

ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ - ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΚΑΛΛΙΓΑ ΕΙΡΗΝΗ - ΠΑΠΠΑ ΜΑΡΙΑ - ΦΑΝΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΜΑΡΙΑ
Καθηγήτρια Εφαρμογών



Πτυχιακή Εργασία
για τη λήψη Πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία
από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
της Σχολής Επαγγελματων Υγείας & Πρόνοιας
ΤΟΥ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΚΠ/ΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ (ΤΕΙ) ΠΑΤΡΑΣ

ΠΑΤΡΑ ΜΑΪΟΣ 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΠΙΛΟΓΗΣ

566a



Η Επιτροπή για την έγκριση της Πτυχιακής Εργασίας



Μαρία Χαράλαμπος

Καθηγήτρια Εφαρμογών του

Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Δρ. Απόστολος Αποστολόπουλος

Ιατρός Κοινωνικής Εργασίας

Καθηγητής

Γεωργία Ζαφειροπούλου

Καθηγήτρια Εφαρμογών του

Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστούμε πολύ την Υπεύθυνη Καθηγήτρια Εφαρμογών **Μαίρη Χαραλάμπους** για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε και που μοιράστηκε μαζί μας τις αγωνίες και τις ευχαριστήσεις που μας έδωσε η μελέτη μας αυτή.

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα τους γονείς μας για την κατανόηση και την υποστήριξη που μας πρόσφεραν όλο το διάστημα που εργαζόμασταν για την συγγραφή αυτής της μελέτης.

Θέλουμε τέλος να ευχαριστήσουμε τους φίλους μας που συνέβαλαν με το δικό τους τρόπο στη συγγραφή αυτής της μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της εργασίας μας είναι να μελετήσουμε τη νεφροπάθεια, μια χρόνια ασθένεια με τεράστιες επιπτώσεις στον ατομικό χώρο του πάσχοντα, στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον καθώς επίσης με σοβαρές προεκτάσεις στο ευρύτερο κοινωνικό σχήμα. Επίσης να δούμε τη λειτουργία της μεταμόσχευσης και το μέγεθος της προσφοράς της ως μοναδικό δρόμο επίλυσης του προβλήματος και τέλος σε συνάρτηση με το προηγούμενο να δώσουμε το μέγεθος και την αξία της δωρεάς οργάνων.

Η μελέτη ξεκινάει με την αναφορά γενικά στην νεφροπάθεια σαν χρόνια ασθένεια και στην μεταμόσχευση σαν μοναδική λύση, απαραίτητη προϋπόθεση της οποίας είναι η δωρεά οργάνων και ιστών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αρχικά γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή στην πορεία των μεταμοσχεύσεων μέσα στους αιώνες μέχρι σήμερα. Στην συνέχεια επιχειρείται μια ηθική και θρησκευτική προσέγγιση εξαιτίας της έντονης ηθικής χροιάς των μεταμοσχεύσεων καθώς και η παρουσίαση της νομικής πλευράς τους επειδή το θέμα είναι αρκετά περίπλοκο ώστε να απαιτεί την επέμβαση νομοθέτη.

Ακολουθεί η λεπτομερής περιγραφή της ασθένειας (νεφροπάθειας) και των ιατρικών, ψυχολογικών, κοινωνικών επιπτώσεων της.

Περιγράφεται η διαδικασία της μεταμόσχευσης και τέλος παρουσιάζεται το θέμα της δωρεάς οργάνων και ιστών σε όλη του την έκταση από το καθαρά ηθικό επίπεδο μέχρι την οργάνωση της.

Στο τρίτο κεφάλαιο διατυπώνεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε σε όλη μας τη μελέτη και η μεθοδολογία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σχετικά με το θέμα. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και στο τέταρτο κεφάλαιο ακολουθούν τα συμπεράσματα από το σύνολο της μελέτης και γίνονται μερικές εισηγήσεις - προτάσεις για την επίλυση των προβλημάτων των νεφροπαθών, την οργάνωση των μεταμοσχεύσεων και την ενίσχυση της ιδέας της δωρεάς οργάνων και ιστών.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελίδα

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	I
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	II
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	IV

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

I	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
	Το πρόβλημα.....	1
	Σκοπός της μελέτης.....	2
	Ορισμοί όρων.....	5
II.	ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΑΤΩΝ:.....	5
1.	Ιστορική Αναδρομή.....	5
2.	Ηθική και θρησκευτική διάσταση των μεταμοσχεύσεων.....	12
3.	Η νομική διάσταση των μεταμοσχεύσεων.....	16
	3.1 Τα υποκείμενα των μεταμοσχεύσεων.....	19
	3.1α Ζωντανός δότης.....	19
	3.1β Νεκρός δότης.....	25
	3.1γ Λήπτης.....	28
	3.2 Υποχρεώσεις του γιατρού.....	30
4.	Τι σημαίνει να είναι κάποιος νεφροπαθής σήμερα.... (Ιατρικές-ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις).	35

5.	Ειδικά προβλήματα και επιπτώσεις της αιμοκάθαρσης.....	
5.1	Μονάδες αιμοκάθαρσης.....	46
5.2	AIDS και νεφροπαθείς.....	51
5.3	Τι είναι το Αυστραλιανό Αντιγόνο και τι σημαίνει... "Ο ασθενής είναι θετικός (AU) ₁ ".....	54
5.4	Η Δίαιτα των νεφροπαθών.....	57
5.5	Τα φάρμακα των νεφροπαθών.....	62
5.6	Σεξουαλικότητα και νεφρικές παθήσεις.....	65
5.7	Οι επιπλοκές της χρόνιας αιμοκάθαρσης.....	70
5.8	Κόστος αιμοκάθαρσης.....	73
6.	Μεταμόσχευση νεφρού.....	76
6.1	Προμεταμοσχευτικός έλεγχος.....	79
6.1α	Συμβατότητα ιστών.....	83
6.1β	Οργάνωση Υπηρεσιών συντονισμού μεταμοσχεύσεων.....	85
6.2	Η διαδικασία της μεταμόσχευσης-Η μεταμόσχευση... στο χειρουργείο.....	88
6.3	Η φαρμακευτική αγωγή μετά την μεταμόσχευση.....	94
6.4	Η έξοδος από το Νοσοκομείο.....	97
7.	Δωρεά οργάνων και ιστών.....	101
7.1	Προβλήματα των μεταμοσχεύσεων.....	111
7.1α	Κίνδυνος εμπορευματοποίησης.....	111
7.1β	Κριτήρια/ορισμού θανάτου-αφαίρεσης οργάνων.....	119
7.1γ	Τα προβλήματα της μεταμόσχευσης από την επιλογή... του λήπτη ως την έκβαση της επέμβασης.....	26
7.1δ	Ιατρική ομάδα-Συγγενείς του δότη οργάνων... Ψυχικός προβληματισμός-συναίσθηματική φόρτιση.....	130

8.	Κρατική μέριμνα (πολιτική) για την οργάνωση των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα.....	34
8.1	Οργανόγραμμα της ΥΣΕ.....	37
8.2	Το κόστος των μεταμοσχεύσεων.....	39
III:	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	144
IV.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	188
	ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	195
	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ.....	199
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	210
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	245
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	273

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

/ Ένα μεγάλο μέρος της σύγχρονης Ιατρικής αποτελούν οι χρόνιες ασθένειες. Μια απ' αυτές είναι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που τουλάχιστον στη χώρα μας δεν είναι τόσο γνωστή σε σχέση με τις υπόλοιπες χρόνιες ασθένειες όπως η λευχαιμία, μεσογειακή αναιμία κλπ. Παρ' όλα αυτά υφίσταται με σοβαρή οξύτητα και επηρεάζει τόσο ατομικά τον χρονιαία πάσχοντα όσο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Αυτή τη στιγμή στον Ελληνικό χώρο υπάρχουν 3.460 ασθενείς στο τελευταίο στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση κάθε δεύτερη μέρα και περιμένουν πολλές φορές και χρόνια ολόκληρα στη λίστα αναμονής προκειμένου να μεταμοσχευθούν. Γιατί μόνο η μεταμόσχευση μπορεί να τους προσφέρει την οριστική λύση στο πρόβλημά τους. Παρά την μικρή αλλά σταθερή αύξηση του αριθμού των μεταμοσχεύσεων (περίπου 25% για το 1989) αυτές καλύπτουν μόνο ένα ελάχιστο τμήμα από τις υπάρχουσες ανάγκες προκειμένου να έχουμε ένα σοβαρό βήμα της επίλυσης του θέματος τόσο σαν προσωπικό όσο και σαν κοινωνικό πρόβλημα. Αυτός είναι και ο λόγος που τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη διάδοση της δωρεάς οργάνων.

Λαμβάνοντας λοιπόν, υπ' όψιν την μεγάλη αξία και προσφορά της μεταμόσχευσης σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, και γνωρίζοντας ότι η νεφροπάθεια προκαλεί σημαντικές μεταβολές σε όλο το φάσμα της ζωής του πάσχοντα αλλά και ερχόμενοι σε άμεση επαφή με πάρα πολλούς πάσχοντες στα

πλαίσια της πρακτικής μας άσκησης στο Λαϊκό Γενικό Νοσ.Αθηνών - Κύριο μεταμοσχευτικό Κέντρο - ζήσαμε από κοντά το πλήθος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, οδηγηθήκαμε στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο γενικός σκοπός της μελέτης αυτής είναι η παρουσίαση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και η διερεύνηση των προβλημάτων που δημιουργεί τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο. Η θέση της σαν κοινωνικό φαινόμενο και η αντιμετώπιση της από την πολιτεία. Και επιπλέον η επισήμανση της αναγκαιότητας της μεταμόσχευσης αφού αποτελεί την αποδοτικότερη μορφή θεραπείας καθώς δεν δίνει απλά μια συντήρηση αλλά χαρίζει καλύτερη ποιότητα ζωής. Για την επίτευξη δε του παραπάνω στόχου, απαραίτητη είναι η προώθηση της ιδέας της δωρεάς οργάνων και Ιστών καθώς αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την οργάνωση και την αύξηση του αριθμού των μεταμοσχεύσεων.

Οι επιμέρους επιδιώξεις της μελέτης μας είναι:

- Να γίνουν γνωστά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νεφροπαθείς στον Ελληνικό χώρο, σήμερα, τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.
- Η προβολή του προβλήματος σαν κοινωνικό φαινόμενο και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σ' αυτό.
- Να αναφερθεί και να αξιολογηθεί ο τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος από την Πολιτεία και τα περιθώρια βελτίωσής του.
- Μεταμόσχευση έννοια - αποτελεσματικότητα της μεταμόσχευσης σαν θεραπευτικό μέσο μέσα από τις εκτιμήσεις των εμπλεκομένων στην όλη διαδικασία.

- Να δούμε τρόπους για την καλύτερη οργάνωση και εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων.

- Και τέλος η ανάδειξη της αξίας της δωρεάς οργάνων και η καλύτερη προώθηση στο ευρύ κοινό της ιδέας αυτής.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Οι ορισμοί των κυριότερων όρων που αναφέρονται στην Εργασία μας παρατίθενται παρακάτω:

Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ)¹.

Σύμφωνα με τον Αναφιώτη Αθ. (σελ. 13 Περιοδ. Επιθ. Τευχ. 2ο, 1987), "Ονομάζουμε τελικό μη αντιρροπούμενο στάδιο τη φάση εκείνη κατά την οποία η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία δεν μπορεί να εξασφαλίσει τη βιοχημική και οξεοβασική ισορροπία του οργανισμού. Σ' αυτό το στάδιο καθίσταται επιτακτική η εξωνεφρική αντιμετώπιση του νεφροπαθή".

Αιμοκάθαρση (Τεχνητό Νεφρό, Τ.Ν.)

"Είναι η διύλιση του αίματος με τη βοήθεια του τεχνητού νεφρού. Κατά τη διάρκεια της ένα μέρος του αίματος του ασθενή φιλτράρεται δια του τεχνητού νεφρού και κατόπιν επιστρέφει στο σώμα του." (SANDY THOMAS 1986, Επιθεώρηση τεύχος I, σελ. 23).

Μεταμόσχευση

Η αντικατάσταση φθαρμένων ανθρωπίνων οργάνων από άλλα υγιή.

(1) Στο κείμενο όπου αναφέρεται ο όρος νεφροπάθεια εννοείται το τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

1. Ιστορική Αναδρομή

Η ιδέα της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών απασχόλησε τον ανθρώπινο νου εδώ και αιώνες και αποτέλεσε ένα μεγάλο μέρος της δραστηριότητας της Ιατρικής επιστήμης.

Σήμερα θεωρείται σαν η μεγαλύτερη κατάκτηση της Ιατρικής του 20ου αιώνα και αναμένεται ότι το έτος 2000 οι μεταμοσχεύσεις θα καταλαμβάνουν το 50% των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων καθιστώντας έτσι, κατά μία θέση, το ανθρώπινο σώμα "κιβώτιο ανταλλακτικών".

Πριν ακόμη από τα γραπτά κείμενα, αποδείξεις μεταμόσχευσης για θεραπευτικούς σκοπούς παρατηρούνται σε κρανία της προϊστορικής περιόδου στα οποία είναι ακόμη μέχρι σήμερα ορατά εμφυτευμένα τεμάχια κρανίων.

Πολύ αργότερα στην Αρχαία Αίγυπτο, Ελλάδα, προκολομβιανή Βόρεια και Νότια Αμερική, Ρώμη και πιθανώς Κίνα, πολυάριθμα αρχαιολογικά ευρήματα επιβεβαιώνουν μεταμόσχευση δοντιών στον άνθρωπο την εποχή εκείνη. Το πρώτο γραπτό κείμενο για μεταμόσχευση οργάνων παρουσιάζεται σε κινέζικο χειρόγραφο του 3.000 π.χ. στο οποίο αναφέρεται η επιτυχημένη μεταμόσχευση στομάχου και καρδιάς δύο Κινέζων από χειρουργούς της εποχής.

Το 700 π.χ. στη SURSUTA - SANHITA αρχαίοι HINDY χειρουργοί περιγράφουν μεθόδους πλαστικής αποκατάστασης μύτης και αυτιών με δερματικούς κρημνούς χρησιμοποιώντας τεχνικές που εφαρμόζονται ακόμα και σήμερα.

Στην Ελληνική μυθολογία η πρώτη σκέψη για μεταμόσχευση οργάνων αναφέρεται και εκφράζεται με τον μύθο του Δαίδαλου και του Ίκαρου. Πατέρας και γιός για να αποφύγουν τα

δεσμά του Μίνωα κατασκεύασαν κέρινα φτερά και πέταξαν προς την ελευθερία. Ο θερμός όμως ήλιος της ανατολικής Μεσογείου έλιωσε το κερί των φτερών του Ίκαρου και έπνιξε τις πρώτες ελπίδες μεταμοσχεύσεων στη θάλασσα που σήμερα λέγεται Ικάριο Πέλαγος. Έτσι, η ηλιακή θερμότητα υπήρξε η πρώτη αιτία της "απόρριψης" οργάνων.

Στο Βυζάντιο όπως αναφέρουν οι Κωστάκης - Σκαλκέας (1983 σελ. 26-27) η Εκκλησιαστική Ιστορία διδάσκει το θαύμα των Αγίων Πατέρων και προστατών της Ιατρικής, Κοσμά και Δαμιανού. Οι Άγιοι Κοσμάς και Δαμιανός, που ήταν γιατροί, ήταν αυτοί που ακρωτηρίασαν ένα κάτω άκρο που είχε προσβληθεί από κακοήγη όγκο και μεταμόσχευσαν στη θέση του ένα υγιές που πήραν από έναν Αιθίοπα που είχε πεθάνει. Αυτό συνέβη τον 13ο αιώνα.

Στη Δύση ο πάπας Ινοκέντιος ο VIII διατηρείται στη ζωή με συνεχείς μεταγγίσεις αίματος από νέους της εποχής οι οποίοι μετά πέθαιναν.

Τον 16ο αιώνα ένας Ιταλός Ευγενής του οποίου η μύτη είχε καταστραφεί από σύφιλη παρουσιάστηκε στο γιατρό COSPARE TAGLIACOSI και του ζήτησε να του μεταμοσχεύσει τη μύτη ενός σκλάβου του. Ο Ιταλός γιατρός αρνήθηκε γιατί αυτό θα αποτελούσε παραβίαση της προσωπικότητας του ατόμου.

Η ιατρική επιστήμη όμως βράδυνε για αρκετούς αιώνες. Οι πρώτες επιστημονικές εργασίες για τις μεταμοσχεύσεις όπως αναφέρει η Κίτσου - Περγλέγκου Σ. (1990, σελ. 3-4) παρουσιάζονται το 1517 και οι πρώτες προσπάθειες για μεταμόσχευση ιστών έχουν γίνει από το μεγάλο Σκώτο ερευνητή JOHN HUNTER (1771) του οποίου το έργο περιωρίζεται μόνο σε μεταμοσχεύσεις δοντιών.

Τα πειράματα και τις παρατηρήσεις του HUNTER συνεχίζουν αργότερα οι CHARLES, EDOUARD, BRAUN, SEQARO κλπ μαθητές του μεγάλου φυσιολόγου LAUDE BERNARD (1813 - 1878). Ο PAUL BERT την ίδια εποχή, μαθητής και αυτός του CLAUDE BERNARD διατυπώνει τη θεωρία ότι τα μοσχεύματα που προέρχονται από γενετικά όμοιο άτομο (ομομοσχεύματα) από γενετικά ανόμοιο άτομο (αλλομοσχεύματα) από εκείνα που προέρχονται από άλλο είδος ζώου (ξενομοσχεύματα) συμπεριφέρονται με διαφορετικό τρόπο το καθένα.

Το 1804 ο BARONIO απέδειξε μετά από πειραματική προσπάθεια ότι η ελεύθερη δερματική αυτομεταμόσχευση σε πρόβατα θα μπορούσε να είναι επιτυχής.

Η αληθινή μεταμόσχευση οργάνων αρχίζει από τις αρχές του 19ου αιώνα. Στηρίχτηκε στη δυνατότητα για την αποκατάσταση της ροής του αίματος στο μόσχευμα μετά τη συρραφή με την αναστόμωση των αγγείων που εκτέλεσε ο ALEXIS CARREL το 1902 (J. CIUNQUEIRA, J. CATNEIRO, Κοντόπουλος 1977 σελ. 233). Για τη θαυμάσια αυτή προσπάθεια του ο μεγάλος Γάλλος αγγειοχειρουργός κατέκτησε το βραβείο Νόμπελ Ιατρικής. Μετά την επίτευξη της αγγειοραφής τον ίδιο χρόνο οι ULLMAN και DE CASTELO καθώς επίσης και ο CARREL στη Γαλλία πραγματοποίησαν μεταμοσχεύσεις νεφρών σε πειραματόζωα. Ο CARREL με τη συνεργασία του GUTHRIE το 1905 μεταμόσχευσε σε λαιμό σκύλο καρδιά που λειτούργησε αυτόματα για μια ώρα.

Οι πρώτες γνωστές προσπάθειες για κλινική μεταμόσχευση, νεφρού από πειραματόζωα σε άνθρωπο με την εκτέλεση αγγειακών αναστομώσεων αναφέρθηκαν μεταξύ των ετών 1906-1923 (Κωστάκης - Σκαλκέας 1983 σελ. 30-31). Σαν μοσχεύματα χρησιμοποιήθηκαν νεφροί προερχόμενοι από χοίρους, αίγες

πιθήκους και πρόβατα. βέβαια κανένα από τα μοσχεύματα αυτά δε λειτούργησε και οι ασθενείς πέθαναν λίγες ώρες ή μέχρι και εννιά μέρες μετά την μεταμόσχευση.

Το 1933 με τη μέθοδο CARREL ο MANN και οι συνεργάτες του μεταμόσχευσαν σε πειραματόζωο καρδιά που διατηρήθηκε σε λειτουργία, με φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό, επί οκτώ ημέρες.

Παρόλες τις παραπάνω εξελίξεις οι μεταμοσχεύσεις δεν θα είχαν φθάσει στα σημερινά επίπεδα, αν την ανάπτυξη στον τομέα αυτό της χειρουργικής δεν ακολουθούσε ανάλογα και ανάπτυξη άλλων ειδικοτήτων, ιδιαίτερα της ανοσολογίας, στην οποία κυρίως οι μεταμοσχεύσεις οφείλουν την αλματώδη εξέλιξή τους τελευταία.

Την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από άνθρωπο σε άνθρωπο πραγματοποίησε ο Ρώσος VORONOV το 1936. Ο ερευνητής αυτός μεταμόσχευσε νεφρό από πτωματικό δότη, αίματος B (RH^+) σε δέκτη ομάδας O (RH^+). Μετά από 48 ώρες ο δέκτης πέθανε και ο θάνατος αποδόθηκε σε αντίδραση από την ασυμβατότητα των ομάδων αίματος.

Το έτος 1948 ανακοινώθηκε από τους HUFNAQEL, HUME και LANDSTEINER μεταμόσχευση νεφρού από έναν άντρα που μόλις είχε πεθάνει, σε γυναίκα που βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση. Ο μεταμοσχευμένος νεφρός έπαψε να λειτουργεί μετά από τρεις μέρες, δόθηκε όμως η ευκαιρία στην ασθενή να ανανήψει από το κώμα και να επιβιώσει.

Τον Μάρτη του 1951 στο νοσοκομείο SPRINGFIELD της Μασσαχουσέτης έγινε η πρώτη ορθοτοπική μεταμόσχευση νεφρού από τον JAMES B. SOOLA. Κατά την ίδια χρονική περίοδο αναφέρθηκαν πολλές προσπάθειες μεταμόσχευσης νεφρού από

χειρουργούς της Γαλλικής σχολής, τον καθηγητή KASS, τον SERVELL και τους καθηγητές DUBOST και Νίκο Οικονόμου. Τα Χριστούγεννα του 1952, η ομάδα των Γάλλων LOUKIS MICHON και JEAN VAYSSE στην οποία συμμετείχε και ο Έλληνας Νικόλαος Οικονόμου επιχειρούν μεταμόσχευση νεφρού, από μητέρα σε παιδί, το οποίο βρισκόταν σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας (Κίτσου - Περγλέγκου Σ., 1990, σελ. 5-6).

Τέλος το 1954 ομάδα χειρουργών της Βοστώνης με επικεφαλής τον JOHN MERRILL πραγματοποιεί πλέον την πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού μεταξύ δύο μονογενών διδύμων.

Η πρώτη πειραματική ετεροτοπική μεταμόσχευση ήπατος έγινε το έτος 1955 από τον WELCH. Λίγο αργότερα αναφέρθηκαν πειραματικές ορθοτοπικές μεταμοσχεύσεις ήπατος από τον ίδιο ερευνητή το 1956 και από τους CANNON (1956) και MOORE (1959).

Το 1963 ο Αμερικανός T.H. STARZL πέτυχε την πρώτη κλινική ορθοτοπική μεταμόσχευση αυτού του οργάνου.

Οι πειραματικές προσπάθειες για μεταμόσχευση παγκρέατος άρχισαν πολύ νωρίτερα από τις προσπάθειες για την μεταμόσχευση ήπατος αλλά προσέκρουαν σε ανυπέβλητα τεχνικά προβλήματα. Η πρώτη επιτυχημένη, κλινική ετεροτοπική μεταμόσχευση παγκρέατος έγινε από τον KELLY το έτος 1966, ο οποίος μεταμόσχευσε ταυτόχρονα νεφρό και πάγκρεας σε ασθενή με διαβητική νεφροπάθεια.

Η μεταμόσχευση των παραθυρεοειδών αδένων σε πειραματόζωα εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από τον HALSTED το 1907 και συνεχίστηκε από πολλούς άλλους ερευνητές (Κωστάκης-Σκαλκέας 1989 σελ. 18).

Η πρώτη επιτυχής κλινική μεταμόσχευση των παραθυρεοειδών

αδένων έγινε από τον WELLS το 1975 . Σήμερα εφαρμόζεται σε ευρεία κλίμακα στην κλινική πράξη κυρίως η αυτομεταμόσχευση και λιγότερο η ετερομεταμόσχευση παραθυροειδών αδένων.

Η προσπάθεια μεταμόσχευσης του πνεύμονα , σε πειραματικό στάδιο, οφείλεται στους GUVENEL, METRAS, STANDACHES το έτος 1950, ενώ η πρώτη κλινική μεταμόσχευση έγινε από τον HANDY το έτος 1963. Ατυχώς, η πληθώρα των λειτουργικών προβλημάτων του οργάνου αυτού δεν έχει επιτρέψει την ευρεία εφαρμογή της μεθόδου στην κλινική πράξη.

Η καρδιά αποτελούσε για πολλούς αιώνες την πηγή της ζωής και του συναισθήματος, περιοχή απαγορευμένη και απλησίαστη.

Για πολλά χρόνια ίσχυε στην ιατρική το απόφθεγμα που είχε διατυπώσει ο διάσημος χειρουργός της Βιέννης BILLROTH (1829 - 1894): "όποιος τολμήσει να ράψει την καρδιά, να είναι βέβαιος πως θα χάσει την εκτίμηση όλων των συναδέλφων του". (CHRISTIAN BARNARD , 1967, σελ. 41../1271). Το Ταμπού αυτών των αιώνων εξαφανίστηκε στις 9 Σεπτέμβρη 1896 όταν ο LUDWING REHN έραψε ένα τραύμα καρδιάς που αιμορραγούσε και ο ασθενής επέζησε στο Δημοτικό Νοσοκομείο της Φραγκφούρτης .

Η πρώτη πειραματική ετεροτοπική μεταμόσχευση καρδιάς παρέμεινε μια χωρίς επιτυχία εργαστηριακή προσπάθεια μέχρι το 1960 οπότε οι LOWER , STOFER και SHUMWAY ανέπτυξαν επιτυχή τεχνική ορθοτοπικής μεταμόσχευσης και έβαλαν τις βάσεις για την κλινική εφαρμογή.

Έτσι, στις 3 Δεκέμβρη 1967, με την μέθοδο αυτή, ο Νοτιο-αφρικανός CHRISTIAN BARNARD έκανε με επιτυχία την πρώτη μεταμόσχευση ανθρώπινης καρδιάς (ο δέκτης ήταν 56 ετών και έζησε 18 ημέρες).

Η περαιτέρω εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων αφορά όχι πλέον την τεχνική αλλά την κλινική βελτίωσή τους.

Η προσπάθεια των ανοσολόγων συγκεντρώνεται στην καλύτερη επιλογή λήπτη, δότη, βάσει της γενετικής συγγένειας μεταξύ τους. Ο Τομέας αυτός ανθεί μετά την αρχή της ανακάλυψης των ιστικών αντιγόνων (αντιγόνα ιστοσυμβατότητας HLA) από το Γάλλο καθηγητή JEAN DAUSSET.

Συγχρόνως εντείνονται οι προσπάθειες για την ανακάλυψη μεθόδων ανοσοκαταστολής, που η εφαρμογή τους θα αποτρέπει την απόρριψη των μοσχευμάτων.

Η χρησιμοποίηση των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, όπως η αζαθειοπρίνη, τα κορτικοειδή και τα τελευταία χρόνια η κυκλοσπορίνη, είχαν σαν αποτέλεσμα την μείωση του αριθμού των απορριπτικών κρίσεων και την ελάττωση της βαρύτητάς τους.

Έτσι, με την εξέλιξη των χειρουργικών τεχνικών (καλύτερη συντήρηση πτωματικών μοσχευμάτων), τη χρησιμοποίηση νέων κατασταλτικών παραγόντων και τεχνικών και τη βελτίωση των ανοσολογικών γνώσεων και πρόοδο των ανοσολογικών Τεχνικών για πληρέστερο έλεγχο του δότη και του λήπτη, οι μεταμοσχεύσεις διανύουν μια περίοδο ακμής και καθιερώνονται σε θεραπευτική μέθοδος "ρουτίνας".

Ένα διάγραμμα της εξέλιξης της πορείας των μεταμοσχεύσεων παρουσιάζεται στο Παράρτημα Α - Πίνακας 1 βελ. 210

2. Ηθική και θρησκευτική διάσταση των μεταμοσχεύσεων.

Η λήψη οργάνων, ιστών, κυττάρων ή άλλων βιολογικών ουσιών από ένα ζώντα ή νεκρό δότη και η μεταμόσχευση αυτών σ' έναν λήπτη έχει πολλές φορές κατακριθεί και έχει γνωρίσει αναστολές και επιβραδύνσεις εξαιτίας ηθικοθρησκευτικών ή ανθρωπιστικών αιτιάσεων.

Η αρχέγονη αντίληψη ότι ο νεκρός πρέπει να παραμείνει ανέπαφος κι ακέραιος, γιατί κάθε απόπειρα για αφαίρεση ιστών κι οργάνων αποτελεί ανεπίτρεπτη πτώχευση του θανάτου, δεν βρίσκει ερείσματα στη διδασκαλία της ορθόδοξης εκκλησίας μιας που οφείλεται σε αρχαίες δοξασίες που δεν γίνονται αποδεκτές από την εκκλησία.

Τέτοια αντίληψη, κυριαρχεί στην Ιουδαϊκή διδασκαλία και δεν επιτρέπει την εκταφή των νεκρών. Αλλά και ο μεγάλος φιλόσοφος Κάντ στο έργο του "Μεταφυσική των Ηθών" προβάλλει το αίτημα της διατήρησης της ακεραιότητας του σώματος, καταδικάζει κάθε ακρωτηριασμό και συμπεραίνει ότι ο άνθρωπος δεν έχει δικαίωμα να χαρίσει ή να πουλήσει τμήματα του σώματος του ακόμα και ένα δόντι του (Κωστάκης-Σκαλκέας 1983 σελ. 23-24).

Οι παραπάνω απόψεις και άλλες τέτοιες παρόμοιες όμως, δεν βρίσκουν στήριγμα στο γνήσιο Χριστιανικό πνεύμα σύμφωνα με το οποίο "οι υποχρεώσεις του Χριστιανού ζώντος και νεκρού παραμένουν αθάνατες και επιπλέον ενεργείς" (Μητροπολίτης Ρόδου κ. Σπυρίδων, 1977, σελ. 369-370).

Βλέπουμε έτσι ότι η Χριστιανική Ηθική δεν προσφέρει έναν κώδικα ηθικής, πολύ δε περισσότερο ιατρικής δεοντολογίας προσφέρει όμως ηθικά κριτήρια αξιολόγησης των ανθρώπινων πράξεων.

Όπως υποστηρίζει ο μητροπολίτης Δημητριάδος κ.Χριστόδουλος "η χωρίς όρους και όρια αγάπη προς τον πλησίον , αποτελεί ένα θεμελιώδες κριτήριο αυτής της αξιολόγησης." Επίσης ένα ακόμα κριτήριο αποτελεί η εκτίμηση του ανθρώπου σαν εικόνας του Θεού" (Μητροπολίτης Δημητριάδος κ.Χριστόδουλος, 1989 , Ιατρικό θήμα, σελ. 6).

Οι παλαιότεροι θεολόγοι, λαμβάνοντας υπόψη το παραπάνω κριτήριο, και στηριζόμενοι σε ιερούς κανόνες της εκκλησίας, όπως λόγου χάρη οι ΚΓ΄, ΚΔ΄ Αποστολικοί και ο Α΄ της Α΄ Οικουμενικής αντιμετώπισαν τις μεταμοσχεύσεις σαν ακρωτηριασμό και τιμωρούσαν με αφορισμό εκείνον που ακρωτηριάζεται επειδή προκαλεί βαριά κάκωση στο σώμα που αποτελεί Αγιο-πνευματικό ναό.

Από την ορθή όμως ερμηνεία των κανόνων αυτών, πληροφορούμαστε ότι ο ακρωτηριασμός για τον οποίο γίνεται λόγος είναι η εκτομή των γεννητικών οργάνων, δηλαδή ο ευνουχισμός , που ορισμένοι Χριστιανοί των πρώτων αιώνων επιχειρούσαν σαν μέσο για κατάκτηση της ηθικής καθαρότητας και τελειότητας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι προηγούμενοι κανόνες ενώ τιμωρούν τον ακρωτηριασμό αυτού του είδους, αφήνουν ατιμώρητη την ίδια πράξη όταν αυτή γίνεται για λόγους υγείας, ή με χρήση βίας χωρίς τη θέληση του παθόντος (Κίτσου - Περγλέγκου Σ. , 1990, σελ. 96-97).

Με την καθιέρωση των μεταμοσχεύσεων , οι νέοι θεολόγοι άρχισαν να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα στηριζόμενοι στο δεύτερο κριτήριο και μάλιστα όχι αποκλειστικά σε σχέση με το δότη αλλά και σε σχέση με το λήπτη και τις περαιτέρω συνέπειες που θα έχει η μεταμόσχευση στη ζωή του.

Έτσι η μεταμόσχευση δεν θεωρείται πια σαν ακρωτηριασμός που ηθικά απαγορεύεται αλλά σαν έκφραση αγάπης προς τον πλησίον με την προϋπόθεση ότι η επιθυμία αυτή είναι αποτέλεσμα ελεύθερης και συνειδητής επιλογής και το σώμα αντιμετωπίζεται με τον δέοντα σεβασμό και ιερότητα (C. BOUCHAUD, 1966, σελ. 31-37).

Έπειτα, και η εντολή της Χριστιανικής πανανθρώπινης αγάπης στηρίζεται στο ότι όλοι κατέχουμε την κοινή ανθρώπινη φύση. Όλοι έχουμε πλαστεί "κατ'εικόνα και καθ'ομοίωση" του Θεού βλέποντας έτσι τον άλλον σαν το έτερο Εγώ μας. Προπάντων μέσα στην υπερφυσική και ρεαλιστική πραγματικότητα της "εν Χριστώ Ζωής", ο καθένας ζεί μέσα στον πλησίον και ο πλησίον μέσα σ' αυτόν.

Γι' αυτό και η μεταμόσχευση οργάνων μπορεί να εμφανιστεί σαν πρόκληση για δοκιμασία προκειμένου να διαπιστωθεί ότι το βιβλικό και Χριστιανικό προσανατολισμένο ήθος δεν αντιτίθεται στην τάξη της δημιουργίας και στα θαυμάσια της επιστήμης.

Ας έρθουμε τώρα στη θέση της Ορθόδοξης εκκλησίας όπως αυτή διαμορφώθηκε ύστερα από Συνοδικές αποφάσεις.

Το 1971 μετά από ερώτηση Χριστιανού προς την Ιερά Σύνοδο για το αν επιτρέπεται να δωρίσει τους οφθαλμούς του μετά το θάνατό του, η Νομοκανονική Επιτροπή αφού μελέτησε το θέμα αποφάσισε ότι η πράξη αυτή είναι θεάρεστη αρκεί να μην γίνεται για χρηματικό όφελος.

Την απόφαση αυτή η Αγία και Ιερά Σύνοδος επικύρωσε με την υπ' αριθμό 397/17.6/1971 απόφασή της.

Μερικά χρόνια αργότερα, τον Ιούνιο του 1983 κάποιος άλλος πιστός υπέβαλε ερώτηση στην Ιερά Σύνοδο για το αν είναι

επιτρεπτή η διάθεση του σώματος του στην επιστήμη μετά το θάνατό του.

Και πάλι η Ιερά Σύνοδος ενέκρινε το παραπάνω αίτημα με την προϋπόθεση όμως να γίνει η νεκρώσιμη ακολουθία πριν από την παράδοση του λειψάνου στην επιστήμη.

Επισφράγιση όλων αυτών ήταν η ανακοίνωση του Αρχιεπισκόπου Αθηνών Σεραφείμ το 1985 ότι παρέχει μετά τον θάνατο του τους νεφρούς και τους οφθαλμούς του. (Μητροπολίτης Δημητριάδος κ.Χριστόδουλος, 1990, Ιατρική και Δίκαιο, Τεύχος 6-7, σελ. 21).

Συνοψίζοντας μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η εκούσια προσφορά οργάνων δεν γίνεται από ασέβεια προς το Θεό ούτε γιατί το προσφερόμενο όργανο κρίνεται περιττό ή επιβλαβές για την ηθική συγκρότηση του ανθρώπου. Αντίθετα, αναγνωρίζεται η πολυτιμότητα και η μοναδικότητά του. Η σωτηρία των ανθρώπων από την αρρώστια ή το θάνατο δεν αντίκειται στην θεϊκή βούληση. Επιβάλλεται μάλιστα η ανάπτυξη πρωτοβουλιών και η αξιοποίηση των δυνάμεων του ανθρώπου, εφόσον ο Θεός επροίκισε τον άνθρωπο με νου και θέληση ώστε ν'αντιμετωπίζει κάθε πρόβλημα στην ζωή του.

3. Η Νομική διάσταση των μεταμοσχεύσεων

Οι μεταμοσχεύσεις θεωρούνται ως ιδιαίτερες επεμβάσεις στο ανθρώπινο σώμα, γιατί ενώ στις άλλες ιατρικές θεραπευτικές δραστηριότητες υπάρχει η διπολική σχέση γιατρού - ασθενή, στην περίπτωση των μεταμοσχεύσεων υπάρχει η τριπολική σχέση γιατρού - δότη - λήπτη.

Η ιδιομορφία της σχέσης αυτής έγκειται στο γεγονός ότι η έννομη τάξη πρέπει να προσπίζει δικαιώματα και να ορίζει υποχρεώσεις των τριών μελών που συνθέτουν την προαναφερθείσα σχέση. Δηλαδή πρέπει:

- Να γίνει νομικά αποδεκτή η σίγουρη σωματική βλάβη του ζωντανού δότη προς χάριν της αμφίβολης θεραπείας του λήπτη.
- Να προσδιοριστούν νομικά τα κριτήρια του θανάτου.
- Να διατυπωθεί σύννομη συναίνεση δότη - λήπτη.
- Να προστατευθεί το δικαίωμα της προσωπικότητας του ήδη νεκρού δότη.
- Να προστατευθούν κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, τα ένομα συμφέροντα δότη - λήπτη.
- Και τέλος, να διασφαλιστεί το κύρος της δημόσιας τάξης. (Ρώτης Β., 1977, σελ. 371-372).

Σήμερα πλέον οι μεταμοσχεύσεις οργάνων ενδιαφέρουν όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Για το λόγο αυτό όλες διαθέτουν ειδική νομοθεσία η οποία προσδιορίζει το πλαίσιο της διενέργειάς τους.

Επίσης όλες προσπαθούν να βελτιώσουν το νομοθετικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων με την έκδοση ερευνητικών εγκυκλίων ή και αναθεώρηση της ισχύουσας νομοθεσίας.

Όλη αυτή η δραστηριότητα κινείται γύρω από δύο άξονες:

α. Την διασφάλιση της αναγκαίας προστασίας του δότη και

β. Την αύξηση των προσφερόμενων οργάνων

Πολλές χώρες της Ευρώπης διαθέτουν ειδική νομοθεσία προεδρικά διατάγματα, Υπουργικές αποφάσεις που αφορούν την αφαίρεση του μοσχεύματος και τη μεταμόσχευση ανθρωπίνων ιστών και οργάνων είτε από ζώντα είτε από πτωματικό δότη.

Συγκεκριμένα:

Βέλγιο:	: Νόμος της 13/6/1986
Δανία	: " 246 της 9/6/1967
Φιλανδία	: " 1454 της 4/3/1969 και 355 της 20/6/1985
Γαλλία	: " 76-1181 της 22/12/1976
Ιταλία	: " 456 της 25/6/1967
Λουξεμβούργο	: " της 25/11/1982
Νορβηγία	: " 6 της 9/2/1973
Ισπανία :	: " 30 της 27/10/1979
Σουηδία	: " 190 της 15/5/1975
Τουρκία	: " 2238 της 29/5/1979

Οι πιο κάτω χώρες έχουν σχετική νομοθεσία μόνο σε ότι αφορά τις μεταμοσχεύσεις από πτωματικό δότη:

Αυστρία	: Νόμος της 1.5.1982
Κύπρος	: " 48 του 1976 (για τον κερατοειδή χιτώνα των οφθαλμών)
Πορτογαλία	: " 533 της 13/7/1976
Ελβετία	: " της 17.11.1981
Εν.Βασίλειο	: " του 1961, 1975 και 1976.

3.1. Τα υποκείμενα των μεταμοσχεύσεων

3.1. α. Ζωντανός Δότης

Καταρχήν θα πρέπει να τονισθεί ότι είναι προτιμότερη η σφαίρεση οργάνων από νεκρό δότη και μόνο κατ'εξαίρεση αντιμετωπίζεται από ζωντανό δότη.

Επισημαίνεται η διαφορά ότι στις μεταμοσχεύσεις η ενέργεια του γιατρού στο ζωντανό δότη δεν μπορεί να χαρακτηρισθεί ως θεραπευτική επέμβαση αφού δεν γίνεται με σκοπό την ίαση του αλλά προς χάρη ξένου συμφέροντος, συνεπώς ανήκουν στην κατηγορία των επικίνδυνων θεραπειών και των σοβαρών επεμβάσεων που για την ιδιομορφία της περίπτωσης απαιτούνται νέες αντίστοιχες δικαιολογίες.

Η επέμβαση στο δότη δεν αποτελεί θεραπευτικό σκοπό και γι' αυτό το λόγο συνιστά σωματική βλάβη σύμφωνα με την έννοια του ποινικού κώδικα.

Όμως αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της σφαίρεσης του μοσχεύματος βάσει της γενικής αρχής περί συναίνεσης του παθόντος. Βέβαια σύμφωνα με το άρθρο 308 παρ. 2 του ποινικού κώδικα η συναίνεση με την οποία αίρεται ο άδικος χαρακτήρας ισχύει μόνο για την απλή σωματική βλάβη και εφόσον μάλιστα η συναίνεση αυτή δεν προσκρούει στα χρηστά ήθη.

Όμως σύμφωνα με το άρθρο 309 του ποινικού κώδικα ακάλυπτος παραμένει ο γιατρός ο οποίος θα επιχειρήσει να μεταμοσχεύσει όργανο τόσο ζωτικής σημασίας ώστε να περιέλθει σε κίνδυνο η ζωή ή η σωματική ακεραιότητα του δότη (βαριά σωματική βλάβη, σοβαρός ακρωτηριασμός, παράλυση της χρήσης του σώματος ή της διάνοιας).

Ως βαριά ή επικίνδυνη σωματική βλάβη θα πρέπει να

θεωρηθεί η αφαίρεση οργάνου του σώματος έστω και στην περίπτωση όπου η λειτουργικότητα της υπόφυσης, του ζωτικότητας αυτού αδένου, είναι τέτοια ώστε με βεβαιότητα μπορεί να υποστηριχτεί ότι το εναπομένον όργανο του ζεύγους θα υπερτραφεί σε τέτοιο βαθμό ώστε να ανταποκριθεί στις ανάγκες του οργανισμού.

Στις περιπτώσεις αυτές η συναίνεση του δότη δεν μπορεί να καλύψει την επέμβαση προς αφαίρεση του συγκεκριμένου οργάνου και για να μην παραμείνει ακάλυπτος ο γιατρός που θα επιχειρήσει τη μεταμόσχευση υποστηρίχθηκε η άποψη ότι στην προκείμενη περίπτωση έχει εφαρμογή το άρθρο 25 του ποινικού Κώδικα "Περί καταστάσεως ανάγκης αποκλειούσης το άδικο".

Σύμφωνα με το άρθρο αυτό "δεν είναι άδικη η πράξη ην εκτελεί τις για να αποτρέψει παρόντα και άλλως αναπότρεπτον κίνδυνον απειλούντα το πρόσωπο ή την περιουσία αυτού ή άλλου τινός άνευ υπαιτιότητος του, αν η επελθούσα της πράξεως σε άλλον βλάβη είναι κατά το είδος και την σπουδαιότητα σημαντικά κατώτερα από την απειληθείσαν".

Τα στοιχεία της κατάστασης ανάγκης είναι: κίνδυνος αναπότρεπτος · κίνδυνος παρών· να αφορά το ίδιο πρόσωπο και τα αγαθά τα συμφυή με αυτό , όπως είναι η ζωή, η σωματική ακεραιότητα , η υγεία και άλλα .

Η ύπαρξη ή μη "κατάστασης ανάγκης" επαφίεται στην εκτίμηση του γιατρού (Κοτσιάνος Στεφ., 1969, σελ. 755).

Οι χώρες του Συμβουλίου της Ευρώπης τονίζουν νομοθετικά την ανάγκη διενέργειας λατροχειρουργικών επεμβάσεων μόνο στην περίπτωση κατά την οποία δεν παρουσιάζεται κίνδυνος για την ζωή ή την υγεία του δότη. Αρκετές χώρες επι-

τάσσουν ως προϋπόθεση ισχυρής αφαίρεσης οργάνου ζώντος προς μεταμόσχευση τη γενετική συγγένεια.

Στον Νόμο 1383/83 στο άρθρο 5 αναφέρονται οι προϋποθέσεις για την αφαίρεση ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση από ζωντανό δότη, και είναι:

α) Ο δότης να είναι ενήλικος και να μη τελεί σε κατάσταση δικαστικής απαγόρευσης ή αντίληψης β) να υπάρχει ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη γ) να μην ανακύπτουν κατά την κρίση των υπευθύνων γιατρών της νοσηλευτικής μονάδας, όπου ενεργείται η αφαίρεση, πρόφανείς σοβαροί κίνδυνοι για τη ζωή ή την υγεία του δότη δ) ο δότης να έχει δηλώσει ελεύθερα τη βούληση του για προσφορά του μοσχεύματος.

Η δήλωση αυτή του δότη, είναι ανακλητή μέχρι την αφαίρεση και γίνεται:

1. Με συμβολαιογραφικό έγγραφο
2. Με έγγραφο το οποίο η Αστυνομική Αρχή να έχει βεβαιώσει το γνήσιο της υπογραφής του υποψήφιου δότη.
3. Προφορικά, με καταχώρηση σε ειδικό βιβλίο το οποίο 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 1329/19 83 για την "εφαρμογή της συνταγματικής αρχής της ισότητας ανδρών και γυναικών στον Αστικό Κώδικα, το εισαγωγικό

του Νόμου , 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.

Η αφαίρεση μυελού των οστών από ανήλικους επιτρέπεται κατ'εξαίρεση εφόσον δότης και λήπτης:

- α. Είναι αδέρφια
- β. Έχουν πλήρη ιστοσυμβατότητα και
- γ. Υπάρχει συναίνεση εκείνου που έχει την επιμέλεια του προσώπου.

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 μεταμόσχευσης. Επίσης, οι υπεύθυνοι γιατροί της μονάδας μεταμόσχευσης είναι υποχρεωμένοι να διαπιστώνουν ότι συντρέχουν οι προϋποθέσεις του νόμου αυτού.

Όλα τα σχετικά έγγραφα φυλάσσονται σε ειδικό φάκελλο που τηρείται στο Νοσηλευτικό Ιδρυμα που γίνεται η μεταμόσχευση.

Ιδιαίτερη ευαισθησία παρουσιάζεται στις ειδικές κατηγορίες ζωντανών δοτών, που από μόνοι τους δεν μπορούν να παράσχουν νομικά ισχυρή συναίνεση, όπως δικαιοπρακτικά μη ικανοί, ανήλικοι, διανοητικά καθυστερημένοι, φυλακισμένοι.

Πολύ λίγο θα έπειθε τον κοινό νου το στοιχείο του ελευθέρου της συναίνεσης ενός ανήλικου για τον πάσχοντα ανήλικο αδελφό, του διανοητικά καθυστερημένου, ιδίως όταν η καθυ-

στέρσησ αυτή φθάνει στα όρια αδυναμίας χρησιμοποίησης του λογικού.

Το ίδιο συμβαίνει και με τους φυλακισμένους, οι οποίοι κάθε φορά προσδοκούν από παρόμοιες "χειρονομίες" ευνοϊκότερη μεταχείριση από το σωφρονιστικό ίδρυμα ή την μερική ή ολική άρση του υπολοίπου της ποινής.

Σοβαρό επιχείρημα όμως αποτελεί το γεγονός, ότι ειδικοί ιατρικοί λόγοι, ειδίως η συγγένεια εξ αίματος και η ιστοσυμβατότητα, παρέχουν ενδείξεις για μεγαλύτερη αν όχι αποκλειστική επιτυχία επί συγγενών.

Έτσι, για παράδειγμα, ο ανήλικος αδελφός θα μπορούσε να δεχθεί ιστό η μόσχευμα μόνον από άλλον ανήλικο αδελφό. Στην περίπτωση ανηλίκων και διανοητικά καθυστερημένων θα πρέπει να γίνει δεκτό ότι οι αφαιρέσεις οργάνων και ιστών επιτρέπονται κατ'εξαίρεση και μόνο όταν υπάρχει νομικά ισχυρή συναίνεση όχι μόνον των ιδίων των υποκειμένων, προϋποτιθέμενης βέβαια της ικανότητάς τους προς κατανόηση των πραττομένων, αλλά και των νομίμων εκπροσώπων τους και βέβαια κατόπιν ισχυρής ιατρικής ένδειξης.

Οι επεμβάσεις αυτές επιτρέπονται μόνο εφόσον δεν υπερβαίνουν το μέτρο της απλής σωματικής βλάβη αποκλειομένων επομένως των επεμβάσεων που περικλείουν κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία των δοτών.

Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι δεν θα πρέπει να θεωρούνται σύννομες αφαιρέσεις οργάνων από δότες που δεν έχουν συνείδηση των πραττομένων εξ αιτίας μόνιμης ή παροδικής κατάστασης και η τυχόν άρνηση μη δικαιοπρακτικά ικανού δότη αποκλείει το ενδεχόμενο αφαίρεσης ιστών ή οργάνων προς μεταμόσχευση (Κοτσιάνος Στέφανος, 1969, σελ. 758-759).

βέβαια, η αντίθετη θέση θα φαινόταν και θα ήταν εξαιρετικά εκμεταλευτική για τους μη έχοντας συνείδηση των πραττομένων ενώ απλά και μόνο το στοιχείο της συναίνεσης του νομίμου εκπροσώπου ή και της κρατικής αρχής, όπως για παράδειγμα είναι ο εισαγγελέας, δεν θα έπειθαν για των αγαθών κάθε φορά προθέσεων της αφαίρεσης μωσχεύματος.

Από την άλλη πλευρά, το ηθικό πλήγμα της έννομης τάξης θα ήταν πολύ μεγαλύτερο του εννόμου αγαθού, το οποίο αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας ή και την διάσωση της ζωής του επίδοξου λήπτη.

Τα δικαιώματα που πρέπει πάντα να διατηρεί ένα δότης από τους γιατρούς και γενικότερα από το Νοσηλευτικό Ιδρυμα, είναι η παροχή διαφώτισης για την λήψη ισχυρής νομικής συναίνεσής του, η παροχή βοήθειας, τήρησης επαγγελματικής εχεμύθειας και επίδειξης λογικής συμπεριφοράς. (LEGE ARTIS). Στις χώρες του Συμβουλίου της Ευρώπης απαγορεύεται η μεταμόσχευση οργάνων όταν δεν υπάρχει η κατά τον νόμο ικανότητα. Αυτές οι χώρες είναι η Αυστρία, η Ομοσπονδιακή Γερμανία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Ιταλία και η Τουρκία.

Στις χώρες Βέλγιο, Φιλανδία, Γαλλία, Ελβετία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Λουξεμβούργο, Νορβηγία, Ολλανδία, Σουηδία ισχύει υπό προϋποθέσεις η συναίνεση των γονέων και η συναίνεση των νομίμων εκπροσώπων ενός ανήλικου ή ανίκανου για δικαιοπραξία. (Κίτσου-Περλέγκου Σ., 1990 σελ. 82-86).

3.1.β. Νεκρός δότης

Σύμφωνα με τον νόμο 1383/83 στο άρθρο 7 αναφέρεται ότι 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 την βούλησή του αυτή. Την ίδια δυνατότητα έχει και εκείνος που βρίσκεται σε κατάσταση μόνιμης 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.

Στο ίδιο άρθρο αναφέρεται ότι επιτρέπεται μετά την επέλευση του θανάτου η αφαίρεση από το ανθρώπινο σώμα ιστών, οργάνων ή τμημάτων οργάνων με σκοπό την μεταμόσχευση για θεραπευτικούς ή επιστημονικούς σκοπούς και χωρίς την ύπαρξη γραπτής ή προφορικής δήλωσης περί της βούλησης, όπως αυτή αναφέρεται στην προηγούμενη παράγραφο.

Δεν επιτρέπεται να γίνει αφαίρεση όταν υπάρχει αντίθεση, έστω και εικαζόμενη, του θανόντος ενόψει και των θρησκευτικών ή φιλοσοφικών πεποιθήσεων του.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται τα κριτήρια και η διαδικασία από την οποία συνάγεται η εικαζόμενη αντίθεση του θανόντος.

Προτιμητέα από νομικής πλευράς είναι η αφαίρεση μοσχευμάτων από νεκρό δότη. Και αυτό γιατί είναι δυνατόν να αφαιρεθούν από τον νεκρό περισσότερο ζωτικά όργανα, όπως είναι η καρδιά, τα οποία εκείνος δεν τα χρειάζεται πια.

Από ιατρικής πλευράς όμως υπάρχει πάντα ο κίνδυνος της καταστροφής των οργάνων εξαιτίας της παραμονής αυτών περισσότερο του δέοντος στο σώμα του νεκρού δότη.

Η ανάγκη λήψης του μοσχεύματος από το σώμα του νεκρού όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, συνέβαλε κατά πολύ στην αναζήτηση του ακριβή χρόνου θανάτου, ώστε να διενεργηθεί η αφαίρεση.

Η έγκαιρη διάγνωση του θανάτου για τη λήψη μοσχεύματος είναι καθοριστικής σημασίας. Είναι δε φανερό ότι, ο έλεγχος της αναπνοής και την κυκλοφορίας που πάντα εφαρμόζεται για μια τέτοια διάγνωση, δεν είναι δυνατόν να φανεί εδώ ιδιαίτερα χρήσιμος.

Είναι σήμερα γνωστό ότι, μπορεί να διατηρηθεί, η αναπνοή και η κυκλοφορία για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα με τεχνικές συνθήκες, χωρίς το άτομο να εμφανίζει άλλα στοιχεία ζωής. Όπως έχει γίνει από όλους παραδεκτό μια τέτοια μια τέτοια παράταση, όχι μόνο αχρηστεύει οποιαδήποτε δυνατότητα λήψης μοσχεύματος για θεραπευτικούς σκοπούς, αλλά και δυσχεραίνει ολοκληρωτικά τη χρησιμοποίηση ενός "μηχανήματος αναζωογονήσεως" για μια άλλη, ευκολότερα ανακτήσιμα περίπτωση.

Χρειάστηκε έτσι να ανανεωθεί η έννοια του θανάτου και σαν συνέπεια μιας τέτοιας προσπάθειας που έγινε σε διεθνή κλίμακα προτάθηκε, συζητήθηκε ευρύτατα και τέλος υιοθετήθηκε η έννοια του "εγκεφαλικού θανάτου".

Και ως εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται η ανεπιστρεπτή παύση των λειτουργιών του εγκεφάλου, ή αλλιώς η οριστική απώλεια της πνευματικής ύπαρξης.

Η διαπίστωση του θανάτου με βάση το νόμο 1383/83 γίνεται από τον υπεύθυνο για τον άρρωστο γιατρό ή τον αντικαταστάτη του, έναν νευρολόγο ή νευροχειρουργό και έναν αναισθησιολόγο. Στην περτοποίηση του εγκεφαλικού

θανάτου δεν συμμετέχει ο γιατρός ο οποίος ανήκει στην μεταμοσχευτική ομάδα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι σε πολλές χώρες το Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν θεωρείται πια σήμερα ως απόλυτα απαραίτητο, διευκολύνει δε τις περιπτώσεις εκείνες για τις οποίες υπάρχει διαγνωστική αμφιβολία ή αμφισβήτηση (Κουτσελίνης Α. 1977, σελ. 372 - 375).

Στη συνέχεια το άρθρο 7 του ίδιου νόμου, αναφέρει ότι αφού διαπιστωθεί ο θάνατος, η αφαίρεση ιστών και οργάνων γίνεται από εξειδικευμένο χειρουργό ή από γιατρό αντίστοιχης με το όργανο που αφαιρείται ειδικότητας.

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. Η αφαίρεση του πτωματικού υλικού πραγματοποιείται εκεί όπου βρίσκεται ο νεκρός και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η επέμβαση για τη λήψη του μοσχεύματος έχει βέβαια προτεραιότητα. Τέλος σύμφωνα με το ίδιο άρθρο ο γιατρός οφείλει:

- α. Να ακολουθεί την οριζόμενη από την επιστήμη τεχνική για την αποφυγή παραμορφώσεων στα εξωτερικά χαρακτηριστικά του νεκρού, και
- β. Να αποκαθιστά κατά το δυνατόν τα εξωτερικά μορφολογικά χαρακτηριστικά του σώματος, πριν την απόδοση του στους οικείους για τον ενταφιασμό.

3.1.γ. Λήπτης

Ο λήπτης είναι εκείνο το πρόσωπο για το οποίο διενεργείται η αφαίρεση μοςχεύματος από νεκρό ή ζωντανό δότη, προκειμένου να εμφυτευθεί στο σώμα του αντικαθιστώντας άλλο κάτεστραμμένο όργανο. Για τον λήπτη, θα λέγαμε ότι έχει δικαίωμα προσδοκίας για εξεύρεση του μοςχεύματος.

Όταν βρεθεί το μόσχευμα, τότε έχει δικαίωμα παροχής διαφώτισης από το Νοσηλευτικό Ίδρυμα και από τους γιατρούς, λήψης νομικά ισχυρής συναίνεσής του, καθώς επίσης παροχής βοήθειας, τήρησης επαγγελματικής εχεμύθειας και επίδειξης συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με το άρθρο 8 του νόμου 1383/83, η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν πρέπει να αποκαλύπτεται στο λήπτη. Επίσης δεν πρέπει να αποκαλύπτεται η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη.

Όπως είναι αυτονόητο, η ανωνυμία βοηθάει στο να μην υπάρχει υποχρέωση αποζημίωσης από την πλευρά του λήπτη απέναντι στον δότη, καθώς επίσης και ο ζωντανός δότης δεν έχει δικαίωμα απαίτησης επιστροφής του οργάνου του, το οποίο κατέστη αντικείμενο μεταμόσχευσης. Αντίθετη ρύθμιση θα δημιουργούσε προβλήματα και θα προσέκρουε ρητά σε κανόνες δημόσιας τάξης.

Το πρόβλημα που υπάρχει είναι ότι η έλλειψη επαρκούς αριθμού ιστών δημιουργεί αυτόματα την "ηθική της επιλογής" του λήπτη. Το ερώτημα λοιπόν που γεννάται είναι: Ποιός είναι ο αρμόδιος να αποφασίσει, ποιός θα προτιμηθεί να ζήσει και ποιός θα καταδικαστεί να πεθάνει, και με ποιά κριτήρια;

Οι βασικές αρχές που ισχύουν σήμερα είναι:

- α. Αρμόδιες είναι οι επιτροπές δεοντολογίας.
- β. Προτιμάται ο λήπτης ο οποίος έχει τη μικρότερη προσδοκία επιβίωσης.
- γ. Προτιμάται εκείνος ο οποίος προβλέπεται ότι θα έχει καλύτερη ποιότητα ζωής.
- δ. Δευτερεύοντες παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και υποχρεώσεις καθώς και κοινωνικοί παράγοντες.

(Μεταξάς Π. , 1970, σελ. 746, 747).

Εφόσον κριθούν όλοι οι παραπάνω παράγοντες, εξετάζονται τα ακόλουθα:

1. Το επείγον της επέμβασης. Προηγούνται άτομα που βρίσκονται σε αναμονή μεταμόσχευσης με την χρήση τεχνητής καρδιάς . Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η τεχνητή καρδιά με την παρούσα μορφή της έχει απορριφθεί από νομικής και ηθικής πλευράς ως μόνιμο υποκατάστατο, διότι το σύνολο των δεκτών έχει αποβιώσει λόγω φλεγμονών ή θρομβώσεων. Επιτρέπεται όμως η χρησιμοποίηση της ως πρόσκαιρο μέσο διατήρησης στη ζωή ενόψει μεταμόσχευσης.
2. Οι συνθήκες διαβίωσης του λήπτη εξεταζόμενες από κοινωνικό πρίσμα (οικονομικό υπόβαθρο, επαγγελματική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση).

3.2. Υποχρεώσεις του γιατρού

Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να παράσχει βοήθεια για να διαφυλάξει τη ζωή, την υγεία ή τη σωματική ακεραιότητα των ασθενών.

Η παράλειψη παροχής βοήθειας σε κάποιον που κινδυνεύει τιμωρείται με αυστηρές ποινικές κυρώσεις.

Κάθε γιατρός πρέπει να έχει υπόψη του μερικούς βασικούς κανόνες που διέπουν βέβαια, γενικότερα, κάθε ιατρική πράξη αλλά που περισσότερο βρίσκουν εφαρμογή στις μεταμοσχεύσεις.

1. Βασική υποχρέωση του γιατρού είναι να παρέχει κατάλληλη διαφώτιση τόσο στο δότη όσο και στον λήπτη, πριν την επέμβαση. Η διαφώτιση θα πρέπει να αφορά το είδος της ασθένειας, την αναγκαιότητα της επέμβασης, την έκταση και τη σοβαρότητα, τους πιθανούς κινδύνους, τις τυχόν εναλλακτικές λύσεις καθώς και τα συνδεόμενα με την αποθεραπεία προβλήματα.

(Νόμος 1383/1983 άρθρο 5 παρ.3) . Η διαφώτιση θα πρέπει να γίνει χωρίς δυσνόητους ιατρικούς όρους, απλά και επιμελημένα.

Όταν ο δότης ή ο λήπτης θα συναινέσουν πριν την διενέργεια της επέμβασης, η συναίνεση αυτή είναι νομικά ισχυρή μόνο εφόσον αυτοί έχουν καταστεί γνώστες των αντικειμένων της διαφώτισης.

