρείται παρά ελάχιστο χρόνο και μόνο με ειδικές νοσηλευτικές προϋποθέσεις, διερωτάται κανείς αν η λήψη οργάνων δεν είναι ηθικώς κατοχυρωμένη.

Σήμερα στο προσκήνιο της επιστήμης για την αντιμετώπιση σοβαρών νόσων ευρίσκεται επίσης η μεταμόσχευση ιστών που λαμβάνονται από έμβρυα. Η χρησιμοποίηση εμβρύων στην ιατρική έρευνα και στη θεραπεία ορισμένων παθήσεων δεν είναι νέα. Έχει από μακρού εφαρμοσθεί χωρίς να έχει προκαλέσει αξιόλογες ηθικές αντιδράσεις. Γι' αυτό και δεν νοείται η αντίδραση και τα ηθικά προβλήματα που εγείρονται από τη μεταμόσχευση εμβρυϊκών ιστών για θεραπεία σοβαρών ασθενειών όπως η νόσος του Parkinson, το σύνδρομο Alzheimer, ο σακχαρώδης διαβήτης και άλλα.¹²⁴

¹²³ http://www.tnfh.edu.gr/el/kiosks/medicine/technology/medi_f3f.html - 6Κ - Ανανέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - www.tnfh.edu.gr

¹²⁴ www.i-m-patron.gr/news2/symod_transplant010307.html

Προφανώς η ευαισθητοποίηση του κοινού από τον πειραματισμό σε ζωντανά έμβρυα και τα ηθικά προβλήματα που δημιουργεί η άμβλωση, προ-καλούν την έντονη αυτή αντίδραση. Η πειραματική και η κλινική έρευνα όμως στο ζωντανό έμβρυο, πρέπει να διαχωριστεί πλήρως από τη λήψη εμβρυϊκών ιστών για την προσπάθεια αντιμετώπισης σοβαρών νόσων. Η λήψη ιστών από έμβρυα, μετά από αυτόματη αποβολή ή άμβλωση, ιατρικώς επιβεβλημένη ή νομικώς κατοχυρωμένη δεν θα πρέπει να θεωρείται ως πράξη που αντιτίθεται στην ιατρική ηθική.

Παρ' όλες τις προσπάθειες που καταβάλλονται η έλλειψη πτωματικών μοσχευμάτων είναι μεγάλη και θα αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου, αφού το πεδίο της μεταμόσχευσης διευρύνεται. Τούτο ανάγκασε πολλούς να ζητήσουν προσαρμογή της νομοθεσίας σε περισσότερο ρεαλιστικής λύσεις γιατί θεωρούν ότι η μεγάλη πιθανότητα σωτηρίας συνανθρώπων υπερισχύει της ηθικής σκοπιμότητας που έχει η συναίνεση των συγγενών του νεκρού. Ας μην παραβλέπουμε όμως ότι η συναίνεση περιφρουρεί την ελεύθερη βούληση του ατόμου και του επιτρέπει να καθορίζει την τύχη του, σύμφωνα με τις απόψεις του για τις αξίες της ζωής. Γι' αυτό, ο νόμος που δεν θα στηρίζεται στη συναίνεση είναι δύσκολο να εφαρμοσθεί σε δημοκρατικές κοινωνίες.¹²⁵

Τη λύση του μεγάλου προβλήματος της εξασφάλισης μοσχευμάτων θα επιτύχουμε βαθμιαία με την πληροφόρηση του κοινού, την εισαγωγή ειδικού κεφαλαίου αγωγής του πολίτη στα σχολεία και την πειθώ, με τη βοήθεια πάντα των μέσων μαζικής ενημέρωσης και κυρίως με τη συμπαράσταση και την ευλογία της εκκλησίας.

Το μέγιστο ηθικό πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων δημιουργείται όμως από τον τρόπο κατανομής των πτωματικών μοσχευμάτων μεταξύ των ασθενών. Όπως έχει κατ' επανάληψη αναφερθεί μικρό ποσοστό ασθενών επωφελείται της μεταμοσχεύσεως ενώ οι άλλοι παραμένουν χωρίς ελπίδα σωτηρίας. Αυτό σημαίνει ότι ο ιατρός θα πρέπει να αποφασίσει ποιος θα

¹²⁵ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm

αφεθεί να πεθάνει. Είναι δυνατόν όμως η μεγάλη αυτή απόφαση που ανήκει στο δημιουργό να αφεθεί ανεξέλεγκτα στα χέρια του ανθρώπου. Ποιος θα δημιουργήσει αυτά τα κριτήρια, ώστε να διασφαλισθούν όσο το δυνατόν περισσότερο για την αυστηρή τήρηση των αρχών της δίκαιης χορηγήσεως των μοσχευμάτων, με βάση όχι μόνο τις ιατρικές ενδείξεις αλλά συγχρόνως και άλλα δεδομένα, κοινωνικά ή ανθρωπιστικά;

Είναι απολύτως απαραίτητο να καθοριστούν κατευθυντήριες γραμμές, τόσο για την ανεύρεση όσο και για την κατανομή μοσχευμάτων, βασισμένες στην ιατρική ηθική. Αλλιώς δεν θα κατορθώσουμε να πείσουμε το κοινό ότι δεν παρεμβαίνουν προσωπικές προτιμήσεις, φιλοδοξίες ή ακόμη επαγγελματισμός και αμφισβήτηση τιμότητας.

Η συνεχώς αύξουσα επιτυχία της μεταμοσχεύσεως στις ημέρες μας έχει υπερβεί κι αυτές ακόμη τις προσδοκίες μας και φαίνεται πως θα αποτελέσει στο μέλλον τη λύση για σοβαρά ιατρικά προβλήματα. Εκείνο όμως που θα πρέπει να μείνει ανέγγιχτο, είναι ο εγκέφαλος, ακόμη και αν η υψηλή τεχνολογία του μέλλοντος επιτύχει αυτό που σήμερα θεωρείται ακατόρθωτο. Ο εγκέφαλος είναι η έδρα της προσωπικότητας και με κανένα τρόπο δεν μπορεί να μεταφέρεται σε άλλο άτομο, θα αποτελούσε πλαστότητα της ατομικότητας του ανθρώπου, και θα προκαλούσε μεγάλο ηθικό πρόβλημα.¹²⁶

Αλλά δεν είναι μόνο τα πολλά ηθικά προβλήματα που αναφέρθηκαν, ούτε εκείνα που καθημερινά παρουσιάζονται στην ιατρική πράξη. Δέος προκαλεί ακόμη και η σκέψη ότι η παρέμβαση των μοριακών βιολόγων στο γενετικό υλικό των εμβρυϊκών κυττάρων μπορεί να δημιουργήσει ακούσια ή εκούσια ένα νέο τύπο ανθρωπίνου όντος, μια κοινωνία υπεράνθρωπων ή πνευματικός καθυστερημένων, με ανυπολόγιστες συνέπειες για το μέλλον της ανθρωπότητας.¹²⁷