Η Αυστρία, το Βέλγιο, η Δανία, η Φιλανδία, η Γαλλία, η Ελλάδα, η Ελβετία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Ολλανδία, η Νορβηγία, η Σουηδία, η Ισπανία, η Τουρκία, απαιτούν η συναίνεση από πλευράς του δότη να είναι ρητώς έγγραφη.

Η Γαλλία δε και η Ελλάδα απαιτούν κάλυψη από δημόσια αρχή. Πάντως πρέπει να τονιστεί ότι τόσο ο λήπτης όσο και ο δότης έχουν δικαίωμα να αρνηθούν τη συνέχιση της διαδικασίας της μεταμόσχευσης μέχρι τη στιγμή που το όργανο αυτό θα μεταμοσχευθεί στον λήπτη.

Από την έννομη τάξη γίνεται επίσης δεκτό ότι και ο νεκρός είναι υποκείμενο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Απαίτηση της έννομης τάξης είναι η προστασία της προσωπικότητας του δότη και μετά θάνατο.

Η προστασία αυτή αφορά, την αποκατάσταση των εωτερικών μορφολογικών χαρακτηριστικών μετά την αφαίρεση του μοσχεύματος αλλά και του σεβασμού απέναντι στις διάφορες κοσμοθεωρίες του νεκρού, που είχε όσο ζούσε, και που δεν συμβιβάζονται με την προσφορά μοσχεύματος, λόγου χάρη, ήταν μάρτυρας του Ιεχωβά ή φιλοσοφικά πολέμιος των μεταμοσχεύσεων. Η δύσκολη εξεύρεση μοσχευμάτων πολύ λίγο αντιμετώπιστηκε από την καθιέρωση της "κάρτας δότη" που θεσπίστηκε από τα Κράτη και τη λήψη συναίνεσης από τους οικείους που σχεδόν πάντα διακατέχονται από ισχυρή συναισθηματική φόρτιση για την απώλεια του οικείου προσώπου. Μια λύση σ' αυτό, είναι αυτή της εικαζομενης συναίνεσης του νεκρού, το τεκμήριο δηλαδή της μη εγέρσεως αντιρρήσεων εν ζωή (Κίτσου-Περλέγκου Σ., 1990, σελ. 63-64).

2. Ο γιατρός και το Νοσηλευτικό ίδρυμα, σύμφωνα με τον Κονιδάρη Ι., 1971, σελ. 227-228, είναι υποχρεωμένοι να διαφυλάττουν τα έννομα αγαθά όπως είναι η Ζωή και υγεία τόσο του δότη όσο και του λήπτη.

Η παράλλειψη παροχής βοήθειας σε άτομο που κινδυνεύει, ακόμα και όταν ο γιατρός δεν βρίσκεται σε τέλεση καθηκόντων του, τιμωρείται από τον Νόμο με αυστηρές κυρώσεις.

Σε ότι αφορά τις μεταμοσχεύσεις ο γιατρός έχει να αντιμετωπίσει διάφορα προβλήματα που εμφανίζονται κυρίως με διττή μορφή: Είτε το δίλημμα των εννόμων συμφερόντων δότη και λήπτη, είτε τις συγκρούσεις των εννόμων συμφερόντων μεταξύ περισσοτέρων επίδοξων ληπτών εξαιτίας της σπανιότητας του μοσχεύματος που είναι και η συνηθέστερη περίπτωση.

Στην πρώτη περίπτωση τα συμφέροντα του ζωντανού δότη πρέπει να προηγούνται από εκείνα του λήπτη.

Ο γιατρός έχει υποχρέωση να σταματήσει τη διενέργεια της επέμβασης στην περίπτωση κατά την οποία διακυβεύονται τα συμφέροντα του δότη περισσότερο από τους συνήθεις κινδύνους μιας επέμβασης.

Η δεύτερη περίπτωση της σύγκρουσης των εννόμων συμφερόντων των ληπτών, αποτελεί ιδιαίτερο μορφολογικό πρότυπο πραγματικής σύγκρουσης καθηκόντων του γιατρού απέναντι στην ταυτόχρονη διακινδύνευση περισσοτέρων ισάξιων εννόμων αγαθών των πασχόντων.

Συνήθως τα κριτήρια που ισχύουν είναι:

α. Της Ιατρικής ένδειξης

Το κριτήριο αυτό πρέπει να προηγείται κάθε φορά, ιδίως όταν πρόκειται περί ιστοσυμβατότητας, γιατί υπόσχεται την καλύτερη δυνατή ίαση του ατόμου. Επίσης τα κριτήρια δυσχεραίνουν στις περιπτώσεις εκείνες της ηλικίας όταν κρίνονται κατά την ψυχρή λογική των αριθμών.

Δηλαδή όταν έχουμε δύο ασθενείς, με δεδομένη την ιστοσυμβατότητα και ο ένας είναι άνω των 45 και προηγείται στη λίστα και έναν 30 χρόνων υποσχόμενο πολύ καλύτερη αποδοχή του μοσχεύματος και βελτίωση της υγείας του αντιμετωπίζεται

δίλημμα από την πλευρά από την πλευρά του γιατρού ως προς την επιλογή.

β. Της αυστηρής τήρησης της λίστας αναμονής

Λίστες αναμονής υπάρχουν στις χώρες: Αυστρία, Γαλλία, Δανία, Ιταλία, Νορβηγία, Σουηδία, Τουρκία, Ενωμένο Βασίλειο, Στην Κύπρο τηρείται λίστα αναμονής νεφρών σε συνεργασία με το Ενωμένο Βασίλειο, Ελλάδα, Ισραήλ και Η.Π.Α. Οι χώρες Ολλανδία, Ομοσπονδιακή Γερμανία και Λουξεμβούργο εξυπηρετούνται από την λίστα αναμονής της EUROTRANSPLANT.

3. Ο Γιατρός κατά την άσκηση του επαγγέλματος του είναι υποχρεωμένος να τηρεί επαγγελματική εχεμύθεια. Η υποχρέωση αυτή υπάρχει τόσο στους κανόνες ιατρικής δεοντολογίας όσο και στο δικαίωμα της ιδιωτικής σφαίρας του απορρήτου του ατόμου, με συνταγματική κατοχύρωση σε όλες σχεδόν τις έννομες τάξεις των Δυτικών Χωρών. Δεσμεύει δε, όχι μόνο τον ίδιο το γιατρό, διευθυντή μιας επέμβασης, αλλά και όλους τους βοηθούς συνεργάτες, φοιτητές, νοσηλευτικό προσωπικό καθώς επίσης και τους στενούς συγγενείς ακόμα και μετά το θάνατο του ασθενή.

Το Ιατρικό απόρρητο κάμπτεται μόνο από την ρητή συναίνεση του ασθενή.

Η τήρηση επαγγελματικής εχεμύθειας εμπνέει και δικαίωμα ολικής ή μερικής άρνησης μαρτυρίας ενώπιον δικαστηρίου από την πλευρά του γιατρού.

4. Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές νομοθεσίες δεν προβλέπουν ειδική ρύθμιση για την υποχρεωτική τήρηση ιατρικών αρχείων.

Αυτή όμως καθ'εαυτή η επικινδυνότητα των μεταμοσχεύσεων

τόσο για την υγεία του δότη όσο και του λήπτη θα πρέπει να επιβάλλει στα πλαίσια μιας LEGE ARTIS συμπεριφοράς του γιατρού την τήρηση ιστορικού για την παρακολούθηση της πορείας των υποκειμένων της μεταμόσχευσης .

Η αναγκαιότητα των ιατρικών αρχείων μπορεί να φθάνει στο σημείο ώστε η μη τήρηση τους να αποτελεί τεκμήριο ιατρικού σφάλματος.

5 Τέλος, ο γιατρός κατά την άσκηση του επαγγέλματος του είναι υποχρεωμένος να επιδεικνύει την απαραίτητη επιμέλεια η οποία ανταποκρίνεται στα κάθε φορά δεδομένα της επιστήμης και πείρας .

Έτσι στα πλαίσια μιας LEGE ARTIS παροχής υπηρεσιών, οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί για μια ιατρική επέμβαση θα πρέπει να μη θεωρούνται ξεπερασμένοι .

Ακόμα, η υποχρέωση LEGE ARTIS συμπεριφοράς του γιατρού επεκτείνεται στη μετεγχειρητική φροντιδα τόσο του δότη όσο και του λήπτη .

Βέβαια, δεν θεωρείται ιατρικό σφάλμα οποιαδήποτε μη επιθυμητή εξέλιξη της κατάστασης του δότη και του λήπτη η οποία υπερβαίνει τους αναμενόμενους κινδύνους της επέμβασης και δεν οφείλεται σε πλημελή συμπεριφορά του γιατρού . Επίσης , ο γιατρός δεν ευθύνεται για εσφαλμένη διάγνωση αν ενήργησε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Για όλες σχεδόν τις παραβάσεις των γιατρών, εκτός της παροχής διαφώτισης και λήψης συναίνεσης κατά τις οποίες έχουμε κατά κανόνα μόνο αστικές κυρώσεις, από τις έννομες τάξεις προβλέπονται κυρώσεις αστικού και ποινικού χαρακτήρα, καθώς και πειθαρχικές.

(Ενημέρωση νεφροπαθών - Επιθεώρηση νεφροπαθών).

4. Τι σημαίνει να είναι κάποιος νεφροπαθής σήμερα (Ιατρικές - Ψυχολογικές και Κοινωνικές επιπτώσεις)

Η λεπτομερή περιγραφή της ασθένειας έχει σα σκοπό να δώσει με ακρίβεια στον αναγνώστη μια σαφή εικόνα της όλης καταστάσης που βιώνει ο νεφροπαθής ώστε να κατανοηθεί ο τρόπος και ο βαθμός που επηρεάζει η συγκεκριμένη ασθένεια τη ζωή ενός ανθρώπου και του περιγυρου του.

Στην Ελλάδα σήμερα ζούν περίπου 3.460 νεφροπαθείς σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας. Είναι οι άνθρωποι που για κάποιο λόγο έχουν χάσει την λειτουργικότητα των νεφρών τους και αναγκάζονται να ζουν υποβαλλόμενοι τρεις φορές την εβδομάδα σε αιματοκάθαρση με τεχνητό νεφρό. Αναμφισβήτητα η πρόοδος της τεχνολογίας και της βιοϊατρικής στον τομέα αυτό έχουν κάνει θαύματα. Έτσι σήμερα είναι δυνατή η υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με τα τεχνητά αυτά μέσα, σε ποσοστό 15-20% της λειτουργίας ενός υγιούς ατόμου, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι αυτοί να μπορούν να επιβιώνουν.

Η επιβίωση όμως αυτή δεν είναι χωρίς ανταλλάγματα, ανταλλάγματα βαριά που πολλές φορές καλούνται να δώσουν πρώτα - πρώτα ο ίδιος ο νεφροπαθής, οι συγγενείς του, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και η ίδια η Πολιτεία, που σαν Υπουργείο ή Ταμεία καλείται να σηκώσει το οικονομικό βάρος της όλης υπόθεσης.

Ο ίδιος ο νεφροπαθής καλείται να στερηθεί διάφορες ανέσεις και μικροσπολαύσεις της ζωής που για τους υγιείς θεωρούνται αυτονόητες.

Δίαιτα, συγκρατημένη ζωή, περιορισμένες μετακινήσεις (είναι δέσμιος του χρόνου και της απόστασης, αφού πρέπει κάθε 48 ώρες να συνδέεται με το μηχάνημα).

Αντιμετωπίζει προβλήματα οικονομικά και επαγγελματικά, αφού τόσο η έλλειψη χρόνου (15 ώρες την βδομάδα υποβάλλεται σε αιματοκάθαρση) όσο και τα συμπτώματα της ασθένειας που πολλές φορές παραμένουν, ζαλάδες, πονοκέφαλοι, αναιμία, υπέρταση, υπόταση, κ.α., δεν του επιτρέπουν να ανταποκριθεί στις επαγγελματικές του υποχρεώσεις.

Σιγά - Σιγά ο άρρωστος καταπέφτει. Γίνεται ολοένα και μεγαλύτερο βάρος στην οικογένεια του. Απομονώνεται από το κοινωνικό σύνολο και κλείνεται στον εαυτό του.

Μοναδική εναλλακτική λύση για τους ανθρώπους αυτούς είναι η μεταμόσχευση ενός νεφρού από ζώντα ή πτωματικό δότη.

Όπως αναφέρει ο Α. Αγραφιώτης (1986 σελ.9) , "στο τελικό μη αντιρροπούμενο στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία δεν μπορεί να εξασφαλίσει την βιομηχανική και οξεοβασική ισορροπία του οργανισμού. Δημιουργείται έτσι η επιτακτική ανάγκη της αντιμετώπισης με εξωνεφρική αιμοκάθαρση. Η αντιμετώπιση αυτή απαιτεί, για κάθε νεφροπαθή, τρεις φορές τη βδομάδα μια 4ωρη συνεδρία τεχνητού νεφρού (T.N.)". Πιο συγκεκριμένα όπως αναφέρει ο SANDY THOMAS, 1986, σελ.22-27, ο τεχνητός νεφρός είναι ένα μέσο το οποίο χρησιμοποιείται στη θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια . Ο τεχνητός νεφρός είναι απαραίτητος σ'αυτές τις περιπτώσεις γιατί τα νεφρά του ασθενή έχουν σχεδόν παύσει να εργάζονται ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχουν

ούρα τα νεφρά υπολειπόμενα. Δηλαδή αποβάλλουν ελάχιστα ή καθόλου τις άχρηστες ουσίες από το αίμα του νεφροπαθή. Πρέπει να σημειωθεί ότι η θεραπεία δια του τεχνητού νεφρού δεν βοηθάει τη λειτουργία των νεφρών όμως και δεν την βλάπτει.

Η ανάγκη δε χρησιμοποίησης του μηχανήματος είναι συνεχής εφόσον το άτομο έχει αρχίσει την αιμοκάθαρση. Οι περιπτώσεις κατά τις οποίες τα νεφρά μπορούν να αναλάβουν είναι σπάνιες.

Αιμοκάθαρση δε, είναι η διύλιση του αίματος με τη βοήθεια του τεχνητού νεφρού. Κατά την διάρκεια της ένα μέρος του αίματος του ασθενή φιλτράρεται δια του T.N. και κατόπιν επιστρέφει στο σώμα του. Ενώ το αίμα βρίσκεται εντός του μηχανήματος οι άχρηστες ουσίες απομακρύνονται από αυτό με τη βοήθεια ενός φίλτρου το οποίο μοιάζει με σελοφάν και επίσης με την βοήθεια του διαλύματος που μεταφέρει τις άχρηστες ουσίες στην αποχέτευση.

Το τεχνητό νεφρό εργάζεται αρκετά καλά ώστε να διατηρεί τις χημικές αντιδράσεις του ασθενή εντός ασφαλούς τάξης. Φυσικά δεν εργάζεται τόσο καλά όσο τα φυσιολογικά νεφρά τα οποία λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα.

Η θεραπεία δια του T.N. δεν είναι οδυνηρή παρόλ'αυτά το πιθανότερο είναι να υπάρξουν ενοχλήσεις. Η πρώτη θεραπεία συχνά προκαλεί πονοκέφαλο, ναυτία και τάση προς έμετο. Τα ενοχλήματα αυτά συνεχίζονται μπορούν όμως να περιοριστούν εάν ο ασθενής ακολουθήσει την κατάλληλη δίαιτα και αιμοδιυλίζεται κανονικά. Μετά τη θεραπεία ο ασθενής

αισθάνεται αδύναμος και έχει πονοκεφάλους. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως υποχωρούν σε λίγες ώρες.

Τις ημέρες που δεν χρησιμοποιείται το μηχάνημα ο ασθενής συνήθως αισθάνεται καλά εφόσον βέβαια ακολουθεί τη δίαιτα του, οπότε και οι χημικές του αντιδράσεις παραμένουν εντός ικανοποιητικών ορίων. Η παρουσία ενοχλήσεων τις ημέρες αυτές είναι κακή ένδειξη και πρέπει να αναφέρεται.

Η βελτίωση της κατάστασης του ασθενή επέρχεται αργά. Πολλοί αποκτούν περισσότερη δύναμη δύο χρόνια μετά την έναρξη της αιμοκάθαρσης. Οι περισσότεροι αισθάνονται βελτίωση μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών. Βέβαια οι ασθενείς μπορούν να ζήσουν πολλά χρόνια στο μηχάνημα. Αυτό φυσικά εξαρτάται κατά πολύ από το πόσο προσεκτικά ακολουθείται το πρόγραμμα θεραπείας.

Όμως η διαδικασία της αιμοδιύλισης είναι αρκετά περίπλοκη και εγκλείει αρκετούς κινδύνους.

Προκειμένου να αρχίσει η αιμοκάθαρση είναι απαραίτητη η δημιουργία εσωτερικής αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (φίστουλα) η οποία είναι η άμεση σύνδεση αρτηρίας και φλέβας ώστε το αίμα να κυλά κατευθείαν από την αρτηρία εντός της φλέβας.

Εξαιτίας της ταχείας μεταφοράς του αίματος, η φλέβα σιγά-σιγά μεγαλώνει και γίνεται δυνατότερη και ανθεκτικότερη. Η σύνδεση αυτή απαιτεί επέμβαση από χειρουργό.

Η εσωτερική αρτηριοφλεβική επικοινωνία είναι απαραίτητη γιατί μια συνήθης φλέβα δεν θα μπορούσε να είναι επαρκής για την μετακίνηση του αίματος από το σώμα στον T.N. και την επιστροφή του αφού δεν παράγει 200CC ανά

λεπτό τα οποία χρειάζεται η ροή του αίματος για επαρκή αιμοκάθαρση.

Το χέρι αυτό μπορεί να χρησιμοποιείται ελεύθερα εφόσον επουλωθεί το τραύμα. Με την χρησιμοποίηση της φίστουλας, μια βελόνα τοποθετείται στη φλέβα για την εξαγωγή του αίματος από το σώμα και μια δεύτερη χρησιμοποιείται για την επαναφορά του αίματος. Η πρώτη βελόνα απομακρύνει το αίμα από την καρδιά και η άλλη η οποία καλείται φλεβική βελόνα το επαναφέρει. Η τοποθέτηση των βελονών αυτών είναι οδυνηρή αλλά με την χρησιμοποίηση μικρής ποσότητας τοπικού αναισθητικού μειώνεται ο πόνος.

Η εξωτερική αρτηριοφλεβική επικοινωνία (σαντ) είναι μια άλλη μέθοδος εξαγωγής και επαναφοράς του αίματος κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Πρόκειται για έναν σύνδεσμο μεταξύ μιας αρτηρίας και μιας φλέβας ο οποίος πραγματοποιείται με μόνιμη τοποθέτηση ενός σωλήνα στην αρτηρία και ενός άλλου στη φλέβα. Αυτοί οι σωλήνες βγαίνουν κατόπιν από την επιδερμίδα και συνδέονται με ένα σωληνωτό συνδετήρα. Η χρησιμοποίηση του είναι εξίσου σημαντική με αυτή της φίστουλας γιατί έτσι έχουμε μεγάλη παροχή αίματος, γεγονός σημαντικό για μια καλή αιμοκάθαρση.

Ένας άλλος τρόπος εξωνεφρικής αιμοδιύλισης, όπως περιγράφουν οι Β. Βερμετζής, Θ. Τσοπανέλη και Μ. Παπαδημητρίου, 1987, σελ. 28-30, είναι η Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (Σ.ΦΟ.Π.Ε.Κ.).

Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1976 και μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα καθιερώθηκε στην κλινική πράξη και αποτέλεσε νέα μορφή θεραπείας των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (Χ.Ν.Α).

Η Σ.ΦΟ.Π.Ε.Κ. είναι κατά κανόνα "κατ'οίκον" αιμοκάθαρση. Υποκαθιστά πλήρως τη νεφρική λειτουργία γιατί η αιμοκάθαρση είναι συνεχής επτά μέρες την εβδομάδα. Έτσι επιτυγχάνεται η συνεχής απομάκρυνση των τοξικών ουσιών που συσσωρεύονται και αποφεύγονται οι απότομες μεταβολές στη λειτουργία των οργάνων που προκαλούνται από τη διαλείπουσα αιμοκάθαρση, όπως συμβαίνει με τον τεχνητό νεφρό. Λέγεται φορητή γιατί δεν χρειάζεται να γίνει σύνδεση με κανένα μηχάνημα αιμοκάθαρσης. Η Σ.ΦΟ.Π.Ε.Κ. εκμεταλλεύεται τις φυσικές ιδιότητες του ίδιου του σώματος. Η απομάκρυνση των τοξικών ουσιών γίνεται δια μέσου της περιτοναϊκής μεμβράνης, που ποιοτικά, σαν φίλτρο, επιτρέπει την κάθαρση περισσότερων τοξικών ουσιών απότι ο Τ.Ν. Η Σ.ΦΟ.Π.Ε.Κ μπορεί να εφαρμοστεί σε όλους τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της Χ.Ν.Α. με μια βασική προϋπόθεση: Την απόλυτη συνεργασία του ασθενή και την πιστή εφαρμογή των λεπτομερειών της μεθόδου, ιδιαίτερα στην σύνδεση και αποσύνδεση του σάκκου. Μη συνεργάσιμοι ασθενείς αποκλείονται από το πρόγραμμα.

Απόλυτη ένδειξη εφαρμογής της Σ.ΦΟ.Π.Ε.Κ. είναι σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη, Στεφανιαία - Καρδιακή ανεπάρκεια και μη ρυθμιζόμενη Αρτηριακή υπέρταση.

Η τεχνική της είναι πολύ απλή συνίσταται στη χρησιμοποίηση πλαστικών σάκκων 1,5 και 2 λίτρων που περιέχουν το διάλυμα της περιτοναϊκής κάθαρσης. Οι σάκκοι συνδέονται με το μόνιμο διαπεριτοναϊκό καθετήρα, με ειδικό σύστημα σύνδεσης, μήκους ενός μέτρου περίπου δημιουργώντας ένα κλειστό κύκλωμα. Με την έγχυση του υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα, ο σάκκος και ο συνδετικός σωλήνας χωρίς καμιά αποσύν-

δεση τοποθετούνται σε μια μικρή υφασμάτινη θήκη κάτω από τα ρούχα του ασθενή. Το διάλυμα παραμένει στην περιτοναϊκή κοιλότητα ένα ορισμένο χρονικό διάστημα 4-6 ώρες κατά μέσο όρο, ανάλογα με τον αριθμό των σάκκων που χρησιμοποιεί ο ασθενής.

Σημειώνεται ότι, ο τελευταίος ο σάκκος κάθε μέρας παραμένει μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα μέχρι το πρωί της επόμενης μέρας.

Μετά, το διάλυμα μεταφέρεται από την περιτοναϊκή κοιλότητα στον ίδιο πλαστικό σάκκο με τη βοήθεια της βαρύτητας. Συνολικά εφαρμόζονται καθημερινά 6-10 λίτρα, γίνονται δηλαδή 3-5 αλλαγές την ημέρα, επτά μέρες την εβδομάδα.

Η μεταφορά του διαλύματος μέσα και έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα και η αλλαγή του σάκκου απαιτούν περίπου 30 λεπτά. Ο χρόνος εξόδου είναι περίπου 20 λεπτά.

Ο καθετήρας τοποθετείται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, λίγο πιο κάτω από τον ομφαλό με μικρή χειρουργική επέμβαση του εντέρου και των άλλων οργάνων της κοιλιάς και χωρίς να προκαλεί πόνο.

Η τεχνική της αλλαγής των σάκκων είναι αρκετά απλή. Απαιτείται όμως σχολαστή καθαριότητα και μεγάλη προσοχή στις λεπτομέρειες.

Τα ιατρικά πλεονεκτήματα της Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. είναι:

1. Ο σταθερός, χωρίς διακυμάνσεις, βιοχημικός έλεγχος.
2. Οι σχετικά ελάχιστοι περιορισμοί στη δίαιτα και στη λήψη υγρών.

3. Η σημαντική βελτίωση της αναιμίας, με αποτέλεσμα να μειώνονται - στο ελάχιστο οι μεταγγίσεις αίματος.
4. Η ευκολότερη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (χάρη στην καθημερινή αφυδάτωση).

Τα δε ψυχοκοινωνικά πλεονεκτήματα είναι ότι οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία τους, είναι ανεξάρτητοι από οποιοδήποτε μηχάνημα αιμοκάθαρσης, μπορούν να ασχοληθούν πλήρως με τις καθημερινές ασχολίες τους και μπορούν να ταξιδεύουν πολύ εύκολα ακόμα και σε μακρινά ταξίδια. Επιπλέον επειδή η ΣΦΟΠΕΚ είναι στην ουσία "κατ'οίκον" αιμοκάθαρση, επιφέρει λιγότερο "STRESS" στην οικογένεια του ασθενή, από ότι η αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό.

Τα προβλήματα κατά την εφαρμογή της ΣΦΟΠΕΚ είναι τα εξής: Το κύριο είναι η περιτονίδα που οφείλεται είτε σε μόλυνση του συστήματος σύνδεσης με τον σάκκο, είτε σε μόλυνση του δέρματος γύρω από την έξοδο του καθετήρα.

Επίσης ένα άλλο είναι ο πόνος στην κοιλιά, ο οποίος μπορεί να οφείλεται σε κακή θέση του περιτοναϊκού καθετήρα ή σε δυσκοιλιότητα που είναι συνήθης σε αυτούς τους ασθενείς.

Η διαφυγή διαλύματος που μπορεί να συμβεί από το σημείο εισόδου του καθετήρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα καθώς και η παρουσία αίματος στο διάλυμα αποτελούν δύο ακόμη σοβαρά προβλήματα.

Επίσης μπορούν να συμβούν, απόφραξη του καθετήρα που οφείλεται στην κακή του θέση ή στην κακή κινητικότητα του εντέρου, κράμπες και υπόταση που παρατηρούνται μετά από χρησιμοποίηση υπερτόνων σάκκων και υπερβολική αφαίρεση υγρών.

Παρατηρούνται οιδήματα που οφείλονται είτε σε υπερβολική λήψη υγρών και αλατιού, είτε σε κακή πρόσληψη λευκωμάτων και τέλος ανορεξία που εμφανίζεται σε ασθενείς οι οποίοι εφαρμόζουν τη μέθοδο περισσότερο από 6-8 μήνες.

Εξαιτίας των προβλημάτων που προαναφέρθηκαν, ο ασθενής που εφαρμόζει τη ΣΦΟΠΕΚ, πρέπει να κατανοήσει ότι ο περιτοναϊκός καθετήρας και ο πλαστικός του σωλήνας είναι ανυπόσπαστα μέρη του σώματος του.

Από τη σχολαστική φροντίδα και περιποίηση τους εξαρτάται κατά κύριο λόγο η επιτυχία της μεθόδου, αλλά και η επανδραστηριοποίηση του ασθενή στις προηγούμενες ασχολίες του.

Επειτα από την περιγραφή της διαδικασίας την οποία υποχρεώνεται να ακολουθήσει το άτομο, στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας γίνεται κατανοητή η δραματική μεταβολή που επέρχεται στο ρυθμό της ζωής του ασθενή, αναγκάζοντας τον να προσαρμοστεί σε καταστάσεις δύσκολες και επίπονες, προκειμένου να εξασφαλίσει μιαν απλή επιβίωση. Όταν τα STANDARDS της προηγούμενης ζωής του ανατρέπονται, οι στόχοι του σμικρύνονται, η ύπαρξη του δεσμεύεται από ένα ιατρικό μηχάνημα, η ανεπάρκεια γίνεται μόνιμο χαρακτηριστικό του στην επαγγελματική, οικογενειακή, ψυχολογική σφαίρα.

Στις παραγράφους που θα ακολουθήσουν επιχειρείται ο εντοπισμός και η περιγραφή των ειδικών προβλημάτων και επιπτώσεων της αιμοκάθαρσης τόσο σαν δραστηριότητα κοινωνικής μέριμνας και αντίληψης όσο και σαν υπόθεση ατομικής προσαρμογής και εναρμόνισης με τις συγκεκριμένες συνθήκες διαβίωσης.

Συνοψίζοντας , μετά την λεπτομερή περιγραφή που προηγήθηκε για το τι σημαίνει να είναι κάποιος νεφροπαθής σήμερα μπορούμε να αποφανθούμε ότι στο νεφροπαθή ταιριάζει απόλυτα ο τίτλος του άτυχου - τυχερού ασθενή ή αν θέλουμε ανάπηρου της εποχής μας.

Πριν 20 χρόνια οι νεφροπαθείς πέθαιναν. Σήμερα όμως, με την πρόοδο της επιστήμης, της τεχνολογίας , της ιατρικής, της βιοϊατρικής και της ανοσοβιολογίας κατορθώνεται η διατήρησή τους στη ζωή και η κατά περίπτωση αποκατάσταση της υγείας τους και επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο. Παρόλα αυτά, τα προβλήματα είναι πολλά. Πρώτον, η δέσμευση και εξάρτηση από ένα μηχάνημα 15ώρες την βδομάδα. Δεύτερο τα συμπτώματα που εξακολουθούν να υφίστανται (ζαλάδες, πονοκέφαλοι, αδυναμία, υπόταση , υπέρταση, αναιμία), και αυτό γιατί ο τεχνητός νεφρός και οι περιτοναϊκές πλύσεις υποκαθιστούν την νεφρική λειτουργία κατά 15-20% μόνο. Τρίτο η συνεχής φθορά από τη μακροχρόνια εξωτερική κάθαρση , προσθέτει και άλλες δευτερογενείς παθήσεις όπως πολυνευρίτιδα , βλάβες στα κόκκαλα , κυκλοφορικά προβλήματα κλπ.

Φυσικά όλα αυτά στον νεφροπαθή , πέρα από τα καθαρά ιατρικά προβλήματα που δημιουργούν, του επιτείνουν και όλα τα άλλα, οικονομικά, επαγγελματικά, οικογενειακά και κοινωνικά που έχει και ο κάθε υγιής.

Βέβαια , η Πολιτεία φροντίζει για τους νεφροπαθείς και μάλιστα ξοδεύοντας αρκετά χρήματα . Όμως η κατάσταση όπως είναι σήμερα απέχει αρκετά από αυτήν που θα έπρεπε να επικρατεί.

Σύμφωνα με δηλώσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του Συνδέσμου

Νεφροπαθών (1986) "σε όλο τον κόσμο ο νεφροπαθής κάνει αιμοκάθαρση για να ζήσει. Στην Ελλάδα δυστυχώς υπάρχουν και νεφροπαθείς που ζουν για να κάνουν αιμοκάθαρση. Προς θεού, δεν λέμε ότι έπρεπε να τους αφήσουν να πεθάνουν, αλλά κανείς δεν νοιάστηκε για το πως ζούν, τόσο στο μηχάνημα όσο και μετά απ' αυτό. Κανείς δεν ρώτησε μερικούς αν έχουν δουλειά, αν έχουν να φάνε, αν έχουν να πληρώσουν σπίτι, φως, νερό. Κανείς δεν ρώτησε αν έχουν σύνταξη ή συντηρούνται από συγγενείς και φίλους.

Κανείς δεν έλεγξε αν η ποιότητα της προσφερόμενης κάθαρσης είναι επαρκής ή ανάλογη με τα χρήματα που ξοδεύονται. Είναι ντροπή να υπάρχουν σήμερα μετανάστες μέσα στην ίδια τους τη χώρα επειδή στον τόπο τους δεν υπάρχει Μ.Τ.Ν. ή δεν είναι ικανή να τους καλύψει (Καλαμάτα, Πύργος, Σπάρτη, Κόρινθος, Αργίτιο, Πρέβεζα, Βέροια, Λαμία είναι περιοχές που υποφέρουν) .

Αυτή τη στιγμή, υπάρχει πρόβλημα μηχανημάτων, χώρων σε κρατικά νοσοκομεία και προσωπικού, (βλ. Παράρτημα Α σελ 218 Πίνακας 14).

Όλα αυτά που προηγήθηκαν μας επιτρέπουν να αποφανθούμε ότι η ανάγκη για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων είναι επιτακτική και επείγουσα γιατί όπως αναφέρει ο Χ. Άγγελακόπουλος, πρόεδρος του Συλλόγου των μεταμοσχευμένων (1990) "όλοι εμείς που είμαστε εξαρτημένοι από το μηχάνημα του Τ.Ν. για να κρατηθούμε στη ζωή, με την πληθώρα των σωματικών, ψυχολογικών, οικονομικών προβλημάτων που επιδεινώνανε καθημερινά την άσχημη κατάσταση μας , παίρνοντας έναν νεφρό, κάποια στιγμή, λυτρωθήκαμε".

5. ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

5.1. ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δίνει η Υ.Σ.Ε. (Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Εξωνεφρικής κάθαρσης) Σήμερα στην Ελλάδα, λειτουργούν 61 μονάδες τεχνητού νεφρού, από τις οποίες οι 46 ανήκουν στο δημόσιο τομέα κατανεμημένες σε κρατικά νοσοκομεία της χώρας και οι 15 στον ιδιωτικό τομέα. Από τις 46 δημόσιες Μ.Τ.Ν. οι 16 λειτουργούν στον νομό Αττικής, οι 4 στο νομό Θεσσαλονίκης και οι 26 έχουν κατανεμηθεί σε γενικά νοσοκομεία ισάριθμων νομών της χώρας. Από τις 15 ιδιωτικές, οι 11 λειτουργούν στο νομό Αττικής, οι 2 στο νομό Θεσ/νίκης και οι 2 στην επαρχία (1990). Από τις 11 μονάδες Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. που είχαν συσταθεί στη χώρα, οι 6 λειτουργούν σε νοσοκομεία της Αθήνας, οι 3 σε νοσοκομεία της Θεσ/νίκης και οι 2 σε νοσοκομεία των Ιωαννίνων και της Αλεξανδρούπολης (1987). (Πίνακας 14) σελ 218

Το σύνολο των μηχανημάτων του Τ.Ν. ανέρχεται στα 698 από τα οποία 490 ανήκουν στο δημόσιο τομέα και 208 στον ιδιωτικό τομέα. Από τα 490 μηχανήματα του δημόσιου τομέα τα 162 είναι κατανεμημένα στις μονάδες του Νομού Αττικής, τα 69 στις μονάδες του νομού Θεσ/νίκης και τα 259 στις μονάδες της επαρχίας.

Από τα 208 μηχανήματα του ιδιωτικού τομέα, τα 165 ανήκουν στις μονάδες του νομού Αττικής, τα 23 στις μονάδες του νομού Θεσ/νίκης και τα 20 στις μονάδες της επαρχίας.

Η παράθεση των παραπάνω στοιχείων θα πρέπει να ακολουθηθεί από το σχολιασμό της σχέσης τους με τις υπάρχουσες ανάγκες των νεφροπαθών στην Ελλάδα καθώς και τις αντι-

κειμενικές δυσκολίες που εμφανίζονται.

Συγκεκριμένα, ο αριθμός των νεφροπαθών που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση καθημερινά αυξάνει.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ένα μεγάλο ποσοστό από αυτούς τους ασθενείς προέρχονται από την επαρχία στην οποία υπάρχει έλλειψη Μ.Τ.Ν. και εξειδικευμένου προσωπικού για την αντιμετώπιση των αναγκών του νεφροπαθή, είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς τις διαστάσεις του προβλήματος εξαιτίας της αναγκαιότητας μετάβασης του ασθενή και συχνά της οικογένειας του κυρίως στην πρωτεύουσα και στα μεγάλα αστικά κέντρα. (βλ. ΠαράρτημαΑ- Πίνακες 13,17).

Η κατάσταση αυτή συνεπάγεται την απορρύθμιση της προσωπικής, οικογενειακής, επαγγελματικής και κοινωνικής του ζωής, την ανάγκη για επαναπροσαρμογή σε νέο περιβάλλον και σε νέες συνθήκες εξασφάλισης πόρων.

Βέβαια η έλλειψη Μ.Τ.Ν. δεν είναι μια κατάσταση που αφορά μόνο την επαρχία αλλά ένα γενικότερο φαινόμενο που εντοπίζεται στην νοσηλεία του ασθενή στην Ελλάδα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη συσσώρευση ασθενών στην ιδιωτικές κλινικές ιδίως της Αθήνας. Πολλές από αυτές υπερκαλύπτουν τις δυνατότητες, παρουσιάζουν πληρότητα πάνω από 100% με αποτέλεσμα την πτώση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης στους νεφροπαθείς.

Εκτός απ'αυτά, η τοποθέτηση καινούργιων μηχανημάτων στα κρατικά νοσοκομεία για την πληρέστερη αντιμετώπιση των αναγκών είναι επιτακτική ανάγκη. Αλλά και η αντικατάσταση παλαιών και επί πολλά χρόνια λειτουργούντων μηχανημάτων θεωρείται απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας νοσηλείας των ασθενών.

Η εφαρμογή νέων τεχνικών (π.χ. αιμοδιήθηση) σε συνδυασμό με την παρουσία μόνιμων και αποκλειστικών συντηρητών μηχανημάτων και εξειδικευμένου τεχνικού προσωπικού είναι δύο σημαντικοί παράγοντες που συντελούν στην επίτευξη του παραπάνω στόχου.

Επιπλέον, ο αυστηρός προσδιορισμός του τρόπου προμήθειας υλικών και φίλτρων αιμοκάθαρσης τόσο από τα νοσοκομεία όσο και από τις ιδιωτικές κλινικές είναι ένα μέσο διαφύλαξης της ασφάλειας του ασθενή και οδηγεί στην προαγωγή της νοσηλείας του. Γιατί η εμπορευματοποίηση και η παρεμβολή στοιχείων κερδοσκοπίας, υποβοηθίζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες, θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή, θίγει την προσωπικότητα του και το δικαίωμα του για αξιοπρεπή νοσηλεία.

Ένα θέμα που σχετίζεται άμεσα με την λειτουργία των Μ.Τ.Ν. είναι η επάνδρωση τους με κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Σύμφωνα με την άποψη του Αναφιώτη Αθαν. 1987, σελ. 13-15, "ένα σημαντικό σημείο που πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα από τον υπεύθυνο κρατικό φορέα είναι η ύπαρξη ικανού αριθμού νοσηλευτριών για την κάλυψη των αναγκών. Η ανάπτυξη της Νοσηλευτικής Σχολής θα δώσει μεγάλη βοήθεια στο χώρο αυτό. Θα πρέπει επιπλέον να πω εδώ ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των νεφρολογικών μονάδων έχει ανάγκη ειδικής εκπαίδευσης για την οποία η Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία διοργανώνει κάθε χρόνο δύο ειδικά σεμινάρια. Η προσπάθεια αυτή της Εταιρείας μας πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα από το κράτος".

Εξάλλου επειδή ο ρόλος του νοσηλευτή δεν περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών

αλλά και γιατί η συχνότητα της επαφής με τον πάσχοντα οδηγεί στην ανάπτυξη διαφορετικής σχέσης σε ανθρώπινο επίπεδο, είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να έχει ιδιαίτερη ευαισθητοποίηση καθώς και ειδικές γνώσεις της ατομικής ψυχολογίας του νεφροπαθή.

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό είναι απαραίτητη η ύπαρξη ορισμένων ειδικοτήτων πέρα από αυτή καθαυτή του νεφρολόγου (καρδιολόγοι, αιματολόγοι, παθολόγοι κλπ) για την άρτια λειτουργία μιας Μ.Τ.Ν.

Εξίσου αναγκαία είναι και η ύπαρξη σε κάθε Μ.Τ.Ν. μηχανήματος για αιμοκάθαρση ασθενών με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο, το οποίο να βρίσκεται σε απομονωμένο χώρο καθώς και η ύπαρξη "εφεδρικού" μηχανήματος για χρησιμοποίηση του σε περιπτώσεις: α) βλάβης άλλου μηχανήματος και β) έκτακτης αιμοκάθαρσης των ασθενών.

Τελειώνοντας δεν μπορούμε να αγνοήσουμε ότι ένας χώρος διαμορφωμένος κατάλληλα ώστε να είναι εύκολα προσπελάσιμος από μη περιπατητικούς ασθενείς (φορεία, αναπηρικές καρέκλες) ευρύχωρος για την εύκολη διακίνηση, πάντοτε καθαρός και με σύστημα θερμού και ψυχρού κλιματισμού, άνετος και ευχάριστος για τους ασθενείς και εξοπλισμένος με ψυχαγωγικά μέσα διευκολύνει τόσο τη νοσηλεία όσο και γενικότερα τον ασθενή ο οποίος είναι αναγκασμένος να περνά ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα στη Μ.Τ.Ν.

Αλλά πέρα από την οικονομοτεχνική υπάρχει και η άλλη, εξίσου, αν όχι σημαντικότερη πλευρά του θέματος: ο ίδιος ο νεφροπαθής δηλαδή η ποιότητα ζωής του νεφροπαθή που ζει με εξωνεφρική κάθαρση. Σε αυτόν τον νεφροπαθή, το

αναγκαστικό τρισεβδομαδιαίο ραντεβού του με τον τεχνητό νεφρό, η εξάρτηση του από το νοσοκομείο και το μηχάνημα, η αδυναμία απομάκρυνσης του από την πόλη όπου λειτουργεί η μονάδα τεχνητού νεφρού, με άμεσο αποτέλεσμα την αδυναμία διακοπών και η αναγκαστικά μειωμένη ενασχόλησή του (επαγγελματική και κοινωνική), δημιουργούν, πραγματικά, ψυχολογική φόρτιση και υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής του.

5.2. AIDS και νεφροπαθείς

Ανάμεσα στις ήδη υπάρχουσες δυσκολίες και προβλήματα που αντιμετωπίζει ο νεφροπαθής, τα τελευταία χρόνια έχει προστεθεί ένας ακόμα σοβαρότατος κίνδυνος που απειλεί τη ζωή του.

Αναφερόμαστε στο AIDS. Επειδή οι νεφροπαθείς είναι πολυμεταγγιζόμενα άτομα, θεωρούνται ότι είναι ομάδα υψηλού κινδύνου για το AIDS.

Με βάση τα νεώτερα δεδομένα της επιδημιολογίας του AIDS και τις διεθνείς οδηγίες που εκδόθηκαν μέχρι τώρα για την πρόληψη της διασποράς του ιού κατά τη νοσηλεία των ασθενών παραθέτουμε τις ακόλουθες πληροφορίες σύμφωνα με άρθρο που συντάχτηκε από τα κέντρα αναφοράς AIDS, 1987, σελ. 8-10.

1. Η επιδημιολογία του AIDS, ιδιαίτερα όσον αφορά στους τρόπους μετάδοσης είναι παρόμοια με την ηπατίτιδα Β. Η μεταδοτικότητα όμως είναι σαφώς μικρότερη γιατί:

- α. Η συγκέντρωση του ιού HIV στο αίμα κυμαίνεται από 10^1 μέχρι 10^2 ενώ του ιού της ηπατίτιδας Β (HIV) ανέρχεται σε 10^8 , και
- β. Ο ιός HIV είναι πολύ πιο ευαίσθητος στο εξωτερικό περιβάλλον και στη δράση των διαφόρων φυσικών και χημικών παραγόντων.

2. Η τήρηση επομένως όλων των κανόνων αιμοδιύλισης των φορέων του HB_SAG είναι υπεραρκετή και για προφύλαξη της διασποράς του HIV.

Επειδή όμως είναι δυνατό στο μέλλον να αιμοδιυλίζονται φορείς ή ασθενείς με AIDS επιβάλλεται η λήψη προληπτικών μέτρων.

Δηλαδή, θα πρέπει σταδιακά να ελεγχθούν όλοι οι αιμοδιυλιζόμενοι ασθενείς των Μ.Τ.Ν. για αντισώματα προς το HIV (αντι-HIV).

Όμως, πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα ανεύρεσης ψευδών θετικών αντιδράσεων ειδικά μεταξύ των αιμοδιυλιζομένων. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η με σχολαστικότητα επίμονη επιβεβαίωση κάθε θετικού αποτελέσματος με περισσότερο ειδική δοκιμασία.

Κάθε θετικός όρος θα πρέπει να αποστέλλεται στα Κέντρα Αναφοράς AIDS.

Μόνο μετά την επιβεβαίωση αυτή θα πρέπει να ενημερώνεται εμπιστευτικά ο ασθενής και το περιβάλλον του. Σε περίπτωση δε, νοσηλείας φορέα ή ασθενή με AIDS επιβάλλεται ο έλεγχος του προσωπικού της μονάδας.

Σήμερα είναι απαραίτητη η αιμοδιύλιση φορέων του HBSAG σε χωριστό θάλαμο και με ξεχωριστά μηχανήματα από τους HBSAG αρνητικούς ασθενείς.

Παρόλα αυτά, η άποψη αυτή θεωρείται υπερσυντηρητική και δεν θα ήταν δυνατό να εφαρμοστεί εκ των πραγμάτων, ιδιαίτερα δε με τη διαφαινόμενη αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων.

Αντ' αυτού προτάθηκε η αποκλειστική χρησιμοποίηση ενός καθορισμένου μηχανήματος για την αιμοδιύλιση ασθενή φορέα του ιού, που θα βρίσκεται σε προκαθορισμένο χώρο κοινού θαλάμου.

Έτσι σήμερα, δεν είναι απαραίτητη η απομόνωση από τους άλλους αιμοδιυλιζόμενους, πάντοτε όμως υπό την προϋπόθεση ότι θα τηρούνται όλες οι διατάξεις που αφορούν την πρόληψη των αιματογενών νοσημάτων και η τήρηση των κανόνων

απολύμανσης των εξωτερικών επιφανειών του μηχανήματος και των βοηθητικών συσκευών που χρησιμοποιούνται.

Μέχρι τώρα έχουν ανακοινωθεί δύο περιστατικά στην Ευρώπη, αλλά δεν έχει αποδειχθεί ότι αυτοί μολύνθηκαν στις μονάδες αιμοκάθαρσης. Μέτρα για την προστασία και προφύλαξη των νεφροπαθών έχουν ήδη αρχίσει να λαμβάνονται στην Ευρώπη και στην χώρα μας.

Έχουν αρχίσει και γίνονται εξετάσεις αίματος των νεφροπαθών για την ανακάλυψη και εντοπισμό των φορέων, ενώ σε όλες τις μεταγγίσεις που γίνονται, ελέγχεται το αίμα προηγούμενα για AIDS, σύμφωνα με πληροφορίες που αντλήθηκαν από σχετικές ανακοινώσεις του συλλόγου νεφροπαθών.

5.3. Τι είναι το Αυστραλιανό αντιγόνο και τι σημαίνει "Ο ασθενής είναι θετικός (AU⁺)".

Είναι πολλά χρόνια από τότε που η Ιατρική ανακάλυψε ότι λογενής ηπατίτιδα που μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο μόνο με επαφή του αίματος συνοδεύεται από την παρουσία κάποιας ουσίας στο αίμα που ονομάστηκε αυστραλιανό αντιγόνο, γιατί βρέθηκε στο αίμα ενός Αυστραλού.

Αυτό το αντιγόνο μπορούμε σήμερα και να το ανιχνεύσουμε στο αίμα των αρρώστων. Όσα άτομα το έχουν στο αίμα τους είναι επικίνδυνα γιατί μπορεί να μεταδώσουν ηπατίτιδα και γιατί οι ίδιοι μπορεί να αναπτύξουν ηπατίτιδα στο μέλλον.

Στις μονάδες T.N. λόγω των φλεβοκεντήσεων, των συχνών αιμορραγιών, και των συχνών μεταγγίσεων η μετάδοση ηπατίτιδας είναι εύκολη και συχνά γίνονται επιδημίες που προσβάλλουν τους αρρώστους και το προσωπικό.

Ο κίνδυνος της ηπατίτιδας στις M.T.N. ήταν πολύ μεγαλύτερος με τα παλαιού τύπου μηχανήματα "της επανακυκλοφορίας" τα οποία ευτυχώς σήμερα έπαψαν να χρησιμοποιούνται. Γι' αυτούς τους λόγους οι ασθενείς του T.N. συχνά υποβάλλονται σε εξέταση αίματος για αυστραλιανό αντιγόνο. Εάν βρεθεί να είναι θετικό τότε αμέσως πρέπει να απομονώνονται και να παρακολουθούνται εντατικά.

Υπάρχουν και νεφροπαθείς που έχουν μόνιμα θετικό αντιγόνο στο αίμα. Αυτοί πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία χρόνιας αιμοκάθαρσης σε ειδικές μονάδες, με αυστηρά μέτρα απομόνωσης.

Υπάρχουν κάποιες μονάδες που διαθέτουν ένα ή δύο και περισ-

σότερα μηχανήματα ειδικά για θετικούς ασθενείς.

Ένας άρρωστος μπορεί να γίνει "θετικός" ένα χρονικό διάστημα και μετά να γίνει πάλι αρνητικός. Όσο καιρό είναι θετικός πρέπει να βρίσκεται σε κάποια απομόνωση. Οι άρρωστοι που μετακινούνται από μονάδα σε μονάδα πρέπει να ελέγχονται προτού να γίνουν δεκτοί στη νέα μονάδα.

Το πρόβλημα της ηπατίτιδας και του θετικού αυστραλιανού αντιγόνου, άρχισε και αντιμετωπίζεται δραστικά με ειδικό εμβόλιο. Το εμβόλιο που κυκλοφορεί σήμερα είναι πολύ αποτελεσματικό στην πρόληψη.

Έτσι άρχισε ο εμβολιασμός πρώτα του νοσηλευτικού προσωπικού των μονάδων T.N. και των ευαίσθητων αρρώστων και σύντομα επεκτάθηκε σε όλους τους αρρώστους που υποβάλλονται στη χρόνια αιμοκάθαρση.

Το εμβόλιο μπαίνοντας στον οργανισμό προκαλεί την παραγωγή αντισωμάτων και προστασία σε υψηλά ποσοστά. Υπάρχουν διάφορα σχήματα χορήγησης. Μειονέκτημα του εμβολίου είναι το υψηλό κόστος.

Πιστεύεται όμως ότι με την αύξηση της παραγωγής του θα μειωθεί το κόστος και με την ευρεία προληπτική χρήση του σε παγκόσμια κλίμακα θα μειωθεί σημαντικά η μετάδοση της ηπατίτιδας που προκαλεί τόσους θανάτους σε όλο τον κόσμο. (Παπαδογιαννάκης Νικόλαος - θάνου Ιωάννα, 1987, σελ.18-22).

Στην προσπάθεια να περιγραφεί τι σημαίνει να είναι κάποιος νεφροπαθής εντάσσεται και η αναφορά που προηγήθηκε

τόσο στο AIDS όσο και στο αυστραλιανό αντιγόνο. Δηλαδή, η ασθένεια της νεφροπάθειας δεν είναι ένα πρόβλημα αυτούσιο, χωρίς προεκτάσεις, αλλά αντίθετα εμπλέκει τον πάσχοντα σε έναν φαύλο κύκλο, που κάθε οργανική αδυναμία του είναι αιτία κάποιας άλλης και όλες μαζί συνιστούν μια κατάσταση χωρίς ισορροπία, στο επίκεντρο της οποίας βρίσκεται ο ασθενής, ευάλωτος και εκτεθειμένος. Φυσικά όλο αυτό έχει άμεση επίδραση και στη ψυχολογία του ατόμου που νοσεί καθώς και στις κοινωνικές και προσωπικές του σχέσεις.

Ε Π Ι Π Τ Ω Σ Ε Ι Σ

5.4. Η δίαιτα των νεφροπαθών

Η δίαιτα των αρρώστων που κάνουν χρόνια αιμοκάθαρση αποτελεί το πιο σημαντικό στοιχείο θεραπείας. Από την τήρηση της σωστής δίαιτας εξαρτάται η ποιότητα της ζωής του νεφροπαθή· γιατί μόνο με αυτή θα εξασφαλίσει μακρά επιβίωση και ευχάριστη ζωή.

Η μη κατανόηση από την πλευρά των αρρώστων της σπουδαιότητας και αναγκαιότητας της σωστής διατροφής δυσκολεύει τις συνθήκες διαβίωσης τους.

Η δίαιτα των αρρώστων που κάνουν χρόνια αιμοκάθαρση (Παπαδογιαννάκης Νικ. 1987, σελ. 23-25) διαφέρει από τη δίαιτα που έκαναν πριν αρχίσουν αιμοκάθαρση σε δύο πολύ βασικά σημεία.

Πρώτον, ότι πρέπει να παίρνουν λεύκωμα παραπάνω από όσο έπαιρναν και μάλιστα ζωικό λεύκωμα και δεύτερον ότι απαγορεύεται τελείως το αλάτι και το κάλιο.

Κάποια σημεία που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή είναι τα εξής:

Το ποσό του λευκώματος.

Ο άρρωστος που κάνει χρόνια αιμοκάθαρση πρέπει να παίρνει αρκετό λεύκωμα στη δίαιτα του. Το ποσό είναι σαφώς μεγαλύτερο από το ποσό που έπαιρνε πριν, και αυτό γιατί πολλοί άρρωστοι αρχίζουν χρόνια αιμοκάθαρση μετά από μια μεγάλη περίοδο στέρησης λευκωμάτων.

Ένας άλλος λόγος όμως είναι ότι με τη χρόνια αιμοκάθαρση έχουμε και μια απώλεια λευκωμάτων και δη καθαρών αμινοξέων από τον τεχνητό νεφρό κατά την διάσκεψη της αιμοκάθαρσης.

Έχει υπολογιστεί ότι ο άρρωστος χάνει πάνω από 16 καθαρού λευκώματος την ώρα, όσο κάνει T.N.

Το ποσό σε θερμίδες

Οι άρρωστοι του τεχνητού νεφρού πρέπει να παίρνουν αρκετές θερμίδες από υδατάνθρακες κυρίως για να καλύπτουν τις θερμιδικές τους ανάγκες. Άλλη πηγή θερμίδων είναι το λάδι και τα λίπη. Επειδή όμως πολλές φορές οι άρρωστοι παρουσιάζουν και διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων στο αίμα, γι' αυτό επιτρέπεται να χρησιμοποιούν λάδι ωμό για τις σαλάτες και τα βραστά φαγητά αλλά και στο μαγείρεμα του φαγητού, και λίγο φρέσκο βούτυρο στο πρωινό τους ή λίγη φυτίνη στο μαγείρεμα.

Όλες οι τροφές που επιτρέπονται μαζί με το επιτρεπόμενο ποσό λευκώματος πρέπει να παρασκευάζονται σε όσο το δυνατό μεγαλύτερη ποικιλία φαγητού και μάλιστα ανάλογα με τις συνήθειες και τις επιθυμίες του αρρώστου, εφόσον αυτές δεν έρχονται σε αντίθεση στις βασικές αρχές της δίαιτας, όπως παραπάνω. Πρέπει επίσης το φαγητό να μην είναι το ίδιο κάθε μέρα αλλά να εναλλάσσεται με κάποια ποικιλία και να είναι γευστικό.

Το Νάτριο (αλάτι)

Το αλάτι, όπως είναι γνωστό, περιέχεται σε όλες τις φυσικές τροφές σ' ένα μικρό ποσοστό που είναι αρκετό και απαραίτητο στον άνθρωπο για ορισμένες λειτουργίες. Το επιπλέον ποσό που βάζουμε στο φαγητό το προσθέτουμε για να γίνεται νόστιμο.

Πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη ότι το αλάτι που παίρνουμε στη τροφή αποβάλλεται από τον οργανισμό μας μόνο από τα νεφρά.

Εάν δεν υπάρχει νεφρική λειτουργία, όπως στους νεφροπαθείς τότε το αλάτι μαζεύεται μέσα στον οργανισμό, κρατάει και νερό απαραίτητα, με αποτέλεσμα να αυξάνει το βάρος του σώματος.

Με τον T.N. δηλαδή την αιμοκάθαρση, απομακρύνονται από τον οργανισμό όχι μόνο η ουρία αλλά και το αλάτι. Όσο περισσότερο αλάτι πάρει ο νεφροπαθής στο μεσοδιάστημα των καθάρσεων, τόσο περισσότερο αυξάνεται και το βάρος του σώματος, αφού το αλάτι προκαλεί δίψα και πίνει νερό ο άρρωστος. Όταν ο νεφροπαθής αρχίσει χρόνια αιμοκάθαρση και κάνει σωστή δίαιτα, χωρίς αλάτι, τότε δικαιολογείται να αυξάνει το βάρος του κατά 1-2 κιλά σε δύο ημέρες. Όταν όμως το βάρος υπερβαίνει τα δύο κιλά κάθε φορά που έρχεται για αιμοκάθαρση, τότε αυτό σημαίνει ότι έχει πάρει παραπάνω αλάτι.

Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις τυχαίνει ο άρρωστος να πάρει παραπάνω νερό και όχι αλάτι.

Στην περίπτωση που το βάρος του αρρώστου αυξηθεί, τότε, για να αφαιρεθεί το βάρος αυτό (που δεν είναι τίποτε άλλο από αλάτι και νερό) εφαρμόζεται ειδική τεχνική που λέγεται υπερδιήθηση με την οποία βγαίνει μεν το αλάτι αλλά προκαλούνται ανωμαλίες στον άρρωστο που είναι πολλές φορές σοβαρές και επικίνδυνες.

Είναι τόσο μεγάλης σημασίας το πόσο βάρος παίρνει ο άρρωστος, ώστε έχει βρεθεί ότι άρρωστοι που παίρνουν πολύ βάρος μεταξύ των δύο συνεδριών ζουν λιγότερο.

Το κάλιο.

Το κάλιο παράγεται με την πέψη των τροφών και ενώ είναι απαραίτητο στον οργανισμό, δεν μπορεί να αποβληθεί από το σώμα παρά μόνο με την αιμοκάθαρση. Έτσι, όπως και

η ουρία , είναι αυξημένο στο αίμα κάθε φορά που έρχεται στο T.N. ο άρρωστος.

Πολλές φορές το κάλιο στο αίμα μπορεί να ανέβει περισσότερο από/ όσο επιτρέπεται και τότε είναι επικίνδυνο. Γιαυτό και οι άρρωστοι του T.N. δεν πρέπει να τρώνε τροφές που περιέχουν πολύ κάλιο.

Ο φώσφορος

Ο φώσφορος του αίματος των νεφροπαθών είναι πάντοτε σχεδόν αυξημένος και αποβάλλεται από τον οργανισμό μόνο με την κάθαρση.

Παράγεται από το μεταβολισμό των λευκωμάτων και δη των ζωϊκών. Όταν αυξηθεί πολύ στο αίμα, μπορεί να προκαλέσει διαταραχές και βλάβες στα οστά, σε αρθρώσεις κ.α.

Τα υγρά

Τα υγρά που επιτρέπεται να παίρνουν οι άρρωστοι στο τεχνητό νεφρό είναι περιορισμένα: Δύο ποτήρια νερό ή το πολύ τρία (άμα κάνει ζέστη) είναι το μέγιστο ποσό που μπορεί να πάρει το 24ωρο.

Είναι αλήθεια ότι αυτό το ποσό θεωρείται λίγο, γιατί μ' αυτό πρέπει να πάρουν και τα φάρμακα τους τα οποία δεν είναι λίγα.

Όπως θα αναφερθεί στην επόμενη παράγραφο, υπολογίζεται ότι κάθε άρρωστος στη χρόνια αιμοκάθαρση παίρνει κατά μέσο όρο 10-12 χαπάκια την ημέρα.

Περισσότερο νερό μπορούν να πίνουν οι άρρωστοι που έχουν και διατηρούν κάποια διούρηση.

Το αίσθημα της έντονης δίψας αντιμετωπίζεται, πρώτο με το να μασάει ο ασθενής μαστίχα ή τσίχλα, γιατί έτσι το

στόμα του δεν μένει ξηρό, και δεύτερο τα φρούτα που θα πάρει να είναι παγωμένα και το λίγο νερό να είναι με παγάκια, πράγμα που μειώνει το αίσθημα της δίψας.

Βιταμίνες.

Οι νεφροπαθείς που κάνουν χρόνια αιμοκάθαρση, έχουν ανάγκη να παίρνουν χαπάκια από βιταμίνες. Και τούτο, γιατί με τον τεχνητό νεφρό απομακρύνονται από τον οργανισμό μερικές βιταμίνες όπως η βιταμίνη Β ή C και το φυλλικό οξύ.

Η δίαιτα των αρρώστων σε Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι δεν υπάρχουν πολλοί διατροφικοί περιορισμοί. Αντίθετα, το λεύκωμα πρέπει να είναι περισσότερο, γιατί χάνεται με την περιτοναϊκή κάθαρση.

Επίσης επιτρέπεται μέτρια χρήση του αλατιού και του καλίου. Αύξηση του βάρους και παχυσαρκία συχνά παρατηρείται γιατί τα χρησιμοποιούμενα διαλύματα περιέχουν σάκχαρο. Γι' αυτό και σε κάθε άρρωστο η δίαιτα εξατομικεύεται.

Επειδή συχνά παρατηρείται αύξηση της χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων, γι' αυτό στη Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. απαγορεύεται η χρήση οινοπνευματωδών ποτών, γλυκών και τροφών με πολλή χοληστερίνη.

5.5 Τα φάρμακα των νεφροπαθών

Οι νεφροπαθείς είτε είναι στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είτε στη χρόνια αιμοκάθαρση παίρνουν συνήθως φάρμακα για διάφορους λόγους. Ο άρρωστος πρέπει να γνωρίζει καλά γιατί παίρνει τα φάρμακα, τι μπορεί να πάθει εάν δεν τα πάρει και τι μπορεί να πάθει σαν παρενέργεια.

Τη θεραπεία με φάρμακα πρέπει πάντοτε να τη δίνει ο γιατρός ο οποίος και να εξηγεί στον άρρωστο τη δράση τους. Η χορήγηση φαρμάκων, η δόση, η οδός χορήγησης κ.ά., διαφέρουν στους νεφροπαθείς, γι' αυτό και χρειάζεται προσοχή. Με τη χρόνια αιμοκάθαρση δεν απομακρύνονται μόνο οι ουραιμικές τοξίνες αλλά και τα διάφορα φάρμακα που παίρνουν οι άρρωστοι.

Τα φάρμακα που παίρνουν είναι για την υπέρταση, για καρδιοτόνωση, για δέσμευση του φωσφόρου, για λοιμώξεις, βιταμίνη D και άλλες βιταμίνες και πολλά άλλα για την αντιμετώπιση άλλων συμπτωμάτων (πονοκέφαλοι, κοιλιακοί πόνοι κλπ). Τα φάρμακα αυτά αυξάνουν σε αριθμό στους μεγαλύτερης ηλικίας αρρώστους και εάν υπάρχουν και άλλες παθήσεις π.χ. διαβήτη.

Όλα αυτά τα φάρμακα φθάνουν να είναι καμιά φορά 10-15 χαπάκια την ημέρα και για να τα πάρει ο άρρωστος χρειάζεται και μια ποσότητα νερού που είναι πολλές φορές υπολογίσιμη όταν μάλιστα είναι και περιορισμένη η ποσότητα υγρών που πρέπει να πάρει.

Επίσης, όλα αυτά τα φάρμακα έχουν πολλές φορές συνέργεια ή και ανταγωνισμό. Η δόση τους ρυθμίζεται ανάλογα από

το θεράποντα γιατρό της μονάδας και μόνο με σύσταση αυτού μπορούν να τα παίρνουν οι άρρωστοι και όχι με την σύσταση άλλου γιατρού που καλείται εκτάκτως να δει το νεφροπαθή. Επειδή τα φάρμακα απομακρύνονται με την αιμοκάθαρση, γιαυτό στο τέλος κάθε συνεδρίας γίνεται χορήγηση μιας συμπληρωματικής δόσης την οποία πάλι καθορίζει ο γιατρός.

Τα φάρμακα που παίρνουν σπίτι τους οι νεφροπαθείς, χορηγούνται όλα απ' τα ασφαλιστικά ταμεία με κάποια διαδικασία που διαφέρει από ταμείο σε ταμείο ενώ τα φάρμακα που χορηγούνται κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης καλύπτονται από την μονάδα αιμοκάθαρσης.

(Παπαδογιαννάκης Νικ. - θάνου Ιωάννα, 1989, σελ. 29).

Όπως γίνεται φανερό από τις δύο παραγράφους που προηγήθηκαν, η υπόθεση τόσο της διατροφής όσο και των φαρμάκων έχει τεράστια σημασία για την επιβίωση και τη ζωή του νεφροπαθή.

Αυτή έγκειται στο γεγονός ότι ο ασθενής θα πρέπει να συμβιβαστεί με τις ιδιομορφίες και τους περιορισμούς που του επιβάλλονται προκειμένου να μειώσει τον όγκο των ήδη υπάρχοντων προβλημάτων του.

Δεν είναι απλό το ότι καλείται να στερηθεί σε όλη τη διάρκεια της ζωής του κάποιες μικροσπολαύσεις τόσο σημαντικές όμως για την ζωή ενός υγιή. Επίσης ότι αναγκάζεται να υιοθετήσει νέες συνήθειες και να αναπροσαρμόσει το πρόγραμμα της καθημερινής του ζωής.

Πολλές φορές, δε, απαιτούνται θυσίες οι οποίες είναι επίπονες και δεν διαπνέονται από το ερέθισμα ενός υψηλότερου μακροπρόθεσμου στόχου, πράγμα που δυσκολεύει πιο πολύ την πραγματοποίησή τους.

Για παράδειγμα, δεν είναι εύκολη η στέρηση του νερού όταν ξέρουμε ότι το αίσθημα της δίψας είναι καθημερινό και άκρως βασανιστικό.

Εξάλλου τόσο η διατροφή όσο και τα φάρμακα συχνά δεν μπορούν να αποτρέψουν και ενίοτε προκαλούν δυσάρεστες καταστάσεις που υποβιβάζουν περισσότερο την ποιότητα της ζωής τους. Πέρα όμως από το πως βιώνεται όλο αυτό από τον ίδιο τον ασθενή δεν είναι μικρός ο αντίκτυπος αυτής της κατάστασης στην οικογένεια και το περιβάλλον του. Γιατί για να επιτευχθεί ο συντονισμός ανάμεσα στον νεφροπαθή και το "χώρο" του στο επίπεδο της καθημερινότητας απαιτείται επαναρρύθμιση του οικογενειακού προγράμματος και θυσίες σε κόπο και κόστος.

Η επιβάρυνση του οικογενειακού προϋπολογισμού είναι σαφώς μεγαλύτερη αφού η διατροφή παρουσιάζει μεγάλη ιδιαιτερότητα και απαιτεί εξαιρετική ποιότητα.

Αυτό ακριβώς ώθησε την Πολιτεία στο να υιοθετήσει κάποιες μορφές ενίσχυσης του οικογενειακού προϋπολογισμού. Η διάθεση αυτή της Πολιτείας εκφράζεται μέσω του επιδόματος διατροφής το οποίο ύστερα από μεγάλες προσπάθειες του Συλλόγου Νεφροπαθών έχει φτάσει τις 10.000 δραχ. μηνιαίως, χωρίς βέβαια να ικανοποιεί απόλυτα τις ανάγκες των πασχόντων.

5.6 Σεξουαλικότητα και νεφρικές παθήσεις

Η σεξουαλικότητα είναι ένα μέρος της όλης προσωπικότητάς μας καθώς επίσης και της κοινωνικής μας συμπεριφοράς.

Είναι ένα θέμα για το οποίο κανείς δεν μιλάει εύκολα και ανοικτά. Ακόμη δε, είναι πολύ δυσκολότερο για κάποιον που έχει οποιοδήποτε σχετικό πρόβλημα.

Πολλά τέτοια προβλήματα ξεκινούν μικροπροβλήματα και καταλήγουν τεράστια και αζεπέραστα. Περνώντας δε κάποιος χρόνος, σιγά - σιγά γίνονται πλέον απροσπέλαστα και οδηγούν τα άτομα στην εσωστρέφεια.

Η σεξουαλική απόλαυση θεωρείται από πολλούς σαν το μέτρο της ποιότητας ζωής. Γι' αυτό το λόγο, οι γιατροί που θεραπεύουν τους ασθενείς του τελευταίου σταδίου ενδιαφέρονται για τη σεξουαλική προσαρμογή των ασθενών τους.

Οι περισσότεροι πιστεύουν, σύμφωνα με την άποψη του Νόρμαν Ντ. Λεβύ (1988 σελ. 22-30), ότι σχεδόν όλοι οι νεφροπαθείς που κάνουν χρόνια αιμοκάθαρση, άντρες και γυναίκες, έχουν οπωσδήποτε και ελαττωμένη σεξουαλική ικανότητα (σεξουαλική δυσλειτουργία) και ότι ένας αριθμός από ασθενείς που έκαναν μεταμόσχευση νεφρού έχουν παρόμοια προβλήματα.

Μερικοί ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση αναφέρουν φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική λειτουργία. Όμως απαντώντας σε ερωτήσεις γύρω από τη σεξουαλική λειτουργία, πολλοί άνθρωποι, άρρωστοι ή όχι συνειδητά ή ασυνείδητα είναι ανειλικρινείς.

Ιδιαίτερα οι άντρες τείνουν να δίνουν περισσότερη έμφαση και να παρουσιάζουν με υπερβολές τις σεξουαλικές τους ικανότητες.

Οι μελέτες παρόλα αυτά, δείχνουν πως υπάρχουν αλλαγές στα ορμονικά επίπεδα των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο. Αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν διάφορες αναπαραγωγικές και γεννητικές λειτουργίες.

Τα συναισθηματικά γεγονότα δε, της απειλητικής φύσης του τελικού σταδίου της νεφροπάθειας είναι σίγουρο πως έχουν κάποια επίπτωση στο ενδιαφέρον και στην ικανότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας του ασθενή.

Η εικόνα για τους ασθενείς του τελευταίου σταδίου που έχουν κάνει μεταμόσχευση είναι κάπως καλύτερη. Είναι πιθανό πολλοί ασθενείς που έκαναν μεταμόσχευση να έχουν καλύτερη σεξουαλική δραστηριότητα σε σύγκριση με την δραστηριότητα ασθενών που κάνουν αιμοδιύλιση. Μερικοί ασθενείς παρόλα αυτά συνεχίζουν να επηρεάζονται από σεξουαλική δυσλειτουργία μετά από μεταμόσχευση.

Η σεξουαλική αναγνώριση κάποιου δεν μπορεί να εξεταστεί αποκομμένη από την προσωπική του αναγνώριση. Η απώλεια μιας εργασίας, η επιστροφή του συζύγου στη δουλειά, κάποια αλλαγή στη σωματική διάπλαση και η ανικανότητα της απασχόλησης σε προηγούμενες δραστηριότητες μπορούν να έχουν βλαβερή επίδραση στην ατομική σεξουαλική φαντασία και την δύναμη να οδηγήσουν στην περιθωριοποίηση του ατόμου σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο (L. STRAWGATE - KANEFISKY, 1986, σελ. 14-15).

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες, παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση ή στην παρόξυνση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών στους ασθενείς του τελικού σταδίου.

Η αίσθηση του ανδρισμού σε έναν άντρα και η αίσθηση της θηλυκότητας σε μια γυναίκα, μπαίνουν σε αμφισβήτηση στη διάρκεια κάθε σοβαρής χρόνιας ασθένειας γιατί η ικανότητα των ασθενών να φέρουν σε πέρας τις συνήθεις ευθύνες τους, σαν άντρες ή σαν γυναίκες επηρεάζεται από την ασθένεια. Η ικανότητα του ανθρώπου να επιβιώσει, να τεκνοποιήσει, να συλλάβει, να φέρει στον κόσμο παιδιά, να είναι αυτός που κερδίζει το ψωμί του, να φτιάξει ένα σπίτι, ή να μεγαλώσει παιδιά, συνήθως επηρεάζεται.

Μια καλή εικόνα για τον εαυτό μας αντανακλάται σε μια σειρά από πράγματα εκτός από την ικανότητα να έχει κανείς μια στενή σημαντική σχέση. Ο ασθενής που έχει καλή εικόνα για τον εαυτό του, κάνει κάθε τι για να επιβιώσει, στην καλύτερη ιατρική και συναισθηματική κατάσταση.

Οι ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση και έχουν καλή εικόνα για τον εαυτό τους, προσέχουν την είσοδο των υγρών, τους περιορισμούς στο διαιτολόγιό τους, τα φάρμακα, και μπορούν να συμμετέχουν στις δικές τους θεραπείες αιμοκάθαρσης στον υψηλότερο βαθμό.

Ο ασθενής που μπορεί να πεί "Παρόλο που έχω μια σοβαρή ασθένεια και αιμοδυναλίζομαι, εξακολουθώ να έχω πολλά προσόντα που με κάνουν ένα άτομο άξιο και ικανό να αγαπήσει και να αγαπηθεί", είναι πιο πιθανό να έχει μια στενή σχέση με ένα άλλο άτομο.

Ο ασθενής που λέει "Γιατί να μ'αγαπήσει κάποιος - είμαι άρρωστος και κουρασμένος συνεχώς - και πρέπει να κάνω αυτές τις θεραπείες τεχνητού νεφρού τρεις φορές την εβδομάδα. Είμαι απλώς ένα βάρος στον καθένα", κάνει δύσκολο σε οποιονδήποτε να τον πλησιάσει για να έχει μια στενή σχέση μ'αυτόν ή μ'αυτήν.

Όσον αφορά την κατάθλιψη και την αγωνία, παράγοντες που επηρεάζουν τις στενές σχέσεις ο Νόρμαν Λεβύ αναφέρει ότι η κατάθλιψη συνήθως προκαλεί ένα άτομο να απομακρυνθεί από την επαφή του με τους άλλους, να μπει σ'ένα "όστρακο". Η οικειότητα είναι το αντίθετο αυτής της οπισθοχώρησης. Η οικειότητα απαιτεί από το άτομο, να θέλει να μοιραστεί με τους άλλους, να θέλει να δώσει στους άλλους χαρά να τους αγγίξει, και να δοκιμάσει τι νοιώθουν.

Η οικειότητα είναι συχνά το "φάρμακο" για την κατάθλιψη. Αν ένα καταθλιπτικό άτομο νοιώθει πως κάποιος άλλος ενδιαφέρεται και θέλει να νοιώσει τρυφερά, τα αισθήματα της κατάθλιψης μπορεί να καλύτερεύσουν. Το ίδιο συμβαίνει αν ένα καταθλιπτικό άτομο μπορεί "να βγει προς τα έξω" σε κάποιον που τον νοιώθει κοντά του, ή αν κάποιος ξεκινήσει σχέσεις, προσωπικής τρυφερότητας και στενής φύσης με τον καταθλιπτικό ασθενή.

Αγωνία και κατάθλιψη μπορεί να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο. Η οικειότητα έχει το ίδιο αποτέλεσμα στην αγωνία και την κατάθλιψη.

Η οικειότητα, συχνά ηρεμεί, διαβεβαιώνει και προσφέρει μια συναισθηματική βαλβίδα διαφυγής η οποία μπορεί να βοηθήσει να καλύτερεύσει η κατάσταση ανησυχίας του ασθενή.

Οι περισσότεροι ασθενείς που αιμοδιυλίζονται ή έχουν κάνει μεταμόσχευση έχουν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα σαν αποτέλεσμα της σοβαρής τους ασθένειας. Πολλοί ασθενείς θα μπορούσαν να βοηθηθούν από την επίσημη ψυχολογική βοήθεια (ψυχοθεραπεία).

Εντούτοις, πολλοί ασθενείς αισθάνονται υπερβολικά κουρασμένοι από τις θεραπείες, και συχνά αντιδρούν στο να κάνουν ακόμα μια θεραπεία.

Επίσης, λίγοι ασθενείς έχουν το χρόνο, την ενέργεια ή μπορούν να υποστούν τα έξοδα μιας τέτοιας θεραπείας. Σποραδικά, μπορεί να τύχει κάποιος ασθενής που θέλει να απασχοληθεί με τα προβλήματα της ζωής του πρόσφατα και του παρελθόντος.

Σ'αυτή του την έρευνα στις ρίζες των σεξουαλικών δυσκολιών μπορεί να δει μια καλύτερευση στα συμπτώματα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

Η ψυχιατρική θεραπεία με την ευρύτερη έννοια, που να περιέχει και την χρήση ενεργών ψυχοθεραπευτικών φαρμάκων είναι περισσότερο κατάλληλη.

Όλοι οι ασθενείς που αιμοδιυλίζονται ή έχουν κάνει μεταμόσχευση οι οποίοι έχουν σεξουαλικές δυσλειτουργίες θα πρέπει να θεωρηθεί ότι υπάρχει η πιθανότητα να έχουν κάποια ψυχική διαταραχή η οποία μπορεί να καλύτερεύσει με φαρμακευτική θεραπεία. Φυσικά, σε όλες τις φαρμακευτικές θεραπείες των ασθενών που αιμοδιυλίζονται, είναι απαραίτητο, τα φάρμακα να ληφθούν κατόπιν παρακολούθησης και να χρησιμοποιηθούν κάτω από εντατική ιατρική επίβλεψη. Επίσης ο γιατρός, θα καθορίσει ότι το φάρμακο δεν έχει ούτε πρόωρα σταματήσει να λαμβάνεται από τον ασθενή, ούτε έφτασε σε τοξικά επίπεδα στον ασθενή, λόγω της ελλείψης κανονικής λειτουργίας του νεφρού.

Τα περισσότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για να καταπολεμήσουν την αγωνία και την κατάθλιψη, ευτυχώς διαθέτουν και τις δύο αυτές προϋποθέσεις. Εντούτοις, αρκετά από αυτά τα ελαφρά, όπως ονομάζονται, ηρεμιστικά, δεν είναι καλά για τους ασθενείς που αιμοδιυλίζονται.

5.7. Οι επιπλοκές της χρόνιας αιμοκάθαρσης

Η θεραπεία με τον τεχνητό νεφρό συνοδεύεται από ενοχλήματα που έχουν οι άρρωστοι και που θεωρούνται επιπλοκές. Πρώτα - Πρώτα είναι τα συμπτώματα που παρουσιάζονται καμιά φορά ενώ κάνουν τεχνητό νεφρό. Αυτά είναι πολλές φορές ψυχολογικά.

Πολλοί άρρωστοι από φόβο στην αρχή παραπονούνται για μικροενοχλήματα τα οποία περνάνε όταν οι άρρωστοι δουν ότι πράγματι ο τεχνητός νεφρός τους βελτιώνει. Τότε αποκτούν εμπιστοσύνη και αντιμετωπίζουν την πραγματικότητα με ψυχραιμία και αισιοδοξία.

Κατά την διάρκεια του τεχνητού νεφρού καμιά φορά πέφτει η πίεση του αρρώστου. Αυτό γίνεται αμέσως αντιληπτό και αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση, ενδοφλέβια, φυσιολογικού ορού 100-200 ε.εκ. Η πτώση αυτή της πίεσης είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα για το οποίο δεν έχει βρεθεί ακόμη ο μηχανισμός με τον οποίο γίνεται. Επίσης δεν υπάρχει άλλος τρόπος αντιμετώπισης παρά μόνο με φυσιολογικό ορό. Υπάρχουν βέβαια άρρωστοι που δεν παρουσιάζουν πτώση της πίεσης ή μόνο σπάνια και άλλοι οι οποίοι παρουσιάζουν πολύ συχνά και αποτελεί πρόβλημα συνέχισης της θεραπείας (Παπαδογιαννάκης Ν.-Θάνου Ι, 1989 σελ. 29-30).

Επίσης καμιά φορά παρουσιάζονται κράμπες, έμετοι και πονοκέφαλοι.

Στο τέλος της αιμοκάθαρσης ένα γενικό σύμπτωμα είναι το αίσθημα της αδυναμίας που έχουν οι άρρωστοι και που είναι πιο έντονο όταν χάσουν πολύ βάρος, πράγμα που συμβαίνει ουστηματικά όταν ο άρρωστος έχει πάρει βάρος από την προηγούμενη συνεδρία.

Αυτά είναι τα συμπτώματα που παρουσιάζονται συχνά στους αρρώστους τα οποία αντιμετωπίζονται με επιτυχία και οι αρρώστοι τα έχουν συνηθίσει. Τελευταία, η παρασκευή και η εφαρμογή του διαλύματος με διττανθρακικό και η μέχρι τώρα πείρα από την αιμοδιήθηση, φαίνεται να μειώνουν στο ελάχιστο αυτό τα ενοχλήματα.

Κατά τη διάρκεια του τεχνητού νεφρού, είναι δυνατό επίσης να παρουσιαστούν - σπάνια ευτυχώς - συμπτώματα από κακή παρασκευή του διαλύματος και από άλλες αιτίες που γίνονται έγκαιρα αντιληπτές και αντιμετωπίζονται αμέσως.

Σ' αυτή την περίπτωση η βοήθεια των αρρώστων είναι σημαντική γι' αυτό και πρέπει οι αρρώστοι ν' αποφεύγουν να κοιμούνται κατά τη διάρκεια της θεραπείας με τεχνητό νεφρό και να αναφέρουν στην αδελφή εάν αισθανθούν το παραμικρό ενόχλημα. Εκτός από τις παραπάνω επιπλοκές που είναι οι άμεσες κατά τη χρόνια αιμοκάθαρση, παρατηρούνται επιπλοκές που αφορούν τα οστά, είναι η λεγόμενη οστεοστροφία, η περικαρδίτιδα, η αναιμία και τα οποία αντιμετωπίζονται από τους γιατρούς. Ειδικά για την αναιμία, συντελείται μεγάλη πρόοδος στο εξωτερικό και υπολογίζεται ότι σε δύο χρόνια η αναιμία θα αντιμετωπίζεται τόσο αποτελεσματικά ώστε θα βελτιωθεί σημαντικά η ποιότητα ζωής των νευροπαθών.

Για την οστεοστροφία εκτός από τη χορήγηση ασβεστίου και βιταμίνης D καταφεύγουμε ευτυχώς σε λίγες περιπτώσεις σε παραθυροειδεκτομή.

Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι η ποιότητα της αιμοκάθαρσης έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, γι' αυτό και οι επιπλοκές αυτές έχουν μειωθεί σε ένταση και στο χρόνο εμφάνισής τους.

Σημαντικό βήμα σ' αυτό το σημείο ήταν η εγκατάσταση των συσκευών καθαρισμού του νερού που εκτός των άλλων απάλλαξε τους αρρώστους από τη φοβερή επιπλοκή της εγκεφαλοπάθειας από αλουμίνιο.

5.8 Κόστος αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα

Η αύξηση του κόστους της υγείας σε πάρα πολλές βιομηχανοποιημένες χώρες έχει ξεπεράσει ακόμη και το ακαθάριστο εθνικό προϊόν.

Η ταχεία αύξηση του κόστους της υγείας αποδίδεται βασικά στην ανακάλυψη και εισαγωγή στην Ιατρική υψηλής τεχνολογίας. Έτσι συνεχώς νέες σύγχρονες διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι εφαρμόζονται σε διάφορα νοσήματα τα οποία μέχρι πριν λίγα χρόνια ήταν θανατηφόρα.

Μεταξύ των σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων η χρησιμοποίηση των τεχνητών οργάνων βοήθησε σημαντικά ορισμένες κατηγορίες ασθενών.

Συγκεκριμένα, και σύμφωνα με τον Γ. Σακελλαρίου, 1987, σελ.270-271, η ανακάλυψη του τεχνητού νεφρού από τον KOLFF το 1943 και της εξωτερικής αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας από τον SCTIDNET το 1960 προκάλεσαν αληθινή επανάσταση στη θεραπεία του τελικού σταδίου της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Σήμερα στην Ελλάδα υπάρχουν περισσότεροι από 2.500 ασθενείς που ζούν με τεχνητό νεφρό, ενώ σ'όλη την Ευρώπη με βάση τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αιμοκάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων υπερβαίνουν τις 50.000 (EDTA 1985).

Ωστόσο η ευρεία εφαρμογή του Τ.Ν. στη θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας επηρέασε σημαντικά το ολικό κόστος υγείας ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια που η νέα τεχνολογία είναι ιδιαίτερα ακριβή.

Το γεγονός αυτό είχε ως συνέπεια την επανεξέταση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου σε σχέση με το κόστος και την εκπόνηση οικονομικής φύσης μελετών. Ταυτόχρονα για

πρώτη φορά ο κλινικός γιατρός βρέθηκε μπροστά σ' ένα δίλημμα που αφορούσε μια θεραπευτική μέθοδο αλλά που για λόγους καθαρά οικονομικούς δεν ήταν εφαρμόσιμη σ' όλους τους ασθενείς. Από την άλλη πλευρά προέκυψαν πολλά ερωτηματικά για τις ενδείξεις της μεθόδου και το κριτήριο επιλογής των ασθενών.

Συγκεκριμένα για τη χώρα μας (θ. Δαρδαβέσης - Η.Μάσιαλος 1990 σελ. 1-4), η κάθε συνεδρία Τ.Ν. κοστίζει περίπου 12.000 δρχ.. Λαμβάνοντας υπόψη και τον μεγάλο αριθμό των νεφροπαθών που κάνουν χρόνια αιμοκάθαρση απαιτείται μια ετήσια συνολική δαπάνη περίπου 5 δις δρχ. (βλ. Παράρτημα-Πίνακες 33,34).

Με την ένταξη νέων περιπτώσεων νεφροπαθών τελικού σταδίου σε μόνιμο πρόγραμμα Τ.Ν. το ποσό αυτό αυξάνει από χρόνο σε χρόνο και συγχρόνως δημιουργείται πιεστική ανάγκη ανάπτυξης και λειτουργίας νέων μονάδων.

Έτσι, από οικονομοτεχνικής πλευράς, η εξωνεφρική κάθαρση, σε νοσοκομειακές μονάδες, επιβαρύνει σημαντικά τον προϋπολογισμό υγείας κάθε κράτους. Δημιουργείται λοιπόν, η ανάγκη εξεύρεσης λύσεων για την χρόνια αντιμετώπιση των νεφροπαθών εκτός μονάδων τεχνητού νεφρού.

Και για να γίνει αυτό, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η διενέργεια οικονομικών μελετών με σκοπό την αναγνώριση και στη συνέχεια την απομόνωση εκείνων ακριβώς των παραγόντων που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα το κόστος ώστε η έρευνα να στραφεί προς συγκεκριμένη κατεύθυνση περιορισμού του κόστους.

Βέβαια στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη έχουν γίνει ανάλογες μελέτες που βοήθησαν σημαντικά προς αυτή την κατεύθυνση

(ΜΙΟΝ 1980, FOXEN 1984) όπως αναφέρει ο Γ. Σακελλαρίου 1987, σελ. 271.

(Βλέπε παράρτημα : Παρατίθενται πίνακες με στοιχεία μελέτης που πραγματοποιήθηκε στη μονάδα Τ.Ν. της Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσ/νίκης.

Πίνακες 18...31)

6. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Η μεταμόσχευση νεφρού, η οποία αποτελεί μια εναλλακτική λύση επιβίωσης αποκαθιστώντας τη νεφρική λειτουργία και εξασφαλίζοντας όχι πλέον διατήρηση αλλά ποιότητα ζωής στο νεφροπαθή, αναγνωρίζεται σαν μια αποδεκτή μορφή θεραπείας, η οποία μάλιστα εξελίσσεται με ιδιαίτερα ταχύ ρυθμό. Είναι ένα δώρο ζωής που μπορούν να το προσφέρουν όχι μόνο οι γονείς και οι αδελφοί αλλά και οποιοσδήποτε άνθρωπος.

Μέχρι σήμερα έχουν γίνει 60.000 μεταμοσχεύσεις νεφρού σ'όλο τον κόσμο. Η πρώτη έγινε το 1947, ενώ η πρώτη επιτυχημένη το 1955. Η έναρξη των μεταμοσχεύσεων νεφρού στην Ελλάδα έγινε το 1971. Από τότε η υπόθεση των μεταμοσχεύσεων έχει εξελιχθεί με αργό αλλά σταθερό ρυθμό. Την τελευταία πενταετία έως το 1990 στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί 402 μεταμοσχεύσεις. Ενώ ένας μικρός αριθμός ελλήνων, γύρω στους 27-30 κάθε χρόνο μεταμοσχεύεται σε κέντρα του Εξωτερικού (Υ.Σ.Ε., Δεκέμβρης, 1990). Ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα απέχει πάρα πολύ ακόμα από τον στόχο ενός ισοζυγίου ανάμεσα στον αριθμό των νέων νεφροπαθών, που εντάσσονται, κάθε χρόνο σε πρόγραμμα Χ.Π.Α. (χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης) και του αριθμού των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών κατά έτος. Αυτός ο αριθμός σύμφωνα με τις διεθνείς προδιαγραφές κυμαίνεται στις 30 μεταμοσχεύσεις ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Για την Ελλάδα ο αριθμός αυτός κυμαίνεται στις 270-300 μεταμοσχεύσεις τον χρόνο, που είναι και ο αριθμός των νέων νεφροπαθών (επιθεώρηση νεφροπαθών, τεύχος 4ο, σελ. 13).

Το ερώτημα αν η μεταμόσχευση αποτελεί λύση στο πρόβλημα της νεφροπάθειας απασχολεί τόσο την επιστήμη όσο και τους ίδιους τους πάσχοντες. Δεν είναι όμως ένα ερώτημα που μπορεί να έχει σαφή και οριστική απάντηση.

Προκειμένου να περιγράψουμε το κλίμα που επικρατεί σε ότι αφορά τον παραπάνω προβληματισμό παραθέτουμε αυτούσια την άποψη του Χαραλάμπου Σταθάκη (σελ. 19 στο 2ο τεύχος του περιοδικού "Επιθεώρηση".)

"Η μεταμόσχευση νεφρού, η επιτυχής, είναι η λύση του προβλήματος της νεφροπάθειας, τόσο από την καθαρά ιατρική άποψη, όσο και από την κοινωνική και οικονομική. Αυτό βέβαια σε μια ιδεατή κατάσταση, όπου ένα μόσχευμα που διατηρείται για δύο χρόνια θεωρείται ότι θα διατηρηθεί για πάντα. Παρ'όλα αυτά θα ήθελα να τονίσω την προσωπική μου άποψη: Ακόμα και αν ένα μόσχευμα δεν διατηρηθεί για πάντα, η βοήθεια που προσφέρεται στον ασθενή είναι τεράστια. Έστω και έξι μήνες να έχουμε επιτυχή μεταμόσχευση, ο οργανισμός έχει προλάβει να αποκαταστήσει προς το φυσιολογικό πολλά από τα βεβλημένα συστήματα. Έτσι η επανένταξη στην κάθαρση γίνεται από ένα νέο χρονικό σημείο, με ένα οργανισμό, που βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση από εκείνη που βρισκόταν όταν οδηγήθηκε στη μεταμόσχευση".

Επίσης χαρακτηριστική είναι και η εμπειρία ενός ασθενή εννέα μήνες μετά την επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού, όπως περιγράφεται στο ενημερωτικό εγχειρίδιο **"Μεταμόσχευση - δωρισμός οργάνων"** που έχει κυκλοφορήσει η Ελληνική Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων.

"...Σιγά - σιγά, η ευδιαθεσία άρχισε να με κερδίζει, η ελευθερία για τη ζωή μου έδωξε το αίσθημα της μειονεκτι-

κότητας. Αισθανόμουν πως τα χαμένα δικαιώματά μου για τις ζωτικές δραστηριότητες ξαναρχόντουσαν ένα-ένα. Έπαψα να αισθάνομαι εξάρτητα από γιατρούς και μηχανήματα και σαν μικρό παιδί που δειλά κάνει τα πρώτα του βήματα, άρχισα να εργάζομαι πιο εντατικά. Η διαύγεια, που ένιωθα τώρα μ'έκανε γρήγορα να ξαναμπώ στον παλιό ρυθμό της δουλειάς μου, στο ρυθμό δηλ. όπως πριν από την αρρώστια μου. Οι υπόλοιπες δραστηριότητες στους άλλους τομείς της ζωής, επανήλθαν σχεδόν, όπως την εποχή πριν αρρωστήσω. Τώρα όμως ζω και ρουφάω τη ζωή αυτή, της ηλικίας μου, κάθε στιγμή μακριά από συναισθήματα ανασφάλειας. Δουλεύω με διαύγεια, μπορώ να ταξιδεύω και οι μέρες μου περνάνε χωρίς βασανιστικές σκέψεις για το αύριο, για το μηχάνημα. Δεν αισθάνομαι να ζω προσωρινά μ'αυτή τη θεραπεία, κι αυτό με γεμίζει αυτοπεποίθηση ...".

6.1. Προμεταμοσχευτικός έλεγχος

Η υπόθεση της μεταμόσχευσης είναι ένα σημαντικό γεγονός, όχι μόνο γιατί αποτελεί την ιδανική λύση στο πρόβλημα νεφρική ανεπάρκεια, αλλά και γιατί αποτελεί "πράξη" στην οποία συμμετέχουν συλλογικά χειρουργοί και νεφρολόγοι, νοσηλευτικό προσωπικό, ιατροί άλλων ειδικοτήτων κλπ, απαιτεί αυστηρή οργάνωση και συντονισμό, που εξασφαλίζεται μέσω οργανωτικών υπηρεσιών, και το σπουδαιότερο τη μεταμόσχευση την επιθυμεί έντονα και είναι προετοιμασμένος γι' αυτήν ο ίδιος ο ασθενής με απαραίτητη προϋπόθεση να γνωρίζει όλα όσα πρέπει γύρω από αυτή.

Η "πράξη" της μεταμόσχευσης αρχίζει με τον προμεταμοσχευτικό έλεγχο. Σημαντικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση αποτελεί το ερωτηματολόγιο το οποίο καλούνται να συμπληρώσουν οι υπεύθυνοι γιατροί και η πληροφόρηση όλων των ενδιαφερομένων. Και ενδιαφερόμενοι δεν είναι μόνο οι ίδιοι οι ασθενείς, αλλά και το άμεσο - συγγενικό περιβάλλον τους, που συμμετέχει στα προβλήματα τους, ακόμα και το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον και κατ'επέκταση η κοινωνία μας.

Πώς γίνεται λοιπόν ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος (Σταθάκης Χαρ. 1987, σελ. 17-19).

Αρχικά πρέπει ο θεράπων γιατρός, που γνωρίζει τη γενική κατάσταση και τα γενικά προβλήματα του κάθε ασθενή να εκτιμήσει τον ασθενή και έτσι να ενισχύσει ή να αποθαρρύνει την επιθυμία του. Εφόσον ο ασθενής κριθεί κατάλληλος για μεταμόσχευση ενημερώνεται για τα στάδια του προμετα-

μοσχευτικού ελέγχου και αρχίζει τις εξετάσεις .

Ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος περιλαμβάνει:

1. Λεπτομερές ατομικό και κληρονομικό αναμνηστικό
2. Ιστορικό της νεφρικής ανεπάρκειας.
3. Ιστορικό έναρξης εξωνεφρικής κάθαρσης και χρονολογική καταγραφή στα είδη αυτής που ακολουθήθηκαν, δηλ. περιτοναϊκή κάθαρση, αιμοκάθαρση κλπ.
4. Ακολουθεί ανασκόπηση κατά συστήματα για την διερεύνηση συμπτωμάτων , που τυχόν διαφεύγουν στον ασθενή.
5. Λεπτομερές κλινική εξέταση κατά συστήματα.
6. Ακολουθεί πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος.
7. Ακτινολογικός έλεγχος στομάχου , παχέος εντέρου, χοληδόχου κύστεως, θώρακος, και κυστεογραφία για τον αποκλεισμό κυστεουρικής παλινδρόμησης και την εξακρίβωση ότι η ουροδόχος κύστη του ασθενή είναι κατάλληλη για να δεχθεί τον ουρητήρα του μοσχεύματος. Αυτό το τμήμα αποτελεί και το πλέον κοπιαστικό και επώδυνο.
8. Οδοντιατρικός έλεγχος, QPA, εξέταση (με τις αντίστοιχες ακτινογραφίες).
9. ΜΑΝΤΟΥΧ και ΜΑΥΕΡ κοπράνων.
10. Ακολουθούν τα "χαρακτηριστικά" του ασθενή που είναι:
 - α. Αυστραλιανό αντιγόνο (γενικά δείκτες ηπατίτιδας)
 - β. Ομάδα αίματος και RHESUS.
 - γ. ΗΛΑ ιστοσυμβατότητα.
 - δ. Κυτταροτοξικά αντισώματα
 - ε. Αριθμός μεταγγίσεων που έχει λάβει ο ασθενής καθ'όλη την ζωή του καθώς και η ημερομηνία τελευταίας μετάγγισης.

Στο τελευταίο πρέπει να σημειωθεί, ότι και αν ακόμα έχει κριθεί ο ασθενής κατάλληλος για μεταμόσχευση, εφόσον μεταγγισθεί, πρέπει να βγει από τον κατάλογο αναμονής για 15 ημέρες τουλάχιστον, μέχρις ότου ξαναελεγχθούν τα κυτταρολογικά του αντισώματα και βρεθούν αρνητικά.

11. Αναφέρονται στοιχεία του κοινωνικού ιστορικού του ασθενή, εργασία, οικογένεια κλπ.
12. Ψυχιατρική εξέταση, γιατί υπάρχουν καταστάσεις, που επηρεάζονται πολύ από τη λήψη κορτιζόνης.
13. Αναφέρεται αν υπάρχουν ή όχι πιθανοί συγγενείς δότες.

Τέλος πρέπει να τονιστεί ότι ο σκοπός του προμεταμοσχευτικού ελέγχου είναι να προφυλαχθεί ο ασθενής από τις παρενέργειες της ανοσοκαταστολής και κυρίως από την αναζωπύρωση λοιμώξεων και τις αιμοραγίες του πεπτικού. Μεταμόσχευση μπορούν να κάνουν όλοι οι νεφροπαθείς εκτός από μια μικρή ομάδα ασθενών, που αποκλείονται είτε μόνιμα είτε προσωρινά.

Μόνιμα αποκλείονται όσοι έχουν:

- α) γενικευμένη καρκινωμάτωση
- β) Ψυχιατρικές και διανοητικές διαταραχές
- γ) Βαριά, ανθισταμένη στη θεραπεία, καρδιακή ανεπάρκεια
- δ) Βαριά ανεπάρκεια των στεφανιαίων, στηθάγχη, και τέλος
- ε) Όσοι είναι μεγαλύτεροι των 60 ετών. Υπάρχει μια οριακή κατάσταση, η ηλικία των 50-60, όπου και αν ακόμη δεν υπάρχουν αντενδείξεις, η απόφαση για μεταμόσχευση είναι δύσκολη και σ'αυτή συμμετέχει σημαντικά ο ίδιος ο ασθενής. Και αυτό γιατί είναι γνωστό ότι οι επιπλοκές κατά και μετά τη μεταμόσχευση είναι περισσότερες και βαρύ-

τερες μετά την ηλικία των 50.

Προσωρινά αποκλείονται από την μεταμόσχευση:

- α. Όσοι έχουν λοίμωξη.
- β. Όσοι έχουν κυτταροτοξικά αντισώματα
- γ. όσοι έχουν λάβει πρόσφατα μετάγγιση αίματος. Αυτοί αποκλείονται για 15 ημέρες μέχρι να ξαναγίνει έλεγχος κυτταροτοξικών αντισωμάτων , και τέλος
- δ. αποκλείονται προσωρινά όσοι παρουσιάζουν οποιοδήποτε πρόβλημα μέχρι τη ριζική αντιμετώπισή του.

6.1α. Συμβατότητα ιστών

Καθοριστικό ρόλο για την εκπλήρωση του σκοπού της μεταμόσχευσης παίζει το Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας, το οποίο εξετάζει τη συμβατότητα των ομάδων αίματος και των αντιγόνων των ιστών μεταξύ δότη και λήπτη νεφρικού μοσχεύματος.

Όπως υπάρχουν οι ομάδες αίματος (A,B,AB,O) στον άνθρωπο και στα ανώτερα θηλαστικά, υπάρχουν και τα αντιγόνα των ιστών (αντιγόνα ιστοσυμβατότητας HLA) τα οποία παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιλογή του κατάλληλου λήπτη σε μια μεταμόσχευση νεφρού. Ελέγχεται με ειδικές μεθόδους και χρησιμοποιούνται επιλεγμένοι αντιοροί από πολύτοκες γυναίκες, πολυμεταγγιζόμενα άτομα κλπ.

Τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας HLA κληρονομούνται σύμφωνα με τους νόμους του MENDEL. Τα παιδιά δηλαδή κληρονομούν μισά αντιγόνα (έναν απλότυπο) από τη μητέρα και μισά αντιγόνα (έναν απλότυπο) από τον πατέρα. Ο καλύτερος συγγενής δότης (δηλ. εκείνος που μπορεί να έχει και έξι αντιγόνα κοινά) είναι τα αδέρφια (Κ.Σταυροπούλου, 1987 σελ.16). Το εργαστήριο ιστοσυμβατότητας επιλέγει τον καταλληλότερο λήπτη με βάση τις εργαστηριακές παραμέτρους των ασθενών, που αναμένουν μεταμόσχευση και πραγματοποιεί πριν από την έναρξη της μεταμόσχευσης την τελική διασταύρωση (CROSS-MATCH) του ορού του λήπτη με τα κύτταρα του δότη. Το Εθνικό Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας (Ε.Ε.Ι) μέχρι σήμερα έχει ελέγξει 850 υποψήφιους λήπτες, νεφρικού μοσχεύματος. Οι ασθενείς αυτοί ελέγχονται επίσης για αντισώματα έναντι ιστών καθώς και για κυτταροτοξικά αντισώματα κάθε δύο μήνες.

Ο έλεγχος της ιστοσυμβατότητας, δηλαδή ο αποκλεισμός προϋπάρχουσας αντιδραστικότητας του λήπτη προς το δότη, είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες, που προσδιορίζουν την επιλογή του υποψήφιου προς μεταμόσχευση η οποία είναι ένα σοβαρό θέμα το οποίο θα εξεταστεί αργότερα. (Κίτσου- Περλέγκου, Φλεβάρης 1990, σελ. 22-23).

6.1β. Οργάνωση Υπηρεσιών συντονισμού μεταμοσχεύσεων

Η οργάνωση της πτωματικής μεταμόσχευσης, απαιτεί πολύπλοκες διαδικασίες ταυτόχρονα σε ιατροκοινωνικό και διοικητικό επίπεδο. Η προώθηση της πτωματικής μεταμόσχευσης καθώς και η καλύτερη επιβίωση των μοσχευμάτων εξαρτάται από την όσο το δυνατόν καλύτερη οργάνωσή της.

Για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων, την ανάλυση των αποτελεσμάτων τους με σκοπό την περαιτέρω βελτίωσή τους, καθώς και για την ανταλλαγή μοσχευμάτων μεταξύ των διαφόρων χωρών, δημιουργήθηκαν μεγάλοι οργανισμοί στην Ευρώπη και την Αμερική.

Το 1967 δημιουργείται η EUROTRANSPLANT FOUNDATION Οργανισμός, στον οποίο συμμετέχουν οι χώρες Ολλανδία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Δ. Γερμανία και Αυστρία. Ιδρύθηκε πάνω στην αρχή ότι παρόλες τις μεγάλες εθνικές διαφορές μεταξύ ατόμων λόγω του πολυμορφισμού του συστήματος HLA, είναι δυνατή η ανεύρεση ιστοσυμβατότητας με μη συγγενή δότη νεφρού όταν γίνεται διασταύρωση για HLA αντιγόνο με μια μεγάλη δεξαμενή δυνητικών ληπτών.

Το 1969 δημιουργείται η SCANDIA TRANSPLANT με συμμετοχή των χωρών: Σουηδία, Δανία, Νορβηγία, Φιλανδία, Ισλανδία. Το ίδιο έτος δημιουργείται επίσης η FRANCE TRANSPLANT για την Γαλλία και το 1972 η UNITED KINGDOM TRANSPLANT SERVICE για την Αγγλία και την Ιρλανδία. Στο Εθνικό Πρόγραμμα Συντονισμού των Μεταμοσχεύσεων της Ιταλίας συμμετέχουν τέσσερις (4) περιφερειακές υπηρεσίες συντονισμού: η NORD ITALIA TRANSPLANT (1976), η CENTRE - SUD ITALIA TRANSPLANT (1987), η SUD ITALIA TRANSPLANT και η

INTERREGIONAL TRANSPLANT ASSOCIATION για την περιοχή της Βορειοκεντρικής Ιταλίας (1976 - 1987). Το 1980 δημιουργήθηκε η LUSO TRANSPLANT στη Πορτογαλία η οποία άρχισε να λειτουργεί επίσημα από το 1983. Επίσης υπάρχουν αντίστοιχες υπηρεσίες στην Ισπανία (HISPANO TRANSPLANT), στην Ελβετία (SWISS TRANSPLANT) καθώς και η INTER TRANSPLANT για τις χώρες της Ανατ. Ευρώπης (Βουλγαρία, Τσεχοσλοβακία, Αν. Γερμανία, Ουγγαρία, Πολωνία, Ρουμανία, ΕΣΣΔ και Γιουγκοσλαβία) (Κίτσου - Πετλέγκου σελ. 24).

Οι κύριοι σκοποί αυτών των οργανισμών είναι:

1. Η μεγαλύτερη δυνατή εξασφάλιση και καλύτερη αξιοποίηση των προσφερομένων οργάνων.
2. Η βελτίωση των αποτελεσμάτων μέσω της επιδίωξης συμβατότητας δότη - λήπτη . Διασφάλιση της επιλογής δότη - λήπτη σε επιστημονική βάση.
3. Η διερεύνηση και η αξιολόγηση των παραγόντων που επιδρούν στα αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων με μελέτη όλων των συναφών παραμέτρων της παρακολούθησης (FOLLOW-UP) των μεταμοσχευμένων ασθενών.

Για την επίτευξη των παραπάνω σκοπών οι Υπηρεσίες αυτές έχουν την ευθύνη για:

1. Τον συντονισμό της συνεργασίας των εργαστηρίων για την τυποποίηση (καθορισμό HLA αντιγόνων) και διασταύρωση επιβεβαίωσης συμβατότητας δότη - λήπτη.
2. Τη δημιουργία ενός κεντρικού αρχείου εγγραφής δυνητικών ληπτών, που καθημερινά ανανεώνονται με τα πρόσφατα στοιχεία της ιατρικής τους παρακολούθησης, με δυνατότητα αναδρομής και ενημέρωσης των μεταβολών καθώς και άμεσης αναζήτησης όλων των ήδη παρεχομένων πληροφοριών των ασθενών.

3. Την ανάπτυξη ενός συστήματος άμεσης επιλογής δότη-λήπτη με την μικρότερη δυνατή απαίτηση χρόνου.
4. Την δημιουργία ενός κέντρου επικοινωνιών με εξειδίκευση στις οργανωτικές πλευρές των διαδικασιών συντονισμού της αφαίρεσης , μεταφοράς και μεταμόσχευσης των προσφερομένων οργάνων.

Οι υπηρεσίες αυτές διοικητικά είτε υπάγονται άμεσα στο Υπουργείο Υγείας των χωρών τους είτε θεωρούνται κοινωφελείς μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και τελούν υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας των χωρών τους.

6.2. Η διαδικασία της Μεταμόσχευσης

Η μεταμόσχευση στα χειρουργεία

Από τη στιγμή που το Μεταμοσχευτικό Κέντρο ειδοποιηθεί ότι έχει βρεθεί πτωματικός δότης α. σπεύδουν οι μεταμοσχευτές - χειρουργοί για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νεφρικών μοσχευμάτων και β. η ειδική επιτροπή ιατρών έρχεται για να γνωματεύσει τον εγκεφαλικό θάνατο του ασθενή. Εφόσον οι χειρουργοί κρίνουν την καταλληλότητα του δότη συντονίζονται οι εξής ενέργειες:

α. Ειδοποιείται το Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, το οποίο λαμβάνει αίμα από τον δότη για την εξακρίβωση της ομάδας αίματος και της H.L.A. ιστοσυμβατότητας .

β. Ειδοποιούνται οι νεφρολόγοι του Κέντρου, οι οποίοι σπεύδουν στο τμήμα Μεταμόσχευσης Νεφρού.

γ. Οι χειρουργοί προβαίνουν στην αφαίρεση νεφρών του δότη.

δ. Ήδη υπάρχουν τα αποτελέσματα από τον έλεγχο ιστοσυμβατότητας του δότη και καλούνται από τον κατάλογο αναμονής εκείνοι οι ασθενείς που παρουσιάζουν την καλύτερη συμβατότητα.

Πριν κληθούν οι ασθενείς αναζητούνται και ερωτώνται οι υπεύθυνοι νεφρολόγοι αν οι ασθενείς τους παρουσιάζουν κάποιο πρόσφατο πρόβλημα π.χ. λοίμωξη που τους αποκλείει προσωρινά από την μεταμόσχευση.

ε. Αφού προσέλθουν οι ασθενείς στο κέντρο , ειδοποιείται το Κέντρο Ιστοσυμβατότητας και λαμβάνεται αίμα από τους υποψηφίους, για να γίνει ο τελικός έλεγχος με το αίμα του δότη (CROSS-MATCHING).

στ. Παράλληλα αρχίζει ο κλινικός έλεγχος των υποψηφίων και γίνονται οι απαραίτητες εξετάσεις για την επέμβαση (Ra-θώρακος, Η.Κ.Γ., γενική αίματος, ουρία - σάκχαρο, νάτριο και κάλιο αίματος). Εδώ καλούνται για αξιολόγηση των ασθενών και οι αναισθησιολόγοι.

Σ'αυτή τη φάση αποκλείονται αυτοί οι ασθενείς που εμφανίζουν προβλήματα και επιλέγονται οι κλινικά καταλληλότεροι.

ζ. Απ'αυτούς που τελικά είναι κλινικά κατάλληλοι επιλέγονται εκείνοι που σύμφωνα με τις απαντήσεις του Κέντρου Ιστοσυμβατότητας έχουν:

α. αρνητικό CROSS - MATCHING , και

β. εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό συμβατότητας.

Αυτή η τελική φάση αποτελεί κοινή απόφαση των νεφρολόγων, χειρουργών και ανοσοβιολόγων.

η. Οι δύο τελικά επιλεγέντες ασθενείς προετοιμάζονται για την επέμβαση (πλύσιμο, υποκλυσμός κ.λ.π.) και συνοδεύονται στην αίθουσα του χειρουργείου όπου ήδη αναμένουν τα νεφρικά μοσχεύματα.

Όπως αναφέρει ο Ιωάννης Χωματάς (1987 "Επιθεώρηση Νεφροπαθών" τεύχος 2ο , σελ. 18-20) εάν το Μεταμοσχευτικό Κέντρο μέσω της Υ.Σ.Ε. ή απ'ευθείας από τους γιατρούς ή το νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Παρακολούθησης , ειδοποιηθεί ότι υπάρχει κάποιος έστω και δυνητικός δότης, δηλαδή κάποιος που βρίσκεται σε φάση εγκεφαλικού θανάτου, και πιθανώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν δότης, τότε ένας πεπειραμένος χειρουργός του Κέντρου επισκέπτεται τη μονάδα που ήδη νοσηλεύεται ο εγκεφαλικά νεκρός δότης. Ενημερώνεται για το ιστορικό και εξετάζει κλινικά τον άρρωστο όχι για να διαπιστώσει και αυτός αν είναι πράγματι εγκεφαλικά νεκρός - αυτό είναι ευθύνη του υπεύθυνου γιατρού

της μονάδας, νευρολόγου ή νευροχειρουργού και αναισθησιολόγου του νοσοκομείου που νοσηλεύεται ο άρρωστος - αλλά για να διαπιστώσει εάν υπάρχουν ενδεχομένως ορισμένες παθολογικές καταστάσεις, που τον αποκλείουν από δότη π.χ. ενεργός λοίμωξη, διαπύκτης τραύματος, πνευμονία κλπ. Η ηλικία του επίσης όπως και προηγηθείσα εγχείρηση για καρκίνο, είδος καρκίνου, χρόνος από την εγχείρηση κλπ. είναι στοιχεία που κρίνονται απαραίτητα για να επιτρέψουν τη χρήση του ως δότη.

Εάν από το ιστορικό και την κλινική εξέταση δεν υπάρχουν επιβαρυντικά στοιχεία που αποκλείουν το δότη στη συνέχεια ελέγχει τις παρακλινικές εξετάσεις για να βεβαιωθεί για την λειτουργική ακεραιότητα του οργάνου που θα χρησιμοποιηθεί, κυρίως του νεφρού (ουρία - κρεατινίνη) αλλά και των άλλων οργάνων δεδομένου ότι εάν υπάρχουν επιβαρυντικά στοιχεία από άλλα όργανα θα πρέπει να συζητηθεί το ενδεχόμενο έμμεσου αποκλεισμού του δότη (π.χ. θετικό αυστραλιανό αντιγόνο, έκδηλη ή στατική δυσπραγία ενδεικτικής κακοήθειας, (AIDS) θετικές σε καλλιέργειες ή αιμοκαλλιέργειες). Εφόσον από τα κλινικά ή παρακλινικά δεδομένα ο δότης βρεθεί κατάλληλος, γίνεται αιμοληψία για καθορισμό ομάδας αίματος και αντιγόνων ιστοσυμβατότητας. Μετά τον καθορισμό της ομάδας αίματος και των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας γίνεται η επιλογή του λήπτη.

Σε συνεργασία με τους εκπροσώπους του κέντρου ιστοσυμβατότητας το Μεταμοσχευτικό Κέντρο από τη λίστα αναμονής επιλέγει τους υποψήφιους για μεταμόσχευση όχι βάση της σειράς εγγραφής αλλά μόνο με βάση τα κοινά αντιγόνα δότη-δέκτη. Επιλέγονται δηλαδή για μεταμόσχευση μόνο εκείνοι

οι νεφροπαθείς που έχουν περισσότερη ομοιότητα με τον δότη δηλαδή πιο πολλά κοινά αντιγόνα. Εάν αυτοί που θα επιλεγούν είναι πάνω από δύο και τα νεφρά είναι μόνο δύο, τότε καλούνται όλοι στο Μεταμοσχευτικό κέντρο, γίνεται αιμοληψία από όλους για το τελικό CROSS-MATCH και ακολουθεί μια σύντομη κλινοεργαστηριακή αξιολόγηση σε συνεργασία με νεφρολόγους, καρδιολόγους αναισθησιολόγους. Από την κλινική αυτή αξιολόγηση είναι δυνατόν να αποκλεισθούν ορισμένοι λόγω πρόσφατης ή ενεργούς λοιμώξεως ή άλλων επιβαρυντικών στοιχείων. Αυτοί που τελικά και από την κλινική εξέταση κριθούν κατάλληλοι έστω και εάν είναι 3 ή 4 προετοιμάζονται για χειρουργείο σαν να πρόκειται να μεταμοσχευθούν (Μπάνιο - ξύρισμα - αποστείρωση - φάρμακα κλπ) και η τελική απόφαση για το ποιοί τελικά θα μεταμοσχευθούν παίρνεται όταν έλθει η απάντηση από το CROSS-MATCH που καθυστερεί 3 - 4 ώρες από τη στιγμή που έρχεται και ο τελευταίος υποψήφιος στο κέντρο.

Από την απάντηση αποκλείονται όσοι έχουν CROSS-MATCH θετικό και μένουν αυτοί που και κλινικά είναι σε καλή κατάσταση και το CROSS-MATCH είναι αρνητικό. Εάν αυτό είναι 3 ή 4 με την ίδια ακριβώς ομοιότητα ως προς τα αντιγόνα του δότη, τότε η ηλικία, η σειρά αναμονής, η οικογενειακή κατάσταση, η ταλαιπωρία στην αιμοκάθαρση κλπ δηλαδή λόγοι αυστηρά και μόνο επιστημονικοί αλλά και κοινωνικοί παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην τελική επιλογή, αφού εξηγηθούν ακριβώς σε όλους τους υποψήφιους οι λόγοι, που οδήγησαν στην επιλογή του ενός και τον αποκλεισμό του άλλου.

Στη διάρκεια που γίνεται ο προσδιορισμός των αντιγόνων και η επιλογή, ένα συνεργείο του Μεταμοσχευτικού Κέντρου εφόσον συντρέχουν όλες οι νόμιμες διαδικασίες (εγκεφαλικός θάνατος, σχετική συγκατάθεση συγγενών κλπ) προβαίνει στην αφαίρεση των νεφρών του δότη. Αφού ξεπλυθούν καλά σε ειδικό ηλεκτρολυτικό διάλυμα χαμηλής θερμοκρασίας 4° περίπου τοποθετούνται ξεχωριστά με διακριτικά τον δεξιό και τον αριστερό νεφρό σε αποστειρωμένες νάυλον σακκούλες με παγωμένο υγρό, θερμοκρασίας 4-10° C και τις σακκούλες αυτές στη συνέχεια τοποθετεί σε ειδικό ψυγείο όπου συντηρούνται στη θερμοκρασία αυτή μέχρις ότου μεταμοσχευθούν.

Ο χρόνος αυτός κυμαίνεται από 8-16 το πολύ 20 ώρες. Χρόνος απόλυτα ασφαλής για τη λειτουργική ακεραιότητα του Οργάνου. Μπορεί όμως με τον τρόπο αυτό να συντηρηθούν τα νεφρά και για περισσότερο χρόνο που περνά τις 50 και 60 ώρες.

Κατά τη μεταμόσχευση δεν αφαιρούνται τα νεφρά του δέκτη για να μπει ο νέος νεφρός.

Ο νέος νεφρός τοποθετείται χαμηλά στο δεξιό ή αριστερό λαγόνιο βόθρο και εκεί ενώνεται η αρτηρία και η φλέβα του νεφρού με τα αντίστοιχα λαγόνια αγγεία του δέκτη. Τα νεφρά του δέκτη αφαιρούνται μόνο όταν ο άρρωστος έχει αρτηριακή παλινδρόμηση, κάνει ουρολοιμώξεις ή έχει μεγάλους πολυκυστικούς νεφρούς ή υπάρχει θέμα χώρου, λοιμώξεων ή αιμορραγίας.

Όταν γίνει η ένωση αρτηρίας του νεφρού με την λαγόνιο αρτηρία όπως επίσης και της φλέβας του νεφρού με την λαγόνιο φλέβα του δέκτη και αρχίζει να κυκλοφορεί αίμα στο νεφρό, ο νεφρός αυτός εφόσον είναι καλός αποκτά καλή μορφή, δηλαδή διογκώνεται και γίνεται υπόσκληρος και ροδαλός

κι αρχίζει αμέσως να βγάζει ούρα. Εάν όμως αντί αυτού ο νεφρός παραμένει μαλακός ή μαυρίσει τότε σημαίνει ότι ο νεφρός αυτός δεν αιμάται καλά ή παρουσιάζει υπεροξεία απόρριψη. Στη φάση αυτή εάν ο γιατρός είναι βέβαιος ότι είναι απόρριψη αφαιρεί αμέσως τον νεφρό, εάν όμως υπάρχει κάποιο τεχνικό πρόβλημα προσπαθεί να το αποκαταστήσει.

Εφόσον όλα πάνε καλά στο χειρουργείο και ο νεφρός λειτουργήσει, για δύο περίπου ημέρες ο άρρωστος παίρνει άφθονα υγρά από την φλέβα και εφόσον έχει καλή διούρηση. Μετά τρώει και πίνει ελεύθερα σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών και ανάλογα με την πορεία του, που συνήθως είναι ομαλή.

Στις περισσότερες περιπτώσεις τα πράγματα βαίνουν έτη ομαλά και ο μεταμοσχευμένος σε 7-12 ημέρες μπορεί να βγει από το Νοσοκομείο. Χρειάζεται βέβαια συχνή παρακολούθηση για να ρυθμίζεται η δόση των φαρμάκων που παίρνει για ανοσοκαταστολή και που ρυθμίζεται ανάλογα με την πορεία του αρρώστου από τον υπεύθυνο γιατρό.

6.3. Η Φαρμακευτική αγωγή μετά τη μεταμόσχευση

Επειδή οι περισσότερες επιπλοκές της μεταμόσχευσης νεφρού τόσο οι άμεσες όσο και οι απώτερες, είναι παθολογικής και όχι χειρουργικής φύσης (όπως π.χ. η απόρριψη, οι λοιμώξεις, οι καρδιαγγειακές επιπλοκές, οι επιπλοκές από το συκώτι, ο διαβήτης κ.α.), μετά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, η ευθύνη της παρακολούθησης των ασθενών είναι αναγκαίο να ανήκει στους νεφρολόγους με τους οποίους θα πρέπει να συνεργάζονται στενά οι χειρουργοί. Όπως αναφέρει ο Βοσνίδης Γρ. ("Επιθεώρηση νεφροπαθών" 1987 τεύχος 2ο σελ. 21-22) "δεν είναι σωστό να μιλάμε για παρακολούθηση της λειτουργίας του μοσχεύματος αλλά για την παρακολούθηση του ασθενή, διότι αυτό που πρώτιστα ενδιαφέρει είναι η ζωή του ασθενή. Έτσι, πολύ συνοπτικά θα μπορούσα να πω ότι η παρακολούθηση του ασθενή και κατ'επέκταση του μοσχεύματος, βασίζεται σε κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα".

Στα κλινικά δεδομένα υπάγονται το ιστορικό, που δίνει ο ασθενής και η κλινική εξέταση που κάνουν οι γιατροί. Από τον συνδυασμό αυτών των δύο μπορούν να αντληθούν πολύ χρήσιμες πληροφορίες.

Στα εργαστηριακά δεδομένα υπάγονται τα αποτελέσματα ενός ευρύ φάσματος εργαστηριακών εξετάσεων (βιοχημικών, αιματολογικών, ανοσολογικών, μικροβιολογικών, ιστολογικών, ραδιοϊσοτοπικών, υπερηχοτομογραφικών κ.α.).

Με τις εξετάσεις αυτές παρέχονται πληροφορίες με τις οποίες επιβεβαιώνονται ή αποκλείονται οι κλινικές υποψίες των γιατρών.

Μεγάλη σημασία έχει η δυνατότητα εκτέλεσης όλου του φάσματος των εργαστηριακών εξετάσεων.

Θα πρέπει δηλαδή τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων να είναι σωστά, γιατί αλλιώς μπορεί να οδηγήσουν τους υπεύθυνους γιατρούς σε εσφαλμένα συμπεράσματα με δυσμενείς συνέπειες για τον ασθενή.

Επίσης για τις εργαστηριακές εξετάσεις μεγάλη σημασία έχει, τουλάχιστον για ορισμένες, να μπορούν να γίνουν επειγόντως οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου συμπεριλαμβανομένων και των μη εργάσιμων ημερών.

Η ανοσοκατασταλτική φαρμακευτική αγωγή που θα δοθεί στους ασθενείς αποφασίζεται από τους χειρουργούς οι οποίοι συνήθως δίνουν κυκλοσπορίνη ή Αζαθειοπρίνη σε συνδυασμό με κορτιζόνη. Η αγωγή αυτή εφαρμόζεται και σε όλες σχεδόν τις υπόλοιπες χώρες στις οποίες γίνονται μεταμοσχεύσεις.

Και τα τρία φάρμακα είναι ανοσοκατασταλτικά:

α. Ιμουράν: Είναι το εμπορικό όνομα της Αζαθειοπρίνης που είναι από τα πρώτα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, που εφαρμόσθηκαν στη μεταμόσχευση.

β. Κυκλοσπορίνη Α: Είναι το πιο πρόσφατο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο που εφαρμόζεται ευρέως στην καθημερινή πράξη.

γ. Κορτιζόνη: Δίνεται είτε συνεχώς σε μέτριες ή μικρές δόσεις σε συνδυασμό με τα παραπάνω φάρμακα, είτε όταν υπάρχει επεισόδιο απόρριψης του μοσχεύματος, δίνεται προσωρινά (για λίγες μέρες) σε μεγάλες δόσεις.

Η ανοσοκατασταλτική δράση και των 3 αυτών φαρμάκων έχει σαν αποτέλεσμα, τα φάρμακα αυτά να έχουν μια σοβαρή κοινή παρενέργεια και αυτή είναι η αυξημένη προδιάθεση προς λοιμώξεις που προκαλούν στους ασθενείς που τα παίρνουν.