Όλα αυτά μας πείθουν, πως δεν είναι δυνατόν να στηρίξουμε τα πάντα στην ατομική ηθική των ιατρών. Τα στεγανά της δεν είναι χαλύβδινα για να ανθίστανται σης συνεχείς πιέσεις που δέχονται από μια κοινωνία, που

¹²⁶ Bai K.: *Definition of Death-Brain death in particular from a Social Standpoint. Artificial Organs*, 1983, σελ. 43

¹²⁷ www.i-m-patron.gr/news2/synod_transplant010307.html

έχει υποστεί και εξακολουθεί να υφίσταται πολλές ηθικές διαβρώσεις. Η προστασία και η ενίσχυση της ιατρικής ηθικής, έχει καταστεί σήμερα περισσότερο από αναγκαία. Για το λόγο αυτό θεωρούμε ότι θα ήταν δικαιολογημένη τη στιγμή αυτή μια πρόταση προς την Πολιτεία, να συστήσει ένα Ανώτατο Συμβούλιο Ιατρικής Δεοντολογίας και Ηθικής, αποτελούμενο από αναγνωρισμένες προσωπικότητες διαφόρων κλάδων, όπως θεολόγων, Φιλοσόφων, Ψυχολόγων, Κοινωνιολόγων, διαμορφωτών της κοινής γνώμης, Οικονομολόγων, Νομικών και φυσικά ιατρών. Το έργο του Συμβουλίου αυτού θα ήταν βαρύ, αν αναλογισθεί κανείς με τι θα έχει να παλέψει, σε εποχή τέτοιας χαλαρώσεως των ηθικών αξιών.¹²⁸

Αλλά ταυτόχρονα η σπουδαιότητα του θα ήταν μεγάλη, όταν ο στόχος του θα απέβλεπε στη δημιουργία αδιάβλητων ηθικών προϋποθέσεων για τη φροντίδα της υγείας και της ζωής του ευγενέστερου εμβρύου όντος της Δημιουργίας, του ανθρώπου.

¹²⁸ www.i-m-patron.gr/news2/synod_transplant010307.html

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α

Η μεταμόσχευση είναι μια μακρά, δραματική και επιτυχημένη ιστορία στο ιατρικό πεδίο. Λέγεται ότι «στην ιατρική της υψηλής τεχνολογίας η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών καταλαμβάνει την πρώτη θέση.» Η δυνατότητα να σώζει ζωές και να βελτιώνει την ποιότητα ζωής είναι δεδομένη. Καθώς βελτιώνονται οι χειρουργικές τεχνικές, κατανοούνται και ερμηνεύονται οι ανοσολογικοί μηχανισμοί και ανακαλύπτονται ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, τα αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων βελτιώνονται και υπερέρχουν από τις υπόλοιπες εναλλακτικές θεραπείες. Πολλές φορές δε, αποτελούν τη μόνη θεραπεία. Έτσι ο αριθμός των ασθενών που αναζητά ευκαιρίες για μεταμόσχευση συνεχώς αυξάνεται.

Σε αρκετές περιπτώσεις όμως, η πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου δεν διενεργείται σε άτομα που παρουσιάζουν τις σχετικές ενδείξεις λόγω, κυρίως, της μη ευαισθητοποίησης του προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.). Κατά συνέπεια, δεν αξιοποιούνται τυχόν δυνητικοί δότες ούτε καν δίνεται η ευκαιρία στους συγγενείς να εξετάσουν το ενδεχόμενο της δωρεάς οργάνων και να αποφασίσουν σχετικά (συγκατάθεση ή άρνηση στην προσφορά μοσχευμάτων).

Συχνά διαπιστώνονται δυσχέρειες στη σύγκλιση της ιατρικής ομάδας, που είναι αρμόδια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Σε ορισμένα νοσοκομεία, δεν υπάρχει νευρολόγος ή νευροχειρουργός, η συμμετοχή του οποίου είναι καθοριστική στη διεξαγωγή των κλινικών δοκιμασιών, που απαιτούνται για τη σχετική διάγνωση. Επίσης, έχει διαπιστωθεί άρνηση κάποιων γιατρών να συμμετάσχουν στην ομάδα της πιστοποίησης, εξαιτίας φιλοσοφικών ή άλλων, κατά των μεταμοσχεύσεων, πεποιθήσεών τους. Μερικές φορές, πιστοποιημένος εγκεφαλικός θάνατος δεν

αναφέρεται έγκαιρα στην Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Εξωνεφρικής Κάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων (Υ.Σ.Ε.), με αποτέλεσμα την απώλεια πολύτιμου χρόνου, ο οποίος επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργία των ζωτικών οργάνων.

Ως προς τον εργαστηριακό έλεγχο του δυνητικού δότη οργάνων, συχνά παρατηρείται ολιγωρία, αδυναμία ή και άρνηση εκτέλεσης, στον απαιτούμενο χρόνο, των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων (ιολογικός έλεγχος, υπερηχογράφημα καρδιάς κ.λπ.) και κατά συνέπεια, δημιουργούνται σοβαρές καθυστερήσεις στην αξιολόγηση της καταλληλότητας των μοσχευμάτων και, γενικά, στην ομαλή ροή των διαδικασιών συντονισμού.

Μερικές φορές παρουσιάζονται δυσκολίες στην ανεύρεση διαθέσιμου χειρουργείου, λόγω άλλων προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων, παρόλο που προβλέπεται η προτεραιότητα για την αφαίρεση μοσχευμάτων, σύμφωνα με το ισχύον, μέχρι σήμερα νομικό πλαίσιο (Ν. 1983/83). Ενίοτε προκύπτει πρόβλημα παρουσίας αναισθησιολόγου, κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, ιδίως στα ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Τέλος, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο να μη δίνεται η απαιτούμενη προσοχή, όσον αφορά στην αιμοδυναμική, αναπνευστική, ορμονική, ηλεκτρολυτική και θερμοκρασιακή κατάσταση (ανεπαρκής υποστήριξη) του δότη, με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα των προσφερομένων μοσχευμάτων.

Είναι καταφανής η έλλειψη του τοπικού συντονιστή για την επίλυση πολλών από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ΜΕΘ, οι οποίες επιπροσθέτως έχουν τις δικές τους ελλείψεις σε ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό κ.τ.λ.

Από την άλλη μεριά συχνά διαπιστώνονται καθυστερήσεις από την πλευρά των Μεταμοσχευτικών Κέντρων (ΜΚ), ως προς την αποδοχή ή όχι προσφερομένων μοσχευμάτων, εξαιτίας, κυρίως, της μη επαρκούς ετοιμότητάς τους. Η μη ετοιμότητά τους να προχωρήσουν, ανά πάσα στιγμή, σε αφαίρεση μοσχευμάτων, μετά από εύλογο διάστημα προετοιμασίας, δημιουργεί προβλήματα, τόσο στο προσωπικό των ΜΕΘ, όσο και στους συγγενείς του

δότη. Το πρόβλημα επιτείνεται, όταν διαφορετικές ιατρικές ομάδες απαιτούν διαφορετικούς χρόνους για τον προσδιορισμό της ώρας του χειρουργείου αφαίρεσης, επικαλούμενες αδυναμία να εξασφαλίσουν αίθουσα χειρουργείου στο νοσοκομείο τους για τη μεταμόσχευση των ασθενών. Τα ανωτέρω δημιουργούν στιγμές έντασης μεταξύ ΜΚ, ΜΕΘ, ΥΣΕ και συγγενών των δοτών και αλυσιδωτές καθυστερήσεις, που δυσχεραίνουν τη διατήρηση του δότη σε καλή κατάσταση και μπορούν, ενδεχομένως, να οδηγήσουν σε απώλεια των προσφερομένων μοσχευμάτων. Επιβάλλεται, άμεσα, η καθιέρωση δεσμευτικών κανόνων που να εξασφαλίζουν την, ανά πάσα στιγμή, ετοιμότητα των ιατρικών ομάδων για την αφαίρεση μοσχευμάτων.

Η ΥΣΕ διαθέτει ένα μόνο αυτοκίνητο, το οποίο δεν επαρκεί να καλύψει τις ανάγκες μεταφοράς των ιατρικών ομάδων στο εκάστοτε νοσοκομείο που ευρίσκεται ο δότης πολλαπλών ιστών και οργάνων. Το ΕΚΑΒ διαθέτει ασθενοφόρα μόνο για τη μεταφορά των μεταμοσχευτικών ομάδων μετά από την αφαίρεση των μοσχευμάτων και όχι για τη μετάβασή τους και μόνον εντός της περιφέρειας που ευρίσκεται το νοσοκομείο του δότη. Η περιορισμένη υποστήριξη που παρέχεται από το ΕΚΑΒ, όσον αφορά τις μετακινήσεις με οδικά μέσα, δημιουργεί σημαντικά προβλήματα, τα οποία έχουν επιταθεί μετά από την καθιέρωση του νέου τρόπου κατανομής μοσχευμάτων. Το νέο σύστημα (στο οποίο αναφερθήκαμε αναλυτικά σε παλαιότερο άρθρο) προβλέπει την αποστολή νεφρικού μοσχεύματος σε ΜΚ, το οποίο μπορεί να ευρίσκεται εκτός της περιφέρειας του νοσοκομείου του δότη (π.χ. σε περίπτωση που υπάρχει δότης στην Αθήνα, ο ένας νεφρός παραμένει στην Αθήνα και ο άλλος πιθανόν να αποσταλεί στην Πάτρα ή στη Θεσσαλονίκη, ανάλογα με την επιλογή του καταλληλότερου υποψηφίου λήπτη από την Εθνική Λίστα).

Στις περιπτώσεις όπου η μετάβαση και επιστροφή των ιατρικών ομάδων πραγματοποιείται αεροπορικώς, μέσω των τακτικών πτήσεων της Ολυμπιακής Αεροπορίας, η δαπάνη των εισιτηρίων καλύπτεται από τα ίδια τα μέλη της ιατρικής ομάδας, γεγονός που δεν είναι πάντα εφικτό αλλά ούτε

και παραδεκτό, παρόλο που ετεροχρονισμένα η δαπάνη καλύπτεται από το νοσοκομείο τους.

Όσον αφορά τα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά την επιλογή ασθενών για διάθεση μοσχευμάτων έχουμε να επισημάνουμε τα εξής:

1. Προμεταμοσχευτικός έλεγχος

Συχνά καλούνται υποψήφιοι ασθενείς για μεταμόσχευση, των οποίων η καταλληλότητα ουδέποτε έχει επανεκτιμηθεί. Υπάρχουν στη Λίστα πάρα πολλοί ασθενείς που έχουν καταθέσει στην ΥΣΕ το σχετικό έντυπο του προμεταμοσχευτικού ελέγχου πριν από πολλά χρόνια (52% των υποψηφίων έχουν κριθεί κατάλληλοι κατά το διάστημα από το 1983 μέχρι και το 1994), με αποτέλεσμα, σε μερικές περιπτώσεις, ασθενείς που καλούνται για μεταμόσχευση να μη κρίνονται κατάλληλοι για ιατρικούς λόγους (συνήθως αποφρακτική αρτηριοπάθεια λαγονίων- μηριαίων αρτηριών, στεφανιαία ανεπάρκεια και ηπατίτιδα) και επομένως η διάθεση των μοσχευμάτων να μην είναι δυνατή στους έχοντες τον μεγαλύτερο αριθμό μορίων, βάσει του μοριοποιημένου συστήματος βαθμολόγησης. Το γεγονός αυτό, δημιουργεί αφενός τεράστιο διαδικαστικό πρόβλημα, κατά τη στιγμή της πρόσκλησης και κλινικής αξιολόγησης των υποψηφίων ληπτών και αφετέρου εντάσεις και διεκδικήσεις εκ μέρους τους, αφού ο πιθανός αποκλεισμός τους αποτελεί τελικά ευθύνη του συστήματος.

2. Έλεγχος ιστοσυμβατότητας (HLA- τοποποίηση)

Κατ' αντιστοιχία προς τα ανωτέρω, οι περισσότεροι ασθενείς έχουν τυποποιηθεί την περίοδο της διεξαγωγής του προμεταμοσχευτικού ελέγχου τους, χωρίς να έχουν επανατυποποιηθεί με τις νέες τεχνικές που χρησιμοποιούνται σήμερα. Κατά συνέπεια, άλλοι ασθενείς φέρονται με τα ευρέα (broad) αντιγόνα, που χρησιμοποιούνταν παλιότερα, και άλλοι με τα σχιστά τους (splits). Επειδή η τυποποίηση των δοτών γίνεται με τη σύγχρονη ονοματολογία (splits), το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των πιθανοτήτων επιλογής των δυνητικών ληπτών που φέρονται στη Λίστα με τα ευρέα αντιγόνα. Επιβάλλεται, ως εκ τούτου, η επανατυποποίηση αυτών των

υποψηφίων ληπτών, προκειμένου να διευκρινιστούν τυχόν σφάλματα περί την τυποποίηση, τα οποία ήταν εγγενή με τις παλαιότερες τεχνολογίες.