Ο οργανισμός δηλαδή των ασθενών που παίρνουν τα φάρμακα αυτά, δεν μπορεί να αντιδράσει προς τα διάφορα μικρόβια, ή ιούς, όπως αντιδρά ο οργανισμός των φυσιολογικών ατόμων. Από εκεί και πέρα το κάθε ένα από τα φάρμακα αυτά χωριστά έχει αρκετές επί μέρους παρενέργειες.

Συγκεκριμένα:

Η Αζαθειοπρίνη: Μπορεί να προκαλέσει μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων, αναιμία, μείωση των αιμοπεταλίων, τριχόπτωση, διαταραχές της λειτουργίας του ήπατος, κ.α.

Η Κυκλοσπορίνη Α: Μπορεί να προκαλέσει διαταραχές της λειτουργίας του μωσχεύματος (νεφροτοξικότητα) και του ήπατος (ηπατοξικότητα), εξανθήματα, υπερτριχώση, αίσθημα καύσου στα πόδια, τρόμο, κατακράτηση υγρών, υπέρταση, υπερτροφία των ούλων κ.α.

Η Κορτιζόνη: Μπορεί να προκαλέσει παχυσαρκία, υπέρταση, οστεοπόρωση, έλκος, διατήρηση έλκους του στομάχου, ή εντέρου, διαβήτη, άσηπτη νέκρωση των οστών, καταρράκτη, ψυχιατρικές διαταραχές κ.α. ενώ στα παιδιά προκαλεί επιπλέον επιβράδυνση της σωματικής ανάπτυξης.

6.4. Η έξοδος από το Νοσοκομείο

Εάν δεν υπάρχουν σοβαρές επιπλοκές, ο μεταμοσχευμένος μπορεί να πάει σπίτι του 7-12 μέρες μετά τη μεταμόσχευση νεφρού.

Μετά την έξοδο του όμως θα πρέπει:

1. Να ακολουθεί κατά γράμμα τις οδηγίες που αναγράφονται σε ειδικό έντυπο που δίνεται στον ασθενή.
2. Να παίρνει τα φάρμακα του σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών.
3. Να επικοινωνήσει αμέσως με τους γιατρούς του ή να πάει στο Νοσοκομείο αν έχει οποιαδήποτε απορία ή "Κάτι δεν πάει καλά".

Υπάρχουν 3 τύποι απόρριψης (Βοσνίδης Γρ. 1987 , σελ.23)

1. Η **υπεροξεία απόρριψη**: Είναι εκείνη στην οποία το μόσχευμα παύει να λειτουργεί αμέσως, δηλαδή πριν καλά-καλά βγει ο ασθενής από το χειρουργείο . Αυτός ο τύπος απόρριψης είναι μη αντιστρέψιμος, δηλαδή δεν θεραπεύεται. Σήμερα όμως ευτυχώς τον βλέπουμε σπανιότατα.
2. Η **οξεία απόρριψη**: Αυτός ο τύπος απόρριψης παρατηρείται συχνότερα στους πρώτους έξι μήνες μετά την μεταμόσχευση και οι ενδείξεις στην τυπική της μορφή είναι : Κακουχία, πυρετός, διόγκωση και πόνος στο μόσχευμα, απότομη αύξηση του σωματικού βάρους, αύξηση της πίεσης, μείωση των ούρων, αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης του αίματος κ.α. Αυτό τον τύπο απόρριψης τον κάνουν όλοι σχεδόν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση νεφρού και είναι συνήθως αναστρέψιμος με ειδική αγωγή.

3. **Χρόνια απόρριψη:** Είναι ο τύπος εκείνος της απόρριψης στην οποία ενώ ο ασθενής αισθάνεται καλά η λειτουργία του μοςχεύματος μειώνεται πολύ σιγά. Δηλαδή το μόνο πράγμα, που βλέπουμε στην απόρριψη αυτή είναι μια βαθμιαία και αργή αύξηση της κρεατινίνης του αίματος.

Η αφαίρεση ενός νεφρικού μοςχεύματος πολλές φορές προβληματίζει τους γιατρούς που ασχολούνται με την μεταμόσχευση νεφρού. Σε γενικές όμως γραμμές τις κυριώτερες ενδείξεις για την αφαίρεση του μοςχεύματος αποτελούν:

1. Η υπεροξεία απόρριψη.

2. Η μη ανατασσόμενη οξεία απόρριψη, δηλαδή η οξεία εκείνη απόρριψη στην οποία όλες οι εξετάσεις συμπεριλαμβανομένης και της βιοψίας νεφρού, δείχνουν ότι στο μόσχευμα υπάρχουν βλάβες, που είναι μη αναστρέψιμες, δηλαδή δεν θεραπεύονται.

3. Τοπική ή γενικευμένη λοίμωξη που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με άλλα μέσα.

4. Η πρόκληση από το μόσχευμα διαταραχών της πήξης του αίματος.

5. Όταν το μόσχευμα δεν λειτουργεί και αποτελεί αιτία βαριάς υπέρτασης.

6. Όταν το μόσχευμα δεν λειτουργεί και υπάρχουν ενδείξεις ότι έχει αντιγονική δραστηριότητα, δηλαδή προκαλεί ανοσολογικά προβλήματα στον ασθενή.

Τελειώνοντας όμως θα πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχει η δυνατότητα και δεύτερης μεταμόσχευσης και μάλιστα επιτυχούς. Όσον αφορά το χρόνο που θα πρέπει να γίνει η δεύτερη μεταμόσχευση, δεν υπάρχουν αυστηρά καθορισμένα

χρονικά όρια αλλά θα πρέπει η περίπτωση του κάθε ασθενή να εξατομικεύεται ανάλογα με την γενική του κατάσταση και τα επιμέρους προβλήματα που εμφανίζει.

Όταν πρόκειται για ζώντα δότη, όπως αναφέρει ο Σταθάκης Χαράλαμπος (1989 σελ. 81, στο βιβλίο του Γ.Καστρινάκη "θέλω να ζήσω"), που η προαναφερθείσα διαδικασία μεταβάλλεται, ο δότης υποβάλλεται σε μια σειρά από ιατρικές εξετάσεις προκειμένου να κριθεί ικανός τόσο για να ανταπεξέλθει στην αφαίρεση του νεφρού του, όσο και για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του μοσχεύματος.

Συγκεκριμένα ο υποψήφιος ζωντανός δότης υποβάλλεται σε έλεγχο που έχει δύο στόχους: α) την ποιότητα του νεφρικού μοσχεύματος, β) την εξασφάλιση της υγείας του. Εκτός των υπόλοιπων εξετάσεων σημαντική θέση, ως προς τους παραπάνω στόχους, κατέχει η αξιολόγηση του καρδιαγγειακού και αναπνευστικού συστήματος - για την ανοχή της αναισθησίας και της χειρουργικής επέμβασης - καθώς και η ενδοφλέβια πνευμογραφία και νεφροαγγειογραφία για την επιλογή του νεφρού που θα ληφθεί. Έτσι δε θα δώσει νεφρό αυτός ο δότης που εμφανίζει καρδιαγγειακά και αναπνευστικά προβλήματα, τέτοια που τον εμποδίζουν να λάβει γενική νάρκωση. Καθώς και εκείνος που έχει μεν φυσιολογική νεφρική λειτουργία, αλλά με την πνευμογραφία και νεφροαγγειογραφία αποδεικνύεται πως έχει έναν μονήρη ή έναν υποπλαστικό και ένα φυσιολογικό ή ένας από τους δύο νεφρούς έχει κάποια σοβαρή ανωμαλία κ.α.

Με το ίδιο σκεπτικό δεν θα πάρουν νεφρό από ένα διαβητικό άτομο γιατί αυτό τότε, συντομότερα από το "φυσικό" χρόνο θα οδηγηθεί σε νεφρική ανεπάρκεια. Με επανειλημ-

μένες καλλιέργειες ούρων πιστοποιείται και εξασφαλίζεται η στειρότητα του ουροποιητικού συστήματος. Αν βρεθεί ένας δότης να έχει θετική καλλιέργεια ούρων, έστω και χωρίς συμπτώματα επιχειρείται η μακροχρόνια θεραπεία μέχρι να αποστειρωθούν τα ούρα.

7. ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ

Η δωρεά οργάνων και ιστών αποτελεί ίσως το σημαντικότερο τμήμα στο κεφάλαιο της μεταμόσχευσης. Για το λόγο αυτό στο κεφάλαιο που ακολουθεί επιχειρείται μια αναλυτική παρουσίαση των παραγόντων εκείνων που συντελούν στην πραγματοποίηση της όλης δραστηριότητας. Δηλαδή θα επιχειρηθεί να δοθεί η έννοια της δωρεάς ως συνειδητή πράξη ένδειξης ενδιαφέροντος για το συνάνθρωπο, ως αντικειμενικό στόχο διάφορων υπηρεσιών, καθώς και τους όρους εκείνους, που οδηγούν στην πραγματοποίησή τους.

Η αντικατάσταση φθαρμένων ανθρωπίνων οργάνων από άλλα υγιή, δηλαδή η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών, ξεκίνησε σα μυθολογική ιδέα από τα βάθη των αιώνων, σαν όνειρο και φαντασία των μεγάλων καλλιτεχνών του μεσαίωνα, για να καταλήξει σήμερα σαν η μεγαλύτερη κατάκτηση της Ιατρικής του 20ου αιώνα. Το μεγάλο αυτό επιστημονικό επίτευγμα ήταν επόμενο να δημιουργήσει μια νέα κοινωνικο-οικονομική κατάσταση με φιλοσοφικές, ηθικές, θρησκευτικές και νομικές προεκτάσεις.

Η έλλειψη πτωματικών μοσχευμάτων είναι παγκόσμιο φαινόμενο. Γι' αυτό όλα τα κέντρα και οι Οργανισμοί Μεταμόσχευσης Οργάνωνουν καμπάνιες για διαφώτιση του πληθυσμού σε όλα τα επίπεδα σε μια μεγάλη προσπάθεια κάλυψης του χάσματος μεταξύ του αριθμού των μεταμοσχεύσεων και της λίστας αναμονής των ασθενών που συνεχώς μεγαλώνει. Στη χώρα μας είναι ακόμα μεγαλύτερη η έλλειψη πτωματικών μοσχευμάτων γενικά.

Ένας από τους σπουδαιότερους λόγους είναι ότι δεν υπάρ -

χει ικανοποιητική πληροφόρηση του κοινού για το τι σημαίνει Μεταμόσχευση και πόσο μεγάλο ευεργέτημα είναι η προσφορά στον πάσχοντα συνάνθρωπο οργάνων του σώματος μετά θάνατο. Έτσι ώστε να δίνεται η ευκαιρία σ' αυτόν να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο. Η οργάνωση ενός Εθνικού προγράμματος για μεταμόσχευση χρειάζεται την ηθική συμμετοχή όλων των πολιτών μιας χώρας, οι οποίοι αφού ενημερωθούν κατάλληλα, θα είναι οι κήρυκες και το στήριγμα της μεγάλης προσπάθειας εξεύρεσης πτωματικών μοσχευμάτων (νεφροί, κερατοειδής χιτώνας οφθαλμού).

Όσον αφορά τον Ελληνικό χώρο η υπηρεσία συντονισμού και ελέγχου (Υ.Σ.Ε.) έχει αναλάβει την προσπάθεια ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης για την καθιέρωση της ιδέας της δωρεάς οργάνων. Η προσπάθεια αυτή υλοποιείται με την διανομή εντύπων και ενημερωτικού υλικού όπως φυλλάδια, αυτοκόλλητα, αφίσσες. Οι αφίσσες κυκλοφορούν σ' όλη την χώρα και αναρτώνται σε δημόσιες υπηρεσίες, νοσοκομεία, Τράπεζες, μέσα μαζικής μεταφοράς κλπ .

Με τα ενημερωτικά φυλλάδια την αναγραφή μηνυμάτων στους λογαριασμούς Δ.Ε.Η. και Ο.Τ.Ε. επιχειρείται η κάλυψη των αποριών των πολιτών πάνω στην μεταμόσχευση και τη δωρεά , με απλουστευμένο και κατανοητό τρόπο. Έχει δημιουργήσει μήνυμα το οποίο μεταδίδεται από όλους τους ραδιοφωνικούς σταθμούς ενώ παρόμοιο μήνυμα παρουσιάζεται από την τηλεόραση. Εξάλλου κλιμάκιο της Υ.Σ.Ε. , που αποτελείται από διάφορες ειδικότητες σχετικές με το θέμα, δίνει ομιλίες σε όλη την χώρα σε συνεργασία με διάφορους φορείς. Η Υ.Σ.Ε. ακόμα, διαθέτει μια VIDEΟταινία , που είναι παραγωγή της EUROTRANSPLANT, του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Συντονισμού

Μεταμοσχεύσεων, που εδρεύει στην Ολλανδία. Η ταινία έχει μεταγλωτισθεί και παρουσιάζεται σε συγκεντρώσεις, που γίνονται με θέμα την δωρεά οργάνων ενώ 40 αντίτυπα της έχουν διατεθεί στο Στρατό για να προβάλλονται στους στρατιώτες.

Τα προγράμματα ευαισθητοποίησης του κοινού της Υ.Σ.Ε. είναι παρόμοια με αντίστοιχα προγράμματα άλλων χωρών προσαρμοσμένα στην Ελληνική πραγματικότητα, ενώ εκπρόσωποι της Ελληνικής Υπηρεσίας συμμετέχουν σε διεθνείς συναντήσεις ανταλλαγής απόψεων για το θέμα, όπως μας πληροφορούν οι ειδικοί της Υ.Σ.Ε., που ασχολούνται μ' αυτό.

Στη προσπάθεια ευαισθητοποίησης της κοινής Γνώμης για την ιδέα Δωρεάς Οργάνων, συμμετέχουν, πλην των Δημοσίων Φορέων και Ιδιωτικοί Σύλλογοι, οι οποίοι είτε αποκλειστικά, είτε στα πλαίσια των κοινωνικών τους δραστηριοτήτων προωθούν την ιδέα. Σήμερα υπάρχουν 12 τέτοιοι Σύλλογοι: Πανελλήνιος Σύλλογος Δωρητών Σώματος, Πανελλήνια Ένωση Προσφοράς Ζωής ΠΕΠΡΟΖΩ, Ένωση Δωρητών Οργάνων Σώματος ΕΔΩΣΑ, Σύνδεσμος Δωρητών Σώματος Ν. Μαγνησίας, Ένωση Δωρητών Οργάνων Ανθρωπίνου Σώματος Ν. Καβάλας, Ένωση Δωρητών Ανθρωπίνου Σώματος Ν. Σερρών, Παγκρήτιος Σύνδεσμος Δωρητών Σώματος, Σύλλογος Δωρητών Ανθρωπίνων Οργάνων Λάρισας, Σύλλογος Δωρητών Οργάνων για μεταμόσχευση Αιγίου, Σύνδεσμος Δωρητών Ιστών και σώματος Πάτρας, Σύλλογος Χανίων, (Κίτσου-Περλέγκου, 1990, σελ. 59).

Η ανταπόκριση των πολιτών στη Δωρεά Οργάνων αποτέλεσε ερέθισμα έρευνας του θέματος σε δείγματα ομάδων πληθυσμού της Αθήνας, Θεσ/νίκης και διαφόρων επαρχιακών πόλεων, που διενεργήθηκε από την Ένωση Δωρητών Οργάνων Σώματος (ΕΔΩΣΑ). Σε σύνολο

3.001 ατόμων ζητήθηκε να συμπληρωθούν τα στοιχεία: φύλο, ηλικία, θρήσκευμα, τόπος κατοικίας, επάγγελμα, μόρφωση και να απαντήσουν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις. Οι ομάδες, που ρωτήθηκαν ήταν γιατροί, αδελφές νοσοκόμοι, φοιτητές Ιατρικής, εκπαιδευτικοί, δημόσιοι υπάλληλοι κλπ). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

1. Το επίπεδο μόρφωσης, το νεαρό της ηλικίας και ο βαθμός ενημέρωσης είναι χαρακτηριστικά στοιχεία των ατόμων, που έχουν αποδεχθεί τον θεσμό της δωρεάς οργάνων.

2. Η έλλειψη οργανωμένων μεταμοσχευτικών κέντρων είναι αισθητή.

3. Η ενημέρωση του κοινού με κάθε μέσο για το δωρισμό σώματος καθώς και η εισαγωγή σχετικού μαθήματος στη Μέση εκπαίδευση κρίθηκε σε υψηλό ποσοστό αναγκαίο.

4. Η υποχρεωτική νεκροτομή και λήψη μοσχευμάτων μετά θάνατο αντιμετωπίζεται με επιφύλαξη, ενώ ο συστηματικός έλεγχος της υγείας των δωρητών στη διάρκεια της ζωής τους είναι σε υψηλό ποσοστό αποδεκτός. (Κίτσου - Περλέγκου Σ. 1990, σελ. 59).

Παρόμοια δημοσκόπηση της κοινής γνώμης για την ενημέρωση του πληθυσμού και τη στάση του Κοινού, που έγινε στον Καναδά κατά τα έτη 1978 και 1983, έδειξε τα πιο κάτω σημαντικά για την καθιέρωση της μετά θάνατο δωρεάς οργάνων και ιστών, στοιχεία (M. ROBINETTE, W. MARSHAL).

- | | |
|--|-------------|
| 1. Ενήμεροι για τις μεταμοσχεύσεις | περίπου 95% |
| 2. Πιστεύουν ότι οι μεταμοσχεύσεις είναι επιτυχημένες | |
| ή περίπου επιτυχημένες | περίπου 78% |
| 3. Μάλλον πρόθυμοι να δωρίσουν δικά τους όργανα και ιστούς μετά θάνατο | περίπου 50% |

4. Δεν έχουν αντίρρηση για τους συγγενείς τους να γίνουν δωρητές περίπου 60%
5. Πιθανόν πρόθυμοι να δωρίσουν τα όργανα ενός αγαπημένου τους προσώπου περίπου 53-73%
6. Πιθανόν πρόθυμοι να δωρήσουν τα όργανα ενός παιδιού περίπου 44%

(Κίτσου - Περγλέγκου Σ. 1990, σελ. 60).

Εκτός από την ευαισθητοποίηση των πολιτών απαραίτητη για την προώθηση των πτωματικών μεταμοσχεύσεων είναι και η ευαισθητοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των Νοσοκομείων. Οι γιατροί και οι Νοσηλευτές πρέπει να παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην σταυροφορία της πληροφόρησης και να αποτελούν θετικούς φορείς της καθιέρωσης της ιδέας της προσφοράς οργάνων ενώ συγχρόνως πρέπει να βρίσκονται σε ετοιμότητα αναγνώρισης των δυνητικών δωτών και ενεργοποίησης κατά τις διαδικασίες συντονισμού πτωματικών μεταμοσχεύσεων.

Όπως αναφέρθηκε, στις Μονάδες εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), οι οποίες κυρίως κρατούν στα χέρια τους το πρόβλημα της ανεύρεσης μοσχευμάτων, πραγματοποιούνται ειδικά σεμινάρια ενημέρωσης του προσωπικού για τον εγκεφαλικό θάνατο και διευκρίνηση κάθε σχετικής διαδικασίας, που θα μπορούσε να βοηθήσει στην κατεύθυνση εξασφάλισης μοσχευμάτων. Οι συντονιστές της Υ.Σ.Ε. βρίσκονται σε διαρκή επαφή με τις μονάδες εφοδιάζοντας τις με έντυπο ενημερωτικό υλικό, και επιβεβαιώνοντας την ανά πάσα στιγμή δυνατότητα παρουσίας τους για βοήθεια σε κάθε περίπτωση δυνητικού δότη. (Κίτσου - Περγλέγκου Σ. 1990, σελ. 62).

Στις περισσότερες χώρες ισχύει ο θεσμός του δωρητή οργάνων. Όσοι επιθυμούν να χρησιμοποιηθούν μετά θάνατο, τα όργανα τους για μεταμόσχευση μπορούν να δηλώσουν αυτή τους την επιθυμία, εν ζωή, συνήθως συμπληρώνοντας μια κάρτα (DONOR CARD), που είναι εύκολα προσιτή στους πολίτες, οι οποίοι όταν την συμπληρώσουν την φέρουν πάντα μαζί τους ώστε εύκολα κάποιος να μπορεί να μάθει την επιθυμία τους. Σε μερικά κράτη (Αυστρία, Βέλγιο, Πορτογαλία) ισχύει η αρνητική δήλωση, όπου μόνο οι μη συμφωνούντες με την μετά θάνατο χρησιμοποίηση των οργάνων τους συμπληρώνουν ειδική κάρτα, που αποστέλλεται στην ειδική Υπηρεσία ώστε να γνωρίζει ότι μόνο από τα άτομα αυτά δεν μπορεί να γίνει λήψη οργάνων.

Στην Ελλάδα από το 1985 έχει εφαρμοσθεί ο θεσμός της έγγραφης δήλωσης δωρητών οργάνων για μεταμόσχευση και έχει καθιερωθεί η ταυτότητα δότη. Η έκφραση αυτής της επιθυμίας όποιου θέλει να γίνει δότης οργάνων γίνεται με τον εξής τρόπο (Υ.Σ.Ε., ενημερωτικά φυλλάδια):

Συμπληρώνεται, με επίδειξη της αστυνομικής ταυτότητας σε υπεύθυνο υπάλληλο, το ειδικό έντυπο δήλωσης του Υπουργείου Υγείας - Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων το οποίο βρίσκεται:

- Στην Υ.Σ.Ε. (Περιφ. Γεν. Νοσοκομείο Αθηνών).
- Στα Κέντρα και στους σταθμούς Αιμοδοσίας των Νοσ/μείων της χώρας.
- Στα γραφεία Κοινών και Ιατροκοινωνικής Υπηρεσίας των Νοσ/μείων και στα Κέντρα Υγείας της χώρας.
- Στις Δ/νσεις (ή τμήματα) Υγιεινής και στα Αγροτικά Ιατρεία των Νομαρχιών.

- Σε ιδιωτικούς φορείς που συνεργάζονται με την Υ.Σ.Ε. Μετά την συμπλήρωση της δήλωσης δωρεάς οργάνων η Υ.Σ.Ε. αποστέλλει στο δικαιούχο ειδικό δελτίο ταυτότητας Δότη Οργάνων και Ιστών μαζί με ειδικά χαρακτηριστικά αυτοκόλλητα τα οποία ο δωρητής μπορεί να επικολλήσει σε έγγραφο ώστε να είναι παντού εμφανής η επιθυμία του.

Παρόλο που υπάρχουν όρια ηλικίας, διαφορετικά για κάθε όργανο, θεωρείται καλό η ηλικία να μην αποτελεί εμπόδιο στην πραγμάτωση της επιθυμίας ενός ηλικιωμένου. Τα παιδιά μπορούν να γίνουν δωρητές εφόσον οι γονείς ή οι έχοντες την επιμέλεια τους συγκατατεθούν με ενυπόγραφη δήλωσή τους. Ένας δωρητής μπορεί να αλλάξει την απόφαση του οποιαδήποτε στιγμή ενημερώνοντας την Υ.Σ.Ε. επιστρέφοντας την ταυτότητα δωρητή και γνωστοποιώντας την απόφαση του στους συγγενείς του. Μια ταυτότητα δότη είναι η έκφραση της επιθυμίας του δωρητή οργάνων. Οι συγγενείς πρέπει να γνωρίζουν την επιθυμία αυτή ώστε να την επιβεβαιώσουν. Μπορούν να αρνηθούν μόνο εάν ο δωρητής είχε αλλάξει απόφαση μετά την έκδοση της ταυτότητας χωρίς να έχει ενημερώσει την Υ.Σ.Ε. ενώ το ε γνώριζαν οι συγγενείς του. Εάν κάποιος δεν έχει ταυτότητα δότη, ζητείται από τους συγγενείς να επιβεβαιώσουν ότι ο θανών δεν είχε εκφράσει οποιαδήποτε αντίθετη άποψη βάσει των φιλοσοφικών πεποιθήσεων του. Ο κάθε δωρητής οργάνων δεν γίνεται τελικά και δότης μετά θάνατο. Θα πρέπει να πληρεί τα κριτήρια καταλληλότητας (ηλικία, κατάσταση οργάνων, αιτία θανάτου, εγκεφαλικός θάνατος). Ο δωρητής ολοκλήρου του σώματος προσφέρει το σώμα του για πρακτική εξάσκηση των φοιτητών της Ιατρικής και ερευνητικούς σκοπούς. Στην περίπτωση αυτή δεν αφαι-

ρούνται όργανα για μεταμόσχευση και δεν επιστρέφεται το σώμα στους συγγενείς για ταφή. Οι υποψήφιοι δότες ολοκλήρου του σώματος πρέπει να απευθύνονται σ εργαστήριο Περιγραφικής Ανατολικής (Ανατομείο) στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και Θεσ/νίκης, όπου θα συμπληρώσουν τη δήλωση δωρεάς ολοκλήρου του σώματος· μόνο ο κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μεταμόσχευση (Υ.Σ.Ε., ενημερωτικά φυλλάδια).

Μετά από την απόκτηση ταυτότητας δωρητή οργάνων οι πολίτες έχουν την δυνατότητα να σφραγίσουν στην Αστυνομία διάφορα έγγραφα τους με την ένδειξη "δωρητής οργάνων" ή να εξασφαλίζουν παρόμοια σφραγίδα πάνω στην άδεια οδήγησης από το Υπουργείο Συγκοινωνιών. Στο συνέδριο Μεταμοσχεύσεων στην Θεσ/νικη το 1989 η Υ.Σ.Ε. παρουσίασε στοιχεία του αρχείου δωρητών οργάνων. Σύμφωνα λοιπόν με το αρχείο Δωρητών στον Η/Υ της Υ.Σ.Ε. ήταν εγγεγραμμένοι μέχρι την 1.9.1988, 33.203 δωρητές οργάνων και ιστών . Τα στοιχεία τα οποία αναλύθηκαν από τις συμπληρωμένες δηλώσεις δωρητών ήταν ο αριθμός των δηλώσεων και των ανακλήσεων δωρεάς, το φύλο των δωρητών, η κατά διετίες ηλικιών κατανομή τους, το είδος της δωρεάς οργάνων και ιστών όπως φαίνεται από τις συμπληρωμένες ενδείξεις, τη συμβολή δημοσίων και ιδιωτικών φορέων στην εγγραφή δωρητών και την ετήσια αύξηση εγγραφών. Στο Σχεδ. 4 φαίνεται ότι ο αριθμός των ανακλήσεων δωρεάς ανέρχεται στους 437 (1,31%) στο σύνολο των 33.203 δωρητών. Η αύξηση των δωρητών από το Μάϊο του 1985 μέχρι τον Ιούνιο του 1989 ήταν αρκετά σημαντική. Από 16.997 στο τέλος του 1986 ήταν 23.881 στο τέλος του 1987, 30.000 στο τέλος του

1988 και 32.972 τον Ιούνιο του 1989.

Η κατανομή κατά φύλλο έδειξε ότι 16.930 (51,60%) είναι γυναίκες και 15.835 (48,33%) άνδρες (Σχεδ. 5.).

Στο Σχεδ. 6. η εκατοστιαία αναλογία των δωρητών ανά δεκαετίες ηλικιών δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των δωρητών ανήκει στις 10ετίες ηλικιών μεταξύ 20-30 ετών (27,65%) και 30-40 ετών (26,62%).

Σε σύνολο 83.104 συμπληρωμένων ενδείξεων δωρεάς, η δωρεά νεφρών αποτελεί το 3%, οφθαλμών το 31,6%, άλλων οργάνων 24,3% και ολοκλήρου του σώματος 11,9%.

Σημειωτέον ότι η τελευταία αυτή ένδειξη για τη δωρεά ολοκλήρου του σώματος υπήρχε στη δήλωση μέχρι τον Ιούνιο του 1989 και οπωσδήποτε κατά την ενημέρωση των δωρητών δίνεται τουλάχιστον από τους δημόσιους φορείς έμφαση στη δωρεά οργάνων. Όσον αφορά τη συμβολή των διαφόρων φορέων, οι δημόσιοι φορείς συνέβαλαν κατά 55% τα έτη 85-86, 60% το 1987, 53% το 1988 και 66% το α' εξάμηνο του 1989. Αντίστοιχα οι ιδιωτικοί φορείς στα ίδια έτη κατά 45%, 40%, 47%, 34%

(Σχεδ. 7. Κίτσου - Περγλέγκου Σ, 1990, σελ. 63-64)

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων η Υ.Σ.Ε. εκτιμά ότι υπάρχει:

1. Σταθερή άνοδος του αριθμού δωρητών.
2. Ελάχιστο ποσοστό ανάκλησης το οποίο εκτιμάται ότι ακολουθεί δυσφημιστικά δημοσιεύματα του τύπου.
3. Ελαφρά υπεροχή των γυναικών.
4. Οι δωρητές ηλικίας μεταξύ 20-40 ετών αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό.
5. Η επιθυμία δωρεάς οργάνων υπερσχύει εκείνης ολοκλήρου του σώματος.

6. Η συμμετοχή δημοσίων φορέων στην εγγραφή δωρητών υπερέχει ελαφρά των ιδιωτικών φορέων.

Τα συμπεράσματα αυτά δίνουν ευοίωνες προοπτικές εφ' όσον οι νέοι δείχνουν να ευαισθητοποιούνται στην ιδέα της δωρεάς και είναι πεποίθηση των αρμοδίων ότι με την διαρκή προσπάθεια ενημέρωσης θα φθάσουμε στο σημείο να θεωρούν στο μέλλον οι Έλληνες αυτονόστη τη χρησιμοποίηση των οργάνων τους μετά θάνατο για να σωθούν κάποιοι συνάνθρωποι τους (Υ.Σ.Ε., ενημερωτικά φυλλάδια).

7.1. Προβλήματα των Μεταμοσχεύσεων

Η πολυπλοκότητα της διαδικασίας της μεταμόσχευσης καθώς και το γεγονός ότι διακυβεύονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των συμμετεχόντων σε αυτή οδήγησε την Πολιτεία στο να δημιουργήσει το νομικό περιγραμμά ολοκλήρης της δραστηριότητας με την θέσπιση νόμων, όπως ήδη έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Παρόλα αυτά τα περισσότερα και ουσιαστικότερα προβλήματα δημιουργούνται από τον ίδιο τον άνθρωπο και ξεφεύγουν από τα όρια που προσδιορίζει ο νόμος ενώ δίνουν μια άλλη διάσταση στο όλο θέμα που άπτεται κυρίως της ηθικής και της δεοντολογίας.

Στις επόμενες παραγράφους θα γίνει μια προσπάθεια περιγραφής αυτής ακριβώς της διάστασης.

7.1α. Κίνδυνος εμπορευματοποίησης

Η πρακτική της χρησιμοποίησης του ανθρώπου ή μέρη από το σώμα του για την εξασφάλιση της επιβίωσης ή για την "βελτίωση Ζωής" άλλων ατόμων μπορεί ν' αντιπροσωπεύει μια από τις καλύτερες προόδους στην ιστορία της μάχης του ανθρώπου για την επιβίωσή του, θέτει όμως κινδύνους, οι οποίοι πρέπει ν' αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά, για πιθανή χρήση του ανθρώπινου σώματος ως εμπορεύσιμου αντικειμένου.

Ο κίνδυνος βρίσκεται εκεί ακριβώς όπου η ανεπάρκεια των μοσχευμάτων παγκοσμίως κάνει τους επίδοξους και μεγάλους κερδοσκοπικούς οργανισμούς να καταχρώνται και να εμπορεύονται όργανα σώματος.

Έτσι οι μεταμοσχεύσεις συνδέονται με ένα τρομακτικό οικονομικό, ηθικό και ανθρώπινο κόστος. Και αυτό, γιατί όταν δεν διενεργούνται υπό αυστηρά προκαθορισμένες προϋποθέσεις, είναι δυνατόν να προσβάλλουν καίρια την ανθρώπινη ζωή, υγεία, σωματική ακεραιότητα, τα δικαιώματα αξίας και προσωπικής ελευθερίας του ανθρώπου, τα αναγνωρισμένα ως ύψιστα έννομα αγαθά του ατόμου.

Το κίνητρο του κέρδους θα μπορούσε να παράσχει κάποια λύση στο πρόβλημα της εξεύρεσης μοσχευμάτων προς όφελος του λήπτη και ενδεχομένως και του αδρώς ανταμειβομένου δότη.

Η λύση αυτή όμως δεν είναι σωστή γιατί θα ήταν πολύ δύσκολο για την έννομη τάξη να αποδειχθεί το ενδεχόμενο: κοινωνός της να έχει την δυνατότητα αποκατάστασης της υγείας του δανειζόμενος όργανα, έχοντας δυνατότητα εξαγοράς της υγείας του εις βάρος της υγείας άλλων κοινωνών.

Τα όργανα του ανθρώπινου σώματος δεν είναι δυνατόν να καταστούν αντικείμενα κυριότητας ή συναλλαγής, παρόμοια δε δικαιοπραξία θα προσέκρουε στην δημόσια ταξη και στα χρηστά ήθη.

Το ίδιο ισχύει και για το νεκρό δότη, όπου ο σεβασμός της έννομης τάξης προς την προσωπικότητα του δεν επιτρέπει στους οικείους του, την μετά θάνατο του συναλλαγή των οργάνων του.

Στις περισσότερες χώρες του Συμβουλίου της Ευρώπης, Αυστρία, Ισπανία, Βέλγιο, Γαλλία, Ελβετία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Σουηδία υπάρχει ρητή επιταγή για χαριστική δόση από ζωντανό ή νεκρό δότη (Κίτσου - Περγλέγκου Σ. 1990 σελ. 29-30).

Στην Ελλάδα, συγκεκριμένα με το νόμο 1383/83 στο άρθρο 2, αναγνωρίζεται η χαριστική δόση των οργάνων και απαγορεύεται οποιαδήποτε οικονομική συναλλαγή μεταξύ δότη, λήπτη, των οικογενειών τους ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου. Η απαγόρευση ισχύει και στην περίπτωση που όργανα για μεταμόσχευση προέρχονται από χώρα της αλλοδαπής ή αποστέλλονται σε χώρα της αλλοδαπής.

Στην έννοια όμως της οικονομικής συναλλαγής δεν περιλαμβάνονται τα έξοδα αφαίρεσης, συντήρησης και μεταφοράς του μοσχεύματος.

Στο Ενωμένο Βασίλειο και στην Ομοσπονδιακή Γερμανία δεν υπάρχει ρητή νομοθετική ρύθμιση, αλλά παρόμοιου είδους κερδοσκοπική συναλλαγή θα προσέκρουε σε κανόνες δημόσιας τάξης.

Στην Ιταλία ο δότης λαμβάνει κάποια αποζημίωση εργατικού τύπου. Σε αρκετές χώρες, Βέλγιο, Γαλλία, Ελβετία, Ελλάδα (και μάλιστα από δημόσιο ασφαλιστικό φορέα), Ισπανία, Λουξεμβούργο, Φινλανδία τονίζεται το στοιχείο της κάποιας αποζημίωσης στο δότη για μεταφορά και άλλα έξοδα με ρητή όμως αναγνώριση των ορίων και της διαδικασίας αποζημίωσης (Κίτσου - Περγλέγκου Σ. 1990 σελ.29-30).

Σε όλες σχεδόν τις χώρες ρυθμίζεται το ζήτημα του κόστους φύλαξης και μεταφοράς οργάνων, τα οποία αναλαμβάνουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί ή τα ίδια τα νοσηλευτικά ιδρύματα ή οι Τράπεζες φύλαξης οργάνων.

Έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο όπου χειρουργοί πουλούν τα όργανα (συχνά) φτωχών δωρητών σε (συχνά) πλούσιους λήπτες.

Τέτοια περιστατικά έχουμε συνήθως στις χώρες όπου τα πτωμα-

τικά όργανα είναι συχνά πολύτιμα, λόγω της πίστης, της κουλτούρας, της πολιτικής ή όπου ο εθνικός προϋπολογισμός υγείας δεν μπορεί να διατηρεί μακροπρόθεσμα προγράμματα μεταμόσχευσης.

Η αιτία αυτού του φαινομένου, θα λέγαμε ότι είναι η ανεπάρκεια πνευματικών οργάνων. Τα μέσα ή καλύτερα οι μεσάζοντες αυτής της κατάστασης είναι κυρίως γιατροί οι οποίοι, εκμεταλλεύονται τις αρχές της ελεύθερης αγοράς και οι οποίοι πρόθυμα θεωρούν ότι ένα όργανο σώματος για μεταμόσχευση είναι σαν ένα οποιοδήποτε άλλο αγαθό που βρίσκεται στην αγορά.

Η ανάπτυξη αυτής της κυκλοφορίας έχει αποκαλύψει μερικές απίστευτες ιστορίες. Στη Βομβάη βρέθηκε ένας κατάλογος δωρητών που πρόσφεραν διάφορα όργανα και ήταν σε αναμονή έτοιμοι να πουλήσουν το νεφρό τους, σε λήπτες των Ευρωπαϊκών Νοσοκομείων.

Το κόστος ενός νεφρού που πουλήθηκε στην Ιαπωνία ήταν 20.000 \$ ("Ελευθεροτυπία" 4.12.1989 σελ. 7).

Στα δυτικά ιατρικά κέντρα παρατηρείται η πολύ μεγάλη εκμετάλλευση των φτωχών, οι οποίοι βρίσκουν καλό να πουλούν τους εαυτούς τους για την ευημερία τους και με την θέληση τους να δέχονται μια νεφρεκτομή.

Αν δούμε τις συγκρούσεις στα δεκαστήρια της Δυτικής Ιατρικής, από την πλευρά της ηθικής, βρίσκουμε την πρακτική αυτή, δυσάρεστη και επικίνδυνη.

Συνοπτικά θα πρέπει λοιπόν να δεχθούμε τις παρακάτω αρχές και παρατηρήσεις.

α. Κανένας δεν θα πρέπει να εγχειρίζεται για τα λεφτά.

β. Ο κίνδυνος της εγχείρησης θα πρέπει να δικαιώνεται από το καλό το οποίο θα φέρνει κάθε φορά στον ασθενή.

γ. Η πώληση των οργάνων θα χωρίζει την κοινωνία σε δύο κατηγορίες. Οι φτωχοί θα είναι οι δότες και οι πλούσιοι οι λήπτες .

δ. Οι χειρουργοί και τα πρακτορεία προμήθειας οργάνων, έχουν δει το όφελος από την πώληση οργάνων, πλουτίζοντας έτσι οι ίδιοι σε βάρος όμως των δοτών.

ε. Οι ασθένειες είναι περισσότερο εύκολο να μεταδοθούν από όργανα που πάρθηκαν από φτωχούς και υποτροφικούς ανθρώπους . Το ίδιο ισχύει και στα ενστικτώδη , όπου αποτελεσματικές έρευνες για την υγεία του δότη είναι πρακτικά αδύνατες.

στ. Στα κέντρα αυτά, όπου διενεργείται η αφαίρεση ενός οργάνου, δεν είναι αρκετά εξοπλισμένα και πεπειραμένα, έτσι ώστε να μπορούν να γίνουν αξιόπιστα για τη ζωή των δοτών , κατά και μετά την εγχείρηση.

ζ. Τέλος, υπάρχουν περιπτώσεις εκβιασμού τόσο των δοτών όσο και των ληπτών.

Είναι ζήτημα βέβαια, του Συμβουλίου της Ευρώπης ή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) πως θα αντιμετώπιζε τις περιπτώσεις συναλλαγής οργάνων με ανταλλάγματα από διεθνή κερδοσκοπικό οργανισμό ο οποίος θα πλήρωνε με διεθνή εμβάσματα και θα αναζητούσε τους πιθανούς δότες σε χώρες του τρίτου κόσμου, παρατείνοντας τη ζωή του πλούσιου πελάτη δυτικής χώρας, επιλύοντας ταυτόχρονα με τη δόση ενός οργάνου και το οικονομικό πρόβλημα του τριτοκοσμικού και της οικογένειάς του (Ελευθεροτυπία 9.12.1989 σελ.15-16).

Παρά τις οποιεσδήποτε ηθικές ή δεοντολικές επιφυλάξεις ή αντιρρήσεις, δεδομένης της αδυναμίας εξαναγκασμού των

διεθνών οργανισμών έναντι κερδοσκοπικών οργανισμών που δεν εδρεύουν στη χώρα τους, δεδομένου και του καταρχήν απορρήτου των τραπεζικών ή διατραπεζικών συναλλαγών, διαφαίνεται στο μέλλον η επικράτηση μάλλον νόμων της αγοράς παρά διεθνών κανόνων ηθικής τάξης.

Η ηθική τάξη μπορεί να ενισχυθεί με φορολογικές απαλλαγές και διευκολύνσεις σε παρόμοιες εταιρείες κατά την μεταφορά των οργάνων από φτωχές χώρες του τρίτου κόσμου σε πλούσιες δυτικές χώρες (Ελευθεροτυπία 9.12.89 σελ. 16).

Η διεθνής δε τάση είναι πιθανόν να καμφθεί λόγω των "σιδηρών νόμων" της διεθνούς αγοράς.

Έτσι οι θαυματοργές μεταμοσχεύσεις οργάνων σώματος "στιγματίζονται" από την νοσηρή πραγματικότητα της εμπορίας οργάνων που ανθεί και στη βραζιλία, όπου κατά καιρούς έχουν απαχθεί και δολοφονηθεί παιδιά, για να αφαιρεθούν και να πουληθούν τα όργανα και οι ιστοί των σωμάτων τους.

Παρόμοια περιστατικά εμπορίας καταγγέληθηκαν πρόσφατα και στο Ισραήλ. "Σκοτώνουν για μεταμοσχεύσεις", "Ισραηλίτες χρησιμοποιούν όργανα Παλαιστινίων" έγραφε η εφημερίδα "ΕΘΝΟΣ" στις 14 Σεπτέμβρη 1989.

Αναλυτικότερα, οι Ισραηλινές αρχές, σκοτώνουν τους Παλαιστίνιους νεαρούς εξεγερμένους, μεταφέρουν τα πτώματα τους κρυφά στο ιατροδικαστικό κέντρο "Αμπού Κιμπίρ" όπου τους αφαιρούν τα όργανα για να μεταμοσχευθούν σε Εβραίους ασθενείς.

Όπως εξηγεί το δελτίο τύπου της Ο.Α.Π., οι εβραϊκές θρησκευτικές αρχές έχουν απαγορεύει τη μεταμόσχευση οργάνων από πτώματα Εβραίων σε Εβραίους ασθενείς.

Παρατηρείται όμως ταυτόχρονα σημαντική αύξηση των μετα-

μοσχεύσεων στα Ισραηλινά νοσοκομεία και οι Ισραηλινές αρχές υποστηρίζουν ότι οι δωρητές είναι άγνωστοι.

Οι κάτοικοι της Ναμπλούς είναι πεπεισμένοι πως τα πτώματα των νεαρών Παλαιστινίων χρησιμοποιήθηκαν για μεταμόσχευση οργάνων. Η πεποίθηση τους αυτή ενισχύθηκε από το γεγονός ότι οι Ισραηλινές αρχές αρνήθηκαν να παραδώσουν τα πτώματα των νεαρών εξεγερμένων Παλαιστινίων στους συγγενείς τους.

Επίσης στο δελτίο τύπου της Ο.Α.Π. υπογραμμίζεται ότι "από τις αρχές του περασμένου μήνα (Αυγούστου 1989) οι Ισραηλινοί δολοφονούν αδιακρίτως και χωρίς να έχει προηγηθεί πρόκληση από τους νεαρούς Παλαιστινίους". Έτσι παρατηρείται μια σημαντική αύξηση των νεκρών.

Επίσης, ένα άλλο τεράστιο ιατρικό σκάνδαλο είναι αυτό που γράφτηκε στην "Ελευθεροτυπία" στις 9 Δεκέμβρη 1989 για την εμπορία νεφρών με Τούρκους στο Λονδίνο. "Του πήραν το νεφρό χωρίς να το ξέρει", γράφει η εφημερίδα. Κατά τη διάρκεια ενός απλού τσέκ-απ, όπως πίστευε ο Τούρκος αγρότης, του αφαιρέθηκε εν αγνοία του, ένα από τα νεφρά του. Ο Τούρκος αγρότης, έμεινε δύο βδομάδες στην Αγγλία και έπειτα γύρισε στην Τουρκία έχοντας λάβει σαν αμοιβή 2.650 λίρες. Οι τρεις βρεττανοί γιατροί κατηγορούνται ότι συμμετείχαν ή συμφώνησαν στην πώληση νεφρών, για να χρησιμοποιηθούν σε μεταμοσχεύσεις.

Επίσης δε, αν και το Ελληνικό κράτος έχει κάνει σύμβαση με νοσοκομεία του Λονδίνου όπου θα μπορούν να πηγαίνουν οι Έλληνες νεφροπαθείς να κάνουν μεταμοσχεύσεις και τα ταμεία πληρώνουν τα ανάλογα χρήματα, τα νοσοκομεία αυτά, στους μη Εγγλέζους κάνουν μεταμοσχεύσεις με νεφρά που

που τα παίρνουν από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα νεφρά αυτά όμως έρχονται "ταλαιπωρημένα" και "μισοφοσιμμένα" γιατί όπως έχει αποδειχθεί επιστημονικά, το νεφρό μπορεί να κρατηθεί "εν ζωή" μέχρι και 60-70 ώρες μετά τον θάνατο του δότη αν διατηρηθεί σε κατάλληλες συνθήκες. Δηλαδή σχεδόν τρία 24ωρα.

Αν λοιπόν για παράδειγμα γίνει ένα ατύχημα σε μια αμερικανική πολιτεία και πάρουν τα νεφρά του θύματος, αμέσως κάνουν έλεγχο ιστοσυμβατότητας για να δουν τα αντιγόνα του δότη. Αυτά τα βάζουν στα κομπιούτερς και τα συγκρίνουν με τα αντιγόνα όλων των Αμερικανών πολιτών των υποψηφίων για μεταμόσχευση.

Αν ταιριάζουν απόλυτα με κάποιους από αυτούς προχωρούν στην μεταμόσχευση. Αν όχι, τα κομπιούτερς προχωρούν στους καταχωρημένους σ' αυτά ξένους που βρίσκονται στην Αμερική και περιμένουν να μεταμοσχευθούν ή που ζουν στις χώρες τους και περιμένουν το χαρμόσυνο άγγελμα.

Αν και πάλι δεν ταιριάζουν απόλυτα με τους Αμερικανούς ή άλλους ξένους γραμμένους στις αμερικάνικες λίστες αναμονής υποψηφίους λήπτες τα προσφερόμενα νεφρά (ή έστω το ένα από τα δύο) τότε ειδοποιούν τα Νοσοκομεία της Αγγλίας ότι: "μας περισεύει ένα νεφρό, σας το στέλνουμε". Οι Εγγλέζοι γιατροί ειδοποιούν τότε αρχικά τους συμπατριώτες τους υποψηφίους για μεταμόσχευση, και αν δεν ταιριάζει σε κάποιον από αυτούς, καλούν τους υποψηφίους αλλοεθνείς. Και σε αυτή την τελευταία περίπτωση έρχεται και ο Έλληνας και κάνει την μεταμόσχευση, πληρώνει κανονικά το κράτος μέσω του Ταμείου του ασθενή σε "σκληρό" συνάλλαγμα και μετά από

λίγο καιρό το νεφρό δεν λειτουργεί καθόλου ή υπολειτουργεί - (Καστρινάκης Γ. "θέλω να ζήσω" 1989 σελ. 86-87).

Τα παραπάνω αποτελούν ιατρικά σκάνδαλα που συνθέτουν την άλλη όψη των μεταμοσχεύσεων.

7.1.β. Κριτήριο ορισμού θανάτου - αφαίρεσης οργάνων

Μόλις λίγα χρόνια πριν, η μεγαλύτερη επιτυχία ενός γιατρού ήταν να καταφέρει να κρατήσει στην ζωή τον ασθενή του, έστω και με τεχνητά μέσα.

Η μεγάλη ανάπτυξη της τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια, έδωσε μια νέα διάσταση στον ορισμό του θανάτου. Έτσι η παύση της λειτουργίας ορισμένων βασικών οργάνων για την διατήρηση της ζωής του ανθρώπου μπορεί να ανασταλλεί με μηχανικά μέσα.

Η διατήρηση όμως, της αναπνοής και της κυκλοφορίας σε ένα σώμα με νεκρό εγκεφαλο, δημιούργησε ερωτηματικά κατά πόσο το άτομο αυτό είναι νεκρό ή όχι.

Επειδή η μηχανική υποστήριξη της λειτουργίας του εγκεφάλου είναι αδύνατη, το άτομο είναι νεκρό όταν ο εγκέφαλος είναι νεκρός. Αυτό οδήγησε σε ένα καινούργιο όρο τον "εγκεφαλικό θάνατο".

α. Ορισμός εγκεφαλικού θανάτου

Από ιατρικής πλευράς το πρόβλημα εμφανίζεται διπλό. Να καθορισθεί πρώτα η "στιγμή του θανάτου, να καθορισθούν δηλαδή σωστότερα τα κριτήρια εκείνα που βάλουν την διάγνωση, κατά τρόπο ασφαλή, και μετά να επιλεγούν μεταξύ αυτών εκείνα τα οποία μαζί με το επιστημονικά αδιαβλητο στοιχείο τους να μπορούν να δώσουν επιπλέον απάντηση σε όσο το δυνατό συντομότερο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε ο "χρόνος αναμονής" να περιορισθεί κατά το δυνατό επίσης περισσότερο. Μέχρι πριν από μερικά χρόνια ο όρος "θάνατος" σήμαινε

αναστολή της αναπνοής και της κυκλοφορίας, είναι δε φανερό ότι εξυπηρετούσε κυρίως νομικές διαδικασίες παρεπόμενες του γεγονότος.

Λιγότερη σχέση είχε με τον βιολογικό ορισμό του θανάτου που αφορά βασικά τον θάνατο του κυττάρου και που είναι εξακριβωμένο ότι δεν επέρχεται ταυτόχρονα σ' όλους τους ιστούς ή τα όργανα. Είχε όμως αυτό μικρή πρακτική σημασία, ήταν γνώση περιωρισμένης, από ιατρικής πλευράς, αφού σε τίποτα δεν εύρισκε εφαρμογή, ως την στιγμή που οι πρόοδοι στην τεχνική της "αναζωογόνησης" και στην χειρουργική των μεταμοσχεύσεων επέβαλαν πλέον τη ριζική αναθεώρηση του ορισμού αυτού του θανάτου.

Σήμερα είναι γνωστό ότι μπορεί να διατηρηθεί αναπνοή και κυκλοφορία, για μεγάλο χρονικό διάστημα, με τεχνικές συνθήκες, χωρίς το άτομο να εμφανίζει άλλα στοιχεία ζωής, όπως επίσης έχει γίνει απ' όλους παραδεκτό, ότι μια τέτοια παράταση δυσχεραίνει τόσο την χρησιμοποίηση ενός "μηχανήματος" για μια άλλη, ευκολότερα ανακτήσιμη περίπτωση, όσο και ότι αχρηστεύει οποιαδήποτε δυνατότητα λήψης μοσχεύματος για θεραπευτικούς σκοπούς.

Σαν συνέπεια της ανάγκης αναθεώρησης της έννοιας του θανάτου προτάθηκε, συζητήθηκε ευρύτατα και τέλος υιοθετήθηκε, σε μεγάλη έκταση, η έννοια του "εγκεφαλικού θανάτου".

Νεκρό δηλαδή είναι το άτομο εκείνο στο οποίο διαπιστώθηκε ότι ο εγκέφαλος έπαψε να ζεί, εκείνο για το οποίο θα τεθεί η διάγνωση του "μη αναστρεψίμου κώματος" με βάση αδιάσειστα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα και στοιχεία.

Ταυτόχρονα με τον καθορισμό και την υιοθέτηση των νέων

αυτών κριτηρίων διάγνωσης του θανάτου, άρχισε να συζητείται και το επίσης μεγάλης σημασίας θέμα του "χρόνου αναμονής" του χρόνου δηλαδή που θα πρέπει να περιμένει κανείς προκειμένου να βεβαιωθεί οριστικά για τη διάγνωση.

Μια πρώτη διαπίστωση ύπαρξης ορισμένων ή και όλων ακόμη των στοιχειοθετούντων, τον θάνατο κριτηρίων δεν είναι αρκετή. Πρέπει μια τέτοια εξακρίβωση να επαναληφθεί και μετά την πάροδο ορισμένου χρόνου.

Η ανάγκη λοιπόν καθορισμού, μαζί με την καθιέρωση των νέων κριτηρίων διάγνωσης του θανάτου, και "χρόνου αναμονής" έγινε κατάφανής και συνδέθηκε άμεσα τόσο με την αναζωογόνηση όσο και με την λήψη μοσχεύματος.

Κριτήρια θανάτου ασφαλή, επιστημονικά τεκμηριωμένα και αδιάβλητα αλλά και εξακριβούμενα σύντομα, όσο το δυνατόν πιο σύντομα, για να μπορέσει έτσι να αξιοποιηθεί ο ιστός που ζει ακόμα σε έναν άλλο φορέα.

Συζητήθηκε ευρύτατα για την διάγνωση του "μη αναστρέψιμου κώματος" ο ΗΕΓγραφικός έλεγχος και η διαπίστωση εγκεφαλικής σιγής για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Περισσότερο καθοριστικά και λεπτομερειακά είναι τα ακόλουθα κριτήρια:

1. Έλλειψη οποιασδήποτε αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα.
2. Έλλειψη αυτόματων αναπνευστικών κινήσεων για 3, σε περιβάλλον δωματίου.
3. Χάλαση των μυών, κατάργηση της κινητικότητας, έλλειψη αντίδρασης σε οποιοδήποτε ερέθισμα.
4. Μυδρίαση, κατάργηση του αντανακλαστικού της κόρης σε ισχυρά φωτεινά ερεθίσματα.
5. Κατάργηση του αντανακλαστικού του κερατοειδούς.
6. Εξάλειψη της αίσθησης του πόνου.
7. Κατάργηση των αντανακλαστικών ανωτέρων και κατωτέρων αναπνευστικών οδών.

8. Κατάργηση του αιθουσαίου-αρθάλμικου αντανακλαστικού.
9. Κατάργηση των πελματιαίων αντανακλαστικών.
10. Κατάργηση "των επαθολής και των εν τω βάθει" αντανακλαστικών.

11. Πτώση της αρτηριακής πίεσης χωρίς ανταπόκριση σε φάρμακα.

12. ΗΓραφική σιγή, εφόσον δεν συντρέχουν καταστάσεις υποθερμίας, λήψης φαρμάκων κατασταλτικών του Κ.Ν.Σ και ενδοκρινικών παθήσεων.

Τα ανωτέρω, επιλέγει η επιτροπή, θα πρέπει να καταγράφονται και να διαπιστώνονται συνεχώς σε αλληπάλληλες εξετάσεις για δύο τουλάχιστον ώρες από την στιγμή των πρώτων παρατηρήσεων και της πρώτης διάγνωσης του μη αναστρέψιμου κώματος. Οι προτάσεις αυτές έγιναν το 1968 και ήταν αναμφίβολα η πρώτη επίσημη τολμηρή αντιμετώπιση του προβλήματος. Σήμερα γίνεται μια προσπάθεια περιορισμού ακόμη περισσότερο των κριτηρίων του θανάτου, αφού τα διαγνωστικά μέσα είναι αρτιότερα, θετικότερα και έχει αποκτηθεί μεγαλύτερη εμπειρία, προκειμένου μ' αυτό να εξοικονομηθεί ακόμη περισσότερος πολύτιμος χρόνος. Θεωρούνται βασικά:

1. Η μυδρίαση και η έλλειψη οποιασδήποτε αντίδρασης της κόρης σε ισχυρά φωτεινά ερεθίσματα.
2. Η κατάργηση των αντανακλαστικών του κερατοειδούς και του αιθουσαίου-οφθαλμικού.
3. Η κατάργηση των κινήσεων, αυτομάτων και προκλητών.
4. Η κατάργηση των αντανακλαστικών των κατωτέρων αεροφόρων οδών.
5. Η μη εμφάνιση αναπνευστικών κινήσεων μετά από πειρα-

ματική διακοπή της λειτουργίας του "μηχανήματος αναζωογονήσεως".

Το ΗΕΓράφημα δεν θεωρείται όπως παλιότερα απαραίτητο. Διευκολύνει απλώς τις περιπτώσεις εκείνες για τις οποίες υπάρχει μια διαγνωστική αμφιβολία ή αμφισβήτηση.

Γιατροί εργαζόμενοι σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή σταθμούς παροχής Α'βοηθειών έχουν πέρα από γνώσεις και μεγαλύτερη εμπειρία για τον έλεγχο και την διαπίστωση των σημείων αυτών του θανάτου, έτσι ώστε μόνο σε ορισμένες ειδικές περιπτώσεις να χρειασθεί ίσως να κληθεί ειδικός νευρολόγος ή νευροχειρουργός.

Ειδικά για την περίπτωση που ο άρρωστος θα πέσει στην κατάσταση του αναστρεψίμου κώματος, κοινή έγγραφη απόφαση δύο τουλάχιστον γιατρών, ενός αρχαιότερου με μεγαλύτερη εμπειρία και του θεράποντα είναι αρκετή, με βάση τα προαναφερθέντα κριτήρια, για να "κλεισθεί" ο αναπνευστήρας" και να κηρυχθεί έτσι ο άρρωστος "νεκρός".

Με βάση τα πιο πάνω γίνεται αμέσως φανερό ότι η διάγνωση του θανάτου με θεσπιζόμενα νέα κριτήρια γίνεται περισσότερο ευχερής, και προπαντός σίγουρη, επιστημονικά απόλυτα τεκμηριωμένη με δυνατότητες μεγάλες να υπηρετήσει την θεραπευτική των μεταμοσχεύσεων. Προσक्रούει όμως, όπως και στην αρχή αναφέρθηκε, στο δεύτερο σκέλος, το Νομικό, που στη χώρα μας εμφανίζεται με την διατύπωση του άρθρου 201 του Π.Κ. "περί περιύβρισης νεκρού" που τιμωρεί μέχρι φυλακίσεως δύο ετών "τον αφαιρούντα νεκρόν ή μέλη ή την τέφραν"

(Κουτσελίνης Α.Μ.Μ.Β Αυγ.1977 σελ.372-374).

Β. Ηθική - κοινωνική διάσταση.

Πέρα όμως από τα καθαρά ιατρικά διλήμματα για τον

ορισμό του θανάτου, θα ήταν χρήσιμο να επισημανθεί η ανάγκη της υπεύθυνης, σωστής, πλατιάς ενημέρωσης του κοινού ώστε να καταπολεμηθούν η άγνοια και οι εσφαλμένες εκτιμήσεις που συντηρούν αντιδράσεις, επιφυλάξεις, αμφιβολίες-εμπόδια στην εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου.

Σύμφωνα με τις απόψεις του Δ.Κατσιμή (1977 Μ.Μ.6 σελ.375) ο Έλληνας είναι πρόθυμος να δώσει το νεφρό του για να ζήσει ο δικός του άνθρωπος (Και στην περίπτωση αυτή βέβαια η προθυμία της προσφοράς διαφοροποιείται ανάλογα με τον δεσμό ανάμεσα στον δότη και στον λήπτη.) Φοβάται όμως να πει το "ναι" για να γίνει η μεταμόσχευση από τον νεκρό συγγενή του. Εδώ βέβαια υπάρχει μια δικαιολογία, ένα επιχείρημα που διατυπώνεται με το ερώτημα. "Και πως είμαι βέβαιος ότι ο άνθρωπός μου έχει πράγματι, πεθάνει, όταν μου ζητούν να του αφαιρεθεί ένα όργανο ;".

Οι επιφυλάξεις αυτές μπροστά στο ενδεχόμενο εσφαλμένης διάγνωσης μπορούν να παραμεριστούν μόνο από απόλυτα αποδεκτά κριτήρια για τον καθορισμό του χρονικού σημείου του θανάτου. Ανεξάρτητα όμως, από τις όποιες δυσκολίες και εφόσον πολλές προηγμένες δυτικές χώρες και το Συμβούλιο της Ευρώπης έχουν υιοθετήσει το θεσμό των πτωματικών μεταμοσχεύσεων και τον έχουν κατοχυρώσει νομοθετικά, ώστε να λειτουργεί με μεγάλο βαθμό επιτυχίας, θα πρέπει-αφού έχουμε προηγούμενα να κινηθούν οι διαδικασίες προς την ίδια κατεύθυνση. Το κοινό θα βοηθήσει όταν η υπόθεση αυτή γίνει και δική του, με την πληροφόρηση από τον Τύπο, την Τηλεόραση, το Ραδιόφωνο.

Και όταν οι ειδικοί, σε συνεργασία με τον κρατικό φορέα, κατα-

λήξουν σ'ένα σύστημα που θα λειτουργεί σωστά, έξω από κάθε αμφιβολία . Η στενότερη συνεργασία ειδικοτήτων και η διαφώτιση του κοινού από κατάλληλα πρόσωπα , επιλεγμένα, όχι μόνον από ειδικούς γιατρούς αποτελούν το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα αναπτυχθούν οι εργασίες για τη ρύθμιση των τεχνικών θεμάτων που προκύπτουν καθώς και για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων, ώστε να γίνει κοινή συνείδηση η ανάγκη της προόδου στον ιατρικό αυτό τομέα.

7.1γ. Τα προβλήματα της μεταμόσχευσης από την επιλογή του λήπτη ως την έκβαση της επέμβασης

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που βιώνει ένας νεφροπαθής που υποβιβάζει περισσότερο την ποιότητα της ζωής του και έχει άμεσες επιδράσεις στο χαρακτήρα και την συμπεριφορά του είναι το άγχος της αναμονής μόσχευματος.