Τέλος, επισημαίνεται ότι το σύστημα μοριοποίησης διαχειρίζεται κατά ενιαίο τρόπο τις ταυτότητες των HLA- αντιγόνων τάξης I (A και B) και II (DR), γεγονός το οποίο επιστημονικά δεν είναι απόλυτα ορθό.

Ένα επίσης σημαντικό πρόβλημα είναι αυτό της άμεσης ενημέρωσης της ΥΣΕ από τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (MTN), τα ΜΚ και τα Εργαστήρια Ισοσυμβατότητας, για κάθε μεταβολή των στοιχείων των υποψηφίων ασθενών, που αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της Εθνικής Λίστας αναμονής.

Η ενεργός υποστήριξη από όλους τους συμμετέχοντες φορείς, κυρίως από τις MTN, αλλά και από τους ίδιους τους υποψήφιους λήπτες, είναι εκ των ων ουκ άνευ για την επιτυχία του νέου μεταμοσχευτικού προγράμματος.

Παρά τις επανειλημμένες οχλήσεις και διαμαρτυρίες από πολλούς ειδικούς και μη για ενημέρωση, οι υπεύθυνοι φορείς επιδεικνύουν ολιγωρία. Παρότι η ανταπόκριση, τα δύο τελευταία χρόνια, έχει βελτιωθεί σημαντικά, σε σχέση με το παρελθόν, εντούτοις παραμένει κρίσιμη για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος.

Γι' αυτό θα πρέπει να επανεκτιμηθούν ασθενείς που υπεβλήθησαν σε προμεταμοσχευτικό έλεγχο ή και HLA-τυποποίηση προ πενταετίας και πέραν και τα αποτελέσματα του επανελέγχου να γίνουν γνωστά στην ΥΣΕ. Αν η διαδικασία αυτή γίνει μετά από κατάλληλη ενημέρωση των MTN, των ΜΚ και των ίδιων των ασθενών, θα δημιουργηθούν πιέσεις για ανταπόκριση στην ανάγκη έγκυρης ενημέρωσης της Λίστας προς όφελος ολόκληρου του συστήματος.

Σε μακροπρόθεσμη βάση, βέβαια, η διάρκεια ισχύος του προμεταμοσχευτικού ελέγχου, της HLA- τυποποίησης, όπως και των κυτταροτοξικών αντισωμάτων, πρέπει να καθοριστεί και να θεσμοθετηθεί. Επίσης, πρέπει να επανεκτιμηθεί ο αλγόριθμος μοριοποίησης των κριτηρίων

επιλογής, μετά από την εμπειρία που έχει συγκεντρωθεί από τη μέχρι τώρα εφαρμογή του συστήματος επιλογής υποψηφίων ληπτών.

Ελπίζουμε ότι τα ανωτέρω, αλλά και πολλά άλλα γενικά και ειδικά μεταμοσχευτικά προβλήματα, θα αντιμετωπισθούν σύντομα από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ), η δημιουργία του οποίου προβλέπεται από τον νέο νόμο 2737/99 ΦΕΚ ΤΑ'/174/27-8-99. Για τον νέο αυτόν νόμο αισθανόμαστε την ανάγκη να αναφέρουμε περιληπτικά τα εξής:

α) Στην επεξεργασία του σχετικού νομοσχεδίου δεν ελήφθη υπ' όψιν η γνώμη της ΥΣΕ και διαφόρων άλλων εμπλεκομένων στις μεταμοσχεύσεις φορέων, που έχουν πανοραμική άποψη των μεταμοσχευτικών προβλημάτων της χώρας. Οι αντιδράσεις από την έλλειψη διαλόγου και την ανεπαρκή προηγηθείσα επικοινωνιακή πολιτική προώθησής του είναι γνωστές και οι επιπτώσεις ήδη ορατές.

β) Η προσωπική μας θέση είναι ότι πριν προωθηθούν μεγαλειήβολα σχέδια για τη δημιουργία του Ε.Ο.Μ, να εξαντληθούν όλες οι δυνατότητες βελτίωσης των ήδη υπάρχουσών, σχετικών προς τις μεταμοσχεύσεις, δομών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

γ) Η στοιχειώδης ενίσχυση της ΥΣΕ, σε συνδυασμό με τη θεσμοθέτηση του τοπικού συντονιστή μεταμοσχεύσεων (που έχει καθιερωθεί, από πολλών ετών, σε όλες τις προηγμένες χώρες) και τη συστηματική - και όχι αποσπασματική - ενημέρωση τόσο του κοινού όσο και του ιατρικού-παραϊατρικού προσωπικού, μέσα από υπεύθυνα σε όλα τα επίπεδα, εκπαιδευτικά προγράμματα, θα απέφερε σε σύντομο χρονικό διάστημα τα μεγιστα δυνατά αποτελέσματα με ελάχιστο οικονομικό κόστος για το κοινωνικό σύνολο και θα συνέβαλε στην περαιτέρω αύξηση του ρυθμού των μεταμοσχεύσεων, η οποία διαπιστώθηκε τα τελευταία χρόνια, ιδίως το 1998, σε σχέση με την περίοδο 1994-1996.

Η ΥΣΕ, η οποία εδράζεται στο Π.Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» χωρίς καμιά υποστήριξη, ιδίως από το 1990 και μετά, και μη διαθέτοντας τα μέσα και τους πόρους που απαιτούνται για να αντεπεξέλθει στις νέες απαιτήσεις συντόνιζε και συνεχίζει να διεκπεραιώνει και σ' αυτήν τη μεταβατική

περίοδο που διανύουμε, κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις μεταμοσχευτικές διαδικασίες αντιμετωπίζοντας προβλήματα, το μέγεθος των οποίων μόνο το προσωπικό της που τα βιώνει καθημερινά και επί σειρά ετών γνωρίζει.

Η ΥΣΕ παρά τις βασικές ελλείψεις σε προσωπικό και υλικοτεχνική υποδομή έχει προσφέρει τεράστιο κοινωνικό έργο, από το 1985 που ιδρύθηκε, σε εθνικό επίπεδο - χωρίς να ληφθεί υπ' όψιν η, εκτός ωραρίου, απασχόληση του προσωπικού της με συμμετοχή σε, ανά το πανελλήνιον, επιστημονικές και διάφορες άλλες κοινωνικού τύπου εκδηλώσεις, που αφορούν τη δωρεά οργάνων και γενικά τις μεταμοσχεύσεις και πολλές φορές ιδίους εξόδους- και δεν έχει να αναφέρει ούτε μια περίπτωση απώλειας προσφερομένου μοσχεύματος για οργανωτικούς λόγους.