Όλοι οι νεφροπαθείς οι οποίοι κάνουν τεχνητό νεφρό ζουν με την ελπίδα ότι κάποια στιγμή θα βρεθεί μόσχευμα και θα απαλλαγούν από την εξάρτηση του μηχανήματος. Συνήθως βέβαια περνούν χρόνια μέχρι να βρεθεί το κατάλληλο μόσχευμα.

Όταν δε, βρεθεί ο πτωματικός δότης σπεύδουν οι μεταμοσχευτές χειρουργοί για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νεφρικών μόσχευμάτων και παράλληλα ειδική επιτροπή γιατρών έχει ήδη γνωματεύσει τον εγκεφαλικό θάνατο του ασθενή.

Σε συνεργασία με τους εκπροσώπους του κέντρου ιστοσυμβατότητας το Μεταμοσχευτικό Κέντρο από την λίστα αναμονής επιλέγει τους υποψήφιους για μεταμόσχευση όχι βάση της σειράς εγγραφής αλλά και με βάση τα κοινά αντιγόνα δότη-δέκτη.

Επιλέγονται δηλαδή για μεταμόσχευση μόνο εκείνοι οι νεφροπαθείς που έχουν περισσότερη ομοιότητα με τον δότη δηλαδή πιο πολλά κοινά αντιγόνα. Εάν αυτοί που θα επιλεγούν είναι πάνω από δύο και τα νεφρά είναι μόνο δύο, τότε καλούνται όλοι στο Μεταμοσχευτικό κέντρο, γίνεται αιμοληψία από όλους για το τελικό CROSS-MATCH και ακολουθεί μια σύντομη κλινικοεργαστηριακή αξιολόγηση σε συνεργασία με νεφρολό-

γους, καρδιολόγους, αναισθησιολόγους. Από την κλινική αυτή αξιολόγηση είναι δυνατόν να αποκλεισθούν ορισμένοι λόγω πρόσφατης ή ενεργούς λοίμωξης ή άλλων επιβαρυντικών στοιχείων. Αυτοί που τελικά και από την κλινική εξέταση κριθούν κατάλληλοι έστω και εάν είναι 3 ή 4 προετοιμάζονται για χειρουργείο σαν να πρόκειται να μεταμοσχευθούν (Μπάνιο - ξύρισμα - αποστείρωση - φάρμακα κλπ). Η τελική απόφαση για το ποιοί τελικά θα μεταμοσχευθούν παίρνεται όταν έρθει η απάντηση από το GROSS-MATCH που καθυστερεί 3-4 ώρες από τη στιγμή που έρχεται και ο τελευταίος υποψήφιος στο κέντρο.

Από την απάντηση αποκλείονται όσοι έχουν CROSS-MATCH θετικό και μένουν μόνο αυτοί που και κλινικά είναι σε καλή κατάσταση και το CROSS-MATCH είναι αρνητικό.

Εάν αυτοί είναι 3 ή 4 με την ίδια ακριβώς ομοιότητα ως προς τα αντιγόνα του δότη, τότε η ηλικία, η σειρά αναμονής, η οικογενειακή κατάσταση, η ταλαιπωρία στην αιμοκάθαρση κλπ, δηλαδή λόγοι αυστηρά και μόνον επιστημονικοί αλλά και κοινωνικοί παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην τελική επιλογή αφού εξηγηθούν ακριβώς σ' όλους τους υποψήφιους οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του ενός και τον αποκλεισμό του άλλου (Χωματάς Ι. 1987, σελ. 20).

Τα παραπάνω ισχύουν για τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες το μόσχευμα προέρχεται από πτωματικό δότη. Άγχος βέβαια και αγωνία, παρόλο που έχει μια διαφορετική μορφή, υπάρχει και στις περιπτώσεις εκείνες που το μόσχευμα προέρχεται από συγγενή δότη. Και αυτό γιατί η διαδικασία πριν την Μεταμόσχευση είναι αρκετά μεγάλη και λεπτή.

θα ακολουθήσει ένα απόσπασμα από το βιβλίο του Καστρινάκη Γ. ("θέλω να ζήσω", 1989, σελ. 80-81), η προσωπική εμπειρία του συγγραφέα που περιγράφει πολύ παραστατικά ανάλογη κατάσταση.

.... "Στο μεταξύ φούντωνε η αγωνία η δική μου και της Μάρως για το αν θα μπορούσε να γίνει η μεταμόσχευση. Ιστοσυμβατότητα υπήρχε ανάμεσα στο νεφρό της μητέρας μου και στο δικό μου, αλλά αυτό ήταν απλώς και μόνο μία από τις προϋποθέσεις για να γίνει η μεταμόσχευση. Ο δρόμος ήταν πολύ μακρύς. Έπρεπε να γίνουν δεκάδες εξετάσεις... η μάνα μου, γνήσιο παλικάρι, δεν τόβαζε κάτω. "Γιατρέ, αν είναι γερό μόνο το ένα νεφρό, βάλε αυτό στο παιδί μου να το σώσω, κι άφησε μου εμένα το ελαττωματικό" είχε πεί κάποτε στον κ. Χωματά. Όμως, πήρε μια απάντηση που μάλλον δεν την ικανοποιούσε: "Εδώ, κυρία Καστρινάκη, έχουμε έναν άρρωστο και πάμε να τον κάνουμε αυτόν καλά, χωρίς όμως να δημιουργήσουμε έναν άλλο άρρωστο".

Όμως, οι καλλιέργειες των ούρων, έβγαιναν πότε θετικές, πότε στείρες, δηλαδή χωρίς μικρόβια.

Οι μέρες εκείνες έμοιαζαν με αιώνες. Δεν θα τις ξεχάσω ποτέ. Όταν οι εξετάσεις ήταν καλές, γέμιζα ζωντάνια. Όταν έβγαιναν άσχημες, ήμουν ένας ζωντανός νεκρός.

Όσο κι αν προσπαθήσω, φίλοι, αποκλείεται να μπορέσω να σας περιγράψω το πως αισθανόμουν. Από τη μια να βλέπεις να ανατέλλει η ελπίδα κι από την άλλη να τη νιώθεις ότι σβήνει κι ότι μένεις αγκαλιά με την καταδίκη της αρρώστιας σου ...".

Η στιγμή βέβαια που τελειώνει με επιτυχία μια επέμβαση μεταμόσχευσης είναι οπωσδήποτε καθοριστική για τη ζωή

ενός πρώην νεφροπαθή αλλά όχι η απόλυτη αποδέσμευση από το πρόβλημά του.

Το άγχος της μελλοντικής έκβασης της επέμβασης, ο τρόπος που θα επιβιώσει ένα ξένο σώμα μέσα στον οργανισμό του, το άγχος της απόρριψης του μόσχευματος είναι προβλήματα που τον απασχολούν συνεχώς.

Μετά το τέλος κάθε μεταμόσχευσης πρέπει να μεσολαβήσει ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα που συνήθως ξεπερνά τα δύο χρόνια ώστε το μόσχευμα να θεωρηθεί, εν μέρει, διασφαλισμένο.

Από τα δύο χρόνια και έπειτα μειώνονται, χωρίς βέβαια να εξαλείφονται, οι κίνδυνοι ενδεχόμενης απόρριψης. Βέβαια το γεγονός αυτό κάνει τους μεταμοσχευμένους υπερευαίσθητους και ιδιαίτερα προσεκτικούς σε ότι αφορά την υγεία τους σε σημεία βέβαια που πολλές φορές οδηγούνται στην υπερβολή, μια υπερβολή η οποία εξηγείται λογικά από την προηγούμενη ταλαιπωρία τους.

Επίσης η έμμεση "ευθύνη" για την έκβαση της επέμβασης στις περιπτώσεις των συγγενών δοτών ενισχύει τη συναισθηματική φόρτιση του μεταμοσχευμένου, ο οποίος αισθάνεται υπεύθυνος για την μεγάλη θυσία του συγγενή του. Το άγχος αυτό που τον διακατέχει αποτελεί ένα σοβαρό εμπόδιο για την ομαλή και ισοτίμη επανένταξη του μεταμοσχευμένου στην κοινωνία των υγιών ανθρώπων.

7.1δ. Ιατρική ομάδα - Συγγενείς του δότη οργάνων Ηθικός προβληματισμός - συναισθηματική φόρτιση

Η θανατηφόρα διαδικασία μπορεί ν'απελευθερώσει καταλυτικά συναισθήματα όχι μόνο από τη μεριά των συγγενών του δότη αλλά και από τη μεριά των θεραπειών. Ο γιατρός μπορεί να μην είναι προετοιμασμένος να χειριστεί μια τέτοια κατάσταση είτε σαν ειδικός επιστήμονας είτε σαν απλός παριστάμενος. Ίσως σαν αποτέλεσμα της εκπαίδευσης και της "θέσης" τους, όπως την θέτει το κοινωνικό σύνολο, οι γιατροί φοβούνται να εκδηλώσουν αυτή την αδυναμία τους. Κάθε γιατρός λειτουργεί βέβαια με αμετάθετο γνώμονα την βοήθεια στον άρρωστο. Στη περίπτωση όμως, που ο θάνατος γίνεται αναπόφευκτος, μια νέα διάσταση στη σχέση του με τους συγγενείς είναι δυνατόν να εισέλθει : να τους βοηθήσει ν'αντιμετωπίσουν το θάνατο. Οι συγγενείς έχουν την ανάγκη να αισθάνονται ότι δεν έπαψε ο αγαπημένος τους να έχει αξία για τους γύρω του. Θα πρέπει επίσης να γίνει αποδεκτό από το γιατρό ότι οι συγγενείς έχουν αναφαίρετο δικαίωμα να αναβιώσουν τις εμπειρίες και τις φαντασιώσεις τους για το θάνατο.

Ο ίδιος ο γιατρός πρέπει να υπερνικήσει την πιθανή απογοήτευση για το περιορισμένο των θεραπευτικών του ικανοτήτων ή και φόβο για την ίδια την θανατηφόρα διαδικασία λόγω πιθανής ταύτισης με τον ετοιμαθάνατο άρρωστο. Ο φόβος του θανάτου, ο φόβος του τέλους παρουσιάζει δύο τουλάχιστον όψεις. Η μια έχει να κάνει με τον πανανθρώπινο φόβο της ατομικής εξαφάνισης. Η άλλη σχετίζεται με τον καθαυτό τρόπο του θανάτου. Ίσως ο άνθρωπος δεν φαίνεται να φοβάται

τόσο τον θάνατο όσο τον τρόπο που θα του συμβεί.

Η παρουσία και παρακολούθηση κάποιου που "φεύγει" απαιτεί και αντιμετώπιση των συναισθημάτων που γεννιούνται σ' αυτές τις περιπτώσεις. Έτσι είναι "φυσικό" ορισμένοι θεραπευτές να δείχνουν δυσφορία, αμηχανία και άγχος, κρατώντας ταυτόχρονα τις αποστάσεις, αποσπώμενοι από το "περιστατικό" γεγονός που δεν βοηθά ιδιαίτερα τους γιατρούς να εμπλακούν στην διαδικασία του συντονισμού μεταμόσχευσης (Κίτσου - Περλέγκου Σ. 1990 σελ. 90-91).

Η δωρεά οργάνων εκφράζει ένα αληθινό δίλημμα ανάμεσα στον σεβασμό του ατόμου και της ανάγκης για μια πράξη κοινωνικού ανθρωπισμού. "Η μεταμόσχευση οργάνων αποτελεί μια τεχνολογική επανάσταση στην ιστορία του αγώνα του ανθρώπου ενάντια στην αρρώστια. Όμως δεν πρόκειται μόνο για μια τεχνολογική επανάσταση σ' ένα κόσμο, όπως λέγεται εγωϊστικό, η μεταμόσχευση οργάνου από ένα άτομο σ' ένα άλλο δίνει την εικόνα αυτού του ίδιου του "αντιεγωϊσμού" όπου η αγάπη προς τον συνάνθρωπο δεν εκφράζεται μόνο με λόγια αλλά και με έργα". (Κίτσου - Περλέγκου Σ. 1990 σε.92). Για την οικογένεια του δότη η δωρεά οργάνων είναι μια πράξη χρήσιμη που ο θάνατος μπορεί να λάβει μια θετική υπόσταση όταν οι συγγενείς βιώνουν το οξύ και αιφνίδιο πένθος.

Η πράξη της προσφοράς εκφράζει μια διάθεση αγάπης προς τον απόντα (ένα μέρος του σώματος ξαναζει μέσω ενός άλλου) και μια διάθεση ανθρωπιστική προς εκείνον ο οποίος αναμένει να του δοθεί η ευκαιρία να κρατηθεί στη ζωή. Η οικογένεια του δότη σχεδόν πάντοτε βρίσκεται σε κατάσταση

κατάπτωσης, άγχους και απελπισίας, παρόλο που σε ορισμένες περιπτώσεις φαίνεται αδιάφορη.

Συχνά αρκετοί συγγενείς λαμβάνουν μέρος στη λήψη της απόφασης για τη δωρεά των οργάνων. Συνήθως μια συζήτηση είναι αρκετή για ν'αποφασίσουν και να δώσουν την συναίνεση τους για την αφαίρεση των οργάνων.

Περισσότερες από μια συζητήσεις με την οικογένεια είναι απαραίτητες στις περιπτώσεις όπου τα μέλη της οικογένειας έχουν διαφορετικές επιθυμίες.

Βέβαια είναι πολύ δύσκολο να κατηγοριοποιηθούν οι διαφορετικές ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις της οικογένειας, που αντιμετωπίζει το θάνατο ενός αγαπημένου της. Φυσικά στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώνεται η ύπαρξη ενός υψηλού βαθμού συναισθηματικού άγχους αλλά εντούτοις η συγκατάθεση που δίνεται θεωρείται ως ισχύουσα νομικά (Κίτσου - Περλέγκου Σ. 1990 σελ. 92-93).

Σύμφωνα με την Κίτσου - Περλέγκου Σ. (1990 σελ. 93-94) οι αντιδράσεις αυτές θα ήταν δυνατόν να κατανεμηθούν σε πέντε κατηγορίες:

1. Περίπου 45% των περιπτώσεων δείχνει μια αντίδραση κατάπτωσης και βαθιάς απελπισίας μεταξύ των συγγενών.
2. Περίπου 35% αντιδρά με μεγάλο άγχος, ανησυχία και ταραχή κάνοντας συχνά αδύνατη την επικοινωνία και την κατανόηση του γιατρού. Αυτή η αντίδραση εκδηλώνεται με την αποφυγή της πραγματικότητας και την πάλη για πραγματική ενοχή ή αυτοενοχή.
3. 10-15% δεν δείχνουν αντίδραση και προσπαθούν να αποποιούνται κάθε σημάδι συναισθηματικού άγχους.

4. Λιγότερο από 5% παραμένει σε μια κατάσταση βαθιάς απογοήτευσης και απελπισίας κάνοντας κάθε επαφή κάθετα αδύνατη.
5. Τέλος, λιγότερες από 5% των οικογενειών, προτείνουν από μόνες τους τη δωρεά οργάνων.

Συγγενείς της πρώτης κατηγορίας είναι συχνά θετικοί όταν ενημερώνονται για τη μεγάλη έλλειψη μοσχευμάτων και την ανάγκη σε προσφερόμενα όργανα και γι' αυτό κάποιος έχει την εντύπωση ότι η απόφαση λαμβάνεται ορθολογικά. Στους συγγενείς της δεύτερης κατηγορίας είναι πολύ σημαντικό να δοθούν προσεκτικές και λεπτομερείς ιατρικές εξηγήσεις για το αναπόφευκτο του θανάτου. Αυτοί οι συγγενείς βρισκόμενοι σε μια κατάσταση αποφυγής της πραγματικότητας σπάνια θα δώσουν τη συγκατάθεση τους για δωρεά οργάνων. Οι συζητήσεις με οικογένειες της τρίτης κατηγορίας είναι συνήθως πολύ σύντομες. Ενδιαφέρονται για όλες τις ιατρικές και νομικές πλευρές της δωρεάς οργάνων καθώς και για το κριτήριο του εγκεφαλικού θανάτου.

Στην τέταρτη κατηγορία είναι εξαιρετικά δύσκολο να δοθεί η συγκατάθεση. Οι συγγενείς αυτοί αποφεύγουν να παίρνουν οποιεσδήποτε αποφάσεις γιατί είναι ανίκανοι ν' αντιληφθούν οτιδήποτε πέρα από την θλίψη τους.

8. ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ (ΠΟΛΙΤΙΚΗ) ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Για την προώθηση της πτωματικής μεταμόσχευσης στην Ελλάδα, έτσι ώστε να μην χρειάζεται οι ασθενείς σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας να μεταμοσχεύονται στο εξωτερικό με νεφρούς αμφίβολης ποιότητας και με τεράστιο κόστος, το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων προχώρησε στην υλοποίηση της Μεταμόσχευσης σε Εθνικό επίπεδο. Μετά την ίδρυση Κέντρων, που συνθέτουν την μεταμοσχευτική διαδικασία, ίδρυσε στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών την Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου του Προγράμματος Εξωνεφρικής Κάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων, (Υ.Σ.Ε.), η οποία λειτουργεί, σε 24ώρη βάση και έχει την ευθύνη (Υ.Σ.Ε., ενημερωτικά φυλλάδια):

1. Για την απογραφή, την τήρηση, την διαρκή ενημέρωση και την περίθαλψη Νεφροπαθών, που βρίσκονται σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α.
2. Για την παροχή κεντρικής υποστήριξης Μονάδων Τ.Ν. και τον έλεγχο, στην κατεύθυνση της αποτελεσματικότερης λειτουργίας του προγράμματος εξωνεφρικής κάθαρσης.
3. Για την διεκπεραίωση, σε συνεργασία με τα κέντρα μεταμόσχευσης και το Εθνικό εργαστήριο ιστοσυμβατότητας όλης της διαδικασίας λήψης και αξιοποίησης των μοσχευμάτων.
4. Για την ιατροκοινωνική υποστήριξη των Νεφροπαθών (επισκέψεις στις Μ.Τ.Ν., και κατ'οίκον, από επισκέπτριες Αδελφές), με σκοπό την συμβουλευτική υποστήριξη τους στα πολλαπλά και συσσωρευμένα καθημερινά τους προβλήματα.

5. Για την τήρηση και συνεχή ενημέρωση του αρχείου Δωρητών Οργάνων και Ιστών και την προώθηση διαδικασιών πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης στο θέμα "Δωρεά Οργάνων και Ιστών μετά θάνατον".

Συντονισμός Μεταμόσχευσης στην Ελλάδα

Σε περίπτωση που η Υ.Σ.Ε. λάβει μήνυμα για την ύπαρξη πτωματικού δότη οργάνων και ιστών, ο ρόλος της για την αξιοποίηση των προσφερομένων μοσχευμάτων, χαρακτηρίζεται από την ταχύτητα επικοινωνίας και συντονισμού μεταξύ των Κέντρων που συνθέτουν την μεταμοσχευτική διαδικασία καθώς επίσης και από την ταχύτητα επιλογής των υποψηφίων ληπτών. Σε περίπτωση που το μόσχευμα ή ο λήπτης βρίσκονται στην επαρχία αμέσως κινητοποιείται το σύστημα αερομεταφορών του Ε.Κ.Α.Β.

Βασικά στάδια συντονισμού πτωματικής μεταμόσχευσης:

1. Οι πηγές πτωματικών μοσχευμάτων είναι συνήθως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) των Νοσοκομείων. Ο γιατρός της Μ.Ε.Θ. ενημερώνει την Υ.Σ.Ε. αναφέροντας τα στοιχεία του δότη.
2. Ελέγχεται η ταυτότητα του δότη στο αρχείο των δωρητών της Υ.Σ.Ε. ώστε να διαπιστωθεί αν είναι δωρητής, οπότε και διευκολύνονται οι διαδικασίες.
3. Κινητοποιείται ο συντονιστής μεταμόσχευσης για την προσέγγιση των συγγενών και την παρακολούθηση όλων των διαδικασιών.
4. Ειδοποιείται το ΕΕΙ για τον εργαστηριακό έλεγχο του δότη.
5. Τ'αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου (τυποποίησης

H.L.A. αντιγόνων του δότη) εισάγονται στον Η/Υ της Υ.Σ.Ε. ο οποίος δίνει τον κατάλογο των καταλληλότερων ληπτών.

6. Οι υποψήφιοι λήπτες γνωστοποιούνται στο Μεταμοσχευτικό κέντρο στο οποίο είναι εγγεγραμμένοι για μεταμόσχευση όπου με συνεργασία μεταμοσχευτών και θεράποντων γιατρών γίνεται η τελική τους επιλογή με βάση την τρέχουσα κλινική τους κατάσταση και εφόσον προηγηθεί από το ΕΞΙ η τελική δοκιμασία επιβεβαίωσης της συμβατότητας (CROSS-MATCH). Με αυτές τις διαδικασίες είναι διασφαλισμένη η μη εμπορευματοποίηση των μοσχευμάτων και η ενδεδειγμένη επιστημονικά αξιοποίησή τους.

8.1. Οργανόγραμμα της Υ.Σ.Ε.

Η Υ.Σ.Ε. έχει την κεντρική θέση στον συντονισμό των πτωματικών μεταμοσχεύσεων. Έχοντας λοιπόν σαν αφετηρία το οργανόγραμμα της (βλ. Παράρτημα, Σχεδιάγραμμα 10) βλέπουμε ότι συνεργάζεται με τα αρμόδια Κέντρα για τον εργαστηριακό και κλινικό έλεγχο, προσεγγίζει τους συγγενείς του δότη, επιλέγει μέσω Η/Υ τους καταλληλότερους λήπτες και οργανώνει την μεταφορά ληπτών ή μοσχευμάτων.

Το οργανόγραμμα λειτουργίας του προγράμματος Μεταμοσχεύσεων καθορίζεται από το μέχρι σήμερα επίπεδο ανάπτυξης των πτωματικών μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας. Τα κέντρα που συμμετέχουν στο Πρόγραμμα αυτό είναι τα εξής:

1. Υ.Σ.Ε. : Η Υ.Σ.Ε. της οποίας η ευθύνη ήδη αναφέρθηκε συμμετέχει στο Πρόγραμμα μεταμοσχεύσεων με την

α) Εθνική Γραμματεία της και β) Τους Συντονιστές

Εθνική Γραμματεία της ΥΣΕ: Λειτουργεί σε 24ώρη βάση, επτά ημέρες την εβδομάδα, 365 ημέρες τον χρόνο, για τον συντονισμό των περιστατικών μεταμόσχευσης σε εθνικό επίπεδο.

Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων : Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμόσχευσης είναι ακόμα στο αρχικό στάδιο καθιέρωσης του. Στα πλαίσια της Υ.Σ.Ε. τα καθήκοντα του Συντονιστή έχουν αναληφθεί από τρεις (3) επισκέπτριες Αδελφές, οι οποίες επισκέπτονται σε συστηματική βάση τα Νοσοκομεία του Λεκανοπεδίου Αττικής για την έγκαιρη διεκπεραίωση των διαδικασιών συντονισμού, την άμεση επίλυση πρακτικών προβλημάτων, που ενίοτε ανακύπτουν καθώς και για την προσέγγιση των συγγενών του δότη. Ο αριθμός βέβαια των Συντονιστριών

της Υ.Σ.Ε. δεν είναι επαρκής για την κάλυψη όλων των ΜΕΘ του Νομού Αττικής. Έχει προγραμματιστεί η αύξηση τους σε ικανό αριθμό έτσι ώστε η γεωγραφική κατανομή των Μ.Ε.Θ. σε περι洛χές ευθύνης ανά Συντονιστή να επιφέρει θετικά αποτελέσματα.

2. Εθνικό Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας: Λειτουργεί στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών και συνδέεται άμεσα με την ΥΣΕ. Έχει την ευθύνη για την τυποποίηση και την τελική διασταύρωση δότη-λήπτη, τον συστηματικό ανοσολογικό έλεγχο των νεφροπαθών, καθώς και τον ποιοτικό έλεγχο όλων των εξετάσεων.

3. Άλλα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας: Σήμερα λειτουργούν ένα (1) στην Αθήνα (Νοσ. Ευαγγελισμός) και ένα (1) στην Θεσ/νίκη (Ιπποκράτειο Νοσοκομείο) το οποίο θεωρείται ως περιφερειακό εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας. Άλλα έξι (6) εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας δεν έχουν ακόμη ενεργοποιηθεί και ενταχθεί στο πρόγραμμα της ΥΣΕ.

4. Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (Μ.Τ.Ν.): Στην Αθήνα λειτουργούν δέκα έξι (16) Κρατικές Μ.Τ.Ν. με 165 μηχανήματα Τ.Ν. και έντεκα (11) ιδιωτικές με 169 μηχανήματα, στην επαρχία : 26 Κρατικές Μ.Τ.Ν. με 35 μηχανήματα. Στην Θεσ/νίκη 4 Κρατικές Μ.Τ.Ν. με 60 μηχανήματα. Ο αριθμός των ασθενών που αιμοκαθαίρεται σ' αυτές τις μονάδες είναι περίπου 3.500. Οι Μ.Τ.Ν. έχουν την ευθύνη για την απογραφή των ασθενών, τον Προμεταμοσχευτικό τους έλεγχο, την διαρκή ενημέρωση της ΥΣΕ για κάθε μεταβολή στοιχείων των υποψηφίων ληπτών νεφρού.

5. Μονάδες εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ). Στην Αθήνα λειτουργούν 25 ΜΕΘ, 22 σε δημόσια νοσοκομεία και 3 σε ιδιωτικά.

Διαθέτουν συνολικά 208 κρεβάτια και 174 μηχανήματα αναπνευστικής λειτουργίας.

Στη Θεσ/νίκη λειτουργούν 4 ΜΕΘ: Στο Ιπποκράτειο νοσοκομείο, στο Νοσ. ΑΧΕΠΑ, στο Νοσ. Αγ. Δημήτριος και στο Νοσ. Παπανικολάου με 45 κρεβάτια και 34 μηχανήματα αναπνευστικής λειτουργίας. Επίσης έχουν προγραμματιστεί να λειτουργούν νέες Μ.Ε.Θ. στα Νοσοκομεία των μεγάλων επαρχιακών αστικών κέντρων (Πάτρα, Ιωάννινα, Λάρισα, Ηράκλειο, Χανιά, Τρίπολη, κ.α.).

6. Μεταμοσχευτικά Κέντρα: Από την εφαρμογή του ΕΣΥ λειτουργούν δύο Μονάδες Μεταμόσχευσης και Χειρουργικής Νεφροπαθών: Μία (1) στην Αθήνα (Λαϊκό Νοσοκομείο) και μία στην Θεσ/νίκη (Ιπποκράτειο Νοσοκομείο) αποκλειστικά για μεταμοσχεύσεις νεφρού.

Οι Μονάδες αυτές λειτουργούν και ως Μονάδες αφαίρεσης των μοσχευμάτων με την μετάβαση του Ιατρικού κλιμακίου στο Νοσοκομείο όπου βρίσκεται ο δότης (Αθήνα - Νότια Ελλάδα, Θεσ/νίκη, Βόρεια Ελλάδα).

Για τις μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς χιτώνα του οφθαλμού λειτουργούν Μονάδες στην Αθήνα στα Νοσοκομεία Γενικό Κρατικό στο Λαϊκό και στο Τζάνειο.

Στην Θεσ/νίκη στο Ιπποκράτειο, ΑΧΕΠΑ, Παπανικολάου και στην επαρχία στα Νοσοκομεία Ιωαννίνων και Πατρών.

8.2. Το κόστος των Μεταμοσχεύσεων

Αν και οι Μεταμοσχεύσεις οργάνων αυξάνονται επιτυχώς, το κόστος όλης αυτής της διαδικασίας είναι ακόμη πολύ μεγάλο (HANS KRUEGER, 1989, σελ.1-17). Ο μέσος όρος αμοι-

βής στις ΗΠΑ ποικίλει από 25.000\$ έως 30.000\$ για μεταμόσχευση νεφρού και έως 135.000\$ για Μεταμόσχευση συκωτιού. Τα έξοδα αυτά συνδέονται και με τεράστια μετεγχειρητικά ποσά, λ.χ. η σχετικά "φθηνή" μεταμόσχευση νεφρών υπολογίζεται να κοστίζει 5.000 έως 8.000 \$ ετησίως, με συνολικό δηλαδή κόστος για τον λήπτη 230.000 \$.

Η εκτίμηση του κόστους διαδικασίας ποικίλει σημαντικά και επηρεάζεται από ένα αριθμό παραγόντων όπως:

- Ο αριθμός των επιπλοκών που υπεισέρχονται.
- Η διαφορά των πρακτικών μεθόδων
- Η διαφορά στον τρόπο που οι επαγγελματικές τιμές αναφέρονται
- Η συχνότητα απόρριψης και η επαναφορά στο νοσοκομείο
- Το κόστος διαφέρει γεωγραφικά.

Όμως και πάλι οι Μεταμοσχεύσεις παρουσιάζονται πλεονεκτούσες σε μια ανάλυση κόστους - ωφέλειας.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Συμβουλίου της Ευρώπης, το κόστος της αιμοδιύλισης επί ένα έτος σε νοσοκομείο ήταν το Νοέμβριο του 1980, 9.800 λίρες Αγγλίας, στο σπίτι του ασθενή 6.450 λίρες, ενώ το κόστος της Μεταμόσχευσης και επί ένα έτος μετεγχειρητική παρακολούθηση ήταν φθηνότερη γύρω στις 4.700 λίρες.

Πιο αναλυτικά, για την Ελλάδα, και σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της Υ.Σ.Ε. υποβάλλονται σε θεραπεία κλασσικής αιμοκάθαρσης, 2.500 νεφροπαθείς.

Η θεραπεία του χρονίως αιμοκαθαιρομένου ασθενή, απαιτεί εξειδικευμένη νοσηλευτική υποδομή, με υψηλό κόστος λειτουργίας, σε οτιδήποτε αφορά την Ιατρική, Παραϊατρική και Τεχνική κάλυψή της.

Σε κάθε κράτος η σχετική δαπάνη καταλαμβάνει μεγάλο ποσοστό του ετήσιου προϋπολογισμού για την Υγεία, το μέγεθος της οποίας απαιτεί την ορθή οργάνωση του προγράμματος αντιμετώπισης των νεφροπαθών.

Ότι αφορά το κόστος της αιμοκάθαρσης οι παράγοντες εκείνοι που συμπεριλαμβάνονται είναι:

1. Υποδομή - Τεχνολογικός εξοπλισμός
2. Υλικά αιμοκάθαρσης
3. Παρακλινικές εξετάσεις - Φάρμακα
4. Αμοιβές Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η ανάπτυξη των Μεταμοσχεύσεων που ουσιαστικά αποτελούν την μοναδική λύση για να μπορέσουν οι νεφροπαθείς, να ζήσουν ως φυσιολογικοί άνθρωποι και για να μειωθούν αισθητά οι τεράστιες δαπάνες του κράτους και των ασφαλιστικών ταμείων. Ιδιαίτερα αν λάβει κανείς υπόψη του πως κάθε χρόνο προστίθενται πεντακόσιοι νέοι νεφροπαθείς.

Ποιός όμως είναι υπεύθυνος για την καταβολή των δαπανών που απαιτούνται σε μια Μεταμόσχευση;

Σύμφωνα με τον νόμο 1383/83 οι δαπάνες για την προετοιμασία και την πραγματοποίηση της αφαίρεσης ιστών και οργάνων από ζωντανό δότη και αν ακόμα για λόγους ανεξάρτητους από την θέληση του υποψηφίου 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.

Οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα ή από τον κρατικό προϋπολογισμό είναι:

1. Οι ιατρικές εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν, κατά και μετά την αφαίρεση και εξαιτίας αυτής.
2. Τα έξοδα μετακίνησης και διαμονής του υποψήφιου δότη.
3. Κάθε θετική ζημιά του υποψήφιου δότη εξαιτίας της αποχής από την εργασία του, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία που ο υποψήφιος δότης στερήθηκε εξαιτίας της απουσίας του για την προετοιμασία και πραγματοποίηση της αφαίρεσης και την αποκατάσταση της υγείας του.

Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή του υποψήφιου δότη εξαιτίας 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 οικογενείας του, σύμφωνα με τις διατάξεις που διέπουν την 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.

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 οικογενείας του εφάπαξ

αποζημίωση που βαρύνει τις ειδικές πιστώσεις του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Το ύψος της εφάπαξ αποζημίωσης καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Ως δικαιούχοι μέλη της οικογένειας του δότη ή του υποψήφιου δότη για την 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 από αυτούς.

Με προεδρικό Διάταγμα 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.

Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εγγράφεται κάθε χρόνο, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό, ειδική πίστωση για δαπάνες αφαίρεσης και μεταμοσχεύσεις μοσχευμάτων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκόποι της μελέτης μας ήταν να παρουσιάσουμε και να εξετάσουμε την νεφροπάθεια, η οποία είναι μια χρόνια ασθένεια, που έχει καταλυτική επίδραση στη ζωή του πάσχοντα προκαλώντας τεράστιες μεταβολές τόσο στον ατομικό όσο και στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο του. Και στη συνέχεια να δείξουμε την αξία και τη σοβαρότητα της μεταμόσχευσης, σαν την πιο αποτελεσματική λύση στο πρόβλημα, καθώς και της δωρεάς οργάνων ως απαραίτητη προϋπόθεση για τη μεταμόσχευση, σαν δραστηριότητα με αντίκτυπο τόσο στον ατομικό χώρο του πάσχοντα όσο και γενικά στο κοινωνικό σύνολο.

Για να προσεγγίσουμε το θέμα ξεκινήσαμε από την επαφή μας με ανθρώπους, που ήταν άμεσα ασχολούμενοι με το συγκεκριμένο θέμα, δηλαδή νεφρολόγους και χειρουργούς του Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου (Κυριώτερο μεταμοσχευτικό Κέντρο) και την Κοινωνική Λειτουργό της Μονάδας Μεταμόσχευσης. Από αυτούς πήραμε κατευθύνσεις για την απαιτούμενη βιβλιογραφία που αφορούσε το θέμα μας καθώς επίσης και για την ανεύρεση προσώπων και φορέων σχετικών με το θέμα.

Οι βασικοί χώροι από τους οποίους εξασφάλισαμε το αναγκαίο βιβλιογραφικό υλικό ήταν η Ιατρική βιβλιοθήκη του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθήνας, του Λαϊκού, του Αλεξάνδρας, του Ιπποκράτειου Γενικών Νοσοκομείων Αθήνας. Για την βιβλιογραφική κάλυψη των νομικών, ιατρικών θεμάτων επισκεφθήκαμε τη βιβλιοθήκη της Νομικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, τμήμα Ιατρικού Δικαίου. Για την κάλυψη

των θεολογικών θεμάτων επισκεφθήκαμε τη βιβλιοθήκη της Ιεράς Συνόδου. Επίσης σημαντικό υλικό προμηθευτήκαμε από τους συλλόγους Νεφροπαθών και Μεταμοσχευμένων, την Υ.Σ.Ε. και από παράγοντες του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε έντυπα και φυλλάδια καθώς αρκετά τεύχη εξειδικευμένων περιοδικών και τέλος από το αρχείο της Βουλής, προμηθευτήκαμε αρκετά φύλλα διαφόρων ημερησίων εφημερίδων και μερικά φύλλα εφημερίδας της Κυβερνήσεως. Επίσης είχαμε την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε μια ημερίδα που έγινε στις 15 Δεκεμβρίου 1990, με θέμα "Μεταμόσχευση μυελού των οστών", που οργανώθηκε από την ΦΛΟΓΑ, σύλλογο γονιών και παιδιών με Νεοπλασματική Ασθένεια, την Πανελλήνια Κίνηση για την Μεσογειακή Αναιμία, που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα. Τέλος θα ήταν παράλειψη να μην αναφέρουμε το Σύλλογο Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδας.

Εξαιτίας της έκτασης και της ποικιλίας σε ανθρώπινο δυναμικό που λαμβάνει μέρος στην δραστηριότητα, την ενέργεια του οποίου ήταν επιβεβλημένο να συντονίσουμε για να έχουμε ένα ομοιόμορφο αποτέλεσμα, οπωσδήποτε αντιμετωπίσαμε αρκετές δυσκολίες και προβλήματα είτε στην προσέγγιση, είτε στην άντληση των πληροφοριών.

Συγκεκριμένα είχαμε αρκετές επαφές (Μητροπολίτης Ανδρούτσας Αναστ.Γιαννουλάτος) οι οποίες χρειάστηκαν αρκετό χρόνο για να προετοιμαστούν χωρίς να αποδώσουν τίποτε άλλο εκτός από κάποια παραπομπή. Επίσης αρκετές αναβολές και χρονικές παρατάσεις. Εξάλλου ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίσαμε ήταν η έλλειψη βιβλιογραφίας πάνω στο συγκε-

κριμένο θέμα, που να μην έχει χαρακτήρα καθαρά εξειδικευμένο στον ιατρικό χώρο. Πράγμα το οποίο μας δημιούργησε σοβαρές δυσκολίες γιατί δεν ήταν εύκολο να κατανοήσουμε και να χειριστούμε την ιατρική ορολογία. Επίσης πουθενά δεν βρήκαμε κάποια εξειδικευμένη μελέτη αναφερόμενη στο θέμα παρά μόνο κάποιες αποσπασματικές αναφορές.

Εκείνο ακόμα, που θέλουμε να αναφέρουμε είναι ότι όταν ζητήσαμε την επίσημη θέση του Σ.Κ.Λ.Ε. επάνω στο θέμα της Νεφροπάθειας - Μεταμόσχευσης - Δωρεά Οργάνων, περιορίστηκε να μας απαντήσει ότι δεν υπάρχει κάποια σταθερή άποψη για το θέμα αλλά ο Σ.Κ.Λ.Ε. εκφράζεται μέσα από την άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών στις ανάλογες υπηρεσίες.

Τέλος παρ'όλες τις δυσκολίες δεν μπορούμε να μην αναγνωρίσουμε και εκτιμήσουμε τη διάθεση και τη βοήθεια που μας προσέφεραν οι περισσότεροι από επώνυμους ή μη παράγοντες που απευθυνθήκαμε. Έτσι ήρθαμε σε επαφή με τους Προέδρους και τα μέλη των Συλλόγων των Νεφροπαθών και Μεταμοσχευμένων γιατί μόνο έτσι θα μπορούσαμε να έχουμε τις έγκυρες θέσεις του επίσημου αντιπροσωπευτικού οργάνου νεφροπαθών και μεταμοσχευμένων, με νομικούς και ιατροδικαστή γιατί όπως αναφέρθηκε και στην αρχή της μελέτης η νομική πλευρά του θέματος έχει μεγάλη σημασία στη διερεύνηση του θέματος, με παράγοντες του γραφείου τύπου και πληροφοριών της Ιεράς Συνόδου, με καθηγητή της Θεολογικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθήνας γιατί το θέμα έχει ηθική χροιά και άπτεται θρησκευτικών δογμάτων, με παράγοντες της Υ.Σ.Ε. μια και αποτελεί το βασικό συντονιστικό

στη σημερινή Ελληνική κοινωνία καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι μια περιγραφική έρευνα (Φίλιας 1977 σελ. 27-31), θα μπορούσε να λειτουργήσει ενισχυτικά σε ότι προηγουμένως εξετάσαμε θεωρητικά.

Τα υποκείμενα της έρευνας μας (ερωτώμενοι) επιδιώξαμε να έχουν όλα κάποια χαρακτηριστική θέση στο θέμα "Νεφροπάθεια - Μεταμόσχευση - Δωρεά Οργάνων", ώστε να εξασφαλίσουμε το κύρος των πληροφοριών που παραθέσαμε.

Αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε την εντοπισμένη συνέντευξη (Φίλιας 1977 σελ. 129-137) αφενός για να καταφέρουμε να συγκεντρώσουμε πληροφορίες για όλα τα θέματα που μας ενδιέφεραν αλλά παράλληλα να δώσουμε την ευκαιρία στον ερωτώμενο να αναπτύξει το θέμα από την δική του πλευρά θέτοντας τις δικές του προτεραιότητες.

Έτσι εξατομικεύσαμε τα ερωτήματα των συνεντεύξεων, ανάλογα με τον ερωτώμενο και βέβαια ανάλογα με τον χώρο που εκπροσώπωσε.

Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες δεν μπορούμε να έχουμε ένα κατηγοριοποιημένο αποτέλεσμα αλλά πιστεύουμε ότι δεν θα εξυπηρετούσε και στο μήνυμα που επιδιώκει να συζητήσει η μελέτη μας, δηλαδή επίπεδο ζωής στον χρόνια πάσχοντα νεφροπαθή είτε αυτό μεταφράζεται σαν ποιότητα στη νοσηλεία, είτε αφορά τη διάδοση της δωρεάς οργάνων που θα έχει σαν συνέπεια την αύξηση των μεταμοσχεύσεων.

Τα ερωτηματολόγια μας συμπληρώθηκαν με προσωπικές συνεντεύξεις εξαιτίας φυσικά, του είδους της συνέντευξης και της επιδίωξης μας να υπάρξει ελαστικότητα και εύρος στη συνέντευξη για την πλουσιότερη συλλογή πληροφοριών. Οποσδήποτε έτσι εξασφαλίστηκαν οι απαραίτητες διασαφηνίσεις

όργανο της όλης υπόθεσης νεφροπάθεια - μεταμόσχευση -
 - δωρεά και τέλος με νεφροπαθείς και μεταμοσχευμένους
 με ευρύτερη κοινωνική δραστηριότητα.

Πιο αναλυτικά και σχηματικά απευθυνθήκαμε στους πιο κάτω:

- Πρόεδρο Συλλόγου Νεφροπαθών
- Πρόεδρο Συλλόγου Μεταμοσχευμένων
- Διευθύντρια της Υ.Σ.Ε.
- Γενικό Γραμματέα Τύπου και Πληροφοριών της Ιεράς
 Συνόδου
- Νομικό Σύμβουλο του Υπουργείου Υγείας - Πρόνοιας
 και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Σ.Κ.Λ.Ε.
- Ιατροδικαστή και Μέλος της Υ.Σ.Ε., καθηγητή Τοξικο-
 λογίας Πανεπιστημίου Αθήνας.
- Νεφρολόγο - Χειρουργό του Λαϊκού Γενικού Νοσ.Αθήνας.
- Κοινωνική Λειτουργό της Μονάδας Μεταμόσχευσης του
 Λαϊκού Νοσοκομείου.
- Ανώτατη υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και
 Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Αρχιμανδρίτη και Καθηγητή της Θεολογικής Σχολής
 του Πανεπιστημίου Αθήνας.

Αφού μελετήσαμε τη βιβλιογραφία, που διαθέταμε με
 παράλληλες προσωπικές επαφές με όλους τους φορείς που
 προαναφέρουμε ώστε πέρα από τη θεωρητική κάλυψη να έχουμε
 μια εμπειριστατωμένη εικόνα για το θέμα και αφού όπως έχουμε
 αναφέρει και στο σκοπό επιδιώκουμε να δώσουμε έμφαση στο
 τρόπο που βιώνεται η ασθένεια και τη θέση που έχει μέσα

και η παροχή ερεθισμάτων στους ερωτώμενους για διερεύνηση του θέματος.

Οι ερωτώμενοι ήταν στο σύνολό τους (11) και ήταν οι εκπρόσωποι των φορέων ή ειδικοί επί του θέματος, που έχουν αναφερθεί και στην σελ. (148). Από αυτούς δέχθηκαν να απαντήσουν οι (7). Ένας (1) ο Σ.Κ.Α.Ε μας παρέπεμψε σε επαγγελματία του Νοσοκομειακού χώρου και τρεις (3) δε δέχθηκαν για προσωπικούς λόγους ή με άλλη αιτιολογία (π.χ. φόρτο εργασίας).

Επειδή όπως προαναφέρθηκε χρησιμοποιήθηκε σαν τεχνική η εντοπισμένη συνέντευξη και είναι δύσκολο να βγούν συμπεράσματα (Φίλιας 1977, σελ. 137), προτιμήσαμε πριν να δώσουμε μερικά συμπεράσματα επί των απαντήσεων να παραθέσουμε όλες τις συνεντεύξεις ώστε ο αναγνώστης να διαμορφώσει πληρέστερη εικόνα για το πως (ειδικοί και αρμόδιοι τοποθετούνται απέναντι στο θέμα".

(Τα ερωτήματα για κάθε συνεντευκτική παρατίθενται στο παράρτημα Β σελ. 245-250).

Σ Υ Ν Ε Ν Τ Ε Υ Ξ Η

ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ κ. ΧΡ. ΜΟΑΤΣΟ *

Ενας νεφροπαθής από τη στιγμή που φτάνει στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, οπότε και επιβάλλεται η σύνδεση του με τον τεχνητό νεφρό, έχει να αντιμετωπίσει ένα πλήθος μεταβολών σ' όλους τους τομείς της ζωής του. Πιο συγκεκριμένα, είναι μεγάλη μεταβολή το γεγονός ότι αναγκάζεται να βρίσκεται κάθε δεύτερη μέρα στο νοσοκομείο, στη μονάδα του T.N.

Αρχικά, στο διάστημα περίπου των τριών πρώτων μηνών, αυτό είναι κάτι ανεκτό.

Σιγά-σιγά όμως, αρχίζει να συνειδητοποιεί την εξάρτηση από το μηχάνημα, ενώ παράλληλα διαπιστώνει όλο και περισσότερο τη σωματική του αδυναμία. Οπότε αρχίζει να αγχώνεται, να χάνει την ψυχική του ηρεμία και ισορροπία. Οι δυνάμεις του μειώνονται με σταθερό ρυθμό και η αποδοτικότητά του πέφτει. Αυτό έχει άμεσες συνέπειες τόσο στην προσωπική, κοινωνική όσο και επαγγελματική του ζωή.

Του είναι δύσκολο να ανταπεξέλθει στις επαγγελματικές του υποχρεώσεις.

Επειτα κλονίζονται και οι προσωπικές και οικογενειακές του σχέσεις. Συνήθως τα συζυγικά και οικογενειακά προβλήματα είναι εντονότατα και αφορούν όλους ανεξαιρέτως τους νεφροπαθείς. Σ' ένα μεγάλο ποσοστό που ξεπερνά το 50%, οι οικογένειες διαλύονται. Και αυτό γιατί μετά τα 2-2.1/2 χρόνια το πρόβλημα γίνεται αξεπέραστο.

Στο σύλλογο μας υπάρχουν πολλές τέτοιες περιπτώσεις γυναικών

* (βλ. παράρτημα Β. σελ. 248)

και αντρών , αν και από την εμπειρία έχει παρατηρηθεί ότι οι υγιείς σύζυγοι εγκαταλείπουν τις νεφροπαθείς συζύγους τους σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Όλες αυτές οι δύσκολες καταστάσεις κάνουν τον νεφροπαθή ερεϊστικό και δύσκολο. Το αποτέλεσμα είναι να απομονώνεται και να περιθωριοποιείται .

Παρόλα αυτά, τα προβλήματα των σχέσεων δεν λειτουργούν για τον νεφροπαθή όπως για τους άλλους ανθρώπους. Και αυτό γιατί μπαίνουν σε δεύτερη μοίρα στη ζωή του. Ο νεφροπαθής είναι ένας άνθρωπος μειωμένης αντίστασης, παραιτημένος .

Μετά τα 2-2.1/2 χρόνια τσακίζεται και απλά υπομένει άβουλα. Κυριεύεται από απελπισία και αναρωτιέται αν αξίζει να ζει. Βέβαια σ' αυτό το σημείο μπορώ να πω ότι δεν έχουμε αυτοκτονίες εξαιτίας της μειωμένης αντίστασης που ανέφερα. Επιπλέον τα προβλήματα επιβίωσης που αντιμετωπίζουν πολλοί νεφροπαθείς είναι τεράστια. Αν λάβουμε υπόψη μας ότι ο θεσμός της ασφάλισης βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, αντιλαμβανόμαστε την οξύτητα του προβλήματος. Αυτή τη στιγμή στη χώρα μας υπάρχουν νεφροπαθείς που φυτοζωούν και αιμοκαθαίρονται με έξοδα της πρόνοιας.

Η μοναδική αντιμετώπιση είναι η μεταμόσχευση. Ειδικά όταν η μεταμόσχευση είναι επιτυχημένη και όλα αυτά τελειώνουν, το συναίσθημα είναι πράγματι καταπληκτικό - ομιλώ από προσωπική μου εμπειρία - η μεταβολή μέσα σου δεν περιγράφεται , είναι σαν να ξαναγεννιέσαι .

Αποδεσμεύεσαι από την εξάρτηση του μηχανήματος, μπορείς να πας οπουδήποτε χωρίς να σκέφτεσαι ότι κινδυνεύεις,

είσαι ελεύθερος και επιπλέον αισθάνεσαι γερός.

Βέβαια και η μεταμόσχευση δημιουργεί στο άτομο αρκετά προβλήματα, κυρίως , προσαρμογής . Ναι μεν αισθάνεσαι ολοκληρωμένος και αυτόρκτης, αλλά είσαι ευάλωτος και συνεχώς εκτεθειμένος στον κίνδυνο της απόρριψης .

Γίνεται αγχωτικός. Προσωπικά πιστεύω ότι η απασχόληση είναι η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος.

Το ουσιαστικό βέβαια είναι ότι με την μεταμόσχευση ο νεφροπαθής λυτρώνεται, μπορεί να ξανακερδίσει τη ζωή και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα επιβίωσης που συχνά του δημιουργεί η απομάκρυνσή του από την παραγωγή.

Το δυσάρεστο είναι ότι δεν υπάρχουν μοσχεύματα. Η πολιτεία έχει κάνει προσπάθειες , κυρίως μέσω της Υ.Σ.Ε., για εξεύρεση και διάθεση μοσχευμάτων. Βέβαια κατά την δικιά μας άποψη τεράστιο ρόλο στο όλο θέμα έχουν οι διευθυντές των Μ.Ε.Θ. οι οποίοι έχουν αναλάβει το έργο της έγκαιρης ή μη πληροφόρησης για την ύπαρξη τους. Νομίζουμε ότι είναι χρήσιμο ο γιατρός να συνεργαστεί με τους συντονιστές⁽¹⁾ της Υ.Σ.Ε. και επίσης να διατηρείται ο κλινικά νεκρός σε καλή κατάσταση για την καλύτερη αντιμετώπιση του θέματος.

Παράλληλα η ενημέρωση είναι το σημαντικότερο κεφάλαιο σε ότι αφορά τη δωρεά οργάνων και συνεπώς τις μεταμοσεύσεις. Η Υ.Σ.Ε. έχει κάνει αξιόλογη δουλειά πάνω στο συγκεκριμένο θέμα γι' αυτό άλλωστε και τα τελευταία χρόνια οι μεταμοσεύσεις στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί σημαντικά και συνεχίζουν

(1) Συντονιστές είναι οι Κ.Α. που αναλαμβάνουν την προσέγγιση των συγγενών για να διευκολύνουν την δωρεά οργάνων.

ανοδικά. Σ' αυτό συντέλεσε και το ότι ξεπεράστηκαν κάποιες προκαταλήψεις, κυρίως θρησκευτικής φύσης έπειτα μάλιστα από την αξιόλογη ενέργεια του αρχιεπισκόπου Σεραφείμ να γίνει δωρητής σώματος. Πάντως ο Έλληνας είναι ιδιαίτερα συναισθηματικός και με την κατάλληλη ενημέρωση μπορεί άνετα να γίνει δωρητής και μάλιστα χωρίς υπολογισμούς και σκοπιμότητα.

Οπωσδήποτε, αφού το θέμα της εμπορευματοποίησης είναι ένα γεγονός στο εξωτερικό, δε μπορεί να μη μας δημιουργεί υποψίες, κυρίως εμάς σαν σύλλογο νεφροπαθών. Όμως παρ' όλα αυτά στη χώρα μας δεν έχουμε τέτοια φαινόμενα και πιστεύουμε ότι σά υτό συντελεί η καλή οργάνωση που έχει καταφέρει να δημιουργήσει η Υ.Σ.Ε., και βέβαια εμείς σα σύλλογος παρακολουθούμε όλη τη δραστηριότητα. Είναι καλό που υπάρχει διαφάνεια και ο καθένας μπορεί να έχει στοιχεία για ό,τι γίνεται αν το θελήσει.

Σα σύλλογος πιστεύουμε ότι η ασφάλεια των μεταμοσχεύσεων θα θινεί με την δημιουργία ιδιωτικών μεταμοσχευτικών Κέντρων και με ανησυχία αντιμετωπίζουμε σήμερα το ενδεχόμενο της συγκατάθεσης της πολιτείας στην ανάπτυξη αναλόγων κινήσεων. Η δικιά μας πρόταση και σαν Πανελλήνιος Σύλλογος νεφροπαθών και σαν υποεπιτροπή του Κ.Ε.Σ.Υ., με θέμα "Πρόληψη και θεραπεία νεφροπαθειών", είναι να περιορίζεται η διενέργεια μεταμοσχεύσεων από το δημόσιο τομέα.

Επίσης τη διατήρηση της Εθνικής λίστας γιατί έτσι παρέχονται ίσες δυνατότητες στους δεινοπαθούντες νεφροπαθείς. Η ισονομία αυτή μέχρι τώρα προστατευόταν επιπρόσθετα από την ύπαρξη εποπτικού συμβουλίου που αποτελούνταν από τον εκπρό-

σωπο του συλλόγου νεφροπαθών, μεταμοσχευμένων, των μέσων ενημέρωσης, εκπρόσωπο του Αρείου Πάγου, ιατροδικαστή, καθηγητή Πανεπιστημίου, εκπρόσωπο της Εκκλησίας, το οποίο επόπτευε την επιλογή. Βέβαια αυτό σήμερα έχει καταργηθεί χωρίς δυστυχώς να υπάρχει αντιπρόταση. Ενώ παράλληλα δίνει, η πολιτεία, την ευκαιρία σε άλλο μεταμοσχευτικό κέντρο να κάνει μεταμόσχευση εκτός λίστας.

Θα ήθελα να κλείσω με τις προτάσεις του συλλόγου μας πάνω στο όλο θέμα:

1. Βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλείας στις μονάδες T.N.
2. Ίδρυση μονάδων στην περιφέρεια για την αποφυγή εσωτερικής μετανάστευσης.
3. Διατήρηση της Υ.Σ.Ε. για την οργάνωση των μεταμοσχεύσεων σε σωστή βάση.
4. Συνεχή προπαγάνδισή της ιδέας της δωρεάς σώματος.
5. Και τέλος μέριμνα για την επανένταξη των μεταμοσχευμένων.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ
 ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ- "ΛΑΪΚΟ" *

δ. κ. Κατσέτου

Νεφροπαθής είναι ο ασθενής εκείνος του οποίου η νεφρική λειτουργία έχει ανασταλεί εξαιτίας παθήσεων των νεφρών. Είναι εκείνος ο άρρωστος που για να επιζήσει αναγκάζεται να συνδέεται με το μηχάνημα του νεφρού τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα. Αυτό το γεγονός του δημιουργεί μια τεράστια εξάρτηση από το ίδιο το μηχάνημα κι από τον ευρύτερο χώρο του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα να αισθάνεται ανασφάλεια όταν βρίσκεται σε χώρους μακριά απ' αυτό. Αυτό κατά την άποψή μου εξηγεί την διαφορετική ψυχολογία και τον ιδιόζοντα χαρακτήρα που σταδιακά αναπτύσσει ένας νεφροπαθής με κύρια χαρακτηριστικά την δυστροπία, την απομόνωση, την ερειστικότητα. Πάντως είναι γεγονός ότι τα όνειρα και οι ελπίδες των νεφροπαθών δεν ξεπερνούν τη μια μέρα, γιατί ξέρουν ότι την επομένη, ή την μεθεπομένη θα βρίσκονται στο τεχνητό νεφρό, πράγμα που μπορεί να τους στοιχειώσει τη ζωή τους.

Η δική μου εμπειρία βέβαια προέρχεται από το χώρο του μεταμόσχευτικού κέντρου του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθήνας οπότε μπορώ να έχω εμπειριστατομένη άποψη για το τι σημαίνει για το νεφροπαθή η μεταμόσχευση και τις συνέπειες που μπορεί να έχει. Γενικά όλοι οι νεφροπαθείς ανεξαιρέτως βλέπουν τη μεταμόσχευση όπως ο διψασμένος το νερό στην έρημο. Κι αυτό γιατί πιστεύουν ότι με την μεταμόσχευση λύνονται όλα τους τα προβλήματα χωρίς όμως να έχουν συνειδητοποιήσει τις πραγματικές της διαστάσεις, ποιά θα πρέπει

* (βλ. παράρτημα β. σελ. 247.)

να είναι η ζωή τους από 'κει και πέρα. Το να κάνεις μεταμόσχευση δεν είναι απλό πράγμα και αρχίζει από την εξεύρεση του νεφρού που αν υπάρχει συγγενείς δότης, η διαδικασία είναι περισσότερο απλή, αν όμως δεν υπάρχει ο νεφροπαθής αναγκάζεται έπειτα από τον απαραίτητο προμεταμοσχευτικό έλεγχο να μπει στη λίστα της Υ.Σ.Ε.. Στη περίπτωση αυτή ο χρόνος που μπορεί να περιμένει κυμαίνεται από την μια μέρα μέχρι χρόνια ή στη χειρότερη περίπτωση ποτέ, αφού όσο καιρό κάνει T.N. μπορεί να τον προλάβουν διάφορες άλλες παθήσεις, που ενδέχεται να του στοιχίσουν τη ζωή.

Στη πρώτη περίπτωση του συγγενή δότη η δουλειά μου, σαν Κ.Α. στο τομέα αυτό, είναι η εξής: "δούλεμα" πολύ κατ'αρχήν με το νεφροπαθή, με το που έρχεται στη μονάδα και με τον υποψήφιο δότη για να δούμε αν τελικά έχει καταλάβει τι σημαίνει μεταμόσχευση, θέλει όντως να δώσει το μόσχευμα ή έχει παρασυρθεί από το όλο κλίμα που επικρατεί σε κάθε κλινική T.N. Σε πρώτη φάση βλέπω πρώτα το νεφροπαθή και παίρνω τα τυπικά στοιχεία, επειδή επιδιώκω να τον γνωρίσω μόνη μου και όχι να μου τον συστήσει κάποιος άλλος. Εκτοτε έχω καθημερινή επαφή μαζί του επειδή ξέρω ότι έρχεται στο νοσοκομείο απροετοίμαστος και ελάχιστα εξοικειωμένος με την ιδέα της επέμβασης έστω κι αν αυτό γίνεται για το καλό του. Έτσι σιγά - σιγά αναπτύσσεται μια σχέση πολύ οικεία. Οποτε είμαι ικανή να ζήσω σε παράλληλες φάσεις το λήπτη και το δότη καθώς και τη ζωή της οικογένειας γιατί οι επιδράσεις της νεφροπάθειας είναι τόσο οικογενειακές, οικονομικές όσο και κοινωνικές.

Έτσι ζώντας όλα αυτά είμαι σε θέση να διαγνώσω και την

αντικειμενικότητα των κριτηρίων που γίνεται μια δωρεά. Και ανάλογα να δουλέψω τόσο με το λήπτη όσο και με το δότη. Τα πράγματα στις πτωματικές μεταμοσχεύσεις είναι οπωσδήποτε πιο πολύπλοκα κι αυτό γιατί είναι πολύ λεπτό θέμα το να ζητήσεις από τον συγγενή, τη στιγμή που πεθαίνει ο δικός του άνθρωπος, να προσφέρει τα όργανά του. Βέβαια μπορεί ο συγγενής να δεχθεί αλλά όταν περάσει αρκετό χρονικό διάστημα του ασθενή στους αναπνευστήρες επηρεάζεται η κατάσταση των οργάνων που προσφέρει. Γι'αυτ'υπάρχει και συνεργασία με τις κοιν. Υπηρεσίες των Νοσοκομείων και με το προσωπικό των εντατικών μονάδων, γιατί αυτοί χωρίς αμφιβολία είναι οι άνθρωποι που έρχονται σε μεγαλύτερη επαφή. Έπειτα προσεγγίζω τους συγγενείς σε συνεργασία βέβαια με κάποιο γιατρό όχι τόσο για να τους πείσω να προσφέρουν τα όργανα του ασθενή τους όσο για να τους κάνω γνωστή την ύπαρξη της μεταμόσχευσης και να τους εξωθήσω τρόπο τινα να σκεφτούν το ενδεχόμενο της σωτηρίας ενός άλλου ανθρώπου. Κι αφού δοθούν τα όργανα πάλι υπάρχει πρόβλημα στις περιπτώσεις εκείνες που οι πιθανοί λήπτες είναι δύο ή και περισσότεροι.

Σ'αυτές τις περιπτώσεις υπεισέρχονται πρώτον και κύριον τα καθαρά ιατρικά κριτήρια δηλαδή η ιστοσυμβατότητα και η καλή προοπτική της επέμβασης και έπειτα τα κοινωνικά. Δηλαδή ηλικία, οικογενειακή κατάσταση επαγγελματική κατάσταση διάφορες άλλες υποχρεώσεις. Αφού συγκεντρωθούν οι διάφοροι υποψήφιοι, σε συνεργασία πάντα με την ιατρική ομάδα, κάνουμε την επιλογή του λήπτη. Και εδώ το θέμα είναι πολύ λεπτό γιατί τόσο ο πιο μεγάλος σε ηλικία ασθενής, μπορεί να υποστηρίξει ότι μειώνονται οι πιθανότητες του

να λάβει μόσχευμα, όσο και ο μικρότερος να επικληθεί το γεγονός ότι έχει τη ζωή μπροστά του.

Αφού γίνει η μεταμόσχευση ο ρόλος μου σα Κ.Λ. είναι κοινός και για τις δύο κατηγορίες που προανέφερα δηλαδή του συγγενή και του πτωματικού. Όταν φύγει ο μεταμοσχευμένος πια από το νοσοκομείο 2 φορές την εβδομάδα λειτουργεί εξωτερικό Ιατρείο στο οποίο παρεβρίσκομαι πάντα, γιατί επιδιώκω να δώ τον ασθενή έξω από την επιβολή του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Από κει και πέρα αρχίζει η προσπάθεια της κοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης του μεταμοσχευμένου μια και ο ίδιος έχει πρόβλημα στις διαπροσωπικές και επαγγελματικές του σχέσεις και οι άλλοι - κυρίως στον επαγγελματικό χώρο - δεν τον αντιμετωπίζουν ισοτίμα. Είναι πολύ δύσκολο να βρούν δουλειά όταν ο εργοδότης ξέρει ότι ο υπάλληλος είναι ευάλωτος και ενδέχεται να χρειάζεται κατά καιρούς νοσηλεία. Παρ'όλα αυτά ο εργοδότης έχει συμφέρον από ένα τέτοιο εργαζόμενο εφ'όσον επιδοτείται από τον Ο.Α.Ε.Δ. με 30.000 το μήνα.

Έπειτα επηρεάζονται και οι σχέσεις τους, κυρίως των νέων ανθρώπων αφού η επηρεια των πολλών φαρμάκων έχει άμεση επίδραση στην ψυχολογία του, στην εμφάνιση του, στην καθημερινή του ζωή. Μεγάλο πρόβλημα παρουσιάζουν ακόμα και οι σχέσεις των δύο φύλων. Είτε αφορών ήδη υπάρχοντες δεσμούς, είτε περιθώρια νέων γνωριμιών.

Όμως ο μεταμοσχευμένος εφ'όσον πάει καλά είναι ένα "σφουγγάρι" που ρουφάει τη ζωή και είναι πολύ αισιόδοξος. Από την εμπειρία, βέβαια, μπορώ να πώ ότι όλοι οι μεταμοσχευμένοι ζούν με το άγχος του απρόβλεπτου. Μια απόρριψη

ανατρέπει τα πάντα και οδηγεί τον ασθενή σε χειρότερα υφολογικά αδιέξοδα. Εδώ η κατάσταση είναι πάρα , μα , παρα πολύ δύσκολη.

Για να περάσουμε τώρα στο θέμα της δωρεάς οργάνων αναμφισβήτητα η αξία της είναι μεγάλη. Όσον αφορά τα τυπικά θέματα υπάρχει η Υ.Σ.Ε. που έχει οργανώσει μια εκστρατεία πληροφόρησης και συντονισμού των πτωματικών μεταμοσχεύσεων. Βέβαια προσωπικά πιστεύω ότι δεν έχουμε μεγάλα ποσοστά στην προσφορά οργάνων. Αμφιβάλλω για την επάρκεια της πληροφόρησης όταν μάλιστα ζούμε φαινόμενα που στα ίδια τα νοσοκομεία υπάρχει άγνοια του φορέα που πρέπει να απευθυνείτο άτομο για να γίνει δωρητής. Εχω ακούσει ότι σε κάποια νοσοκομεία αυτή την υπευθυνότητα έχουν αναλάβει διοικητικοί υπάλληλοι . Φαντάζομαι η κατάσταση αυτή θα είναι πολύ χειρότερη στην επαρχία. Παρ'ότι τον τελευταίο καιρό έχουν γίνει αρκετές συζητήσεις και θόρυβοι γύρω από το θέμα διατηρώ επιφυλάξεις για την καλή ενημέρωση του ίδιου του προσωπικού των νοσοκομείων πολύ δε περισσότερο του κοινού. Θα τοποθετήσω το πρόβλημα της φοβίας σε χαμηλότερο επίπεδο και σαν προέκταση της άγνοιας αλλά είναι ένα γεγονός. Παρα πολλοί αναρωτιώνται , πως θα είναι σίγουροι για την καλή , μη κερδοσκοπική χρήση των οργάνων τους καθώς και τον κίνδυνο που θέτουν στην ασφάλεια τους σε πιθανή δύσκολη στιγμή.

Τα περιθώρια που διαβλέπω να παρέχουν βελτίωση στο θέμα των μεταμοσχεύσεων είναι αρχικά η πολυ καλή ενημέρωση του προσωπικού, κυρίως των εντατικών μονάδων και έπειτα των νοσοκομείων, η ευαισθητοποίηση αυτών καθώς και του κοινού, να διαφαίνεται η ασφαλεία της υγείας και της προσω-

πικρότητας τόσο του λήπτη όσο και του δότη, καθώς επίσης να καταπολεμηθεί η αδιαφορία γιατί κατά την άποψή μου αποτελεί σοβαρό εμπόδιο στην εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων.

Σ Υ Ν Ε Μ Τ Ε Υ Ξ Η
ΜΕ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΗ κ. Α. ΚΟΥΤΣΕΛΙΝΗ *

Η Μεταμόσχευση αποτελεί βέβαια μία ιατρική πράξη η οποία αφορά τη λήψη του μοσχεύματος από ζωντανό ή νεκρό δότη, αλλά η λήψη αυτή καθ'αυτή του μοσχεύματος προϋποθέτει και μία νομική εξουσιοδότηση για τον γιατρό. Και αν μεν πρόκειται για ζωντανό δότη, το πράγμα είναι απλό. Γιατί εφόσον εξασφαλιστεί η συγκατάθεση του ζωντανού δότη και ορισμένες άλλες αρχές όπως αυτή της εχεμύθειας, της μη εμπορευσιμότητας του μοσχεύματος, μπορεί στη συνέχεια η διεργασία της μεταμόσχευσης να προχωρήσει.

Εκείνο όμως το οποίο επιβάλλει πολύ περισσότερο μια νομοθετική ρύθμιση είναι η λήψη μοσχεύματος από πτωματικό δότη κι αυτό γιατί το άτομο από τη στιγμή που θα πεθάνει παρακολουθεί ένα ιδιαίτερο νομικό καθεστώς.

Η τύχη, δηλαδή, του πτώματος, παρακολουθεί μια ιδιαίτερη νομική διαδικασία, δικαστική θα το λέγαμε, έως ότου εξασφαλιστεί αφ'ενός μεν η ακριβής αιτία του θανάτου αφ'ετέρου οι συνθήκες κατά τις οποίες επήλθε ο θάνατος. Έτσι προκειμένου ο γιατρός να πάρει από ένα πτώμα το μόσχευμα θα πρέπει προηγουμένως να έχει αποφανθεί κατά τρόπο οριστικό και τελεσίδικο η ιατροδικαστική αρχή ότι η αιτία του θανάτου και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες επήλθε ο θάνατος είναι συγκεκριμένες και δεν υπάρχει θέμα περαιτέρω διερεύνησης. Από τη στιγμή που το άτομο θα καταλήξει, το πτώμα του ανήκει στον Εισαγγελέα, που σημαίνει ότι θα πρέπει να έχει διασφαλιστεί ότι ο θάνατος του οφείλεται σε συγκεκριμένα αιτία και σαφώς δεν κρύβεται κάποια άλλη βίαιη πράξη.

* (βλ παραρτήματα Β σελ. 24α)

Βέβαια πριν απ'όλα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι το άτομο είναι νεκρό. Και είναι το πρώτο, που ενδιαφέρει τον μεταμοσχευτή, γι'αυτό και πρέπει να εξασφαλίζεται η διάγνωση του θανάτου. Τι είναι όμως, θάνατος. Είναι πάρα πολύ μεγάλο θέμα. Παλαιότερα πιστευόταν ότι ήταν η παύση της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Σήμερα πιστεύεται ότι νεκρό είναι ένα άτομο όταν ο εγκέφαλος του πάψει να δίνει σήματα, πάψει να ζει. Για να διαπιστωθεί αυτό χρειάζεται μια διαδικασία καθαρά ιατρική, θα πρέπει να διαπιστωθεί ότι ανεξάρτητα από τη λειτουργία της καρδιάς ο ασθενής έχει περιπέσει σ'αυτό το λεγόμενο μη ανατρέψιμο κώμα. Ότι είναι δηλαδή εγκεφαλικά νεκρός και εφόσον διαπιστωθεί αυτό έχει τη δυνατότητα ο γιατρός να επέμβει για να πάρει ένα μόσχευμα. Να λοιπόν γιατί θα πρέπει οπωσδήποτε να υπάρχει μια ειδική ρύθμιση η οποία θα επιτρέπει:

α) στο γιατρό να διαγνώσει το θάνατο, τότε ένα άτομο είναι νεκρό.

β) Να του δίνει την εξουσιοδότηση να ενεργήσει αφού εξασφαλιστούν οι προϋποθέσεις, μιας ιατροδικαστικής πραγματογνωμοσύνης.

Η Μεταμόσχευση έχει και σημαντικές ηθικές προεκτάσεις. Το Νομικό πλαίσιο, όπως είπαμε, είναι καθορισμένο, από κει και πέρα τα διάφορα ηθικά ζητήματα είναι κάτι το οποίο δεν νομοθετείται. Εναπόκεινται στην συνείδηση του καθενός. Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις που έχουν και νομικό περίβλημα όπως αυτή του ζωντανού δότη, η συγκατάθεση του, η μη εμπορευσιμότητα του μοσχεύματος είναι θέματα ηθικής τάξης με νομική διάσταση. Όπως επίσης και στην πτωματική μεταμόσχευση, όπου παλαιότερα ήταν αρκετή η

συγκατάθεση των συγγενών, σήμερα όμως έχει αρθεί μερικά, για παράδειγμα λαμβάνεται υπόψη η δεδηλωμένη άρνηση του θανόντος, η μεταμόσχευση είναι κάτι που δεν προσιδεάζει προς την φιλοσοφία, προς το θρησκευτικό προσανατολισμό του θανόντος.

Κατά τα υπόλοιπα, τα ηθικά στοιχεία είναι τα ίδια που ακολουθούν πάντοτε κάποια ιατρική πράξη. Δεν θα πρέπει η πράξη αυτή να είναι εμπορεύσιμη, δεν θα πρέπει να γίνεται χωρίς τη συναίνεση του δότη ή των συγγενών αυτού ή οποιουδήποτε ενδιαφερομένου και φυσικά θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να ακολουθείται το απόρρητο για να μη δημιουργούνται ηθικά προβλήματα τα οποία θα μπορούσαν να βλάψουν τον δέκτη. Δυστυχώς όμως έχουμε και δείγματα δημοσιοποίησης και κατάργησης αυτής της νομικής απαγόρευσης. Ενέργειες που πέρα από άνομες δεν μπορούν και δεοντολογικά, ηθικά να σταθούν, γιατί η προσφορά οργάνων είναι προσφορά ζωής και μια προσφορά ζωής μέσα στα πλαίσια της ηθικής δεν μπορεί να είναι επώνυμη. Βέβαια μπορεί κανείς να υποσχεθεί και να παρασχει κάποιες ηθικές αμοιβές στο δότη, είναι λογικό, είναι αναμενόμενο, αλλά μακριά από οποιαδήποτε δημοσιότητα που θα μπορούσε να φέρει κοντά δότη και δέκτη. Αυτό είναι απαράδεκτο από δεοντολογικής ιατρικής πλευράς. Όπως είπα όμως, η νομική προστασία είναι περιορισμένης σημασίας και αξίας. Δεν είναι κάτι το οποίο ο νόμος αν και το συμπεριλαμβάνει στις διατάξεις του μπορεί να το ελέγξει αυστηρά. Κι αυτό γιατί ορίζεται πολύ αόριστα απ τη νομοθεσία.

Στη δε δωρεά σώματος γενικά, ισχύουν ακριβώς αυτά που αναφέρθηκαν ανωτέρω. Με μια ιδιαιτερότητα υπάρχει ο προβλη-

ματισμός αν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συγκατάθεση των άμεσων συγγενών εφόσον υπάρχει η συγκατάθεση του νεκρού. Γενικά δηλαδή, τα θέματα της ηθικής και της δεοντολογίας είναι θέματα που δεν μπορούν να επιβληθούν μόνο με το νόμο αλλά εναπόκεινται στην συνείδηση του καθενός.

Τώρα όσον αφορά τους νομικούς κινδύνους, είναι ευκολονόητοι και αφορούν κυρίως περιπτώσεις στις οποίες πρόωρα έχει διαγνωσθεί ένας θάνατος χωρίς να είναι ακόμα εγκεφαλικός θάνατος. Βέβαια δεν υπάρχουν τέτοιες περιπτώσεις ο γιατρός να βιαστεί να διαγνώσει "θάνατο" για να πάρει κάποιο μόσχευμα. Έτσι οι ουσιαστικοί κίνδυνοι είναι μήπως ή λήψη μοσχεύματος αφορά ένα πτώμα του οποίου τα αιτία θανάτου δεν έχουν δικαστικά διερευνηθεί. Σ' αυτό μάλιστα το σημείο, μπορώ να πω η δική μας νομοθεσία είναι αρκετά ατελής δεν έχει συμπληρωθεί και επειδή το πτώμα όπως ανέφερα προηγουμένως ανήκει στον εισαγγελέα δεν υπάρχει θέμα εξουσιοδότησης στο γιατρό που να τον κατοχυρώνει στη λήψη του μοσχεύματος. Αλλά ελπίζουμε να αρθεί σύντομα το κώλυμα αυτό το οποίο υπάρχει και να δοθεί μεγαλύτερη δυνατότητα ούτως ώστε οι λεγόμενοι κίνδυνοι από μια τέτοια ελλειψή ιατροδικαστικής μέριμνας να ξεπεραστούν. Γιατί βεβαίως η δικαιοσύνη είναι υποχρεωμένη να διερευνήσει τα αίτια ενός θανάτου.

Η δε δωρεά σώματος δεν είναι παρακινδυνευμένη, νομικά αφού υπάρχει η συγκατάθεση του αποβιώσαντος, εφόσον εν ζωή ακόμη είχε αποφασίσει να δώσει το σήμα του για χάρη της ανθρωπότητας και της επεατήμης. Αν χρειάζεται γενικά μια νομική κατοχύρωση της ιατρικής πράξης που λέγεται

μεταμόσχευση αυτό αφορά μόνο την πτωματική μεταμόσχευση, σ' αυτό που προείπα, στο να υπάρχει δηλαδή μια κατοχύρωση του γιατρού κατά τη λήψη του πτωματικού μοσχεύματος. Και αν αυτή τη στιγμή έχουμε προβλήματα είναι αυτό ακριβώς, ότι οι μεταμοσχευτές θέλουν μοσχεύματα που να προέρχονται από νέους κυρίως ανθρώπους. Που όμως οι θάνατοι τους είναι επί το πλείστον βίαιοι και όχι φυσιολογικοί. Γι' αυτό και αυτοί οι θάνατοι είναι από την αρχή ακόμη ιατροδικαστικά περιστατικά. Έτσι παρεμποδίζεται αμέσως η ενέργεια των γιατρών για να εξασφαλίσουν τα μοσχεύματα. Και θα πρέπει πρώτα να τελειώσει το ιατροδικαστικό έργο για να ληφθούν τα μοσχεύματα. Αλλά εάν καθυστερήσει αρκετά αυτή η διαδικασία τότε τα μοσχεύματα αυτά είναι αχρηστα. Έτσι λοιπόν χρειάζεται μια νομική κατοχύρωση και ο γιατρός που θα διενεργήσει για τη λήψη μοσχευμάτων από το νέο αυτό άτομο, αλλά βέβαια και η δικαιοσύνη, να κάνουν το έργο τους. Αυτό βέβαια θα γίνει αντικείμενο νομικής ρύθμισης με αλλαγές στο νομικό καθεστώς των μεταμοσχεύσεων.

Όσον αφορά τέλος, κάποια δημοσιεύματα, των ημερών μας, του τύπου, για εμπορευματοποίηση μοσχευμάτων και άλλων ανάλογων εγκλημάτων, είναι αποτελέσματα νοσηρής φαντασίας που στόχο έχουν να προσελκύουν το ενδιαφέρον του κοινού να αυξάνουν και την αγοραστική τους δύναμη, διαστρεβλώνοντας την αλήθεια, τρομοκρατώντας τους ανθρώπους, οδηγώντας έτσι στην παραπλάνηση και στο διασυρμό της ιδέας της δωρεάς οργάνων.

Σ Υ Ν Ε Ν Τ Ε Υ Ξ Η

ΜΕ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΛΑΪΚΟΥ ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ *

κ. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟ

Μέχρι το 1960 περίπου όσοι ασθενείς κατέληγαν στο τελευταίο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας ήταν καταδικασμένοι να πεθάνουν. Από το 1960 με την εξωνεφρική κάθαρση οι άνθρωποι αυτοί κατορθώνουν να επιζούν. Βέβαια η πλήρως αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας γίνεται με την μεταμόσχευση νεφρού. Συνοπτικά η αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας αντιμετωπίζεται με την συντήρηση του ασθενή στη ζωή, στην πρώτη περίπτωση, με την βελτίωση της ποιότητας ζωής του στην δεύτερη. Σήμερα στην Ελλάδα έχουμε περίπου 3.800 νεφροπαθείς. Αυτοί οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι 3 φορές τη βδομάδα να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ενώ το κόστος της γενικότερης νοσηλείας είναι τεράστιο. Αυτό οδήγησε στο να διατυπωθεί η σκέψη ότι ποτέ τόσοι πολλοί δεν έχουν πληρώσει τόσα πολλά για τόσοους λίγους". Εκτός από αυτό πιστεύω, ότι αυτοί οι ασθενείς είναι οι πιο ταλαιπωρημένοι ασθενείς αφού η συχνότητα της σύνδεσής τους με το μηχάνημα περιορίζει όλη τους τη ζωή. Το γεγονός ότι η εξωνεφρική κάθαρση υποκαθιστά τη λειτουργία του οργανισμού κατά ένα μικρό ποσοστό αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη σοβαρή βλάβη όλων των άλλων συστημάτων του ασθενή που υπόκειται σε εξωνεφρική κάθαρση, δηλαδή γενετικό, νευρικό, καρδιαγγειακό, πεπτικό κλπ. Γιατί δεν είναι δυνατόν η εξωνεφρική κάθαρση να απομακρύνει τοξικούς παράγοντες που προκαλούν σοβαρές βλάβες σ'όλο τον οργανισμό. Επίσης πολλές φορές γίνονται μεταναστες στην ίδια τους την πατρίδα απόδειξη ότι μέχρι πρότενος είχαμε στην Αθήνα

*(βλ. Παράρτημα Β σελ. 246)

παρα πολλούς Κρητικούς γιατί δεν υπήρχαν μονάδες Τ.Ν. και ήταν αναγκασμένοι να ζήσουν σε μεγάλες πόλεις με μεγαλύτερη επάρκεια μονάδων. Έτσι όχι μόνο διαλύονται οικογένειες αλλά ο άνθρωπος που απομακρύνεται από την δουλειά του έχει ανάγκη από οικονομική στήριξη και επαναπροσαρμογή σε καινούργιες οικογενειακές, κοινωνικές και εργασιακές σχέσεις. Για να καταλήξουμε η μόνη οριστική λύση του προβλήματος του είναι η μεταμόσχευση. Ακριβώς γι' αυτό θα ήθελα να τονίσω ότι είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση της πολιτείας καθώς και του ιατρικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού πάνω στη πρόληψη της νεφροπάθειας ως σημαντικό μέσο μείωσης των επακολούθων της που προανέφερα. Αυτό αφορά ιδιαίτερα την επαρχία, η οποία οπωσδήποτε αντιμετωπίζει πολύ πιο έντονα την έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού και τεχνικού εξοπλισμού. Σ' αυτό το σημείο θα ήθελα να τονίσω και την τεράστια αντίφαση που συμβαίνει μόνο στην Ελλάδα, ότι δηλαδή τα νεφρολογικά κέντρα της επαρχίας μπορεί να διευθύνονται από οποιεσδήποτε άλλες ειδικότητες και όχι νεφρολόγους. Γι' αυτό νομίζω ότι φταίει η απρόνοησία της πολιτείας με παράλληλη έλλειψη κινήτρων για τους ειδικευμένους γιατρούς. Γιατί κάθε επιστήμονας δυσκολεύεται να εργαστεί με έλλειψη απαραίτητων τεχνικών προδιαγραφών και οπωσδήποτε δεν είναι απληστία η εξέλιξη της καριέρας του και των ευρύτερων φιλοδοξιών του.

Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι, η μεταμόσχευση, αποτελεί λύση γιατί αποκαθιστά κοινωνικά, οικονομικά, οικογενειακά, του ασθενή. Εκτός αυτού έχει το πλεονέκτημα ότι αποκαθιστά την λειτουργία των υπολοίπων συστημάτων του οργανισμού, σήμερα είναι δυνατή ακόμα και η τεκνοποίηση. Δηλαδή όχι

μόνο λύνει αντικειμενικά προβλήματα του ασθενή αλλά του προσφέρει και ποιότητα διαβίωσης· του δίνει τη δυνατότητα να απολαύσει τη ζωή του.

Οποσδήποτε η μεταμόσχευση σαν σοβαρή επέμβαση εμπειροκλείει κινδύνους. Ο μεγαλύτερος ιατρικός κίνδυνος είναι η απόρριψη. Η τελειοποίηση της σύγχρονης χειρουργικής μειώνει στο ελάχιστο τους καθαρά ιατρικούς κινδύνους εφόσον βέβαια επιδεικνύεται η απαιτούμενη σοβαρότητα και υπευθυνότητα στην διεξαγωγή των προκαταρκτικών εξετάσεων και στην φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί τη μεταμόσχευση. Συνοψίζοντας, κίνδυνος για την επιβίωση του μοσχεύματος που όμως είναι ελεγχόμενος, σε υψηλά ποσοστά.

Όσον αφορά τους ηθικούς κινδύνους θέλω να πω ότι, όπως σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής ενδέχεται να υπάρξει καταστρατήγηση του πνεύματος, που πρέπει να διαπνέει τόσο λεπτές δραστηριότητες. Έχουν ήδη δημοσιευθεί κάποιες περιπτώσεις σε χώρες του τρίτου κόσμου. Νομίζω όμως ότι τα περιστατικά είναι λίγα και επειδή ακριβώς η πολιτεία έχει αρχίσει να θωρακίζεται στο μέλλον θα εκλείψουν εντελώς. Στη χώρα μας συγκεκριμένα δεν νομίζω ότι υπάρχουν τέτοιες περιπτώσεις· κανείς γιατρός δεν προβαίνει σε επέμβαση όταν γνωρίζει ότι έχει προηγηθεί κερδοσκοπική συναλλαγή. Πιστεύω ότι η πολιτεία προστατεύει καλά το όλο θέμα έτσι ώστε αν υπάρχει ανάλογη κίνηση θα αποκλυφθεί αμέσως. Στη χώρα μας γίνονται μεταμοσχεύσεις από συγγενή δότη μόνο α' βαθμού συγγένειας.

Δεν έγινε, δεν γίνεται, ούτε θα γίνει μεταμόσχευση με σκοπό το κέρδος. Επίσης πιστεύω ότι ούτε στις δυτικές

χώρες συμβαίνουν τέτοια γεγονότα και ιδιαίτερα σήμερα που το κάθε κράτος έχει λάβει τα ανάλογα μέτρα εξαιτίας παλαιότερων περιστατικών.

Ακολούθως πρέπει να θίξουμε το θέμα της δωρεάς οργάνων. Είναι γεγονός ότι η απόφαση προσφοράς οργάνων είναι πολύ δύσκολη. Πολύ περισσότερο δε όταν γίνεται κάτω από απόσπενες και δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις. Είναι μια απόφαση, που απαιτεί θάρρος, γενναιότητα, αποφασιστικότητα, ωριμότητα, και περίσσειμα αγάπης για το συνάνθρωπο. Επιτέλους πρέπει να κάνουμε και εμείς για το συνάνθρωπο μας σήμερα αυτό που θα θέλαμε να κάνει αυτός αύριο για μας. Για το γιατρό τώρα που κάνει μεταμοσχεύσεις αισθάνεται την ικανοποίηση ότι δίνει ζωή σε ανθρώπους, οι οποίοι διαφορετικά είναι καταδικασμένοι να πεθάνουν. Είναι η ολοκλήρωση της προσφοράς προς το συνάνθρωπο, βιώματα, σκέψεις και ευαισθησίες, που πρέπει να χαρακτηρίζουν κάθε γιατρό.

Παλαιότερα στην Ελλάδα τουλάχιστον υπήρχε αρκετή επιφύλαξη σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Νομίζω όμως ότι σήμερα η κατάσταση αυτή έχει βελτιωθεί. Εκτός από το ότι η μεταμόσχευση είναι πράξη θεάρεστη υπάρχει αρκετή πληροφόρηση, γίνονται ομιλίες, οι οποίες καταστούν γνωστό ότι δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος από τις μεταμοσχεύσεις, ότι το όργανο δεν αφαιρείται από άνθρωπό ο οποίος έστω και με θαύματα είχε επιβιώσει (τα μόσχευμα αφαιρούνται από ανθρώπους που δεν υπάρχει καμια μα καμια πιθανότητα σωτηρίας). Για να αφαιρεθεί ένα μόσχευμα ο ασθενής πρέπει να είναι κλινικά νεκρός. Δηλαδή ο εγκέφαλος του δεν λειτουργεί

και αφού συμβαίνει αυτό ο ασθενής δεν μπορεί να επανέλθει με κανένα τρόπο στην αρχική του κατάσταση. Μπορούν να συντηρηθούν καποιες λειτουργίες με υποστηρικτικά μέσα οι οποίες όμως σύντομα θα σταματήσουν. Απόδειξη ότι αυτή η καμπάνια απέδωσε είναι ότι φέτος έχουμε, πιθανόν, και τριπλάσιες μεταμοσχεύσεις σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Αισιοδοξία δε ότι θα πεισθούν οι άνθρωποι να προσφέρουν μοσχεύματα τα οποία θα ενταφιάζονταν ενώ η χρησιμοποίηση τους μπορεί να προσφέρει ζωή σε κάποιους πάσχοντες συνανθρώπους. Πιστεύω επίσης ότι υπάρχει αρκετή εμπιστοσύνη από το κοινό στους Έλληνες επιστήμονες που διενεργούν μεταμοσχεύσεις ώστε να μην αμφισβητούν την έκβαση της προσφοράς τους είναι κι αυτό ένας θετικός παράγοντας. Πιστεύω απόλυτα ότι η δωρεά οργάνων δεν εμπερικλείει κινδύνους. Οτι αφορά τώρα τον Έλληνα νομίζω ότι εκ φύσεως δεν στερείται ευαισθησίας και αλληλεγγύης προς το συνάνθρωπό του. Αλλά αυτό που έλειπε και συνεχίζει ως ένα σημείο να λείπει σήμερα, ήταν η εμπεριστατωμένη ενημέρωση παλαιότερα, και σήμερα, η συστηματοποίηση της ενημέρωσης. Νομίζω ότι η συνεχής, καθημερινή εύκολα κατανοητή και πειστική ενημέρωση και προβολή του θέματος θα μπορούσε να καλύψει τα λίγα κενά που διαπιστώνονται σήμερα.

Τελειώνοντας θέλω να επισημάνω ότι πρέπει να υπάρξει συνεχής προσπάθεια, ανανέωση και βελτίωση της επιστήμης πάνω στο θέμα. Πρέπει να υπάρξει εκμετάλλευση όλου του έμφυχου δυναμικού που σχετίζεται με το θέμα. Απευθύνω εκκλήση προς το Υπουργείο και προς όλο τον Ιατρικό κόσμο να συσπειρώσουν τις δυνάμεις τους, διαφορες αντιλήψεων

δεν θα πρέπει να υπάρχουν , διαφορες τακτικής ή φιλοσοφίας, μπορεί να υπάρξουν αλλα οπωσδήποτε όλα αυτά θα πρέπει να βρούν κοινή σύνθεση μέσα από την συνεργασία και τη συζήτηση .

Διαφωνίες και κατακερματισμός των δυνάμεων επιβάλλεται να αποφευχθούν. Εφόσον η πολιτεία διαπιστώνει συνέπεια από την πλευρά του Ιατρικού κόσμου , οφείλει να διασφαλίσει και να ενισχύει το έργο του. Θέλω επίσης να επισημάνω την ανάγκη ύπαρξης ανάλογων τμημάτων στον Πανεπιστημιακό χώρο , για να υπάρχει η απαραίτητη ενημέρωση, εξοικείωση και εξειδίκευση.

Θα τελειώσω με την ευχή όλα λαυτά να γίνουν πραγματικότητα.

Σ Υ Ν Ε Μ Τ Ε Υ Ξ Η

ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΩΝ *

Κ. ΧΡ. ΑΓΓΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟ

Η ζωή ενός νεφροπαθή έχει πάρα πολλά προβλήματα, θα αρχίσω πρώτα απ'όλα με την εξάρτηση του από το μηχάνημα του Τεχνητού Νεφρού, η οποία έχει άμεσες επιδράσεις στο χαρακτήρα του. Τον κάνει ευερέθιστο και νευρικό. Οι διαπροσωπικές του σχέσεις θίγονται σε οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο. Τις σχέσεις του με τους ανθρώπους τις βλέπει κάτω από άλλο πρίσμα. Πολλές οικογένειες, ιδίως νεαρών ζευγαριών, διαλύονται. Κι αυτό γιατί η διάρκεια της ασθένειας κάνει τη ζωή τους δυσβάσταχτη. Αυτή η κατάσταση μπορεί να κρατήσει σ'ολόκληρη τη ζωή του ασθενή.

Η επαγγελματική ζωή δεν μπορεί να συνεχισθεί. Πρέπει να έχεις μεγάλη ψυχική δύναμη και ψυχολογική υποστήριξη από το περιβάλλον για να μπορέσεις να συνεχίσεις τη δουλειά σου. Δυστυχώς δεν έχει γίνει ως τώρα καμία προσπάθεια για προσφορά ηθικής υποστήριξης και βοήθεια προσαρμογής στον ασθενή από κανέναν φορέα. Γιατί είναι μεγάλη υπόθεση να έχει μια ήρεμη ζωή ο νεφροπαθής ώστε να μπορεί να ξεπερνά τα καθημερινά προβλήματα με τα οποία αναγκάζεται να ζεί.

Η σωματική εξάντληση είναι κάτι που τον καταρακώνει. Το ψυχολογικό πρόβλημα είναι τεράστιο, είναι φοβερό να ξέρεις ότι παίρνεις παράταση ζωής για 2 μέρες. Δεν μπορείς να κάνεις διακοπές, ζεις πάντα με το άγχος της επιστροφής στον τόπο του μηχανήματος.

Η μοναδική λύση του προβλήματος είναι η μεταμόσχευση .

* (βλ. Παράρτημα Β. 617 248)

Από την μέρα που κάνεις την μεταμόσχευση αλλάζει ριζικά η ζωή σου. Ο οργανισμός του νεφροπαθή επανέρχεται σε φυσιολογικούς ρυθμούς. Ένα μικρό παράδειγμα, που μπορώ να αναφέρω και που ίσως ακούγεται ασήμαντο αλλά είναι οδυνηρό για έναν νεφροπαθή, είναι το αίσθημα της δίψας. Επανακτάς λοιπόν την δύναμη σου, αισθάνεσαι ότι μπορείς να προσφέρεις ενώ μέχρι τώρα ήταν αναγκαίο κάποιος να φροντίζει για σένα.

Η μεταμόσχευση είναι όπως προανέφερα η μόνη αποτελεσματική λύση αλλά βεβαία περικλείει κι αυτή αρκετούς κινδύνους. Ο τρόπος που θα δεχθεί ο οργανισμός το μόσχευμα είναι ο σοβαρότερος κίνδυνος γιατί πέρα από την καθαρά ιατρική του διάσταση έχει επιπλέον και ψυχολογικές συνέπειες. Η απόρριψη του μοσχεύματος είναι μια διαρκής απειλή για τον μεταμοσχευμένο που επηρεάζει όλες του τις δραστηριότητες. Χρειάζεται μεγάλο ψυχικό σθένος για να μπορέσει να αντιμετωπίσει την κατάσταση.

Επίσης ένα άλλο τεράστιο θέμα με ηθικές και κοινωνικές προεκτάσεις είναι ο κίνδυνος της εμπορευματοποίησης. Για να πραγματοποιηθεί η μεταμόσχευση είναι αναγκαίο να υπάρχει μόσχευμα, ανταλλακτικό, συνεπώς είναι απαραίτητη η ύπαρξη δότη και η ποσφορά να είναι χαριστική. Εμείς πιστεύουμε ότι η δωρεά οργάνων είναι απαραίτητο να είναι χαριστική επειδή αφ'ενός μειώνεται ο κίνδυνος της εμπορευματοποίησης και αφ'ετέρου διασφαλίζεται η ηθική υπόσταση τόσο του δότη όσο και του λήπτη. Βέβαια για να δημιουργηθεί το κατάλληλο υπόβαθρο για την υλοποίηση της χαριστικής δωρεάς είναι απαραίτητο να υπάρξει οργανωμένη, συνεχής και επιμελής πληροφόρηση.

Δυστυχώς η ενημέρωση είναι ελλιπής και το θέμα πάρα πολύ λεπτό για να πραγματοποιηθεί χωρίς ανάλογη προετοιμασία. Βέβαια πιστεύουμε ότι ο Έλληνας είναι ιδιαίτερα συναισθηματικός σαν φύση και μπορεί να ανταποκριθεί γι' αυτό και εμείς σαν σύλλογος έχουμε στρέψει την προσοχή μας σ' αυτή την κατεύθυνση. Αλλά ο καλύτερος τρόπος διάδοσης του μηνύματος και πληροφόρησης είναι τα Μ.Μ.Ε. Παρ' όλα αυτά εμείς σαν σύλλογος δεν έχουμε ισχυρή πρόσβαση σ' αυτά αν και πιστεύουμε ότι είμαστε ιδανικοί για να δώσουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα του προβλήματος. Οπωσδήποτε τα τελευταία χρόνια η κατάσταση έχει βελτιωθεί κατά πολύ κι' αυτό το αποδεικνύει η αύξηση των μεταμοσχεύσεων. Μέχρι τώρα γίνονταν γύρω στις 20 μεταμοσχεύσεις το χρόνο και μέχρι αυτή τη στιγμή έχουμε εξήντα. Γιατί εκτός από την οργανωμένη δουλειά της Υ.Σ.Ε. και το γεγονός ότι οι διαδικασίες είναι προσιτές στον καθένα, εφ' όσον έχει λόγο να ενδιαφέρεται, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο Έλληνας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος σε θέματα αλληλεγγύης και ανθρώπινου ενδιαφέροντος.

Όσον αφορά κάποια δημοσιεύματα και πληροφορίες που έχουν γίνει ευρύτερα γνωστές δεν τις αμφισβητούμε, οπωσδήποτε μας θίγουν και μας ανησυχούν, αλλά παρ' όλα αυτά πρέπει να σημειώσουμε ότι το ευτύχημα είναι ότι μέχρι στιγμής δεν αφορούν την χώρα μας.

Οπωσδήποτε όμως το συναίσθημα δεν είναι ασφαλές κριτήριο. Η οργανωμένη πατόσο δουλειά της Υ.Σ.Ε. καθώς και το ότι όλες οι διαδικασίες είναι προσιτές για τον καθένα, εφ' όσον έχει λόγο να ενδιαφέρεται, διασφαλίζουν και τυπικά ολόκληρη την δραστηριότητα. Βέβαια η αντίθετη περίπτωση

μας θίγει σαν κατηγορία ασθενών γιατί έτσι ο νεφροπαθής γίνεται αντικείμενο εκμεταλλευσης και αναγκάζεται εκ τών πραγμάτων να βλέπει τον συνάνθρωπό του υπόλογιστικά. Θέση του συλλόγου μας είναι ότι προστατεύουμε την μεταμόσχευση από τους κινδύνους τους οποίους προανέφερα με την ύπαρξη λίστας αναμονής. Βέβαια πιστεύουμε ότι ο καθένας από τους ασθενείς πρέπει να έχει το δικαίωμα επιλογής γιατρού

Τελειώνοντας , το μήνυμα που θέλω να δώσω σαν πρόεδρος του συλλόγου μεταμοσχευμένων είναι, ναί στην εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων και στην προώθηση της ιδέας της δωρεάς σώματος.

Σ Υ Ν Ε Ν Τ Ε Υ Ξ Η

*

ΜΕ ΤΟΝ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΤΟΥ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

ΤΗΣ ΙΕΡΑΣ ΣΥΝΟΔΟΥ κ. Ι. ΧΑΤΖΗΦΩΤΗ

Για την Εκκλησία η διαδικασία της μεταμόσχευσης οργάνων σημαίνει έμπρακτη εκδήλωση της φιλανθρωπίας που αποτελεί επιταγή του Ευαγγελίου και διδασκαλία του Χριστού.

Δεν υπάρχει κανένα δογματικό κώλυμα για τις μεταμοσχεύσεις όπως συμβαίνει με άλλες θρησκείες αφού βέβαια η αφαίρεση οργάνων γίνεται μετά θάνατο.

Όσον αφορά τη δωρεά σώματος δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι το νεκρό σώμα θα ταφείθ μετά την αφαίρεση των οργάνων.

Για την ενίσχυση της προσφοράς οργάνων, από την πλευρά της Εκκλησίας, έχουν οργανωθεί εκδηλώσεις σε όλες τις Μητροπόλεις, εκπομπές από ραδιοφωνικούς σταθμούς (σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται και οι ραδιοφωνικοί σταθμοί της Εκκλησίας), τηλεοπτικές συζητήσεις. Ο ίδιος ο Μακαριώτατος Αρχιεπίσκοπος έγινε δωρητής των μελών τους σώματός του και έδωσε μεγάλη ώθηση στην κίνηση αυτή.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι χρειάζεται διαρκής ενημέρωση ώστε η θεάρεστη αυτή προσφορά να επεκταθεί περισσότερο γιατί υπάρχουν μεγάλες ανάγκες νεφορπαθών κ.λ.π.

* (βλ. παράρτημα Β. 6εγ. 250)

ΣΥΜΠΕΤΕΥΞΗ

ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΤΗΣ Υ.Σ.Ε. κ. ΒΑΡΛΑ - ΛΕΥΘΕΡΙΩΤΗ *

Οι διαδικασίες για μεταμόσχευση νεφρού είναι διαφορετικές αν πρόκειται για μεταμόσχευση από ζώντα δότη ή αν πρόκειται για πτωματική μεταμόσχευση.

Αρχικά και στις δύο περιπτώσεις πρέπει να γίνει στον υποψήφιο λήπτη ειδικός έλεγχος (προμεταμοσχευτικός έλεγχος) προκειμένου, αν φανεί, είναι κατάλληλος για μεταμόσχευση. Την ευθύνη του προμεταμοσχευτικού ελέγχου έχει η μονάδα θεραπείας (αιμοκάθαρσης) του ασθενούς και της τελικής έγκρισης της καταλληλότητός του οι Νεφρολόγοι και Χειρουργοί του Μεταμοσχευτικού Κέντρου, το οποίο αναλαμβάνει τον ασθενή για τη μεταμόσχευση.

Εφόσον ο ασθενής έχει συγγενή, ο οποίος προσφέρει τον νεφρό του και ο οποίος με σειρά ειδικών εξετάσεων κριθεί κατάλληλος για δότης, το Κέντρο προχωρεί στην Μεταμόσχευση.

Εάν ο υποψήφιος δεν έχει συγγενή ζώντα δότη (η ένα έχει συγγενή μέχρι να γίνει η μεταμόσχευση) εγγράφεται για μεταμόσχευση στον κατάλογο των υποψηφίων για πτωματικό μόσχευμα ληπτών της Υ.Σ.Ε. καταχωρούμενης στο ειδικό αρχείο του Η/Υ.

Στο διάστημα, κατά το οποίο ο ασθενής είναι εγγεγραμμένος στη λίστα αναμονής, πρέπει να κάνει έλεγχο κυτταροτοξικών αντισωμάτων ανά 3μηνο καθώς και να παρακολουθείται για τυχόν αλλαγή της γενικής του κατάστασης από τους θεράποντες γιατρούς του. Κάθε μεταβολή των στοιχείων του πρέπει να αναφέρεται στην ΥΣΕ και το Μεταμοσχευτικό Κέντρο ώστε

* (βλ. παράρτημα Β. σελ. 245).

να διατηρείται η λίστα των υποψηφίων ενεργός και ενημερωμένη / Οι διαδικασίες των μεταμοσχευσεων από πτωματικούς δότες συντονίζονται από την ΥΣΕ και παρουσιάζουν τα εξής στάδια:

1. Την αναγνώριση του δυνητικού δότη των οργάνων, που θα είναι εγκεφαλικά νεκρό άτομο νοσηλευόμενο συνήθως σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή Νευροχειρουργική Κλινική.
2. Την αναφορά του δυνητικού δότη στην ΥΣΕ ώστε οι ειδικοί Συντονιστές της να αναλάβουν την παρακολούθηση και διεκπεραίωση όλων των διαδικασιών για την αξιοποίηση των μοσχευμάτων.
3. Τον έλεγχο του δυνητικού δότη με ειδικές εξετάσεις ώστε να πιστοποιηθεί η καλή κατάσταση των οργάνων του (στην προκειμένη περίπτωση νεφρών αλλά και των άλλων οργάνων ώστε να μεταμοσχευθούν και αυτά).
4. Την επιβεβαιωτική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου με ειδικές κλινικές και, αν κριθεί σκόπιμο, εργαστηριακές εξετάσεις από τριμελή ομάδα γιατρών.
5. Την συγκατάθεση από τους συγγενείς του νεκρού για την αφαίρεση και μεταμόσχευση των οργάνων.
6. Την σωστή υποστήριξη του δότη ώστε να παραμείνουν τα όργανά του σε καλή κατάσταση.
7. Την αφαίρεση των οργάνων από τις ομάδες των μεταμοσχευτών.
8. Την διανομή των οργάνων στους καταλληλότερους υποψήφιους λήπτες. Οι κατάλληλοι λήπτες επιλέγονται σύμφωνα με την ιστική ομοιότητά τους με τον δότη. Το αποτέλεσμα

του ελέγχου από το Εθνικό Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας για τα ιστικά αντιγόνα του δότη δίδεται στον Η/Υ της Υ.Σ.Ε. και βάσει της συμβατότητας ως προς αυτά επιλέγονται οι καταλληλότεροι λήπτες. Οι κατάλληλοι υποψήφιοι γνωστοποιούνται στο Μεταμοσχευτικό Κέντρο όπου και γίνεται η τελική επιλογή και μετά από ειδική εξέταση επιβεβαίωσης της συμβατότητας, η μεταμοσχευση.

Νεφροπάθεια, όπως μα λέει και η λέξη, είναι πάθηση των νεφρών. Αίτια τα οποία μπορούν να προκαλέσουν τέτοια νεφροπάθεια, είναι φλεγμονές του νεφρικού σπειράματος (σπειραματονεφρίτιδες), χρόνιες φλεγμονές της νεφρικής πυέλου (πυελονεφρίτιδες), κληρονομικές παθήσεις, παθήσεις των αγγείων του νεφρού, μεταβολικά νοσήματα κλπ. Εάν η προκαλούμενη βλάβη είναι ολοκληρωτική και χρονίσει (τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας) η μη κάθαρση του αίματος από τις τοξίνες του οργανισμού οδηγεί σε συνθήκες ασυμβίβαστες με τη ζωή.

Αυτή η πλήρης καταστροφή του νεφρού μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με τον τεχνητό νεφρό, την περιτοναϊκή κάθαρση ή μια μεταμοσχευση.

Από τους τρεις αυτούς τρόπους θεραπείας επιλέγεται κατά περίπτωση εκείνος, ο οποίος ενδείκνυται από επιστημονικούς λόγους ή επιβάλλεται από κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ή εξαρτάται από προσωπικές επιθυμίες του αρρώστου.

Η μεταμοσχευση νεφρού αποτελεί μια εναλλακτική θεραπεία ασθενών τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας παράλληλα με τον τεχνητό νεφρό και την περιτοναϊκή κάθαρση. Η μεταμοσχευση, χωρίς να αποτελεί πανάκεια, υπερτερεί των άλλων μεθόδων θεραπείας γιατί οι δύο άλλες δεν αντικα-

ταστούν πλήρως τον νεφρό ενώ παράλληλα επιβάλλουν εξάρτηση του ασθενούς από το μηχάνημα ή την διαρκή παρακολούθηση και εξασφάλιση ειδικών συνθηκών στην συνεχή περιτοναϊκή κάθαρση, περιορίζοντας την δραστηριότητά του και οδηγώντας σε χαμηλή ποιότητα ζωής.

Η μεταμόσχευση νεφρού αποκαθιστά όλες τις νεφρικές λειτουργίες και εξασφαλίζει ποιότητα ζωής.

Κατ' αρχήν θα πρέπει νά αναφερθούν οι δυνητικοί κίνδυνοι από αυτή καθαυτή την εγχείρηση της μεταμόσχευσης και τη μετεγχειρητική πορεία. Οι κίνδυνοι από την μεταμόσχευση είναι μηδαμινοί, περιοριζόμενοι στους γενικούς κινδύνους από μία χειρουργική επέμβαση.

Η μετέπειτα εξέλιξη μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις να παρουσιάσει επιπλοκές, που να οδηγήσουν σε αποτυχία της μεταμόσχευσης. Η κύρια αιτία αποτυχίας είναι η απόρριψη του μοσχεύματος, οφειλόμενη σε ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού του λήπτη προς το μεταμοσχευόμενο όργανο. Για την πρόληψη και αντιμετώπιση τέτοιας αντίδρασης. Χορηγούνται στον μεταμοσχευμένο ασθενή ειδικά ανοσοκατασταλτικά φάρμακα εφ' όρου ζωής, τα οποία συνεχώς βελτιώνονται για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων.

Πέραν των παραπάνω κινδύνων, που αντιμετωπίζονται από την Ιατρική επιστήμη, άλλοι κίνδυνοι, οι οποίοι άπτονται κυρίως της Ηθικής, υπάρχουν στις μεταμοσχεύσεις. Οι κίνδυνοι αυτοί, προκειμένου, για την ζώσα μεταμόσχευση, αφορούν στον δότη του νεφρού και κυρίως στην πιθανότητα έκθεσης της υγείας του σε κίνδυνο, η εκμετάλλεσή του και εμπορίας του μοσχεύματος. Οι ανάγκες οι οποίες υπάρχουν για μεταμο-

σχεύσεις και η έλλειψη μωσχευμάτων, μπορούν να οδηγήσουν σε πίεση προς τον δότη οπότε η προσφορά του οργάνου δεν είναι πλέον αλτρουϊστική και προϊόν ελεύθερης βούλησης ή πιθανόν ελεύθερης βούλησης με σκοπό όμως το κέρδος.

Όσον αφορά τον νεκρο δότη η μη τήρηση όλων των προαναφερθέντων διαδικασιών ενέχει κινδύνους, που προσβάλλουν τον επιβαλλόμενο σεβασμό προς τον δότη και την οικογένειά του.

Εάν άλλος κίνδυνος, που προκύπτει από την τυχόν μη τήρηση της ανωνυμίας μεταξύ δότη και λήπτη (πτωματική μεταμόσχευση), είναι δυνητικές εκβιαστικές διαθέσεις από την οικογένεια του δότη όχι μόνον τυχόν οικονομικές αλλά κυρίως ψυχοσυναισθηματικές καθ'όσον κατά κοινή ομολογία οι συγγενείς δοτών θεωρούν ότι ο αγαπημένος τους "ζει" μέσω του λήπτη. Παράλληλα οι λήπτες μπορεί να αισθανθούν ενοχές γιατί χρειάστηκε κάποιος να πεθάνει για να ζήσουν οι ίδιοι, τον οποίο σε περίπτωση μη τήρησης ανωνυμίας συγκεκριμενοποιούν.

Τέλος η διάθεση των μωσχευμάτων από τον νεκρό δότη είναι ένα σημείο το οποίο περικλείει κινδύνους. Αν δεν τηρούνται καθορισμένα επιστημονικά και κοινωνικά κριτήρια για την διάθεση θα μπορούν τα μωσχεύματα να δίδονται σε ασθενείς μέσω "υπόπτων" διαδικασιών, που δημιουργούν κοινωνικό πρόβλημα.

Για την άμβλυση των δυνητικών κινδύνων στην μεταμόσχευση, τα Κράτη έχουν θεσπίσει ειδικές νομοθεσίες, που προσπαίζουν την δημόσια τάξη και υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Με τις νομοθεσίες αυτές καθορίζονται οι προϋπο-

θέσεις λειτουργίας των Κέντρων, που διενεργούν τις μεταμοσχεύσεις, προβλέπεται η σύννομη συναίνεση δότη - λήπτη και προστατεύεται το δικαίωμα προσωπικότητας του ήδη νεκρού δότη.

Διεθνείς οργανώσεις και φορείς καθορίζουν με διακηρύξεις τα νομικά, ηθικά και δεοντολογικά πλαίσια των μεταμοσχεύσεων και επί πλέον σε κάθε κράτος η οργάνωση των μεταμοσχεύσεων, μέσα σε ένα σωστό Συντονιστικό σύστημα ελεγχόμενο από Κρατικό φορέα, εξασφαλίζει την τήρηση των διαδικασιών, την σωστή διάθεση των μοσχευμάτων και διασφαλίζει την μη εμπορευματοποίηση.

Οι μεταμοσχεύσεις νεφρού παρουσιάζουν διεθνών υψηλά ποσοστά επιτυχίας έχοντας καθιερώσει την μεταμόσχευση σαν αποδεκτή και, ίσως, θεραπείας επιλογής για τους ασθενείς τελικού σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας. Η επιτυχία στον πρώτο χρόνο (επιβίωση μοσχεύματος) είναι περίπου 90% στις ζώσες μεταμοσχεύσεις και μεγαλύτερη από 80% στις πτωματικές, ποσοστό το οποίο κυμαίνεται ανάλογα με την ιατρική συμβατότητα μεταξύ δότη - λήπτη.

Στην Ελλάδα, κατά την τελευταία πενταετία, τα ποσοστά αυτά ήταν 92% για τις ζώσες μεταμοσχεύσεις και 88% για τις πτωματικές. Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα διεθνών δείχνουν ότι οι μισοί από τους ασθενείς, που μεταμοσχεύονται από όμοιο ιατρικά αδελφό θα έχουν καλά λειτουργικά μοσχεύματα για περισσότερα από 25 χρόνια.

Η Υ.Σ.Ε. προωθεί τις μεταμοσχεύσεις μέσα από τα ειδικά Κρατικά Προγράμματα. Για την επιτυχία τώσων προγραμμάτων μεταμοσχεύσεων η Υ.Σ.Ε. φροντίζει για την ενημέρωση του Κοινού για την ανάγκη δωρεάς Οργάνων, την ενεργοποίηση των επαγγελματιών Υγείας και την διαρκή παροχή συμβουλών

και βοηθείας στις διαδικασίες μεταμόσχευσης.

Τα τελευταία χρόνια οι μεταμοσχεύσεις βρίσκονται διεθνώς σε μεγάλη ανάπτυξη. Η γενικότερες προβλέψεις για το μέλλον των μεταμοσχεύσεων είναι ιδιαίτερα ευοίωνες. Νέα όργανα και ιστοί, αρχίζουν να μεταμοσχεύονται να καταβάλλονται διευνώς προσπάθειες για την αύξηση των δοτών. Η δυνατότητα για ξενομεταμοσχεύσεις (λήψη οργάνων από άλλα είδη ζώων) , οι οποίες βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, δίδουν καινούργιες προοπτικές για το μέλλον.

Στην Ελλάδα, όπως και σε αρκετές άλλες χώρες, εφαρμόζεται το σύστημα τη "κάρτας δωρητού".

Πολίτες, οι οποίοι επιθυμουν να χρησιμοποιηθούν τα όργανά τους, μετά θάνατο , εκφράζουν επίσημα αυτή τους την επιθυμία συμπληρώνοντας μία ειδική Δήλωση του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι δηλώσεις έρχονται στην ΥΣΕ και οι δωρητές καταχωρούνται σε ειδικό αρχείο ενώ τους αποστέλλεται η "κάρτα δωρητού".

Εάν κάποιος αποκτήσει τέτοια κάρτα δεν είναι βέβαιο ότι τα όργανα του θα χρησιμοποιηθούν οπωσδήποτε αλλά μία τέτοια αξιοποίηση και εκπλήρωση της επιθυμίας του θα εξαρτηθεί από τον τρόπο του θανάτου του και την κατάσταση των οργάνων του εκείνη την στιγμή.

Μέχρι σήμερα 43.000 πολίτες έχουν γίνει δωρητές, κυρίως, νέοι μεταξύ 20 και 40 χρόνων (50%).

Όσο προχωρεί η ενημέρωση του κοινού για τη δωρεά, τόσο περισσότεροι πολίτες γίνονται δωρητές. Κάθε χρόνο υπάρχει μια αύξηση περίπου 20% ενώ μέσα στο 1990 ο απόλυτος αριθμός των νέων δωρητών σε σχέση με το 1989 σχεδόν διπλασιάσθηκε.

Η "κάρτα δωρητού" αποτελεί έναν δείκτη ευαισθητοποίησης του Κοινού για τη Δωρεά οργάνων και η απόκτησή της δείχνει την ενεργοποίηση των πολιτών πάνω στο θέμα.

Η εφαρμογή της είναι ένα από τα συστήματα, που εφαρμόζονται σε αρκετές χώρες, στις οποίες ισχύει η εθελοντική δωρεά (OPTING IN σύστημα). Στις χώρες αυτές τα όργανα αφαιρούνται μετά τον θάνατο των ατόμων εκείνων, τα οποία έχουν εκφράσει τέτοια επιθυμία ή οι συγγενείς τους κάνουν αυτή τη προσφορά.

Σε άλλες χώρες ισχύει το σύστημα της αρνητικής τοποθέτησης δηλ. τα όργανα αφαιρούνται από όλους τους πολίτες εκτός εκείνων, οι οποίοι έχουν δηλώσει ότι δεν συμφωνούν με την μεταμόσχευση (OPTING OUT σύστημα).

Η απόκτηση κάρτας δωρητή δεν έχει κανέναν κίνδυνο διότι όποιος την έχει δεν θεωρείται δυνητικός δότης αλλά ότι απλώς πιστεύει στην προσφορά ζωής με την μεταμόσχευση και θέλει ίδιος να βοηθήσει.

Ο δωρητής τηρείται ανώνυμος και δεν υποβάλλεται σε καμμία εξέταση για έλεγχο καταλληλότητας των οργάνων τους. Εφόσον θέλει να εκπληρωθεί η επιθυμία του πρέπει να έχει ενημερώσει τους οικείους του για την απόφασή του ώστε να μπορεί να γίνει έγκαιρη ειδοποίηση κατά τον θάνατό του και αξιοποίηση της προσφοράς του.

Ο Έλληνας, όταν ενημερωθεί, γίνεται σωστός δέκτης της Ιδέας της Δωρεάς και πομπός της στο περιβάλλον του. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ήταν πάντα πρόθυμος να δώσει, εν ζωή, νεφρό για κάποιον συγγενή του και ότι στην Ελλάδα μέχρι πρόσφατα (1989) το ποσοστό των μεταμοσχεύσεων από ζώντα δότη σε σχέση με το σύνολό τους ήταν ιδιαίτερα υψηλό

(70%) και μάλιστα στο υψηλότερο από όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες.

Οι νέοι άνθρωποι ευαισθητοποιούνται περισσότερο αλλά όλοι επηρεάζονται θετικά ή αρνητικά από δημοσιεύματα που προωθούν την Ιδέα της δωρεάς ή αντίστοιχα δημιουργούν αμφιβολίες για την μεταμοσχεύσεις και υποψίες για εισχώρηση εμπορευματοποίησης ή και εγκληματικότητας σε αυτές.

Η διαρκής ενημέρωση και επεξήγηση όλων των διαδικασιών καθώς και η προβολή της οργάνωσης των μεταμοσχεύσεων και της κατοχύρωσης και της διασφάλισης των διαδικασιών είναι επιβεβλημένες.

Η δυνατότητα για μεταμοσχεύσεις αποτελεί επιστημονική πρόοδο, η σωστή οργάνωσή τους χρειάζεται Κρατική φροντίδα και η εξασφάλισή τους ευαισθητοποίηση και συμμετοχή της Κοινωνίας, που καλείται από αυτήν την ίδια να προσφέρει από τον Άνθρωπο στον Άνθρωπο.

Επιχειρώντας κάποια συμπεράσματα από την έρευνα αυτή θα θέλαμε να παραθέσουμε συγκεντρωτικά κάποιους κοινούς τόπους, κάποια πράγματα που έγιναν αποδεκτά ή μη αποδεκτά κατά κοινή ομολογία μέσα από τις συνεντεύξεις.

- Αρχικά κατά κοινή ομολογία η μεταμόσχευση έγινε δεκτή ως λύση της νεφροπάθειας η οποία επίσης αναγνωρίστηκε σαν φοβερά επώδυνη κατάσταση.

- Με τη μεταμόσχευση επανακτάται το χαμένο με τη νεφροπάθεια επίπεδο ζωής "... Η μεταβολή μέσα σου δεν περιγράφεται είναι σαν να ξαναγεννιέσαι..." (συνέντευξη Χρ. Μοάτσου βλ. παράρτημα).

- Βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλείας στους νεφροπαθείς.

- Είναι κοινή αποδοχή όλων των ερωτώμενων ότι υπάρχει ανάγκη αρτιότερης νομοθετικής κατοχήρωσης προκειμένου να διασφαλιστούν τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις όλων των συμμετεχόντων.

- Μέριμνα για την ψυχολογική και ηθική στήριξη των νεφροπαθών και των μεταμοσχευμένων καθώς και προσπάθεια για επανένταξη των δεύτερων.

- Αναγνώριση της προσφοράς της ΥΣΕ μέχρι αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα και επιδίωξη διατήρησης της ως βασική υπηρεσία για τον σπντονισμό και την οργάνωση των μεταμοσχεύσεων.

- Ενίσχυση της προπαγάνδας για τη μεταμόσχευση και τη δωρεά οργάνων και την δημοσιότητα του θέματος "... παρότι τον τελευταίο καιρό έχουν γίνει αρκετές συζητήσεις και θόρυβοι γύρω από το θέμα της ενημέρωσης διατηρώ επιφυλά-

ξεις ..." (Κέλλυ Κατσέτου, απόσπασμα από την συνέντευξη της Κ.Α. βλ. παράρτημα).

/ - Τα προσφερόμενα όργανα προς μεταμόσχευση είναι ελάχιστα σε σχέση με τις ανάγκες προς κάλυψη.

Για την άμβλυνση των κινδύνων χρειάζεται η οργάνωση των μεταμοσχεύσεων σε ένα σωστό συντονιστικό σύστημα ελεγχόμενο από κρατικό φορέα το οποίο εξασφαλίζει την τήρηση των διαδικασιών τη σωστή διάθεση των μοσχευμάτων και διασφαλίζει τη μη εμπορευματοποίηση.

Η αξία της δωρεάς οργάνων είναι τεράστια και επιβάλλεται να αμβλυνθούν με την πληροφόρηση όλοι οι φόβοι του κοινού.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο IV

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός μας υπήρξε η μελέτη μιας χρόνιας ασθένειας, η επίδραση που έχει στην ζωή του ασθενή, στην συναλλαγή του με το κοινωνικό σύνολο η θέση του σαν κοινωνικό φαινόμενο και η αντιμετώπιση του από την Πολιτεία, καθώς επίσης και τα περιθώρια επίλυσης του.

Διαλέξαμε την νεφροπάθεια γιατί αφ' ενός είναι μια λιγότερο γνωστή στο κοινό χρόνια ασθένεια, σε σχέση με την μεσογειακή αναιμία, λευχαιμία κλπ, ενώ είναι εξίσου σοβαρή και περίπλοκη. Αφ' ετέρου η πρακτική μας άσκηση στο Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας, που μέχρι πρόσφατα ήταν το κυριώτερο μεταμοσχευτικό κέντρο, μας έδωσε την ευκαιρία να ζήσουμε από κοντά το πρόβλημα, να έρθουμε σε επαφή με πάρα πολλούς πάσχοντες, να καταλάβουμε τι σημαίνει τόσο το να είσαι νεφροπαθής όσο και να ζεις με την ελπίδα - αγωνία μιας επικείμενης μεταμόσχευσης. Επίσης είχαμε την ευκαιρία να συναντήσουμε αρκετούς ειδικούς που ασχολούνται με το θέμα που μας προσέφεραν σημαντική βοήθεια καθώς και ερεθίσματα για να ερευνήσουμε διεξοδικά το θέμα.

Βασιζόμενοι στα στοιχεία που συλλέχτηκαν και παρουσιάστηκαν στα κεφάλαια, που προηγήθηκαν καθώς επίσης και στις μαρτυρίες επώνυμων προσώπων, οι οποίοι έχουν ασχοληθεί πολύ, και κατέχουν θέσεις καθοριστικές για το θέμα, θα επιχειρήσουμε να εξάγουμε κάποια συγκεντρωτικά συμπεράσματα.

θα αρχίσουμε με τη διαπίστωση ότι η νεφροπάθεια προκαλεί σαρωτικές μεταβολές στη ζωή του πάσχοντα, που αφορούν τόσο το προσωπικό όσο και τον λοιπό κοινωνικό χώρο.

α. Προσωπικό

α_1 Η επίδραση της ασθένειας στη φυσική κατάσταση, την αντοχή και τη δύναμη του πάσχοντα είναι καταλυτική. Όλα τα συστήματα του οργανισμού του είτε σχετίζονται είτε όχι άμεσα με την ασθένεια, πλήττονται. Αποτέλεσμα είναι ο ασθενής να μεταβάλλεται σ' ένα αδύναμο άτομο ανίκανο για οτιδήποτε.

α_2 Την αδυναμία αυτή ακολουθεί η απομόνωση καθώς αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις προσωπικές, στις επαγγελματικές, στις κοινωνικές του σχέσεις.

α_3 Έτσι αποκόβεται από το χώρο της εργασίας του με συνέπεια να δυσκολεύει πολλές φορές σε βαθμό τραγικό την οικονομική του κατάσταση καθώς επίσης να χάνει τα περιθώρια δημιουργίας και καταξίωσης μέσα από την εργασία.