δ) Τον νέο νόμο, παρά τις όποιες διατυπωθείσες ενστάσεις και επιφυλάξεις για ορισμένα άρθρα του, θα πρέπει να τον δούμε θετικά, να συμβάλουμε όλοι, μέσα από την υπέρβαση αντιπαραθέσεων και τη δημιουργική σύνθεση διαφορετικών απόψεων, στην υποστήριξη και περαιτέρω βελτίωσή του, διότι αντανακλά, επιτέλους, την πρόθεση της Πολιτείας να κάνει κάτι το ουσιαστικό στον ιδιαίτερα ευαίσθητο χώρο των μεταμοσχεύσεων.

Η μεταμόσχευση αποτελεί κατάκτηση της Επιστήμης, η οποία ούτως ή άλλως, αργά ή γρήγορα, νομοτελειακά θα προχωρήσει και θα λάβει τη θέση που της αξίζει. Είναι χρέος όχι μόνον της Πολιτείας, αλλά και των γιατρών, των δημοσιογράφων, της Εκκλησίας και γενικά ολόκληρης της κοινωνίας, να καταστήσουμε το κοινωνικό αυτό αγαθό, το συντομότερο δυνατόν, προσιτό σε όσους το έχουν ανάγκη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Επιστήμη & Τεχνολογία: Ιατρική

Μεταμοσχεύσεις

Στις 2 Δεκεμβρίου του 1967 στο Κέιπ Τάουν την Νοτίου Αφρικής ο Δρ Κρίστιαν Μπάρναρντ (Dr Christiaan Barnard) επιτυγχάνει να μεταμοσχεύσει την καρδιά της εγκεφαλικά νεκρής εξαιτίας τροχαίου 25χρονης Ντενίς Νταρβάλ στον 53χρονο έμπορο Λούι Βασκάνσκι, του οποίου η σχεδόν κατεστραμμένη από εμφράγματα καρδιά δεν του υποσχόταν παρά μόνο μερικές εβδομάδες ζωής. Η εποχή των μεταμοσχεύσεων είχε ανοίξει οριστικά.

Σήμερα πέρα από μεταμόσχευση νεφρών και καρδιάς είναι εφικτή η μεταμόσχευση πνευμόνων, ήπατος, κερατοειδούς, μυελού των οστών.



Μεταμοσχεύσεις

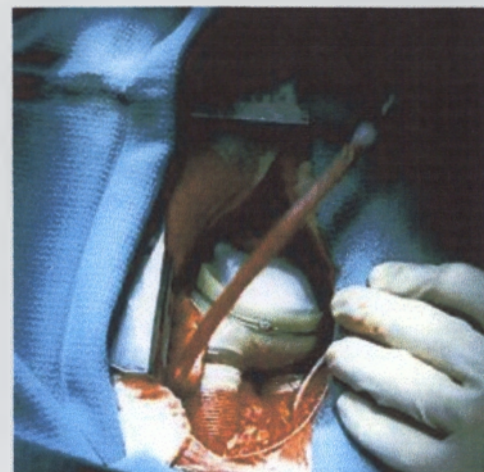
Ο πρώτος λήπτης καρδιακού μοσχεύματος στενίζει το μέλλον χαμογελώντας αισιόδοξα. Στο θώρακά του διακρίνεται η ουλή από την εγχείρηση. Οι νοσοκόμες φορούν προστατευτικές μάσκες για να τον προφυλλάξουν από μολύνσεις. Δυστυχώς 18 ημέρες μετά την επέμβαση πέθανε από πνευμονία. Η καρδιά του λειτούργησε άψογα μέχρι το τέλος

Επιστήμη & Τεχνολογία: Ιατρική

Μεταμοσχεύσεις

Κατά τη διαδικασία της μεταμόσχευσης το μόσχευμα λαμβάνεται από τον εγκεφαλικά νεκρό δότη, διατηρείται κατά τη μεταφορά του σε παγωμένο αλατούχο διάλυμα, και τοποθετείται στον λήπτη, που διαθέτει συμβατούς αντιγονικούς χαρακτήρες ώστε να το ανεχθεί. Επιπλέον χορηγούνται ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που απομακρύνουν το ενδεχόμενο της απόρριψης του μοσχεύματος από τον λήπτη.

Εκτός από τα μοσχεύματα η σύγχρονη ιατρική διαθέτει και τεχνητές συσκευές για την αντικατάσταση τόσο δυσλειτουργούντων οργάνων (π.χ. τεχνητός νεφρός, αναπνευστήρας, τεχνητή καρδιά και καρδιακές βαλβίδες, τεχνητά αγγεία) όσο και ακρωτηριασμένων μελών (τεχνητά μέλη) ή κατεστραμμένων αρθρώσεων (τεχνητές αρθρώσεις).



Μεταμοσχεύσεις

Τοποθέτηση τεχνητής καρδιάς. Οι αρχικές προσπάθειες δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα και η μέθοδος δεν είναι ευρέως διαδεδομένη

Zoom

Τροχαία και μεταμοσχεύσεις δύο αρνητικά ρεκόρ της Ελλάδας (15-5-00)



Icon

Μόλις 30-40 δότες ετησίως διαθέτει η Ελλάδα

news.in.gr



Αθήνα:

Το μικρότερο αριθμό δοτών ανθρωπίνων οργάνων σε ολόκληρη την Ευρώπη έχει η Ελλάδα, παρά το γεγονός ότι κατέχει τα θλιβερά πρωτεία σε ό,τι αφορά τους θανάτους που σημειώνονται σε αυτοκινητικά δυστυχήματα.

Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων Ελλάδας (ΕΣΜΕ) που δημοσιεύει την Παρασκευή η εφημερίδα Εξουσία, στην Ελλάδα αντιστοιχούν 220 νεκροί ανά εκατομμύριο πολιτών το χρόνο, όταν ο μέσος όρος στην Ευρώπη είναι πενήντα. Με βάση αυτούς τους αριθμούς, η Ελλάδα θα έπρεπε να έχει κάθε χρόνο 200 δότες, οι οποίοι, όμως, τελικά, δεν ξεπερνούν τους τριάντα με σαράντα.

Στην υπόλοιπη Γηραιά Ηπειρο αντιστοιχούν τουλάχιστον 20 δότες ανά εκατομμύριο.

Όπως δήλωσε στην εφημερίδα ο πρόεδρος του ΕΣΜΕ Γιάννης Βλαχογιάννης, από τους περίπου 1.200 ασθενείς που περιμένουν ένα μόσχευμα νεφρού, μόλις 150 υποβάλλονται τελικά σε μεταμόσχευση κάθε χρόνο, ενώ χρειάζονται τα διπλάσια μοσχεύματα για να καλυφθούν οι ετήσιες ανάγκες.

Η κατάσταση είναι τραγικότερη όσον αφορά στις μεταμοσχεύσεις καρδιάς, πνευμόνων και ήπατος, αφού από τους περίπου 50 ασθενείς -οι οποίοι μάλιστα δεν έχουν μεγάλο περιθώριο ζωής- βρίσκουν μόσχευμα μόλις οι δέκα.