α_4 Επίσης η διαπίστωση της ανικανότητας του σε συνδυασμό με αντικειμενικά προβλήματα, όπως είναι οι πόνοι, η νοσηλεία το διήμερο ραντεβού με το Τ.Ν. τον κάνουν δύστροπο, υπερευαίσθητο, εύθραυστο, υπερβολικό στις απαιτήσεις του για προσοχή και φροντίδα, συναισθηματικά υπερφορτισμένο στις σχέσεις του.

α_5 Η οικογενειακή ισορροπία καταστρέφεται. Το μεγαλύτερο ποσοστό οικογενειών νεφροπαθών διαλύονται.

α_6 Επιπλέον ο νεφροπαθής είναι τόσο απορροφημένος με τα προβλήματα του που διακόπτει την οποιαδήποτε άλλη επαφή

με το κοινωνικό σύνολο. Δεν έχει διάθεση να συμμετέχει σε οειδήποτε και πολλές φορές η παρουσία των άλλων γίνεται ενοχλητική και απειλητική γι' αυτόν.

α₇ Όλα όσα προηγήθηκαν καθώς και το μεγάλο κόστος νοσηλείας έχουν μεγάλη επίδραση στην οικονομική του υπόσταση: δημιουργούν καταστάσεις οι οποίες ξεκινοούν, στην καλύτερη περίπτωση, από την οικονομική αφάιμαξη και καταλήγουν, όχι σπάνια, στην οικονομική εξαθλίωση.

Β. Κοινωνικό

Β₁ Το κοινωνικό σύνολο όχι μόνο χάνει ένα παραγωγικό κύτταρο του, αλλά πρέπει να λάβει τα ανάλογα μέτρα για να τον συντηρεί.

Η πράξη και οι μαρτυρίες, μας αποκάλυψαν ότι υπάρχουν τεράστια προβλήματα στο χώρο αυτό επειδή η πολιτεία δεν προσφέρει κατά την εκτίμηση των πασχόντων τα απαραίτητα για την συντήρησή τους. Τα επιδόματα τους κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα, μικρή οικονομική υποστήριξη στις μετακινήσεις τους.

Προβλήματα που αφορούν την ποιότητα της νοσηλείας.

Β₂ Επίσης η υποδομή για να αντιμετωπιστεί ένα τέτοιο πρόβλημα είναι τόσο απαραίτητη όσο και πολυέξοδη. Ηδη έχει αναφερθεί ότι ο κάθε νεφροπαθής κοστίζει στο κράτος 12-180 ανά συνένδρεια. Και πάλι η πράξη αποκαλύπτει σωρεία προβλημάτων στο θέμα της υποδομής. Δηλαδή έλλειψη μονάδων T.N., υποβάθμιση της επαρχείας σε σχέση με τα μεγάλα αστικά κέντρα σε βαθμό εγκατάλειψης, πράγμα που αναγκάζει τους νεφροπαθείς να γίνονται μετανάστες μέσα στην ίδια τους την πατρίδα, εγκαταλείποντας οικογένεια, περιουσία, κοινω-

νικό τους περίγυρο. Απρονοησία της πολιτείας για την ευρύτερη τακτοποίηση των ανθρώπων αυτών που έρχονται από την επαρχία. Επίσης δημιουργείται θέμα στον τρόπο που προμηθεύεται η πολιτεία τα απαραίτητα μέσα για την αντιμετώπιση της ασθένειας, όπως φίλτρα, φάρμακα, μηχανήματα κλπ.

B₃ Έπειτα είναι η ψυχολογική βοήθεια και συναισθηματική στήριξη, που πρέπει να προσφέρει το κοινωνικό σύνολο στον πάσχοντα. Πράγμα που απαιτεί οργάνωση και στελέχωση υπηρεσιών μ' αυτό το σκοπό. Για το συγκεκριμένο θέμα η πολιτεία έχει να επιδείξει ελάχιστα πράγματα και χαρακτηρίζεται από απρονοησία η οποία καταγγέλεται επανειλημμένα από τους πάσχοντες. Στις συνεντεύξεις των Προέδρων των Νεφροπαθών και των Μεταμοσχευμένων αναφέρεται η ανάγκη για Κρατική μέριμνα.

B₄ Σημαντικό πρόβλημα δε, είναι ότι θίγεται η άρθρωση του κοινωνικού συνόλου και οι θεσμοί, αφού έχουμε οικογένειες διαλυμένες με όλα τους τα επακόλουθα και προβλήματα στις Κοινωνικές συναλλαγές.

Ερχόμενοι τώρα στο τμήμα εκείνο των συμπερασμάτων που σχετίζονται με την μεταμόσχευση έχουμε να παρατηρήσουμε ότι:

- α) Η μεταμόσχευση ανεξάρτητα από τα προβλήματα, που περικλύει και από τις δυσκολίες που την χαρακτηρίζουν σαν διαδικασία, για τα οποία βέβαια θα αναφερθούμε παρακάτω, είναι κατά κοινή ομολογία όλων των πασχόντων η μοναδική και καλύτερη λύση του προβλήματος της νεφροπάθειας.
- β) Το επίπεδο της ζωής του μεταμοσχευμένου ασθενή είναι

ασύγκριτα υψηλότερο από αυτό του νεφροπαθή.

γ) Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι σαφώς λιγότερα και αντιμετωπίζονται με καλύτερη οργάνωση και προσπάθεια.

δ) Το κόστος που έχει η μεταμόσχευση για την πολιτεία είναι ασύγκριτα μικρότερο απ' αυτό της αντιμετώπισης του νεφροπαθή.

ε). Παρ' όλα αυτά επειδή η μεταμόσχευση πρέπει να έχει χαρακτήρα αβίαστης και χαριστικής προσφοράς και επιπλέον επειδή στην όλη διαδικασία λαμβάνουν ισότιμο μέρος περισσότεροι από δύο άμεσα ενδιαφερόμενοι (δότης - λήπτης) και διακυβεύονται διαφόρων ειδών συμφέροντα, παρουσιάζεται το πρόβλημα της εξισορρόπησης όλων των προηγουμένων μέσα από το νόμο. Η νομοθεσία που αφορά τόσο την μεταμόσχευση όσο και τη δωρεά οργάνων παρουσιάζει κάποια σημεία αμφιλεγόμενα όπως για παράδειγμα τον "καθορισμό του εγκεφαλικού θανάτου" η διαδικασία του γιατρού, η σχέση ανάμεσα δότη-λήπτη κλπ.

Τα μεταμοσχευτικά κέντρα καθώς επίσης και ο τρόπος που προσφέρονται τα διαθέσιμα μοσχεύματα είναι ένα άλλο ευαίσθητο σημείο στην υπόθεση της μεταμόσχευσης. Πρέπει να υπάρχει δυνατότητα στο κάθε νοσοκομείο να μεριμνεί αποκλειστικά για τους δικούς του ασθενείς; Μπορεί η μεταμόσχευση να γίνεται μετά από την αποκλειστική συνεργασία γιατρού και ενδιαφερόμενου; Είναι δύο σοβαρότατα ζητήματα προς συζήτηση.

Η εμπορευματοποίηση είναι ίσως ο κυριώτερος κίνδυνος που αφορά τη μεταμόσχευση και αυτό γιατί δεν υπάρχει επάρκεια προσφοράς μοσχευμάτων σε σχέση με τις ανάγκες.

Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί και στη μικρή διάδοση της ιδέας της προσφοράς οργάνων.

Και τέλος το σημαντικότερο πρόβλημα στο θέμα των μεταμοσχεύσεων και της δωρεάς οργάνων είναι η έλλειψη οργάνωσης που παρατηρείται στον Ελληνικό χώρο γεγονός που έχει σαν αποτέλεσμα την μη αξιοποίηση όλων των παρουσιαζόμενων ευκαιριών για την ευρεία διάδοση και σωστή διεξαγωγή των μεταμοσχεύσεων .

Φτάνοντας στο τέλος της παρουσίασης των συμπερασμάτων της έρευνας , θα ήταν παράλειψη αν δεν αναφερθούμε σε κάποιες προσωπικές εκτιμήσεις των συνεντευκτών καθώς επίσης και στις εντυπώσεις από τις επισκέψεις μας στον ευρύ χώρο των υποκειμένων της νεφροπάθειας και της μεταμόσχευσης. Πιο συγκεκριμένα εκείνο που έγινε εντονότατα φανερό από την όλη επαφή που είχαμε τόσο με τους νεφροπαθείς όσο και με τους μεταμοσχευμένους ήταν η μεγάλη διάθεση να προσφέρουν την οποιαδήποτε βοήθεια στον ενδιαφερόμενο προκειμένου να εξασφαλίσουν ευκαιρίες για τη δημόσια προβολή του θέματος.

Ακόμα στην περίπτωση των δύο συλλόγων παρατηρήσαμε μεγάλη οργάνωση, καλές σχέσεις και ομοψυχία ανάμεσα στα μέλη. Με δύο λόγια βρήκαμε δύο συλλόγους "ζωντανούς" κομμάτι της ζωής των μελών τους.

Επίσης διαπιστώσαμε μεγάλη διάθεση από την πλευρά των γιατρών για ότι αφορά τη μελέτη και την προώθηση του προβλήματος με ιδέες και προτάσεις.

Πάντως το γενικό συμπέρασμα είναι ότι τόσο οι υπηρεσίες όσο και τα μεμονωμένα άτομα που συνεργάστηκαμε χαρακτηρίζονταν από μεγάλη διάθεση να προσφέρουν οποιαδήποτε βοήθεια σε πιθανή εξέλιξη του θέματος.

Ολοκληρώνοντας την μελέτη μας είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι η νεφροπάθεια θα μπορούσε να χαρακτηριστεί μια εξαιρετικά σοβαρή χρόνια ασθένεια, οι νεφροπαθείς είναι μια μεγάλη κατηγορία ασθενών με πολλά και πολύ ιδιαίτερα προβλήματα για τα οποία υπάρχει ανάγκη κρατικής μέριμνας τόσο στον υλικό τομέα, στην ιατρονοσηλευτική τους αντιμετώπιση όσο και στην συναισθηματική τους υποστήριξη και βοήθεια. Επίσης οι μεταμοσχεύσεις επιβάλλεται να αυξηθούν αφού είναι η μοναδική και καλύτερη περίπτωση επίλυσης του προβλήματος της νεφροπάθειας. Αλλά για να επιτευχθεί ο προηγούμενος στόχος πρέπει να ενταθεί η προσπάθεια για την διάδοση της ιδέας της δωρεάς ανθρωπίνων οργάνων και ιστών, επιδίωξη που απαιτεί οργανωμένη δράση, πολύπλευρη ενέργεια που να εκτείνεται σε διάφορα επίπεδα της καθημερινής ζωής καθώς και στις δραστηριότητες οργάνωσης της πολιτείας. Εξάλλου απαιτεί και την προσπάθεια του καθ'ενός προσωπικά σαν θέμα που άπτεται της ηθικής και της θετικής αντιμετώπισης του συνάνθρωπου.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Αξιοποιώντας τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα μας αλλά και από την μελέτη της βιβλιογραφίας καταλήξαμε σε εισηγήσεις, που κατά την προσωπική μας εκτίμηση η εφαρμογή τους θα μπορούσε να συμβάλλει θετικά τόσο στην αντιμετώπιση της νεφροπάθειας όσο και στη βελτίωση των μεταμοσχεύσεων και δωρεάς οργάνων.

Όσον αφορά την νεφροπάθεια έχουμε να προτείνουμε:

- Την επέκταση των μονάδων T.N. στις πόλεις και κυρίως στην επαρχία ώστε να διευκολύνονται οι νεφροπαθείς, για να έχουν να αντιμετωπίσουν τουλάχιστον το πρόβλημα της υγείας τους και όχι άλλα. Επίσης, να αποφύγουμε το φαινόμενο της εσωτερικής μετανάστευσης με όλα τα επακόλουθα του.
- Να δοθούν ερεθίσματα σε ειδικευμένους γιατρούς να πάνε στην επαρχία ώστε να επανδρωθούν κατάλληλα νέες μονάδες οι οποίες θα προσφέρουν σωστή και ποιοτική θεραπεία.
- Την τοποθέτηση καινούριων μηχανημάτων στα Κρατικά νοσοκομεία στα οποία παρατηρείται η ανάγκη για αντικατάσταση των παλαιών και επί πολλά χρόνια λειτουργούντων μηχανημάτων. Νομίζουμε ότι θα πρέπει τουλάχιστον εκεί όπου υπάρχουν Νεφρολογικές Κλινικές να εφοδιαστούν και με 1-2 νέα σύγχρονα μηχανήματα που να μπορούν να εφαρμόσουν τις νέες τεχνικές π.χ. αιμοδιήθηση. Απαραίτητη ακόμα θεωρείται και η παρουσία μονίμων και αποκλειστικών συντηρητών των μηχανημάτων T.N. σε όλες τις μεγάλες μονάδες. Εξ'άλλου η εξειδίκευση και κατάλληλη εκπαίδευση του νοση-

λευτικού προσωπικού που ασχολείται με νεφροπαθείς είναι απαραίτητη, εξ αιτίας της συχνότητας των επαφών του νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή (κάθε δεύτερη μέρα), την γενικευμένη ευαισθησία της υγείας του πάσχοντα καθώς και την ιδιαίτερη ψυχολογική του δόμηση και συναισθηματική κατάσταση.

- Ένα ακόμα σημείο που χρειάζεται ιδιαίτερη μέριμνα από την πολιτεία είναι η προαγωγή και διασφάλιση του δικαιώματος της προστασίας της προσωπικότητας των νεφροπαθών. Ο νεφροπαθής έχει δικαίωμα να εξετάζεται και να νοσηλεύεται σε περιβάλλον και με συνθήκες που να εξασφαλίζουν την προσωπική του ιδιαιτερότητα και αξιοπρέπεια. Αυτό περιλαμβάνει:

- α) Το δικαίωμα να εξετάζεται σε ειδικό χώρο (εξεταστήριο).
- β) Το δικαίωμα επιλογής του θεράποντα γιατρού και του θεραπευτηρίου σε περιπτώσεις που η κατοικία του και οι Μ.Τ.Ν. είναι στην ίδια πόλη που, βέβαια μοιραία, το δικαίωμα αυτό δεν υφίσταται σε Νεφροπαθείς των επαρχιών.
- γ) Να τηρείται η λίστα αναμονής.

- Η οικονομική ενίσχυση και γενικώτερα η κρατική μέριμνα προς τους νεφροπαθείς είναι εντελώς απαραίτητη και επιβάλλεται να είναι ουσιαστική αφού όπως είδαμε ο νεφροπαθής χάνει κάθε δυνατότητα να κερδίσει τη ζωή του μόνος του. (Επιδόματα διατροφής, φάρμακα κλπ).

- Επίσης η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε να εξασφαλιστεί ένας τρόπος μεταφοράς για τους ασθενείς στα νοσοκομεία αφού η υγεία τους δεν τους επιτρέπει να

μετακινούνται με τα γνωστά μέσα μαζικής συγκοινωνίας. Αυτή τη στιγμή πληρώνεται από την πολιτεία το ταξί που θα χρησιμοποιήσει ο ασθενής αλλά κατά τη γνώμη μας είναι αναγκαίο και περισσότερο οικονομικό να οριστεί ένα σταθερό μέσο μετακίνησης ώστε να αποφευχθεί και η σχετική γραφειοκρατία από τους ασθενείς προκειμένου να τακτοποιήσουν τις αμοιβές των ταξί.

- Να δημιουργηθούν συμβουλευτικά κέντρα τόσο στην επαρχία όσο και στα μεγάλα αστικά κέντρα τα οποία θα παρέχουν συμβουλευτική βοήθεια και ψυχολογική στήριξη, στους ίδιους τους ασθενείς ώστε να είναι σε θέση να αντέξουν πιο εύκολα όλες τις δυσκολίες και τις μεταβολές που εμφανίζονται στην ζωή τους και στις οικογένειες τους γιατί, όπως έγινε φανερό από τα όσα προηγήθηκαν, η νεφροπάθεια είναι μια κατάσταση η οποία δεν αφορά αποκλειστικά και μόνο τον πάσχοντα αλλά την οικογένεια του και το άμεσο κοινωνικό του περιβάλλον. Χρειάζεται υποστήριξη τόσο στο αρχικό στάδιο οπότε ο ασθενής να προετοιμαστεί ψυχολογικά κατάλληλα ώστε να αντιμετωπίσει πιο εύκολα ό,τι θα ακολουθήσει. Επίσης κατά τη διάρκεια της ασθένειας, η οποία θεωρητικά απασχολεί τον ασθενή εφ'όρου ζωής, με μοναδική λύση μεταμόσχευση, αν έρθει, είναι απαραίτητη η συναισθηματική εκφόρτιση και η ηθική στήριξη του ατόμου προκειμένου να ανταπεξέλθει.

Έπειτα η οικογένεια του ασθενή πρέπει να μάθει να τον αντιμετωπίζει με τέτοιο τρόπο ώστε και οι σχέσεις μέσα σ'αυτή να μην θίγονται και παράλληλα η στάση τους να είναι βοηθητική για τον πάσχοντα. Ακόμα θα μπορούσε να γίνει

ομαδική εργασία με νεφροπαθείς για αλληλοϋποστήριξη, εκτό-
νωση , ανταλλαγή εμπειριών, εκμάθηση νέων πρακτικών, εύρεση
νέων λύσεων.

Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Εδώ θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μια εικόνα του προβληματισμού που επικρατεί τόσο στους άμεσα ενδιαφερόμενους πάσχοντες από νεφροπάθεια όσο και στην πολιτεία για την βελτίωση και καλύτερη οργάνωση των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα. Τα στοιχεία αυτά τα αντλούμε από διακρύξεις του συλλόγου νεφροπαθών ή μεταμοσχευμένων καθώς και από συνεντεύξεις με σκοπό την δημόσια προβολή της θέσης ή άποψης φορέων που ασχολούνται με το θέμα.

1. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Η ενημέρωση αφορά την: α) ενημέρωση του κοινού, β) ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, γ) ενημέρωση των ασθενών και συγγενών τους.

A. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ

α) Διαλέξεις - Ελεύθερες συζητήσεις: Σε συνεργασία με κοινωνικούς, πολιτιστικούς και αγροτικούς συλλόγους, με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τις Νομαρχιακές επιτροπές και την Εκκλησία, πρέπει να οργανώνονται διαλέξεις-ελεύθερες συζητήσεις με θέμα "Μεταμοσχεύσεις - Δωρεά Σώματος"

Η ομάδα των ομιλητών πρέπει να αποτελείται από κάποιο γιατρό (χειρουργό, νεφρολόγο, ανοσολόγο κλπ) που θα αναπτύξει το θέμα από την ιατρική σκοπιά, από κάποιο ΚΑ ή ψυχολόγο, από έναν εκπρόσωπο της εκκλησίας που θα αναφερθεί στην ηθική και θρησκευτική πλευρά του θέματος και από κάποιο Δωρητή Σώματος που θα αναπτύξει τις προσωπικές απόψεις και εμπειρίες που τον οδήγησαν στην απόφαση να γίνει δωρητής. Στην ομάδα των ομιλητών σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συμμετέχει και κάποιος νομομαθής ή δικαστικός που θα αναλύσει τους νόμους γύρω από τις μεταμοσχεύσεις και τον δωρισμό οργάνων. Τις ολιγόλεπτες εισηγήσεις των ομιλητών, που καλό θα είναι να συνοδεύονται από διαφάνειες και ταινίες μικρού μήκους, θα ακολουθήσει μια ελεύθερη συζήτηση με το ακροατήριο, με σκοπό να απαντηθούν τα ερωτήματα και να λυθούν όσο γίνεται οι διάφοροι προβληματισμοί. Οι διαλέξεις αυτές πρέπει να γίνονται συστηματικά και συντονισμένα, τόσο στις μεγάλες πόλεις όσο και στην επαρχία και είναι σκόπιμο να τις χαιρετίζει ο δήμαρχος, ο νομιάτρος

ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου και ο Μητροπολίτης της περιοχής όπου γίνεται η εκδήλωση.

β) Λύκειο:

1. Με σκοπό να αποκτήσουν οι μαθητές μια πρώτη επαφή με την ιδέα της δωρεάς σώματος προτείνεται να γίνεται σε κάθε λύκειο μια φορά τον χρόνο ομιλία από τον σχολίατρο και να μοιράζεται ενημερωτικό υλικό στους μαθητές. Ομιλητές στα Λύκεια μπορεί να είναι επίσης φοιτητές Ιατρικής και καθηγητές Λυκείου με γνώση του θέματος .

Η ομιλία πρέπει να οργανώνεται σε συνεργασία με το 15μελές συμβούλιο και με τον σύλλογο Γονέων και Κηδεμόνων του σχολείου.

2. Προτείνεται επίσης μαθητές των τελευταίων τάξεων των Λυκείων να επισκέπτονται κατά καιρούς Μ.Τ.Ν. σε νοσοκομεία της περιοχής τους, όπου θα τους γίνεται από γιατρούς μια άμεση ενημέρωση για τα προβλήματα των νεφροπαθών και τη σημασία που έχει για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους η μεταμόσχευση.

γ) Πανεπιστήμια - ΤΕΙ

1. Σε συνεργασία με τις πρυτανικές αρχές, τους Προέδρους των τμημάτων και τα Δ.Σ. των φοιτητικών συλλόγων προτείνεται η οργάνωση εκδηλώσεων με θέμα: "Μεταμοσχεύσεις - Δωρεά σώματος" και με ομιλητές καθηγητές Παν/μίου και εκπροσώπους των φοιτητών.

2. Προτείνεται στο πίσω εξώφυλλο του βιβλιαρίου σπουδών, που δίδεται σ' όλους τους πρωτοετείς φοιτητές και σπουδαστές να τοποθετηθεί ένα αυτοκόλλητο που θα αναφέρεται στη δωρεά οργάνων.

3. Στα βιβλία που μοιράζονται στους φοιτητές και σπουδαστές να τυπωθεί στο πίσω εξώφυλλο ένα σύνθημα - έκκληση π.χ. "Γίνε Δωρητής - Χάρισε Ζωή" , ή "Δωρεά Σώματος - Δώρο Ζωής" κλπ. .

4. Σε κάθε σχολή με ευθύνη του Δ.Σ. του συλλόγου φοιτητών να τοποθετηθεί ταμπλώ με ενημερωτικό υλικό γύρω από τον δωρισμό σώματος.

δ) Τοπική Αυτοδιοίκηση

1. Προτείνεται οι δήμοι και οι κοινότητες σε συνεργασία με συλλόγους δωρητών σώματος και γιατρούς που ασχολούνται με τις μεταμοσχεύσεις να οργανώσουν διήμερο εκδηλώσεων για τη δωρεά σώματος που να περιλαμβάνουν : α) Ομιλίες και ελεύθερες συζητήσεις που θα απευθύνονται στους υπαλλήλους του δήμου και στους δημότες γενικότερα , β) τοποθέτηση αφισών και αεροπανώ , γ) Προβολή βίντεο σε πλατείες, με θέμα τις μεταμοσχεύσεις, δ) στήσιμο Τραπεζιών σε δρόμους-περάσματα απ'όπου θα μοιράζεται ενημερωτικό υλικό.

2. Τα συνοικιακά συμβούλια των δήμων προτείνεται να οργανώσουν επιμέρους ενημερωτικές συγκεντρώσεις φορέων και παραγόντων της περιοχής τους και μακροπρόθεσμα στα γραφεία τους, να μπορούν όσοι δημότες το επιθυμούν να συμπληρώσουν τη σχετική αίτηση για να γίνουν δωρητές σώματος

ε) Οργανισμοί Κοιν.Ωφελειας - Δημοσ. Υπηρεσίας:

1. Προτείνεται στο πίσω εξώφυλλο των βιβλιαρίων των λογαριασμών καταθέσεων να τυπωθεί ή να τοποθετηθεί αυτοκόλλητο με συνθήματα και εκκλήσεις γύρω από τον δωρισμό σώματος.

2. Να τοποθετηθούν σ' όλα τα καταστήματα των Τραπεζών αφίσες με θέμα τη δωρεά σώματος και μπροστά από τα γκισέ των ταμείων να βρίσκονται ενημερωτικά φυλλάδια που θα μπορούν να παίρνουν οι πελάτες της Τράπεζας.

στ) Ραδιόφωνο

1. Προτείνεται η καθιέρωση εβδομαδιαίας 15λεπτης εκπομπής απ' όπου θα μεταδίδονται συνεντεύξεις γιατρών, ψυχολόγων, πολιτικών, ιερέων, δωρητών σώματος, θα αναπτύσσονται τα προβλήματα των νεφροπαθών και του χώρου των μεταμοσχεύσεων και θα ανακοινώνονται και θα καλύπτονται οι εκδηλώσεις που γίνονται για τη διάδοση του θεσμού της δωρεάς σώματος.

2. Τουλάχιστον μια φορά την ημέρα να μεταδίδεται από το ραδιόφωνο ένα σύνθημα - έκκληση λίγων δευτερολέπτων, που να καλεί τους ακροατές να γίνουν δωρητές σώματος.

ζ) Τηλεόραση

1. Προτείνεται η καθιέρωση, μια φορά τουλάχιστον το χρόνο, ελεύθερης συζήτησης γύρω από το θέμα της δωρεάς οργάνων και η προβολή ολιγόλεπτων ρεπορτάζ γύρω από τους νεφροπαθείς και τις μεταμοσχεύσεις που να μεταδίδεται στα δελτία ειδήσεων.

2. Να ζητηθεί η κατά καιρούς δωρεάν προβολή διαφημιστικού σποτ, όπου κάποια προσωπικότητα της χώρας μας, θα κάνει έκκληση στον κόσμο να γίνουν δωρητές.

η) Τύπος

Η συμβολή του στη διάδοση του θεσμού είναι καθοριστική γιαυτό προτείνεται:

1. Να αποφεύγονται τα μελοδραματικά άρθρα, και να προβάλλ-

λονται με στοιχεία επιστημονικά και κριτήρια ψυχολογίας της μάζας, οι δωρισμοί οργάνων μετά θάνατο.

2. Να καλύπτεται κάθε εκδήλωση που γίνεται με στόχο τη διάδοση του θεσμού της δωρεάς .

3. Να καθιερώσουν όλες οι εφημερίδες και τα περιοδικά μια στήλη, όπου διακεκριμένοι επιστήμονες θα αρθρογραφούν κατά καιρούς γύρω από την δωρεά σώματος, τα προβλήματα των νεφροπαθών και την πορεία των μεταμοσχεύσεων.

θ) Αφίσες

Η αφίσα αποτελεί σημαντικό μέσο τόσο για την προσέλκυση της προσοχής του κόσμου αλλά και για την υπενθύμιση της σημασίας της μετά θάνατο δωρεάς του σώματος. Στο κάτω μέρος της πρέπει να αναγράφεται η διεύθυνση του χώρου, όπου ο ενδιαφερόμενος θα μπορέσει να ζητήσει περισσότερες πληροφορίες. Οι αφίσες πρέπει να τοποθετηθούν σε κάθε δημόσια υπηρεσία, στους δήμους, σε τράπεζες, σε νοσοκομεία, σε αγροτικά ιατρεία, σε σχολεία, Παν/μια, στους σταθμούς των τραίνων και των λεωφορείων και γενικά σε κάθε χώρο-πέρασμα.

ι) Έντυπο υλικό

Η τύπωση φυλλαδίου με σκίτσα, και γενικές πληροφορίες γύρω από τη δωρεά σώματος και τις μεταμοσχεύσεις είναι ένα μέσο διάδοσης της ιδέας, εξίσου σημαντικό όσο και η αφίσα. Στο φυλλάδιο αυτό, παράλληλα με τις διάφορες πληροφορίες για τις μεταμοσχεύσεις και για το πως και που μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής, προτείνεται να αναγράφονται οι απόψεις προσωπικοτήτων του πολιτικού και

Πολιτιστικού μας χώρου, γύρω από τη δωρεά σώματος καθώς και οι απόψεις νεφροπαθών που με την μεταμόσχευση νεφρού μπορούν να βελτιώσουν αισθητά την ποιότητα ζωής τους. Το φυλλάδιο αυτό προτείνεται να μοιράζεται:

1. Στα Λύκεια, τα Παν/μια και τα ΤΕΙ μαζί με τα βιβλία που παίρνουν οι μαθητές και οι φοιτητές στην αρχή του εκπαιδευτικού έτους.
2. Από μέλη οργανώσεων δωρητών σώματος, από προσκόπους και οδηγούς από εθελοντές Σαμαρείτες του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στην έξοδο θεάτρων και κινηματογράφων μετά το τέλος της παράστασης ή στην έξοδο σταδίων μετά το τέλος αθλητικών εκδηλώσεων κλπ.
3. Προτείνεται ακόμη να τοποθετούνται φυλλάδια μπροστά από τα Ταμεία Τραπεζών, στα Ταχυδρομεία, στα Ταμεία κοπής εισιτηρίων κλπ.
4. Τα φυλλάδια προτείνεται να παραδίδονται "κεντρικά" σε οργανώσεις όπως ο προσκοπισμός, ο Ερυθρός Σταυρός, η ΧΕΝ, η ΧΑΝ, οι κομματικές νεολαίες, οι συνδικαλιστικές ενώσεις για να μοιράζονται στα μέλη τους. Έχει ήδη ετοιμαστεί το πρότυπο ενός ενημερωτικού φυλλαδίου και αναζητούνται οικονομικοί πόροι για την εκτύπωση του.

Β. Η ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Η ενημέρωση του "ειδικού" αυτού χώρου προτείνεται να γίνεται με διαλέξεις, στρογγυλές τράπεζες, ελεύθερες συζητήσεις και σεμινάρια που πρέπει να οργανώνονται και να συντονίζονται από τις ιατρικές σχολές και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, και να απευθύνονται σε γιατρούς, σε φοιτητές

Ιατρικής και στο Νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων. Προτείνεται η ενημέρωση να αρχίσει σε πρώτη φάση στην Αθήνα και τη Θεσ/νίκη και να απευθύνεται αρχικά στους γιατρούς της εντατικής παρακολούθησης (νευροχειρουργοί, καρδιοχειρουργοί, καρδιολόγοι, αναισθησιολόγοι). Στη συνέχεια πρέπει να επεκταθεί σ'όλα τα επαρχιακά νοσοκομεία και να περιλάβει γιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Η ενημέρωση των γιατρών, των φοιτητών Ιατρικής και του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να στηρίζεται πάνω σε ιατροεπιστημονική βάση, να γίνεται από Πανεπιστημιακούς γιατρούς και καλό θα είναι να ενταχθεί σε κάποιο εκπαιδευτικό ή μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Ειδικά για τους φοιτητές της Ιατρικής, μέσα στα πλαίσια του μαθήματος της Ιστορίας της Ιατρικής προτείνεται να ενταχθεί μάθημα γύρω από τη σημασία των μεταμοσχεύσεων. Ιδιαίτερη εκπαίδευση προτείνεται να λαμβάνει ο ΚΛ του νοσοκομείου αφού αυτός μαζί με τους γιατρούς αναλαμβάνει να έρθει σε επαφή με το περιβάλλον του ετοιμοθάνατου δότη και να αναλύει ηθικοκοινωνικά και θρησκευτικά το θέμα.

Γ. Ενημέρωση των ασθενών και των συγγενών τους.

10 ασθενής πρέπει να γνωρίζει την αλήθεια για την αρρώστια του και ο γιατρός να τον ενημερώνει σωστά και αντικειμενικά. Ο γιατρός πρέπει να αναφέρει στον ασθενή του με κάθε λεπτομέρεια την εναλλακτική θεραπεία που του προσφέρει χωρίς υπεκφυγές και χωρίς απόκρυψη τυχόν κινδύνων έμμεσων ή άμεσων για την ζωή του. Η συγκατάθεση για την μεταμόσχευση πρέπει να δίνεται από τον ίδιο τον λήπτη ελεύθερα και όχι κάτω από την επήρεια συγκίνησης και καταναγκασμού.

Επιπλέον ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει την πιθανότητα επιτυχίας της μεταμόσχευσης και του ουσιαστικού κέρδους της ζωής, χωρίς να κατέχεται από ψευδαισθήσεις. Ενήμεροι για την κατάσταση του ασθενή, πρέπει να είναι τα άτομα του συγγενικού του περιβάλλοντος και να αντιμετωπίζονται από τους γιατρούς με ιδιαίτερη κατανόηση και φροντίδα.

Στους συγγενείς του νεκρού δότη είναι απαραίτητη, πέρα από την τυπική επιστημονική πληροφόρηση, μια ανθρώπινη προσέγγιση, που πρέπει να γίνεται από γιατρούς και Κ.Α. του νοσοκομείου με αποδεδειγμένη ευαισθησία και ικανότητα να αναλύσουν ηθικούς, κοινωνικούς και θρησκευτικούς προβληματισμούς.

2. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Προτείνεται να γίνει μια προσεκτική επανεξέταση της σχετικής νομοθεσίας, να συγκεντρωθούν και να μελετηθούν οι αντίστοιχοι νόμοι αναπτυγμένων ιατρικά χωρών, να ζητηθεί η γνώμη κάθε αρμόδιου φορέα με στόχο μια νέα νομοθεσία που θα περιορίζει στο ελάχιστο τη γραφειοκρατία και θα κατοχυρώνει στο έπακρο την επιθυμία του δωρητή.

Ήδη έχει σχηματιστεί μια ομάδα εργασίας για την μελέτη των νόμων και της δεοντολογίας των μεταμοσχεύσεων, η οποία αλληλογραφεί με οργανώσεις δωρητών σώματος και κρατικές υπηρεσίες ξένων χωρών, μελετά προσεκτικά όλα τα στοιχεία που συγκεντρώνει και ετοιμάζει συγκεκριμένες προτάσεις για το αντικείμενο.

3. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Με σκοπό την επιστημονική κατοχύρωση του εγκεφαλικού θανάτου προτείνεται η δημιουργία επιτροπής που θα την αποτελούν διακεκριμένοι νευροχειρουργοί, νεφρολόγοι, οφθαλμίατροι,

αναισθησιολόγοι, χειρουργοί, παθολόγοι και κοινωνιολόγοι που θα συζητήσουν και θα αποφασίσουν σχετικά.

4. ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Στο πρόβλημα των ηθικών προβληματισμών που γεννά η μεταμόσχευση και η δωρεά σώματος η λύση μπορεί να έρθει μακροπροθεσμα αφού προηγηθούν:

- α) Στρογγυλές Τράπεζες όπου θα παίρνουν μέρος ιατροδικαστές, εκπρόσωποι της εκκλησίας, νομομαθείς, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, δικαστικοί και γιατροί.
- β) Ανοικτές συζητήσεις στην Τηλεόραση και το ραδιόφωνο.
- γ) Αρθρογραφία στις εφημερίδες και ανοικτή συζήτηση με το αναγνωστικό κοινό με την δημοσίευση επιστολών.

5. ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΩΤΗ.

Προτείνεται να ελέγχεται και να παρακολουθείται η υγεία του δωρητή κατά διαστήματα, μέχρι του θανάτου του και να του χορηγείται από τη μέρα που θα υποβάλει τη σχετική δήλωση ατομικό βιβλιάριο υγείας.

6. ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.

Προτείνεται η δημιουργία υποδομής σε κάθε νομό, με ευθύνη του νομίατρου και του ιατρικού συλλόγου του νομού, έτσι ώστε όταν κάποιος δωρητής χάσει τη ζωή του σε επαρχιακό νοσοκομείο, τα μωσχεύματα να μεταφέρονται ταχύτατα με τη χρήση ασθενοφόρων ή ελικοπτέρων του στρατού στο κοντινότερο μεταμοσχευτικό κέντρο.

Παράλληλα προτείνεται η εκπαίδευση ενός τουλάχιστον χειρουργού σε κάθε επαρχιακό νοσοκομείο στην αφαίρεση μωσχευμάτων, για να μη χάνεται πολύτιμος χρόνος.

7. ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ

Πρέπει να γίνεται με αντικειμενικά και αξιολοκρατικά κριτήρια. Παράλληλα, προτείνεται να εξοπλιστούν με τα κατάλληλα μέσα τα μεγάλα επαρχιακά νοσοκομεία, όπου σε πρώτη φάση θα μπορούν γιατροί των μεταμοσχευτικών κέντρων Αθήνας και Θεσ/νίκης να κάνουν μεταμοσχεύσεις και αργότερα να λειτουργήσουν αυτόνομα σαν επαρχιακά μεταμοσχευτικά κέντρα. Αυτό θα είχε σαν αποτέλεσμα την αποκέντρωση και την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων της Αθήνας και της Θεσ/νίκης.

8. ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

Η έλλειψη πτωματικών μοσχευμάτων αποτελεί πρόβλημα βασικής σημασίας.

Το μόνο πράγμα που μπορεί να εξασφαλίσει στη χώρα μας επάρκεια πτωματικών μοσχευμάτων, και αυτό προτείνεται, είναι η καθιέρωση με νομοθετικό διάταγμα της υποχρεωτικής νεκροτομής στον κάθε ασθενή που πεθαίνει στα νοσοκομεία. Το μέτρο αυτό εφαρμόζεται ήδη σ'όλες σχεδόν τις ιατρικά ανεπτυγμένες χώρες.

Τέλος, προτείνεται όλοι όσοι συμβάλλουν στη διάδοση της ιδέας της δωρεάς σώματος και στην ανεύρεση μοσχεύματος (γιατροί, νοσοκόμοι κλπ), να λαμβάνουν μια τιμητική διάκριση (ηθική ανταμοιβή) - από την Πολιτεία.

П А Р А Р Т Н И А А

Οι σημαντικότεροι σταθμοί
της Ιατρικής Εξέλιξης των Μεταμοσχεύσεων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

1954	1η μεταμόσχευση νεφρού μεταξύ ταυτοσήμων διδύμων (MURRAY Βοστώνη-USA)
1955	1η μεταμόσχευση νεφρού (ζων δότης) στην Ευρώπη (Παρίσι)
1962	1η μεταμόσχευση νεφρού με πτωματικό μόσχευμα (MURRAY-Βοστώνη-USA)
1962	1η επιτυχημένη πτωματική μεταμόσχευση νεφρού στην Ευρώπη (WOODRUFF-Εδιμβούργο)
1963	1η μεταμόσχευση ήπατος σε άνθρωπο (STARZL -Νιένβερ-ΗΠΑ)
1967	1η μεταμόσχευση καρδιάς σε άνθρωπο (BARNARD-Ν.Αφρική)
1967	1η επιτυχημένη μεταμόσχευση ήπατος (STARZL -ΗΠΑ)
1968	1η μεταμόσχευση καρδιάς στην Ευρώπη (ΠΑΡΙΣ)
1969	Οι μεταμοσχεύσεις καρδιάς στην Ευρώπη σταμάτησαν. εκτός από το Παρίσι.
1978	Επιτυχημένη χρήση κυκλοσπορίνης σε μεταμόσχευση νεφρού (COLNE-CAMBRIDGE UK).
1981	Πρόγραμμα μεταμόσχευσης καρδιάς στην Ευρώπη

Χρόνος Εναρξης της μεταμόσχευσης των διαφόρων οργάνων στις χώρες της Ευρώπης.

A. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ:

Πρώτη περίοδος

(1954-1956)

U.S.A. 1954

U.K. 1956

Νορβηγία 1956

Ιταλία 1957

Γαλλία 1959

Μέση Περίοδος

(1961-1966)

Γερμανία 1963

Βέλγιο 1963

Φιλανδία 1964

Ελβετία 1964

Σουηδία 1964

Δανία 1964

Ιρλανδία 1964

Αυστρία 1965

Ολλανδία 1966

Ισπανία 1966

Πρόσφατη περίοδος

(1967-1980)

Ελλάδα 1967

Τουρκία 1967

Πορτογαλία 1969

Λουξεμβούργο 1980

B: ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΡΔΙΑΣ

πρωιμη περίοδος

(1960-1970)

Ν.Αφρική	1967
Η.Π.Α.	1968
Γαλλία	1968
Ην.Βασίλειο	1969
Γερμανία	1969
Ελβετία	1969

Μέση περίοδος

(1973-1984)

Ην.Βασίλειο	1973
Γερμανία	1981
Βέλγιο	1982
Νορβηγία	1983
Αυστρία	1983
Σουηδία	1984
Ολλανδία	1984
Ισπανία	1984

Υστερη περίοδος

(1985-1988)

Ιταλία	1985
Ιρλανδία	1985
Φιλανδία	1985
Πορτογαλία	1986

Στην Ελλάδα η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς έγινε στην Αθήνα τον Απρίλη του 1990 και μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί συνολικά τέσσερις.

Γ. Μεταμόσχευση Ηπατός.

Πρώτη περίοδος

(1963-1970)

Αμερική	1963
Γερμανία	1968
Γαλλία	1968
Ην. Βασίλειο	1968
Βέλγιο	1969

Μέση περίοδος

(1970-1983)

Νορβηγία	1970
Αυστρία	1972
Ολλανδία	1977
Ιταλία	1981

Υστερη περίοδος

(1983-1988)

Ισπανία	1984
Σουηδία	1984
Φιλανδία	1984
Ιρλανδία	1985
Ελβετία	1985
Πορτογαλία	1985

Στην Ελλάδα μέχρι τον Ιούλη του 1990 είχαν γίνει δύο μεταμοσχεύσεις ,μία στη Θεσσαλονίκη και η άλλη στην Αθήνα.

Δ. Μεταμόσχευση Παγκρέατος

Ελβετία	1973
Σουηδία	1974
Γαλλία	1978
Ιταλία	1981
Αυστρία	1982
Νορβηγία	1983
Ισπανία	1984
Ολλανδία	1984
Δανία	1987

Ε. Μεταμόσχευση μμελού των οστών

Ολλανδία	1968
Σουηδία	1975
Αυστρία	1978
Ιρλανδία	1984.

Εξωνεφρική Κάθαρση

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ασθενείς σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. 1986-1989

Έτος	1986	1987	1988	1989
αριθμός ασθενών	2073	2503	3040	3460*
αύξηση %		20.7%	21.4%	13.8%

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ασθενείς, θάνατοι και μεταμοσχεύσεις 1986-1989

Έτος	1986	1987	1988	1989
νέοι ασθενείς	385	430	537	420
θάνατοι	146	238	231	188
μεταμ/σεις	83	89	95	120

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

	αριθμός ασθενών	%
άνδρες	2051	59.2
γυναίκες	1409	40.7
σύνολο	3460	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Κατανομή ασθενών κατά 10ετίες ηλικιών και φύλο

10ετίες ηλικιών	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
άνδρες	27	54	218	267	420	513	382	170
γυναίκες	12	30	143	161	273	378	296	116
σύνολο	39	84	361	428	693	891	678	286
%	1,1	2,4	10,4	12,3	20,0	25,7	19,5	8,2

* Στο σύνολο αυτό συμπεριλαμβάνονται τόσο οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς όσο και οι μεταμοσχευμένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Κατανομή ασθενών κατα οικογενειακή κατάσταση		
Οικογενειακή κατάσταση	αριθμός ασθενών	%
έγγαμοι	2482	76,2
άγαμοι	526	16,1
διαζευγμένοι	64	1,9
χήροι	181	5,5
σύνολο	3253	100,0
μη ενημέρωση	207/3460	5,9

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Κατανομή ασθενών κατα ασφαλιστικό φορέα		
ασφαλιστικός φορέας	αριθμός ασθενών	%
Οδημόσιο	269	7,7
Ι.Κ.Α.	1646	47,5
Ο.Γ.Α.	958	27,6
Τ.Ε.Β.Ε.	160	4,6
Ν.Α.Ι.	100	2,8
Παιδιά Ταμεία	243	7,0
άποροι	84	2,4
σύνολο	3460	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Κατανομή ασθενών κατα ομάδα αίματος A B O		
Ομάδα αίματος	αριθμός ασθενών	%
A	1396	41,9
B	397	11,9
AB	162	4,8
O	1375	41,2
σύνολο	3330	100,0
μη ενημ/ση	130/3460	3,7

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Ελεγχος ασθενών για λοίμωξη από ιό ηπατίτιδας Β (HBV)

έλεγχος για HBsA		%
θετικοί	169	5,3
αρνητικοί	2992	94,6
σύνολο	3161	100,0
μη ενημ/ση	299/3460	8,6

έλεγχος για HBsAb		%
θετικοί	380	43,1
αρνητικοί	500	56,8
σύνολο	880	100,0
μη ενημ/ση	2580/3460	74,5

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Κατανομή ασθενών κατά αιτία Χ.Ν.Α

Αιτία Χ.Ν.Α	αριθμός ασθενών	%
σπειραματονεφρίτιδες	633	40,1
χρόνιες διάμεσες νεφροπάθειες	277	17,5
κληρονομικές-συγγενείς	193	12,2
αγγειακές παθήσεις	55	3,4
μεταβολικές παθήσεις	161	10,2
νεφροπάθειες από παροπρωτεϊναιμίες	10	0,6
άλλες νεφροπάθειες	39	2,4
άγνωστη νεφροπάθεια	210	13,3
σύνολο	1578	100,0
μη ενημέρωση	1882/3460	54,3

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Κατανομή ασθενών κατά χρονική διάρκεια θεραπείας

ετη. θεραπείας	ασθενείς	%
> 19	0	0
15 - 19	50	1,4
10 - 15	266	7,7
5 - 10	1009	29,4
< 5	2106	61,3
σύνολο	3431	100,0
μη ενημ/ση	29/3460	0,8

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Κατανομή ασθενών κατά θεραπευτική μέθοδο

θεραπευτική μέθοδος	αριθμός ασθενών	%
τεχνητό νεφρό	2734	79,0
Σ.φ.Π.Κ	301	8,7
μεταμόσχευση	425	12,3
σύνολο	3460	100,0

ΤΙΝΑΚΑΣ 13

Κατανομή ασθενών κατα μονάδα θεραπείας σε σχέση με τον τόπο μόνιμης κατοικίας
Υπάρχει ενημέρωση για 3276/3460 ασθενείς (94,7), των οποίων η κατανομή έχει ως εξής

μετακινούμενοι εντός νομού μόνιμης κατοικίας 2437/3276 (74,3 %)
μετακινούμενοι εκτός νομού μόνιμης κατοικίας 839/3276 (25,6 %), οι διανυόμενες από τους οποίους αποστάσεις είναι:

διανυόμενες αποστάσεις	αριθμός ασθενών	%
< 100 Km	368	43,8
100 - 200 Km	157	18,7
200 - 300 Km	120	14,3
> 300 Km	52	6,1
σύνολο	839	100,0

ΤΙΝΑΚΑΣ 14

Στοιχεία μονάδων Τεχνητού Νεφρού (Δεκέμβριος 1989) *

	ΚΡΑΤΙΚΕΣ				ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ				ΣΥΝ
	ΑΘ	ΘΕΣ	ΕΠ	ΣΥΝ	ΑΘ	ΘΕΣ	ΕΠ	ΣΥΝ	
αριθμός μονάδων	16	4	26	46	11	2	2	15	61
ανήματα	162	69	259	490	165	23	20	208	698
από	85	28	62	175	45	7	7	59	234
ηλεκτρόνες	164	75	278	517	155	15	18	188	705
από	1,78	2,12	2,25	2,05	3,13	2,00	3,00	2,71	2,38
αποστάσεις (μέσος όρος)	467	248	929	1644	920	60	110	1090	2734
αποστάσεις	184	41	40	265	8	3	2	13	278
αποστάσεις	5997	3348	11356	20701	12042	804	1351	14127	34898
αποστάσεις	844	211	163	1218	33	21	9	63	1281

συγκεντρώνονται ανά μήνα μετά από επικοινωνία της ΥΣΕ με τις Μ.Τ.Ν

ΤΙΝΑΚΑΣ 15

Λειτουργικότητα-Απόδοση Μ. Τ. Ν. (Δεκέμβριος 1989) *
Νο Μονάδων

απόδοση	ΚΡΑΤΙΚΕΣ			ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ		
	ΑΘ	ΘΕΣ	ΕΠ	ΑΘ	ΘΕΣ	ΕΠ
>200	0	0	0	2	0	1
151-200	0	0	1	7	0	0
101-150	8	3	13	2	1	0
81-100	2	1	8	0	0	1
51-80	2	0	1	0	1	0
<50	4	0	3	0	0	0

απόδοση τον αριθμό των λειτουργούντων μηχανημάτων και με σταθερό δεδομένο λειτουργία δυο προγραμματών ημερήσιας θεραπείας επί 25 ημέρες τον μήνα γύριζεται ο αριθμός των δυνητικών αιμοκαθάρσεων για κάθε μονάδα. Η διαφορά των δυνητικών με τις πραγματοποιούμενες αιμοκαθάρσεις και η αναγωγή επί % δίνει την απόδοση των μονάδων όπου ποσοστά > του 100% δείχνουν απόδοση μεγαλύτερη της αναμενόμενης και ποσοστά < του 100% δείχνουν ελαττωμένη απόδοση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16

Απόδοση μονάδων κατά τον Δεκέμβριο 1989 με Μαίο 1988

Μονάδες	Απόδοση		Μονάδες Ιδιωτικές	Απόδοση	
	> 100%	< 100%		> 100%	< 100%
Κρατικές					
12/89	25	21	12/89	13	2
5/88	18	26	5/88	13	2

Στον πίνακα 17 παρουσιάζεται ο αριθμός των ασθενών που παρακολουθούνται σε κάθε Μονάδα και ο αριθμός των ασθενών αυτών με μόνιμη κατοικία το Νομό της Μονάδας. Στηρίζεται σε στοιχεία που ανέφεραν οι Μονάδες Εξωνεφρικής Κάθαρσης μέχρι την 1.9.1987. Τα στοιχεία αυτά όμως παρουσιάζουν σημαντικές ανακρίβειες για τις οποίες ευθύνονται περισσότερο οι Μονάδες που δεν έδωσαν ακριβή στοιχεία στην Υ.Σ.Ε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

ΜΟΝΑΔΑ ΒΕΡΟΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ		ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΣΘ. ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ		ΑΡΙΘΜ. ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΤΟ ΝΟΜΟ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
	ΑΝΔΡ	ΓΥΝ		ΝΟΜΟΥ	ΧΩΡΑΣ	
ΓΕΗ. ΜΟΣ. ΠΑΤΡΩΝ	25	13	38	46.91%	1.51%	26
ΚΑ. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	28	15	43	53.09%	1.71%	24
<u>ΣΥΝΟΛΑ Ν. ΑΧΑΪΑΣ</u>	<u>53</u>	<u>28</u>	<u>81</u>	<u>100.00%</u>	<u>3.22%</u>	<u>50</u>
ΔΡΑΜΑΣ	8	1	9	100.00%	0.36%	9
ΡΟΔΟΥ	19	9	28	100.00%	1.11%	27
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	29	11	40	100.00%	1.58%	29
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	5	15	20	100.00%	0.79%	20
Γ. Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	54	43	97	100.00%	3.84%	77
ΑΓ. ΣΟΦΙΑ ΘΕΣΣΑΛ.	53	19	72	30.25%	2.85%	56
ΑΧΕΙΑ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	25	22	48	20.16%	1.91%	19
ΑΧΕΙΑ ΠΡΟ/ΚΗ Α'	29	10	39	16.38%	1.54%	11
Β' ΓΕΗ. ΜΟΣ. ΙΚΑ	25	20	45	18.90%	1.78%	23
Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	2	5	7	2.94%	0.28%	5
ΚΛΙΝ. ΓΛΑΝΘΟΣ	19	8	27	11.34%	1.08%	20
<u>ΣΥΝΟΛΑ Ν. ΘΕΣ/ΗΣ</u>	<u>154</u>	<u>84</u>	<u>238</u>	<u>100.00%</u>	<u>9.44%</u>	<u>134</u>
Γ. Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	20	16	36	67.93%	1.43%	22
ΚΑ. ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ	9	8	17	32.07%	0.67%	0
<u>ΣΥΝΟΛΟ Ν. ΙΩΑΝ/ΩΝ</u>	<u>29</u>	<u>24</u>	<u>53</u>	<u>100.00%</u>	<u>2.10%</u>	<u>22</u>
ΚΑΒΑΛΑΣ	16	9	25	100.00%	0.99%	14
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	1	0	1	100.00%	0.04%	1
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	8	3	11	100.00%	0.44%	11
ΛΑΡΙΣΑΣ	21	17	38	49.35%	1.51%	22
ΚΛΙΝ. ΓΛΑΝΘΟΣ	25	13	39	50.65%	1.54%	17
<u>ΣΥΝΟΛΑ Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ</u>	<u>47</u>	<u>30</u>	<u>77</u>	<u>100.00%</u>	<u>3.05%</u>	<u>39</u>

ΜΟΝΑΔΑ ΒΕΡΟΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ		ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΣΘ. ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ		ΑΡΙΘΜ. ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΤΟ ΝΟΜΟ
	ΑΝΔΡ	ΓΥΝ		ΝΟΜΟΥ	ΧΩΡΑΣ	
ΜΥΤΙΛΑΗΝΗ	10	8	18	100.00%	0.71%	18
ΒΟΛΟΥ	17	8	25	100.00%	0.99%	22
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	14	9	23	100.00%	0.92%	14
ΛΑΜΙΑΣ	10	6	16	100.00%	0.64%	14
ΧΑΝΙΩΝ	17	21	38	100.00%	1.51%	28
ΣΕΡΡΩΝ	7	3	10	100.00%	0.39%	11
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	1	2	3	100.00%	0.11%	3
ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	2	9	11	100.00%	0.43%	11
ΑΓΡΙΝΙΟΥ	11	3	14	100.00%	0.55%	13
ΤΡΙΠΟΛΕΩΣ	29	26	55	100.00%	2.18%	25
ΑΡΤΑΣ	4	6	10	100.00%	0.39%	10
<u>Σ Υ Ν Ο Λ Ο</u>			<u>2530</u>	<u>100.00%</u>	<u>100.00%</u>	<u>1753</u>

ΜΟΝΑΔΑ ΕΞΟΝΕΥΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ		ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ	ΠΟΣΟΤΑ ΑΣΘ. ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ		ΑΡΙΘΜ. ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΤΟ ΝΟΜΟ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
	ΑΝΔΡ	ΓΥΝ		ΝΟΜΟΥ	ΧΩΡΑΣ	
ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ	11	4	15	0.94%	0.59%	10
ΑΡΕΤΑΓΕΙΟΝ	28	17	45	2.82%	1.79%	36
Μ/Ο ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	9	11	20	1.25%	0.79%	17
ΕΛ. ΕΦΥΘ. ΣΤΑΥΡΟΣ	3	2	5	0.32%	0.19%	5
ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	51	48	99	6.19%	3.93%	72
ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ	28	14	42	2.63%	1.66%	30
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	32	39	70	4.37%	2.78%	41
ΛΑΙΚΟ	40	26	66	4.12%	2.62%	42
Ν.Ι.Μ.Τ.Σ	16	11	27	1.69%	1.08%	23
401 Γ.Σ.Ν.Α	13	2	15	0.94%	0.59%	13
7ο ΘΕΡΑΠ. Ι.Κ.Α	51	39	100	6.25%	3.96%	77
ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ	29	8	37	2.32%	1.46%	34
ΛΑΙΚΟ Μ.Κ.	91	44	135	8.44%	5.35%	82
ΓΝ ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡ	10	17	27	1.69%	1.08%	1
ΤΖΑΝΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ	19	9	28	1.75%	1.12%	2
ΚΑΙΝΙΚΕΣ						
ΚΑΙΝ. ΑΘΗΝΑ	39	22	60	3.75%	2.38%	43
ΚΑΙΝ. ΑΘΗΝΑΙΚΗ	64	38	102	6.38%	4.05%	58
ΚΑ. Α. ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ	45	35	80	5.01%	3.17%	60
ΚΑΙΝ. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ	38	40	78	4.87%	3.09%	53
ΘΕΡ. ΕΥΓΕΜΙΔΕΙΟ	36	27	63	3.93%	2.51%	61
ΓΕΝ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ	40	32	72	4.51%	2.86%	70
ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	57	50	117	7.32%	4.65%	90
ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	27	20	47	2.94%	1.86%	28
ΔΡΑΓΙΝΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	37	25	62	3.87%	2.46%	41
ΚΑ. ΠΑΝΤΟΚΡΑΤΩΡ	55	29	84	5.25%	3.34%	68
Δ/ΚΟ Κ/ΡΟ ΥΓΕΙΑ	35	21	56	3.51%	2.23%	52
ΑΓΝΩΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ	33	14	47	2.94%	1.86%	33
ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΓΙΚΗΣ	956	643	1599	100.00%	63.45%	1142

Παρακάτω παρουσιάζονται τα στοιχεία μιας οικονομικής μελέτης που έγινε με σκοπό τον καθορισμό του σημερινού κόστους της αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα. Βάση για την μελέτη αυτή αποτέλεσαν οι 80 ασθενείς της μονάδας Γ.Ν. της Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Γ.Σακελλαρίου, MATERIA MEDICA GRECA, 1987, σελ. 270 - 283).

Οι 80 ασθενείς της μονάδας τεχνητού νεφρού συνολικά υποβλήθηκαν στην διάρκεια 1 έτους σε 12.480 αιμοκαθάρσεις. Οι μέθοδοι αιμοκάθαρσης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: 1) Η κλασική αιμοκάθαρση (ΚΑ) με φίλτρα από κουπροφάνη ή οξική κυτταρίνη, 2) η αιμοκάθαρση με διττανθρακικά (ΑΔ) και 3) η αιμοδιήθηση (HEMODIAFILTRATION, HDF) με την χρησιμοποίηση μεμβρανών υψηλής υδραυλικής διαπερατότητας (πολυσουλφόνιο, πολυακρυλονιτρίλιο).

Για τον υπολογισμό του κόστους λήφθηκαν υπόψη οι εξής παράγοντες: 1) Μηχανολογικός εξοπλισμός, αναλώσιμα υλικά, αμοιβές ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, παρακλινικές εξετάσεις, φάρμακα κ.α.

(πίνακας 18). Καθημερινά γινόταν καταγραφή του αναλώσιμου υλικού, ενώ το προϊόν μισθοδοσίας ανά μήνα η κατανάλωση του ηλεκτρικού ρεύματος και του νερού υπολογίσθηκε με βάση την ωριαία κατανάλωση όλων των συσκευών της μονάδας. Επίσης για κάθε ασθενή τηρήθηκε πρωτόκολλο καταγραφής των παρακλινικών εξετάσεων ανά μήνα καθώς και των αναγκαίων φαρμάκων.

Οι ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας/ασθενή υπολογίσθηκαν από τον τύπο $\frac{\eta_1 \times \eta_2}{N}$. Όπου η_1 το σύνολο των ασθενών

της μονάδας (80), η₂, ο αριθμός των ασθενών που στη διάρκεια του έτους είχαν ανάγκη από ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και N, το σύνολο ημερών ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Για το έμμεσο κόστος λάβαμε υπόψη 3 παράγοντες : 1) Μηνιαία σύνταξη 2) Επίδομα διατροφής και 3) Εξοδα μεταφοράς από την οικία του ασθενούς στη μονάδα τεχνητού νεφού και αντίστροφα. Η επεξεργασία των στοιχείων έγινε σε προγραμματιστή τύπου IBM χρησιμοποιώντας απλό πρόγραμμα λογιστικής ανάλυσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Παράγοντες που καθορίζουν το κόστος της αιμοκάθαρσης

1. Μηχανολογικός Εξοπλισμός	α) Αγορά β) Απόσβεση γ) Συντήρηση
2. Αναλώσιμα Υλικά	α) Ειδικά β) Γενικά
3. Ειδικό Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό	
4. Παραϊατρικό Προσωπικό	
5. Παρακλινικές Εξετάσεις	
6. Φάρμακα	
7. Κτιριακές εγκαταστάσεις	
8. Μέρρες Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας	
9. Αποκατάσταση Ασθενούς	

ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Β, Προπαιδευτική παθολογική κλινική (Περίοδος Μελέτης: 10/85-10/86)

	Αριθμός Ασθενών	Συνεδρίες Αιμοκάθαρσης
— Κλασική Αιμοκάθαρση	64	9,984
— Αιμοκάθαρση με Διτανθρακικά	8	1,248
— Αιμοδιαδιήθηση	8	1,248
Σύνολο	80	12,480

ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Κόστος φίλτρων κα Α.Φ. Γραμμών

	Μέση Τιμή	Εύρος Τιμών	Συνεδρίες	Ολική Τιμή
1. Φίλτρα από Κουπροφάνη	5.500	5.000-6.000	11.232	61.776.000
2. Ειδικά φίλτρα Πολυακρινολιτρίλιο Πολυσουλφόνιο Αναγεννημένη Κυτταρίνη	7.500	7.000-8.000	1.248	9.360.000
Σύνολο:				71.136.000

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Κόστος μηχανημάτων

	Μήνας	Έτος
1. Απιονιστής Υδροχλ. Οξύ: 600 χλγρ. * 37	22.200	266.400
NaOH ... 480 χλγρ. * 40	19.200	230.400
Συντήρηση	25.000	300.000
2. Συντήρηση Μηχανημάτων	200.000	2.400.000
3. Απόσβεση Κεφαλαίου Μηχανημάτων		8.000.000
Σύνολο:		11.196.800

ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Κόστος προσωπικού μονάδας ΤΝ:

	Άτομα	Μηνιαία Αποζημίωση	Ετήσια Αποζημίωση
1. Ιατροί			
Επιμελητής Α.	1	133.548	1.669.672
Επιμελητής Β.	2	222.542	3.115.588
2. Αδελφές			
Μονοστάς	9	519.606	7.724.484
Τριετούς	12	810.480	11.346.720
3. Παρασκευαστήρες	2	134.810	1.887.340
4. Καθαριότητες	2	105.500	1.477.000
		Σύνολο	26.970.804

ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Ηλεκτρικό ρεύμα:

	Αριθμός	Ισχύς (Κw)	Ώρες Λειτουργίας	Τιμή Μονάδας	Ημέρες Λειτουργίας	Αξία Ρεύματος
— Συσκευές Τ.Ν.	21	2	10	10	310	1.302.000
— Κλιματισμός		8	10	10	310	248.000
— Φωτισμός		2,1	10	10	310	65.100
— Εξαερισμός		1,5	10	10	310	46.500
— Απιονιστής		1	14	10	310	43.400
						Σύνολο: 1.705.000

ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Μηνιαίο / ετήσιο κόστος μικροβιολογικών και ακτινολογικών εξετάσεων

	Μηνιαίο ανά Ασθενή	Ετήσιο ανά Ασθενή	Ολικό Ετήσιο
1. Μικροβιολογικές Εξετάσεις	15.106	181.272	14.501.760
2. Ακτινολογικές Εξετάσεις		20.000	1.600.000
		Σύνολο:	201.272 16.101.760

	Ποσότητα	Τιμή	
		Μονάδος	Κόστος
1. Πυκνό Διάλυμα Οξικών	5 Λιτ.	120	600
2. Οροί	2 Λιτ.	127	254
3. Βελόνες Παρακέντησης	2	120	240
4. Συστήματα Ορού	4	36.5	146
5. Γάντια (αποστειρωμένα)	4	82	328
6. Σύριγγες	3	12	36
7. Ηπαρίνη			152
8. Φάρμακα			25
Σύνολο:			1.781

ΠΙΝΑΚΑΣ 96 Υλικά αιμοκάθαρσης. Αιμοκάθαρση με διττανθρακικά

	Ποσότητα	Τιμή	
		Μονάδος	Κόστος
1. Πυκνό Διάλυμα Διττανθρακικών	3.5 Λιτ.	199.3	697.5
2. Κόστος Κλασικής Αιμοκάθαρσης Κόστος Πυκνού Διαλύματος Οξικών			1.181
Σύνολο			1.878.5

ΠΙΝΑΚΑΣ 97 Υλικά αιμοκάθαρσης. Αιμοδισδιήθηση.