Επόμενο άρθρο:

Την τελευταία θέση κατέχει η Ελλάδα σε δότες οργάνων στην Ευρώπη (6/10/2000)

Ελπίδες για επιτυχημένες μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών (3-5-00)



Associated Press

Ο κίνδυνος απόρριψης μειώνεται, όταν βρεθεί συμβατός δότης

news.in.gr



Σιάτλ: Επιστήμονες από το Seattle Cancer Centre ανέπτυξαν μία νέα μέθοδο με σκοπό την αντιμετώπιση του κινδύνου απόρριψης του μοσχεύματος σε εγχειρήσεις μεταμόσχευσης μυελού των οστών.

Οι μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών συνοδεύονται από μεγάλη πιθανότητα απόρριψης του μοσχεύματος και οι επιστήμονες κατάφεραν να εφαρμόσουν μία καινούρια μέθοδο σε ποντίκια με μεγάλες ελπίδες επιτυχίας και σε ανθρώπους, όπως μετέδωσε το BBC την Τετάρτη.

Η μέθοδος αυτή έχει να κάνει με τα λευκά αιμοσφαίρια τύπου T, τα οποία παίζουν στο ανοσοποιητικό σύστημα το ρόλο της αναγνώρισης και της καταστροφής ανώμαλων ή και μολυσμένων κυττάρων, εμποδίζοντας έτσι ασθένειες που απειλούν τον οργανισμό αλλά και το ίδιο το ανοσοποιητικό σύστημα ώστε να μην καταστρέφει υγιή ιστό.

Τα κύτταρα τύπου T είναι υπεύθυνα για την απόρριψη μεταμοσχευμένου μυελού των οστών ύστερα από εγχειρήσεις σε άτομα με λευχαιμία και άλλες γενετικές διαταραχές.

Οι επιστήμονες από το Seattle Cancer Centre διαπίστωσαν ότι η δραστηριότητα των κυττάρων αυτών μπορεί να περιοριστεί, όταν αντιμετωπιστούν με την ουσία anti-CD28, η οποία είναι ένα είδος αντισώματος.

Η ουσία, μάλιστα, αυτή κατά τους ερευνητές είναι ασφαλέστερη από άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται προκειμένου να μην απορρίψει το ανοσοποιητικό σύστημα τα μοσχεύματα, ενώ μπορεί μελλοντικά να έχει εφαρμογή και σε άλλου είδους ιστούς.

ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΣ ΠΑΤΡΩΝ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ "ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ" ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Η ΙΕΡΑ ΣΥΝΟΔΟΣ
ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΔΕΛΤΙΟΝ ΤΥΠΟΥ

ΑΘΗΝΗΣΙ ΤΗ 5η Μαρτίου 2001



Ο Πρόεδρος της Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος Αρχιμανδρίτης π. Νικόλαος Χατζηνικολάου.

Η Ειδική Συνοδική Επιτροπή επί της Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος, με την ευκαιρία των εγκαινίων του Συνεδριακού Κέντρου Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, οργανώνει, την προσεχή Πέμπτη 8 Μαρτίου 2001 και ώρα 5.30 το απόγευμα, στις εγκαταστάσεις του στο Μετόχι της Αναλήψεως του Κυρίου της Ιεράς Μονής Σίμωνος Πέτρας Αγίου Όρους (Γ. Γεννηματά 5, Βύρωνας), εκδήλωση παρουσίασης του συλλογικού έργου υπό τον τίτλο: "Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις", το οποίο εξεδόθη με την επιμέλεια του Κλάδου Εκδόσεων της Επικοινωνιακής και Μορφωτικής Υπηρεσίας της Εκκλησίας της Ελλάδος.

Το έργο θα παρουσιάσουν ο Εξοχώτατος Υπουργός Υγείας και Προνοίας κ. Αλέξανδρος Παπαδόπουλος, ο Αιδεσιμολογιώτατος Πρωτοπρεσβύτερος κ. Βασίλειος Καλλιακμάνης, αναπληρωτής Καθηγητής της Θεολογικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, η νομικός κ. Ισμήνη Κρίαρη-

Κατράνη, αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Παντείου Πανεπιστημίου και ο ιατρός κ. Ανδρέας Καραμπίνης, Διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών.

Την εκδήλωση, στην οποία έχουν κληθεί να παραστούν Αρχιερείς της Εκκλησίας της Ελλάδος και του Οικουμενικού Πατριαρχείου Κωνσταντινουπόλεως, μέλη της Κυβερνήσεως, Βουλευτές και Ευρωβουλευτές, εκπρόσωποι της Τοπικής Αυτοδιοικήσεως, Κληρικοί ειδικευμένοι σε θέματα Βιοηθικής, εκπρόσωποι του Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.), της Ελληνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ε.Μ.) και της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, Ακαδημαϊκοί, Καθηγητές Πανεπιστημίου, Διευθυντές Μ.Ε.Θ., Εντατικολόγοι, Μεταμοσχευτές, εκπρόσωποι του ιατρικού και δικηγορικού κόσμου, εκπρόσωποι του Δικαστικού Σώματος, επιχειρηματίες που δραστηριοποιούνται στον κλάδο της υγείας και άλλοι επίσημοι, θα κλείσει με ομιλία του ο Μακαριώτατος Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και Πάσης Ελλάδος κ. Χριστόδουλος.

Το συλλογικό έργο υπό τον τίτλο "Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις" βασίζεται στη γνωμοδοτική μελέτη της, υπό την Προεδρία του Πανοσιολογιωτάτου Αρχιμανδρίτου κ. Νικολάου Χατζηνικολάου, Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής επί της Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος. Η εν λόγω Μελέτη, καρπός συστηματικής προσπάθειας της Επιτροπής κατά την περίοδο Δεκεμβρίου 1998 - Ιουλίου 1999, υιοθετήθηκε καθ' ολοκληρίαν από την Ιερά Σύνοδο της Ιεραρχίας κατά τη Συνεδρίασή της της 12ης Οκτωβρίου 1999.

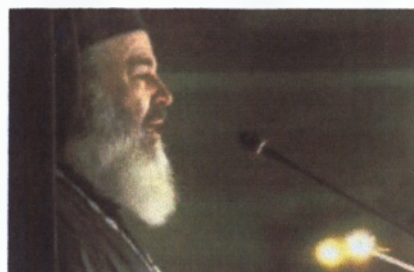
Το έργο, το οποίο προλογίζει ο Μακαριώτατος Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και Πάσης Ελλάδος κ. Χριστόδουλος, περιλαμβάνει το επίσημο κείμενο της Ιεράς Συνόδου που συνοπτικά παρουσιάζει τις 55 βασικές θέσεις της επί της Ηθικής Μεταμοσχεύσεων, την εισήγηση του Σεβασμιωτάτου Μητροπολίτου Ναυπάκτου και Ανίου Βλασίου κ.

Ιεροθέου στην Ιερά Σύνοδο της Ιεραρχίας (12.10.1999), υπό τον τίτλο "Η θέση της Εκκλησίας για τις μεταμοσχεύσεις", και τα ακόλουθα κεφάλαια:

- Η μεταμοσχευτική πραγματικότητα διεθνώς και στην Ελλάδα - Ηθικοί προβληματισμοί",
- "Δεοντολογία των μεταμοσχεύσεων",
- "Οι καρδιακές μεταμοσχεύσεις στον κόσμο και την Ελλάδα",
- "Μεταμόσχευση νεφρού",
- "Μεταμόσχευση ήπατος",
- "Ο εγκεφαλικός θάνατος",
- "Νομική θεώρηση των μεταμοσχεύσεων",
- "Διαθρησκευτική θεώρηση των μεταμοσχεύσεων",
- "Θεολογική προβληματική των μεταμοσχεύσεων",
- "Πνευματική ηθική και παθολογία των μεταμοσχεύσεων",
- "Το μέλλον των μεταμοσχεύσεων".

Εκ του Γραφείου Τύπου της Ιεράς Συνόδου.

Βλ. σχετικά: Ομιλία του Αρχιεπισκόπου Αθηνών και Πάσης Ελλάδος κ. Χριστοδούλου με θέμα "ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ: Η άποψη της Εκκλησίας".



**Ο Μακαριώτατος Αρχιεπίσκοπος
Αθηνών και Πάσης Ελλάδος
κ.κ.Χριστόδουλος.**

Στην ομιλία του προς τους παρισταμένους ο Μακαριώτατος Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και πάσης Ελλάδος κ. κ. Χριστόδουλος, χαρακτήρισε την ημέρα ιδιαίτερα σημαντική για την Εκκλησία και την σχέση Της με την κοινωνία. Με τη σύσταση της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής, που εργάζεται αθόρυβα και μεθοδικά, τη δημιουργία του νεόδμητου Συνεδριακού Κέντρου Βιοϊατρικής, Ηθικής και Δεοντολογίας και την έκδοση του έργου υπό τον τίτλο "Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις", η Εκκλησία βλέπει τις εξαγγελίες και τους στόχους Της να υλοποιούνται, σημείωσε ο Προκαθήμενος της Ελλαδικής Εκκλησίας. "Η Εκκλησία μας, που πρώτη Αυτή συνέστησε στον

τόπο μας Επιτροπή Βιοηθικής προκειμένου να προσεγγίσει με αποτελεσματικότητα και ευθύνη δύσκολα θέματα και καινοφανή προβλήματα, δίνει μία μαρτυρία ήθους, δείχνει ένα δρόμο, προσφέρει το ήθος και το δρόμο Της στην κοινωνία μας... Δίνει μία ακόμη έκφραση στη φιλάνθρωπη διάστασή Της και στο αγάλιασμα του πόνου, των προβλημάτων, της ανάγκης για υγεία, της αγάπης της ζωής και μία διέξοδο στην ανάγκη Της για συμπάρσταση, τόλμη, αλήθεια και συμμετοχή στην καθημερινότητα των προβλημάτων" τόνισε χαρακτηριστικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Annas G.J., *Brain Death and Organ Donation: You Can Have One Without the Other. Hastings Cent. Rep.* 1988 Jun-Jul, 18 (3).
2. Bai K.: *Definition of Death-Brain death in particular from a Social Standpoint. Artificial Organs*, 1983, 12 (2).
3. Barbara E., Kenneth Y., James A.: *Professional Attitudes Toward Organ Donation and Transplantation. Dialysis and Transplantation*, 1988, 17 (2).
4. Caplan A.L.: *Ethical and policy Issues in the Procurement of Cadaver Organs for Transplantation, N.Engl. J.Med*, 1984, 311.
5. Colpart JJ et al: *Organization de la transplantation d'organes en France, Pediatrie* 1991, 46.
6. Corlett S.: *Professionals and System Barriers to Organ Donation, Transplant. Proc.*, 1985 Dec., 17 (6).
7. Dickens BM: *Excised Organs Prior to Implantation: Belonging and Control. Transplant. Proc.*, 1990 (June), 22 (3).
8. France-Transplant: *Prelevements d'Organes: Medico - Legal and Technical Aspects. Revue du Praticien*, 1986, 36 (29).
9. Hendez R.: *A National Allocation System, Transplant. Proc.*, 1988 (February), 20, 1 (11).
10. I.Gilks W.R., Gore S.M. and Bradley A.: *Predicting Match Grade and Waiting Time to Kidney Transplantation, Transplantation*, 1991 (March), 51 (3).
11. Keown P.A et al: *Organ Retrieval and Distribution, Transplant Proc.*, 1985 (December), 18, 6 (3).
12. Kolata G.: *Organ Shortage Clouds New Transplant Era Science*, 1983, Jul., 221.
13. Koostra G.: *Proceedings of the First International Congress on Organ Procurement, Transplant Proc.*, 1984, 1 (1).

14. Opelz G.: *Allocation of Cadaver Kidneys of Transplantation. Transplant Proc., 1988 (February), 20, 1(1).*
15. Opelz G.: *HLA Matching should be utilized for Improving Kidney Transplant Succes Rates. Transplant Proc. 1991 (February), 23, 1.*
16. Plaff WW et al: *The Impact of Purposeful Sharing by HLA Matching in the South Eastern Organ Procurement Foundation (SEOPF). Transplant Proc.1989 (February),*
17. Pollak R. et al: *Donor Referral and Organ Procurement Patterns in a Large Metropolitan Area. A single Center Prospective Study. Transplant Proc., 1986, 3.*
18. Rapaport TF: *Consent for Organ Donation. What are the Ethical Principles. Transplant. Proc., 1993 (February) 25,1.*
19. Robinnette M.A. et al.: *Barriers to Organ Donation Whithin Hospitals and Involving Health Care Professionals. Transplant. Proc., 1986, 3.*
20. Sanfilippo F. et al: *The Benefits of HLA matching on Renal Transplantation Relative to Cyclosporine Use and Organ Sharing. Transplant. Proc., 1989 (February) 21,1.*
21. Sells RA: *Ethics and Priorities of Organ Procurement and Allocation. Transplant. Proc. 1989 (February), 21,1.*
22. Somerville M.A.: *"Procurement" MS "Donation" - Access to Tissues and Organs for Transplantation : Should "Contracting out" Legislation Be Adopted" Transplant Proc., 1985, 17 (6).*
23. Opelz G.: *The Benefit of Exchanging Donor Kidneys Among Transplanted Centers. N.Engl. J.Med, 1988a, 318.*
24. Opelz G.: *Is Kidney Allocation on HLA Match Justified Transplant Proc. 1991, 23 (1).*
25. Mickey M.R., Cook D.J, Terasaki PL: *Recipient Pool size for Prioritized HLA Matching. Transplantation 1987, 47.*
26. Terasaki PL et al: *Long Term Survival of Kidney Grafts, Transplant Proc., 1989, 21.*

27. Rien Ph. et al: *Organisation des Prelevements d' Organes : Rilan de Huit Annees de Fonctionnement d' un Centre d'Acceil des morts cerebrales. Agressologie, 1986, 27 (9).*
28. Colpart J.J. et al: *Obstacles Medico-legaux aux Prelevements d' Organes. Influence des Legislations en France et en Europe, Agressologie, 1986, 27 (9).*
29. United Kingdom Transplant Service (U.K.T.S): *Annual Reports.*
30. France-Transplant: *Annual Reports*
31. Eurotransplant: *Annual Reports*
32. Υ.Σ.Ε.: *Ετήσια Έκθεση 1991-1992.*
33. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής www.ispatras.gr/doritis/historyr.htm
34. Specs E.K. et al : *Cadaver Organ Procurement and Sharing by Members of the South-Eastern Organ Procurement Foundation Transplant Proc., 1984 (February), 16 (1) .*
35. Starzl TE et al : *A Multifactoriai System for Equitable Selection of Cadaver Kidney Recipients. JAMA 1987 (June), 257, 22.*
36. Stiller CR : *Ethics of Transplantation, Transplant. Proc. 1985 (December), 17, 6 (3).*
37. Toledo-Pereyra L.N.: *Perspectives on Organ Procurement, Transplant Proc., 1986, 3.*
38. Van Der Vliet JA et al : *Succesful Reorganization of Organ Procurement in the Netherlands, Transplant. Proc., 1984 (February), 16 (1).*
39. Whelchel J.D. et al : *The Regional Impact of an Organ Procurement on Cadaver Renal Transplantation, Transplant Proc., 1984, 16.*
40. Younger S et al : *Brain Death and Organ Retrieval : a Cross Section Survey of Knowledge and Concepts Among Health Professionals. JAMA, 1989, 261.*

Παγκόσμιο δίκτυο (Internet)

1. news.in.gr Μεταμοσχεύσεις καρδιάς, πνευμόνων και ήπαρ. Ελπίδες για επιτυχημένες μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών (3/5/00)
http://www.in.gr/innews/narticle.asp?nid=19055 - 29K 8 Οκτ 2001
2. news.in.gr
http://www.in.gr/innews/narticle.asp?nid=18295 - 0K - Ανανέωση: Παρ, 19 Οκτ 2001 www.in.gr
3. TMΘ:: Μεταμοσχεύσεις
Home Επιστήμη & Τεχνολογία Ιατρική Μεταμοσχεύσεις
http://www.tmth.edu.gr/el/kiosks/medicine/history/medi_h3f.html - 5K - Ανανέωση: Σαβ, 20 Οκτ 2001 -
4. TMΘ:: Μεταμοσχεύσεις
Home Επιστήμη & Τεχνολογία Ιατρική Μεταμοσχεύσεις
http://www.tmth.edu.gr/el/kiosks/medicine/technology/medi_t3f.html - 6K - Ανανέωση: Πεμ, 25 Οκτ 2001 - www.tmth.edu.gr
5. Μεταμοσχεύσεις διεθνώς: Μεταμοσχεύσεις στο διεθνή χώρο ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 1999 ΧΩΡΕΣ Γαλλία Ελλάδα Eu..
http://www.eom.gr/statistics/transplantations_international.htm - 42K - Δευ, 8 Οκτ 2001 -
6. Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα
Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1985 - Α' εξάμηνο 2001) ΕΤΟΣ 1985
http://www.eom.gr/statistics/transplantations_in_greece.htm - 25K - Ανανέωση: Δευ, 8 Οκτ 2001 - www.eom.gr
7. Τροχαία και μεταμοσχεύσεις: δυο αρνητικά ρεκόρ της χώρα μας
http://www.ichannel.gr/mjourney/journey/News_from_Greece/448.rekor-

troxaia-metamosxeuseis.shtml - 31K - Ανανέωση: Κυρ, 7 Οκτ 2001 - -
www.ichannel.gr

8. ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

http://www.i-m-patron.gr/news2/synod_transplant010307.html - 8K -
 Ανανέωση: Σαβ, 6 Οκτ 2001 -

9. Νόμος 1383, Μεταμοσχεύσεις

1383 (ΦΕΚ 106/5-8-83) Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων
 ιστών και οργάνων. <http://www.disability.gr/gr-arts/n1383.html> - 18K -
 Πेम, 25 Οκτ 2001

10. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ - ΔΩΡΗΤΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

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

11. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία - Διαβητολογικά Νέα

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

**12. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ - ΔΩΡΗΤΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ - ΔΩΡΕΑ
 ΟΡΓΑΝΩΝ**

http://www.ispatras.gr/doritis/be_donor_2.htm - 4K - Ανανέωση: Πेम, 25
 Οκτ 2001 - www.ispatras.gr

13. The Greek Parliament

http://www.parliament.gr/gr/praktika/prak_u_b/html/4961.htm - 9K - Κυρ, 7
 Οκτ 2001 -

14. The Greek Parliament

http://www.parliament.gr/gr/praktika/prak_u_c/html/442u.htm - 9K - Κυρ, 7
 Οκτ 2001 - www.parliament.gr

15. Τρέχοντα Προβλήματα Μεταμοσχευτικών Διαδικασιών
http://www.psnrenal.gr/periodiko/frev_mart_apri/trexonta_privlimata.htm -
16K - Ανανέωση: Κυρ, 7 Οκτ 2001 -
16. Αριθ. Υ7/οικ. 3095 Άρθρο 8 - Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα ειδικής
εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική Χειρουργείου.
<http://www.dr-med.gr/EIDIKOTHTES/Arith.%20Υ7-> Δευ, 8 Οκτ 2001
17. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία: Διοικητικό Συμβούλιο
<http://www.mednet.gr/hss/index2.htm> - 63K - Ανανέωση: Παρ, 19 Οκτ 2001 -
www.mednet.gr
18. <http://www.altfactor.gr/magazine/aplanet/iss2/johnymnemonic.html> - 51K -
Ανανέωση: Παρ, 19 Οκτ 2001 -
19. <http://www.altfactor.gr/magazine/fanzines/bigbang/iss8/panagiotatos.html> -
31K - Ανανέωση: Παρ, 19 Οκτ 2001 -
20. Flash.gr - Care - Εγκυκλοπαιδεία Υγείας - Καρδιολογία
<http://www.care.gr/enc/diseases/cardiology/topic/?id=2> - 34K - Ανανέωση:
Παρ, 19 Οκτ 2001 -