	Ποσότητα	Τιμή	
		Μονάδος	Κόστος
1. Οροί	2 Λιτ.	122	244
2. Διάλυμα Αντικατάστασης	9 Λιτ.	604.4	5.440
3. Υλικά Κλασικής Αιμοκάθαρσης			1.781
Σύνολο:			7.465

ΠΙΝΑΚΑΣ 98 Κόστος συνεδρίας T.N. Κλασική Αιμοκάθαρση

1. Φίλτρο και Α.Φ. Γραμμές	5.500,0	
2. Δαπάνες Προσωπικού	2.161,12212	
3. Υλικά Αιμοκάθαρσης	1.781,0	
4. Παρακλινικές Εξετάσεις	1.290,20513	
5. Συντήρηση Μηχανημάτων και Απόσβεση Κεφαλαίου	833,33333	
6. Ηλεκτρικό Ρεύμα	136,61859	
7. Νερό	6,0	
8. Απιονιστής	63,84615	
Σύνολο:		11.772,12530

ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Κόστος συνεδρίας T.N. Αιμοκάθαρση με Διττανθρακικά

1. Κόστος Συνεδρίας Κλασικής Αιμοκάθαρσης	11.772,12530
2. Κόστος Υλικών Κλασικής Αιμοκάθαρσης	1.781,0
3. Κόστος Υλικών Αιμοκάθαρσης με διττανθρακικά	1.878,5
Σύνολο:	11.869,62530

ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Κόστος Συνεδρίας T.N. Αιμοδιαδιήθηση

1. Κόστος Συνεδρίας Κλασικής Αιμοκάθαρσης	11.772,12530
2. Κόστος Υλικών Κλασικής Αιμοκάθαρσης	1.781,0
3. Κόστος Υλικών Αιμοδιαδιήθησης	7.465,0
4. Κόστος Φίλτρου από Κουπροφάνη	5.500,0
5. Κόστος Ειδικού Φίλτρου	7.500,0
Σύνολο:	19.456,12530

ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Ολικό κόστος μονάδας τεχνητού νεφρού

	Αριθμός Συνεδριών	Κόστος Συνεδρίας	Ολικό Κόστος Μεθόδου
Κλασική Αιμοκάθαρση	9.984	11.772,125	117.532,899
Αιμοκάθαρση με Διττανθρακικά	1.248	11.869,625	14.813,292
Αιμοδιαδιήθηση	1.248	19.456,125	24.281,244
		Σύνολο:	156.627,436

Επίσης ανά Ασθενή Κόστος: 1.957.843
Μηνιαίο ανά Ασθενή Κόστος: 163.154

ΠΙΝΑΚΑΣ 39

Κατάταξη χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καθάρσεων και Μεταμοσχεύσεων (E.D.A.) με βάση το κατά κεφαλή εισόδημα σε δολάρια και το επί τοις εκατό ποσοστό του Εθνικού Εισοδήματος που δαπανάται για αιμοκάθαρση.

(Θ. Δαρδαβέσης, Η. Μόσιαλος, Ιούνιος 1990, σελ. 5)

Κατά κεφαλή εθνικό εισόδημα σε δολάρια(1983)		Ποσοστό % του εθνικού εισοδήματος που δαπανάται για αιμοκάθαρση.	
Δανία	10.968	Ελλάδα	0,0006
Δ.Γερμανία	10.880	Ιταλία	0,0003
Γαλλία	10.747	Δ.Γερμανία	0,0003
Λουξεμβούργο	10.747	Γαλλία	0.0002
Βρυξέλες	10,623	Ελβετία	0,0001
Ολλανδία	9.858	Μ.Βρετανία	0,0001
Βρετανία	9.095	Πορτογαλία	0,0001
Ιταλία	8.520	Ουγγαρία	0,00007
Ισπανία	6.870	Τουρκία	0,00005
Ελλάδα	5.410	Λιβύη	0,00004
Πορτογαλία	4.552		
Μέσος όρος	8.728 δολ.	Μέσος όρος%	0,0002

ΠΙΝΑΚΑΣ 33

Στον πιο κάτω πίνακα παρουσιάζεται το ετήσιο κόστος της θεραπείας με τεχνητό νεφρό των Ελλήνων νεφροπαθών (Θ. Δαρδαβέσης, Η. Μόσιαλος Ιούνης 1990 σελ. 4)

Θεραπεία με τεχνητό νεφρό	:	4.256.179.200	δρχ.
Βασικές εργαστηριακές εξετάσεις	:	225.792.000	δρχ.
Βασική φαρμακευτική αγωγή	:	334.144.640	δρχ.
Συντήρηση μηχανημάτων	:	68.760.000	δρχ.
Σύνολο		4.936.675.840	δρχ.

Με το δεδομένο ότι οι δαπάνες για την Υγεία του τακτικού προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας, πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για το 1987, ήταν 18.862.623.000 δρχ. προκύπτει ότι το 1/4 περίπου του ποσού αυτού απορροφάται για τη θεραπεία με Τ.Ν. των περίπου 2240 (1987) νεφροπαθών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34

Κόστος μιας συνεδρίας τεχνητού νεφρού

Φίλτρο-αρτηριοφλεβικές γραμμές	7.000 δρχ.
Αναλώσιμο υλικό	1.000 δρχ.
Παροχή υπηρεσιών	4.180 δρχ
Σύνολο	12.180 δρχ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35

Κοστολόγηση των απαραίτητων εργαστηριακών
εξετάσεων των νεφροπαθών

Εξετάσεις	Κόστος σε δραχμές
Αιματοκρίτης	530
Αιμοσφαιρίνη	320
Λευκά τύπος	320
K ⁺ , Na ⁺	990
Ca	770
p	990
Ουρικό οξύ	530
Γλυκόζη	420
Ουρία	420
Κερατινίνη	770
Τρανσαμινάσες	1700
Fe	640
Σύνολο	μηνιαίως 8400 για κάθε ασθενή ή ετησίως 100.800 για κάθε ασθενή.

ΣΧΕΔ. 1

ΧΩΡΟΤΑΞΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ Μ.Τ.Ν.

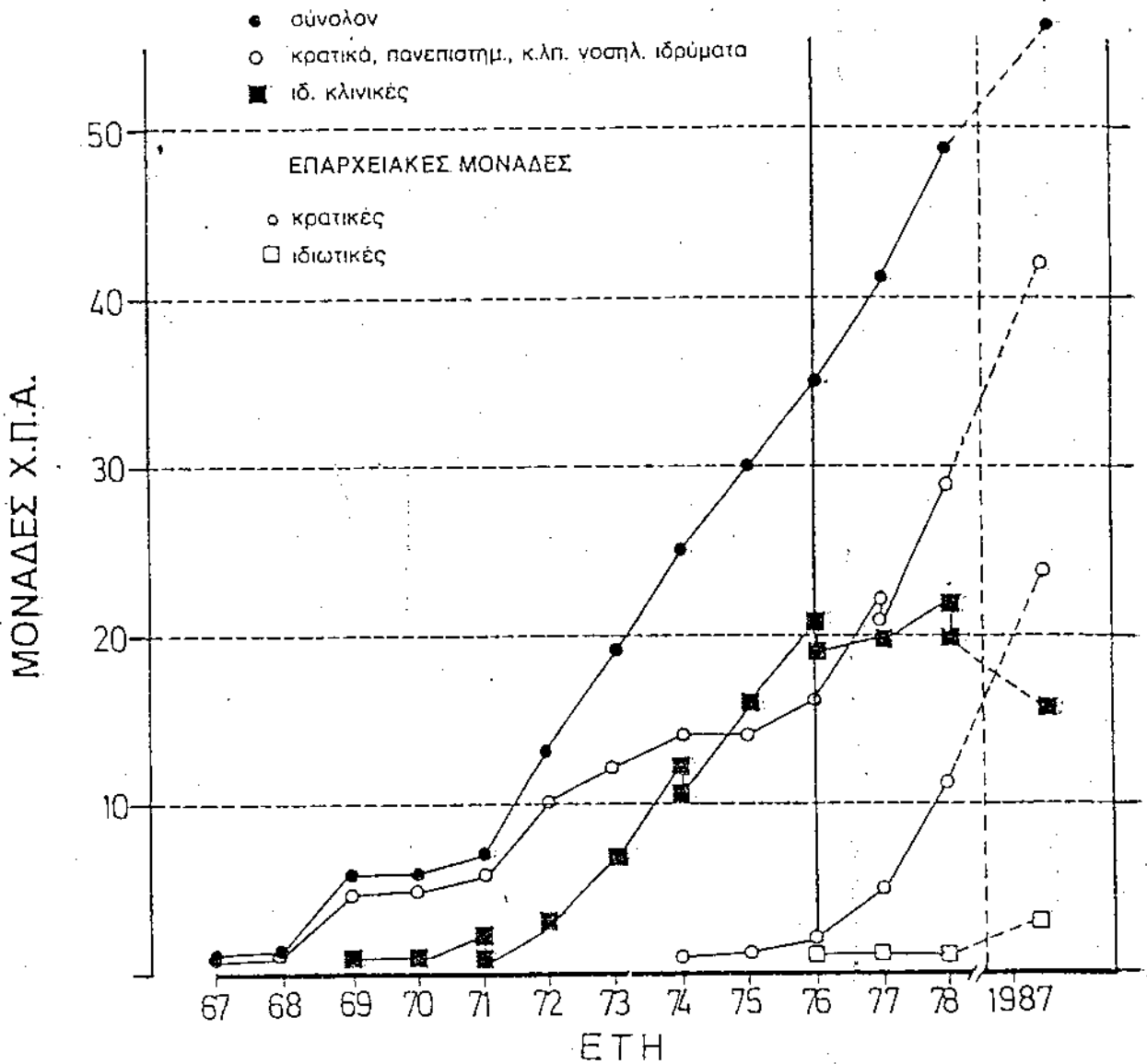


ΥΠΟΜΝΗΜΑ

- ΚΡΑΤΙΚΗ Μ.Τ.Ν.
- ▲ ΙΔΙΩΤΙΚΗ Μ.Τ.Ν.

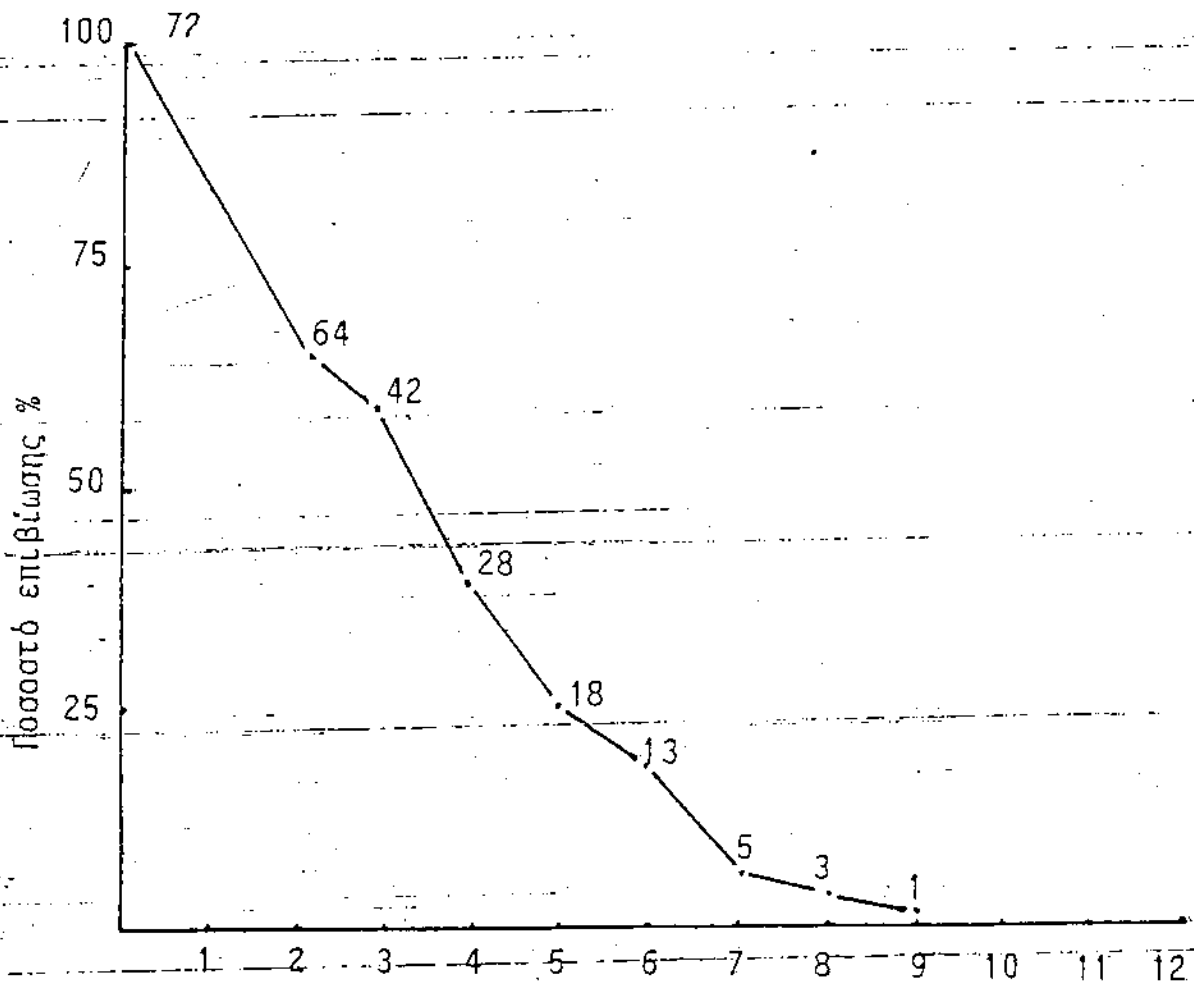
ΣΧΕΔ. 2

Η εξέλιξη των Μ.Τ.Ν. στα έτη 1967- 1987.



Παπαδογιαννάκης και συν., Mat. Med. Greca,
7: 277-283, 1979.

ΣΧΕΔ. 3



Διάρκεια αιμοκάθαρσης σε έτη

Επί τοις % επιβίωση των αρρώστων που βρίσκονται

σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης.

(Μ.Μ.Γ. Τόμος 15, Τεύχος 4, σελ.281)

Μεταμοσχεύσεις νεφρού 1985 - 1989

Η δραστηριότητα του τομέα των μεταμοσχεύσεων νεφρού των τελευταίων χρόνων φαίνεται στο πίνακα 36. Εκτός των στοιχείων για τα έτη 1985 - 1989 παρουσιάζονται και εκείνα για το πρώτο εξάμηνο του 1990, κατά το οποίο έχει παρατηρηθεί μία αύξηση των προσφορών πτωματικών μοσχευμάτων και του αριθμού των μεταμοσχεύσεων. Η αύξηση αυτή ακολούθησε τα πρώτα περιστατικά των δοτών πολλαπλών οργάνων, που άρχισαν τον Δεκέμβριο του 1989 και την δημοσιότητα η οποία τους δόθηκε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Παρατηρείται μία μικρή αλλά σταθερή αύξηση του αριθμού των μεταμοσχεύσεων. Η αύξηση αυτή ήταν 25,6% για το 1989. Ειδικότερα οι μεταμοσχεύσεις από ζώντες δότες αυξήθηκαν κατά 5,4% (από 55 το 1988, 58 το 1989) και οι πτωματικές μεταμοσχεύσεις κατά 84,2% (από 19 το 1988, 35 το 1989). Ενώ το 1988 οι πτωματικές μεταμοσχεύσεις αποτελούσαν το 25,6% του συνόλου, το ποσοστό αυτό έγινε 37,6% το 1989. Διαπιστώνεται δηλαδή μια τάση αντιστροφής της σχέσης των μεταμοσχεύσεων από συγγενείς ζώντες δότες προς τις πτωματικές μεταμοσχεύσεις, η οποία το 1988 η σχέση αυτή ήταν 2,89/1, έγινε το 1989 1,65/1 και το πρώτο εξάμηνο του 1990 αντιστράφηκε 1,71/1 υπέρ των πτωματικών μεταμοσχεύσεων.

Παρά την μικρή αύξηση το μεταμοσχευτικό χάσμα, που υπάρχει μεταξύ του αριθμού των υποψηφίων για μεταμόσχευση ασθενών και εκείνων, που τελικά μεταμοσχεύθηκαν, εξακολουθεί να παραμένει υψηλό. Το 1989 περίμεναν για μεταμόσχευση νεφρού στην Ελλάδα 813 ασθενείς και μεταμοσχεύθηκαν 93 (11,4%) ενώ άλλοι 27 μεταμοσχεύθηκαν σε κέντρα του εξω-

Δωρεά Οργάνων και Ιστών.

Το σύνολο των δωρητών, οι οποίοι είχαν συμπληρώσει τις ειδικές δηλώσεις Δότη Ανθρωπίνων Ιστών και Οργάνων με σκοπό την μεταμόσχευση, οι οποίες είχαν αποσταλλεί από τους αρμοδίους φορείς στην ΥΣΕ και είχαν καταχωρηθεί στον Η/Υ μέχρι 31-12-1989 ήταν 34.506. Από αυτούς ένα μικρό ποσοστό (1,3%) είχε ανακαλέσει την επιθυμία της δωρεάς και έτσι ο αριθμός των ενεργών δωρητών την παραπάνω ημερομηνία ήταν 34.054.

Ο νέος αριθμός δωρητών κατά τα τελευταία χρόνια κυμαίνεται μεταξύ 4000 και 7000 ετησίως δηλαδή παρατηρείται μία μέση αύξηση περίπου 25% το χρόνο. Η πρόσφατη δημοσιότητα των δραστηριοτήτων του τομέα των μεταμοσχεύσεων οδήγησε σε βελτίωση της ενημέρωσης του Κοινού και της ευαισθητοποίησης του της ιδέας της δωρεάς, η οποία φαίνεται με τον αυξημένο αριθμό νέων δωρητών κατά το 1ο εξάμηνο του 1990. Στο διάστημα αυτό καταχωρήθηκαν σαν δωρητές 5973 άτομα δηλαδή αριθμός που υπερβαίνει εκείνον των νέων δωρητών για ολόκληρο το 1989.

Πίνακας 38. Εγγεγραμμένοι δωρητές

έτος	αριθμός δωρητών	αύξηση δωρητών	
1987	16997		
1987	23881	6884	40,5
1988	30000	6119	25,6
1989	34054	4054	18,1
1990	40027	5973	

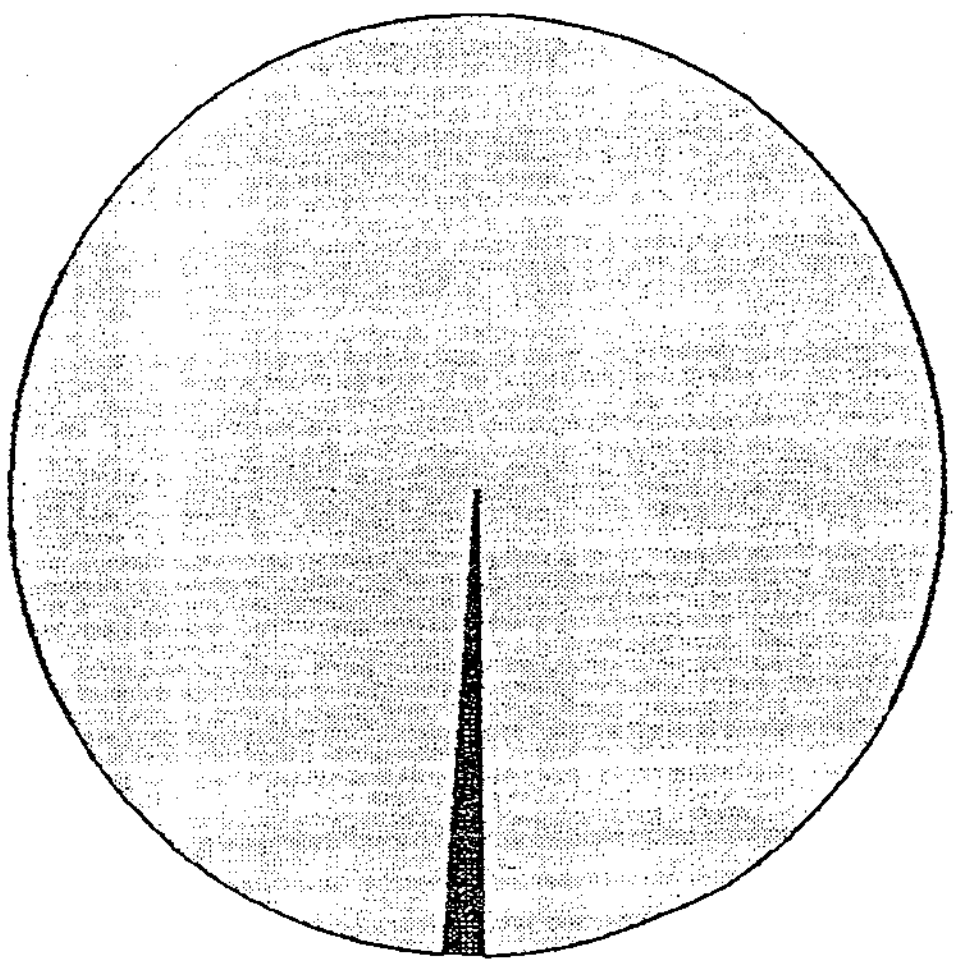
Από την ανάλυση των στοιχείων των δωρητών της 31ης Δεκεμβρίου 1989 φαίνεται ότι οι γυναίκες αποτελούν το 51,8% και οι άνδρες το 48% ενώ οι δωρητές είναι κυρίως νέα άτομα ηλικίας μεταξύ 20 και 40 ετών.

ΣΧΕΔ. 4.

ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΔΑΦΗΤΩΝ

Εγγραφέυτες

33203



Ανακρίσεις

437

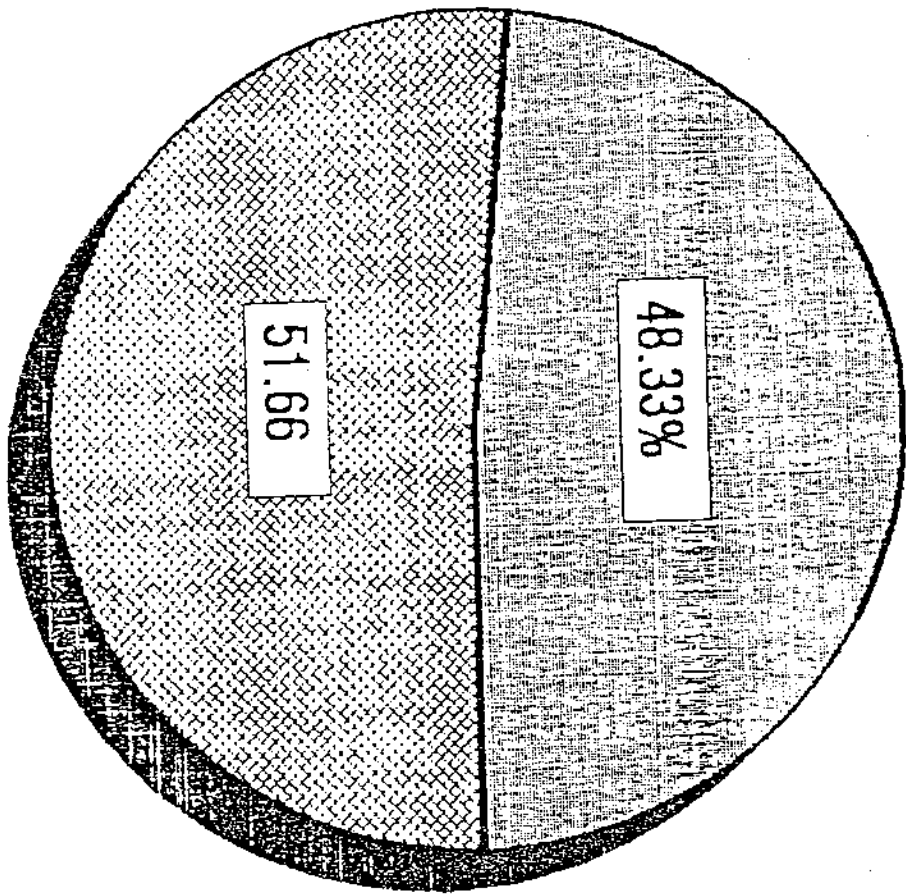
Επεργοί Δαφνής = 32766

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΡΗΤΩΝ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

Ανδρες

15835

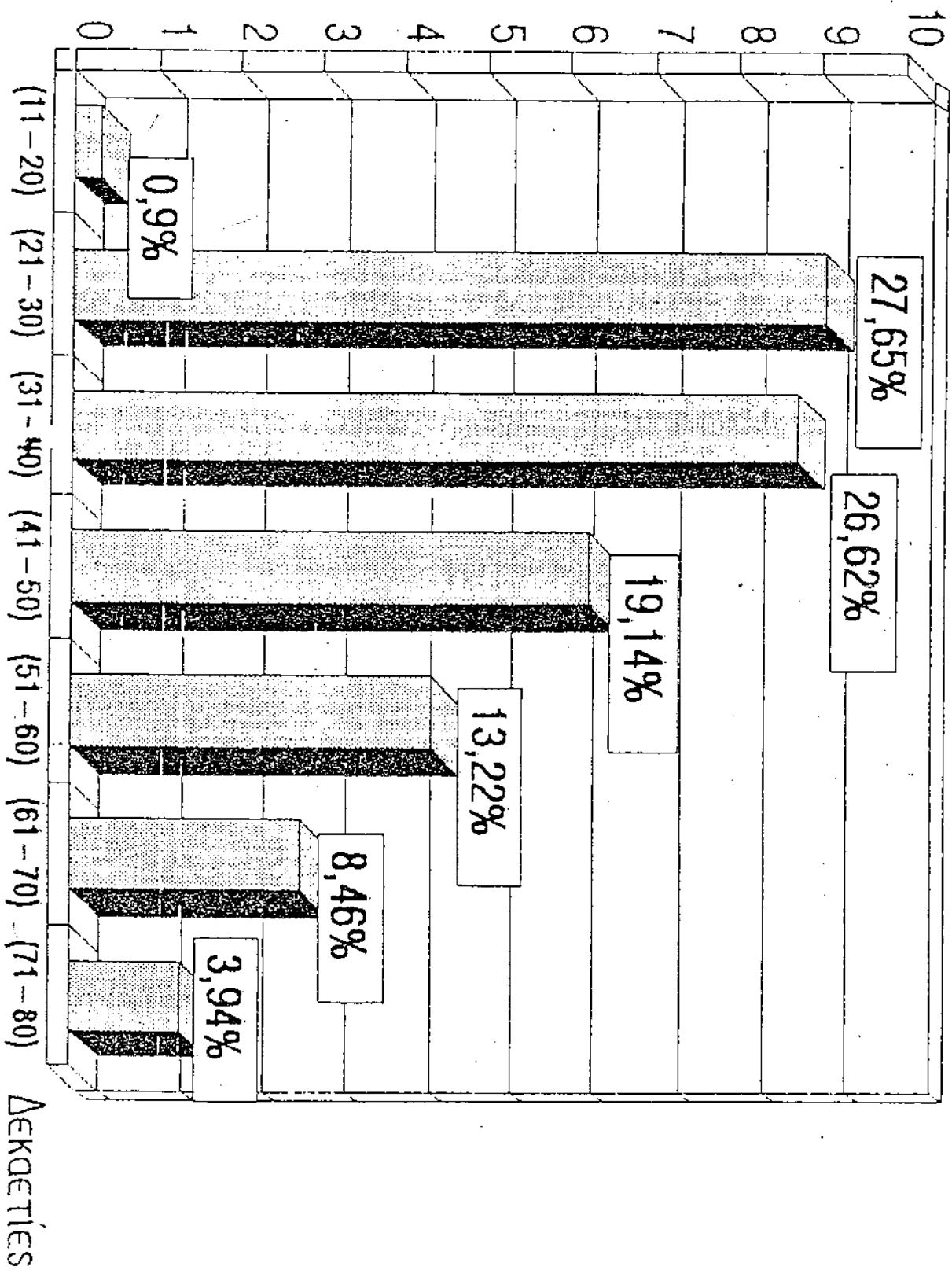
ΣΧΕΔ. 5



Γυναίκες

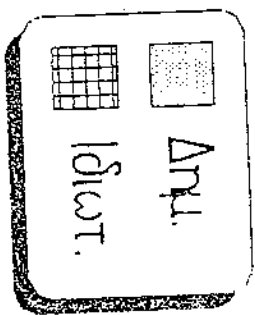
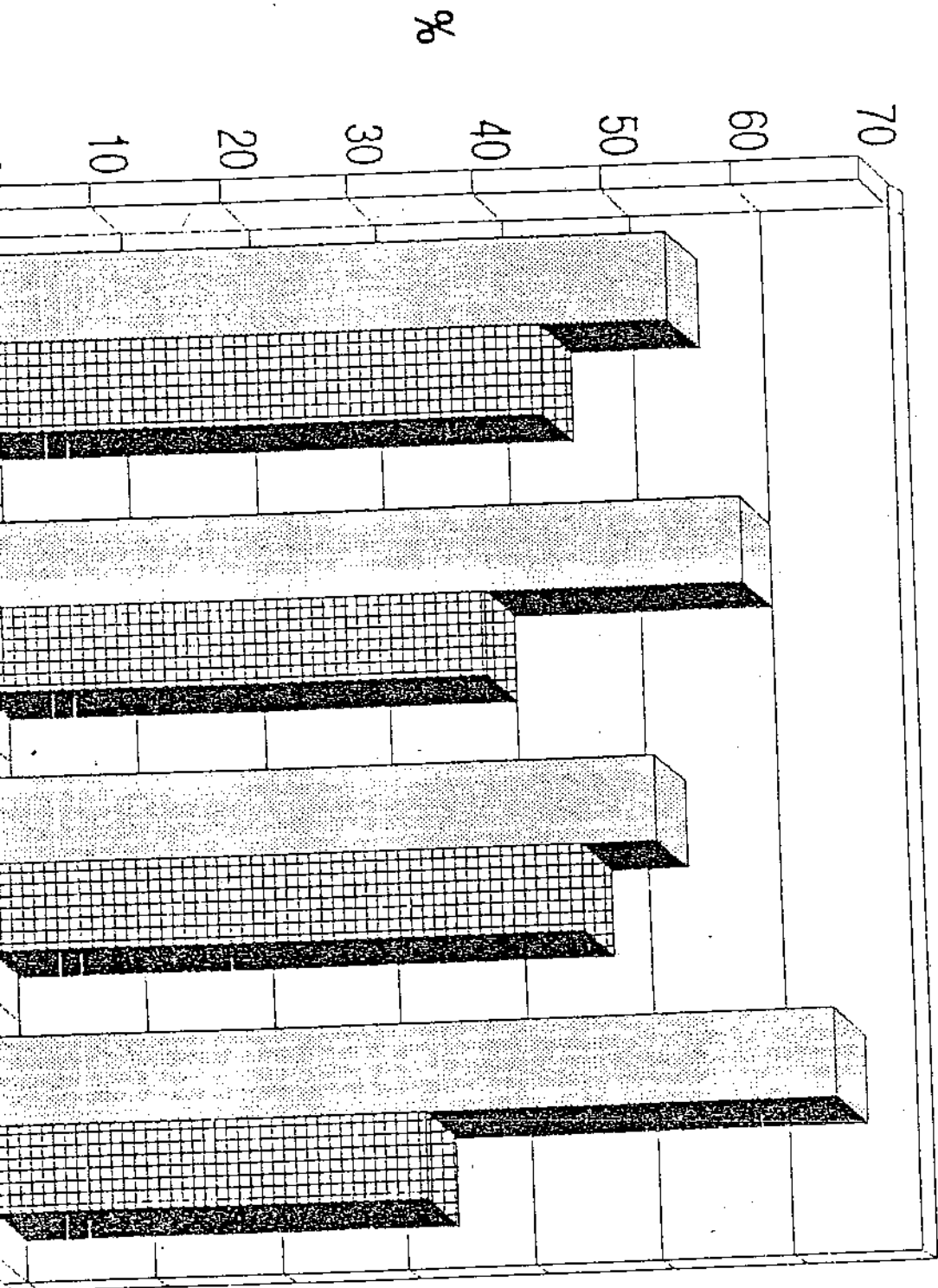
15835

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΡΗΤΩΝ ΚΑΤΑ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ



Χ Ι Ρ Δ Ω Ρ Ν Τ Ω V
THOUSANDS

ΣΥΜΒΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΔΕΡΗΤΩΝ



ΣΧΕΔ. 8

ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

Ιατρικοί Λόγοι

34

Ποσοστό ΜΗ Αξιοποιήσιμης

80,6% (75/93)

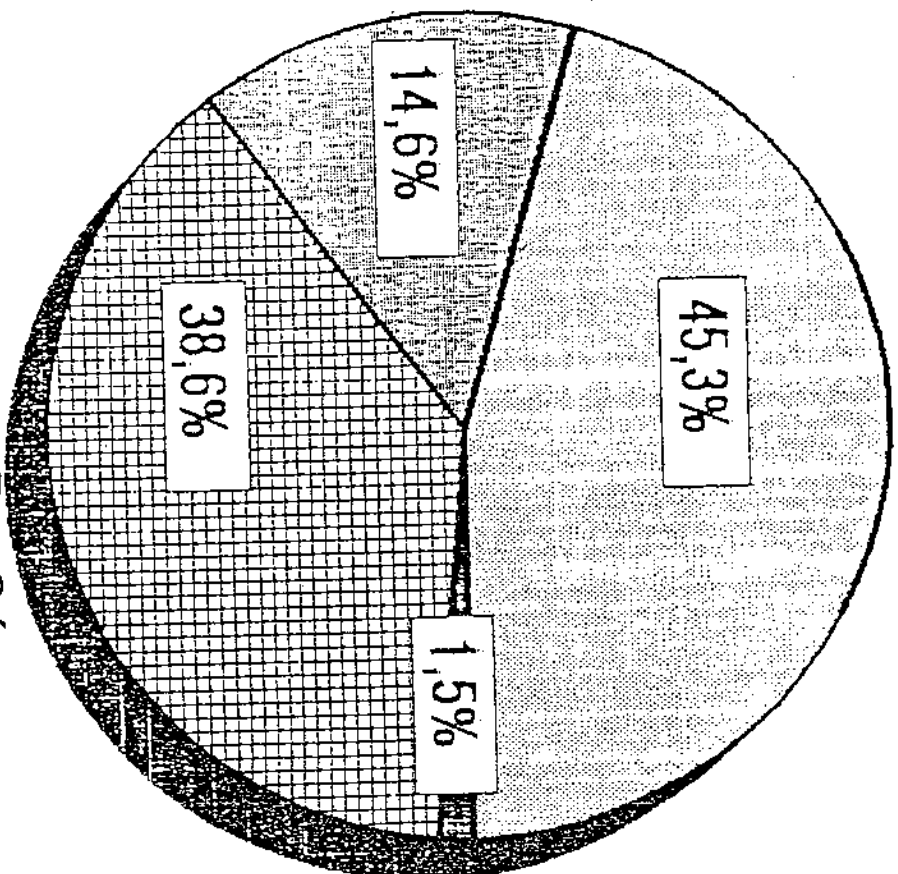
Αρνηση Συγγενών

11

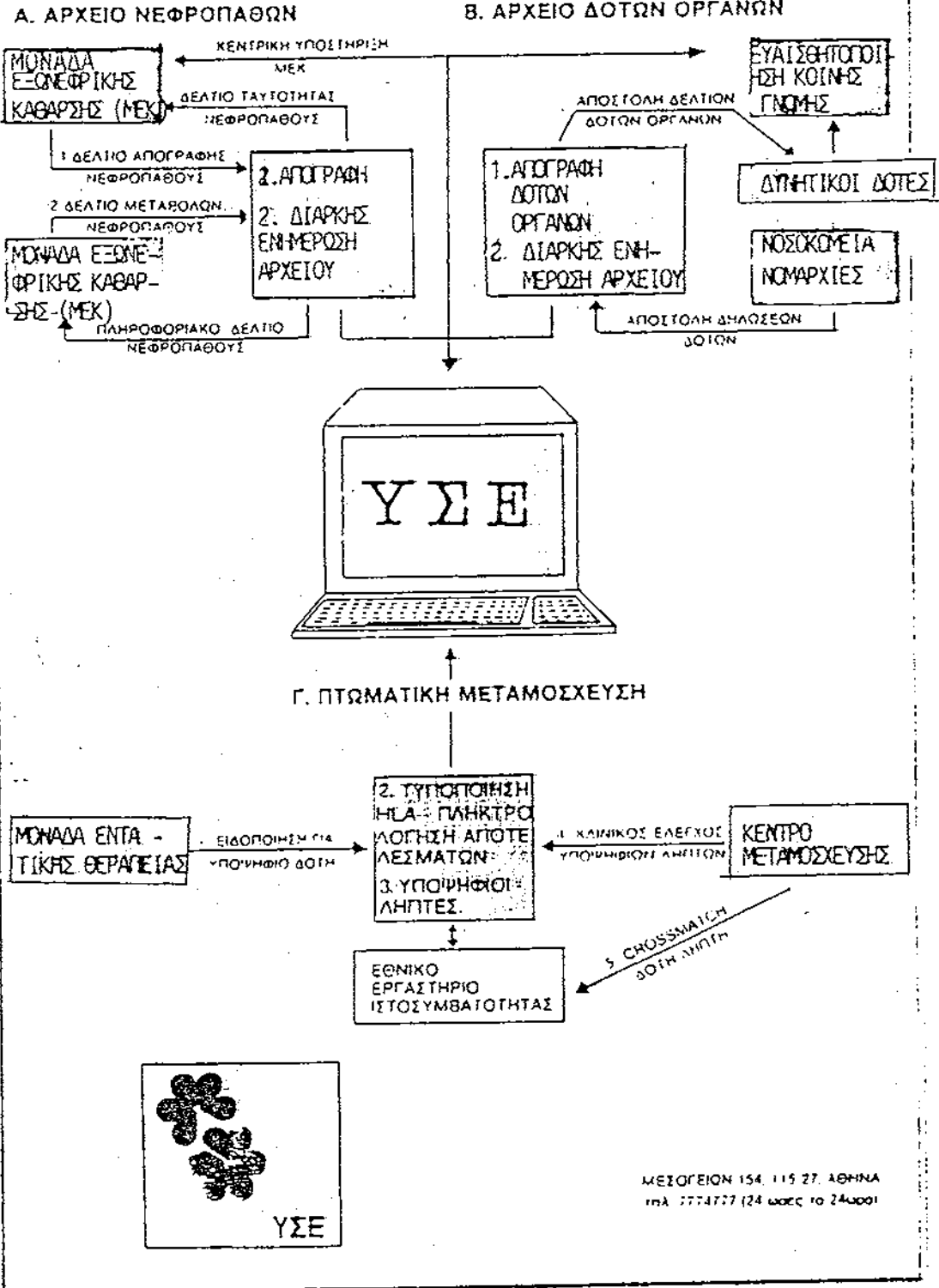
Ιατροδικ. Λόγοι

1

Οχι Εγκ. Θάνατος

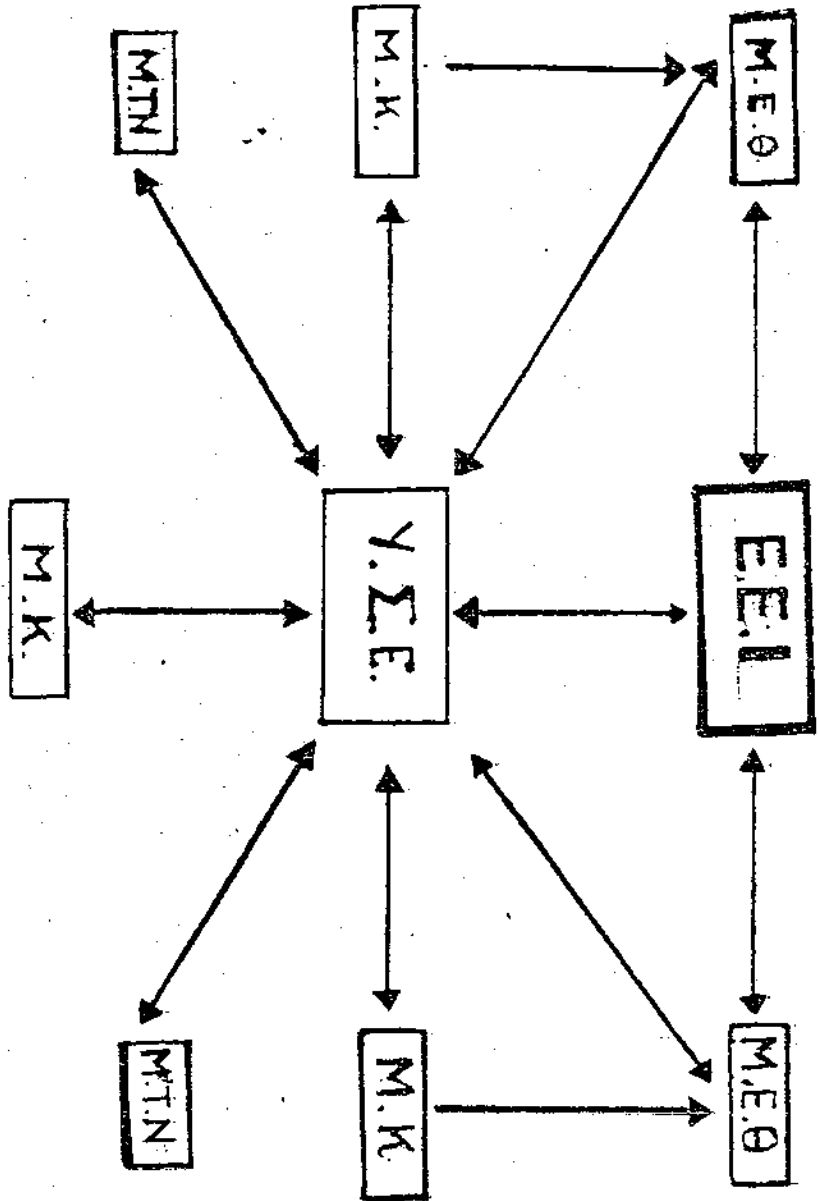


ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ & ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ



ΜΕΣΣΟΓΕΙΩΝ 154, 115 27, ΑΘΗΝΑ
 ΤΗΛ 2774727 (24 ωρες το 24ωρο)

ΣΧΕΔ.10



Υ.Σ.Ε.: ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΥ
 Ε.Ε.Ι.: ΕΘΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΠΠΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ
 Μ.Κ.: ΜΕΤΑΦΟΡΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
 Μ.Ε.Θ.: ΜΟΝΑΔΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΒΕΡΑΝΔΙΩΝ
 Μ.Τ.Ν.: ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΟΥ ΝΕΣΤΟΥ

τοσ μεταφορεσων.

Κέντρα και οφδδες που εψηλεσονται σην λειτουργια του προγραμ-

П А Р А Р Т Н М А В

Υ.Σ.Ε.

- ✓ Τι σημαίνει για την Υ.Σ.Ε. η διαδικασία μεταμόσχευσης οργάνων.
- Τι σημαίνει νεφροπάθεια και πως αντιμετωπίζεται
- Κατά πόσο η μεταμόσχευση αποτελεί λύση του προβλήματος της νεφροπάθειας.
- Κίνδυνοι που περικλείει η μεταμόσχευση
- Ενδεχόμενα άμβλυσης των κινδύνων
- Ποσοστά επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων
- Στάση της Υ.Σ.Ε. απέναντι στη μεταμόσχευση
- Πρόβλεψη των μεταμοσχεύσεων
- Δωρεά οργάνων. Υπάρχει προσφορά;
- Είναι ορθή αντιμετώπιση; Περικλείει κινδύνους.
- Πως αντιμετωπίζεται από τον Έλληνα.
- Πιθανές σκέψεις.

Γ Ι Α Τ Ρ Ο Σ

- Τι σημαίνει για την ιατρική επιστήμη η διαδικασία της μεταμόσχευσης οργάνων;
 - Πως αξιολογούνται από την ιατρική επιστήμη η νεφροπάθεια και ο νεφροπαθής και πως αντιμετωπίζονται.
 - Κατά πόσο η μεταμόσχευση αποτελεί λύση του προβλήματος της νεφροπάθειας;
 - Κίνδυνοι που περικλείει η μεταμόσχευση.
 - Ενδεχόμενη άμβλυνση των κινδύνων
 - Ποσοστά επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων
 - Πρόβλεψη των μεταμοσχεύσεων
 - Δωρεά οργάνων και ιστών. Υπάρχει προσφορά; Σε ποιά επίπεδα; Ποιοί πιστεύετε ότι είναι οι λόγοι που η προσφορά βρίσκεται σ' αυτό το συγκεκριμένο επίπεδο;
 - Πως αντιμετωπίζεται η ιδέα της προσφοράς οργάνων από τον Έλληνα. Στάσεις ιατρικής απέναντι στη μεταμόσχευση.
- Πιθανές σκέψεις.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

- Τι σημαίνει να είναι κάποιος νεφροπαθής. Ποιές είναι οι επιπτώσεις που έχει η ασθένεια του στην προσωπική επαγγελματική του ζωή στις κοινωνικές του σχέσεις;
- Ποιά βλέπεται να είναι η λύση του προβλήματος;
- Πόσο αποτελεσματική είναι η μεταμόσχευση σαν λύση του προβλήματος;
- Κίνδυνοι που περικλείει η μεταμόσχευση.
- Δωρεά οργάνων και ιστών. Υπάρχει προσφορά. Σε ποιά επίπεδα;

Ποιοί πιστεύετε ότι είναι οι λόγοι που η προσφορά βρίσκεται σ' αυτό το συγκεκριμένο επίπεδο;
- Πως πιστεύετε ότι πρέπει η δωρεά οργάνων να αντιμετωπίζεται από την Πολιτεία;
- Πώς αντιμετωπίζεται η ιδέα της προσφοράς οργάνων από τον Έλληνα .
- Πιθανές σκέψεις

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΩΝ

- Τι σημαίνει να είσαι νεφροπαθής (προσωπική ζωή, επαγγελματική, κοινωνικές σχέσεις κλπ).
 - Ποιά βλέπετε να είναι η λύση του προβλήματος
 - Η μεταμόσχευση αποτελεί λύση; Πόσο είναι αποτελεσματική;
 - Υπάρχουν κατά τη γνώμη σας μελανά σημεία κατά την μεταμόσχευση ; Αν ναι , πως μπορούν να αντιμετωπιστούν;
 - Δωρεά οργάνων και ιστών. Υπάρχει προσφορά; Σε ποιά επίπεδα;
 - Ποιοί πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που η προσφορά βρίσκεται σ' αυτό το συγκεκριμένο επίπεδο;
 - Πως πιστεύετε ότι πρέπει η δωρεά οργάνων και ιστών να αντιμετωπίζεται από την Πολιτεία;
 - Ποιές είναι οι θέσεις του συλλόγου καθώς και οι δραστηριότητες γύρω απ' αυτό.
- Πιθανές σκέψεις και κρίσεις.

ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΗΣ

- Τι είναι εκείνο που κάνει τη μεταμόσχευση αντικείμενο νομικών ρυθμίσεων.
- Ποία προβλήματα παρουσιάζονται από το Νόμο κατά τη μεταμόσχευση.
- Η ηθική χροιά των μεταμοσχεύσεων, πόσο επηρεάζει τη νομοθεσία και με ποιές ρυθμίσεις γίνεται αντικείμενο χειρισμού από το Νόμο.
- Δωρεά σώματος-νομικήν διάσταση.
- Είναι ορθή αντιμετώπιση ,περικλείει κινδύνους;
- Πως μπορούν να γίνουν τα πιθανά προβλήματα, αντικείμενο χειρισμών από το νόμο.
- Πιθανές σκέψεις.

Γ.Γ. Γραφείου Τύπου και Πληροφοριών
της ΙΕΡΑΣ ΣΥΝΟΔΟΥ

- Τι σημαίνει για την Εκκλησία η διαδικασία της μεταμόσχευσης οργάνων.
- Υπάρχουν δογματικά κωλύματα για τις μεταμοσχεύσεις όπωςστις άλλες θρησκείες.
- Ποιά προβλήματα πιστεύετε ότι αντιμετωπίζονται με την μεταμόσχευση.
- Κίνδυνοι που περικλείει η μεταμόσχευση-ενδεχόμενα άμβλησης των κινδύνων.
- Δωρεά σώματος. Τι σημαίνει για την θρησκεία.
- Υπάρχουν δογματικά κωλύματα;
- Είναι ορθή αντιμετώπιση; Περικλείει κινδύνους.
- Πιθανές σκέψεις για την εξέλιξη.
- Υπάρχει δραστηριότητα για την ενίσχυση της ιδέας δωρεάς οργάνων από την πλευρά της Εκκλησίας.



ΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
5 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 1933

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
105

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΕΛΤΙΑ

- 1383. Αρτιστική και μεταπολεμική κούρσιων ιστών και κεντημάτων. 1
- 1384. Τροποίσεις και συμπλήρωση της Νομοθεσίας του Εθνικού Εργατικού Εφέδου Γενικών και Ανεπίσημων Εργατών Μετόχων και άλλες διατάξεις. 2

ΝΟΜΟΙ

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1383

Μητιμώδεις και μεταπολεμικές ανθρωπίνων ιστών και κεντημάτων.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Κατέστη και εκδόθησαν εν αμετάβλητο από της Βουλής, μετέπειτα γένου:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1.

Ανεπίσημοι Εργάτες.

1. Οι άρτιμώδεις ιστών και κεντημάτων από άνθρωπο, ζωντανό ή νεκρό, με προορισμό εις μεταπολεμική ή των ανεφοδιασμένων με άλλα ανθρώπινα και ζωοτροφικά ή βιολογικά προϊόντα, ενεργούνται με τους όρους και κατά τη διαδικασία των ανων διατάξεων.
2. Οι διατάξεις του άρθρου αυτού δεν εφαρμόζονται α) στις μεταπολεμικές, β) στις άρτιμώδεις και μεταπολεμικές ιστών και κεντημάτων, γ) στη λήψη και μεταφορά αμφοτέρωθεν, δ) στη χρησιμοποίηση βαρίων και σπέρματος και ε) την εξαγωγή των ανων ιστών.
3. Με Προεδρικό Διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), οι εξαίσεις της προηγούμενης παραγράφου μπορεί να επεκταθούν περιλαμβάνει ή να καταργηθούν, καθόσον με τις διατάξεις διατάξεων από την Τροπική ή Αποικιακή

Άρθρο 2.

Κανονισμοί κείνη.

1. Με διατάξεις από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) μπορεί να

και γίνεται μόνο χρηστικά και αποκαταστατικά διατάξεις οικονομική συναλλαγή μεταξύ βίτη, λήπτη, των οικονομικών τους ή αποκαταστατικά άλλου προσώπου. Η απαγόρευση αυτή ισχύει και στην περίπτωση που άρτιμωτα και μεταπολεμικά προϊόντα από χώρα της Ελλάδας ή αποκαταστατικά από χώρα της Ελλάδας.

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

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί κατά περίπτωση να απαγορεύονται και να εξαίρονται από την έννοια της οικονομικής συναλλαγής και άλλες επαγγελματίες διατάξεις, που ενδέχεται να αναβούν από απόλυτως λόγους κατά την άρτιμωτα, εις συνθήκη ή τη μεταφορά του μηχανήματος.

Άρθρο 3.

Μονάδες Μεταπολεμικών.

1. Οι μεταπολεμικές ενεργούνται αποκλειστικά εις ειδικά οργανωμένες μονάδες Νοσηλευτικών Τμήματων ΝΠΙΔΑ ή ΝΠΙΔΑ κοινοπραξίας χρηματικής, 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 κλπ. και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

2. Οι άρτιμώδεις των μεταπολεμικών ενεργούνται από γκαζόν που ορίζονται εις κάθε περίπτωση από τις μονάδες μεταπολεμικών.

3. Κάθε νοσηλευτική μονάδα, στην οποία παρεοδίαζεται περίπτωση λόγω μεταπολεμικών από νεκρό, είναι οργανωμένη να ειδικοποιήσει ειδικά την πλησιέστερη μονάδα μεταπολεμικών για τον έλεγχο ή την άρτιμωτα κεντρών για τη διατήρησή της άρτιμωτα.

Άρθρο 4.

Τροπική ή Αποικιακή Μεταπολεμικών.

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) μπορεί να οριστεί ειδικά και εις περιπτώσεις για την άρτιμωτα Τροπικών ή Αποικιακών Μεταπολεμικών, ο τρόπος λειτουργίας και διατήρησής των ενων αυτών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

2. Με διατάξεις από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) μπορεί να

της Πρώτης Νομοθετικής Περιόδου για την αύξηση των κωπαστικών όρων και των λοιπών εντάξεων του ΙΚΑ και άλλες διατάξεις, προκηρύσσεται μέχρι 31.12.1983.

3. Τα νοσηρικά ιδρύματα καθώς και τα Ίδρυματα Κοινωνικής Πρόνοιας, δημόσιας ή Υπουργικών Υπηρεσιών και Πρώτης και Κοινωνικής Ασφάλισης, μπορούν να προκηρύξουν προσωρινό Ιατρούς ειδικότητας, από κωπαστική και ειδική θέση επί Διεύθυνση Τεχνών με συνθήκες υπηρεσίας όπως αναφέρονται μέχρι 6 μηνών, αποκλειστικά των περιορισμών των διατάξεων των παρ. 1, 2 και 3 του άρθρου 1 του Ν. 1256/1982, έφ' όσον κατά την προκήρυξη των θέσεων δεν υπάρχει αίτηση Ιατρού από τον κλάδο. Οι προκηρυχθέντες επανεξετάζονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα, όχι μεγαλύτερα των 3 μηνών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 14.

Τα Πέντα Μετακλιμακίων που έχουν τεθεί, κατά τις διατάξεις του άρθρου 4 του Ν. 821/1978 περί κωπαστικών και μετακλιμακίων διοικητικών θέσεων καθ' ύλην αρμοσίαν εξαιρουμένων να λειτουργούν μέχρι 15 (15) μήνες από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού.

Άρθρο 15.

Καταργούνται ο νόμος 821/1978 περί κωπαστικών και μετακλιμακίων διοικητικών θέσεων καθ' ύλην αρμοσίαν, πλην της παραγράφου 3 του άρθρου 3 αυτού, το άρθρο 1 και 2 του Ν. 1028/1980 περί τροποποίησης διατάξεων των Ν. 821/1978 κλπ. και κάθε άλλη γενική ή ειδική διάταξη που αναφέρεται στο νόμο αυτό.

Άρθρο 16.

Η ισχύς του νόμου αυτού κοινά από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Παραγγέλλεται να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως το κείμενο του παρόντος και να εκτελεσθεί ως νόμος του Κράτους.

Άρθρο 2 - Αθήνα, 1983

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Κ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ:

Table with 2 columns: ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ and ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ. Includes names like ΑΓ. ΚΟΥΤΣΟΥΓΙΩΡΓΑΣ, ΓΕΩΡΓ. ΛΑΛΕ, ΜΑΓΚΑΚΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ, ΔΗΜΗΤΡ. ΚΟΥΛΟΥΡΙΑΝΟΣ, ΓΕΡΓΙΟΣ ΑΙΔΩΝΗΣ, ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤ. ΠΡΟΝΟΙΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ-ΑΙΘΑΛΙΣΜΩΝ, ΠΑΡ. ΑΥΞΗΤΙΚΟΣ, ΚΑΙΟΥΡΓΙΟΣ ΒΕΡΥΒΑΚΗΣ.

Συνοψίσθη και τέθηκε η Μεγάλη Σύνοδος του Κοινοβίου

Αθήνα, 4 - Δεκεμβρίου 1983

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΓΕΡΓΙΟΣ Α. ΑΒΕΚΑΝΔΡΟΣ ΜΑΓΚΑΚΗΣ

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1384

Τροποποίηση και συμπλήρωση της Νομοθεσίας του Ελεγκτικού Ταμείου Ύψους Γραβιτών και Δυναμών Πετρελίου Μεταλλεύων και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Κοινοποιεί και εκδίδεται τον κώδικα της Ελεγκτικής Αρχής...

Άρθρο 1. Επικρατεί το νέο.

Το Νέο Κώδικα Ελεγκτικής Αρχής... με την επωνυμία Επικρατούμενη Αρχή Ελεγκτικής Αρχής και Δυναμών...

Εργατών Μεταλλών, που ιδρύθηκε με το Ν.Α. 5411 Νομ. 30.12.1935. (ΦΕΚ 539 τ. Α), μετανομάζεται σε Επικρατούμενη Αρχή Εργατοεπαγγελματιών Μεταλλών (ΕΤΕΜ).

Άρθρο 2.

Πρόσωπα που υπάγονται στην αρμοσότητα...

Στην αρμοσότητα του ΕΤΕΜ υπάγονται υποχρεωτικά από την έναρξη του νόμου αυτού, όσοι προσέρχουν ελεγχόμενη εργασία σε δημόσια, ιδιωτική ή κοινή εκμετάλλευση ή ελεγχόμενη δραστηριότητα γενική, είτε ιδιωτική, είτε του Δημοσίου, των ΝΠΔΔ, των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και των Δημόσιων Επιχειρήσεων, που έχουν τη έδρα τους μέσα στις κοινωβουλευτικές περιοχές όπου ισχύει η αρμοσότητα του ΙΚΑ, σύμφωνα με τις παρακάτω διατάξεις:

α) Οι εργατοεπαγγελματίες και υπάλληλοι που απασχολούνται στις κεντρικές μεταλλουργικές επιχειρήσεις, ανεξάρτητα από την ειδικότητα και από το είδος της εργασίας που προσφέρουν.

Κεντρικές μεταλλουργικές επιχειρήσεις χαρακτηρίζονται αυτές που έχουν καταχωρημένο την προκήρυξη ή την προκήρυξη και την εμπορία κάθε είδους μετάλλου ή μεταλλουργικών ελεγχόμενων και προϊόντων, την επεξεργασία ή μεταποίηση του μετάλλου, όπως τα λαβύριστα, γυφτεριά, μηχανουργία επικουρική (Ρακίρια), βιοποιεία, κλπ. αεροναυπηγική, κροσφοβελαντισπορία, κλωστοβελαντισπορία, μεταλλομαχαιροβιομηχανία και ποικιλία, σιδηροβιομηχανία, αεροβιομηχανία, επιμεταλλουργία, κωπαστική (αυτός από κατά που διακρίνεται με βάση το άρθρο 1), οι επιχειρήσεις μεταλλουργικών κεντρικών επιχειρήσεων πλοίων και πλοίων υδάτων, οι επιχειρήσεις προκήρυξης ή εγκατάστασης κλωστοβιομηχανιών, οι επιχειρήσεις προκήρυξης κλωστοβιομηχανιών, κλωστοβιομηχανιών, αβανταρισμού και βιοφύλαξης με σιδηροβιομηχανία κάθε είδους μετάλλου ή αλουμινίου, οι βιομηχανίες ή βιοτεχνίες προκήρυξης ή επεξεργασίας μεταλλουργικών, πολεμικών υλικών ξηρής - θάλασσας - κλπ. οι βιομηχανίες ή βιοτεχνίες παραγωγής, συγκρομολογής ή πικροβιομηχανιών μεταλλικών μερών αυτοκινήτων, μοτοσυκλετών, ποδηλάτων, γεωργικών και οδοπονητικών μηχανημάτων, σιδηροδρομικών υλικών, μηχανών εσωτερικής ή εξωτερικής κίνησης και των εξαρτημάτων τους.

β) Οι πιο κάτω μικροβιομηχανίες, εργοστάσια, βοηθοί και ορυκτοεργαστήρια τους, που παρέχουν ελεγχόμενη εργασία, ιδιωτική δικαίου, σε οικονομικές δραστηριότητες ιδιωτικής ή δημοσίας ή ΝΠΔΔ ή οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ή Δημόσιων Επιχειρήσεων, ανεξάρτητα από τη μορφή, το είδος, το σκοπό και το αντικείμενο των εργασιών τους:

(1) Εργαστήρια, τεχνολογία μετάλλου γενική, σιδηροβιομηχανία, αεροβιομηχανία, κλωστοβιομηχανία, βιοποιεία, γυφτεριά, μεταλλομαχαιροβιομηχανία, αεροβιομηχανία και ποικιλία, κωπαστική, κλωστοβιομηχανία, αβανταρισμός και ποικιλία, αεροβιομηχανία, επιμεταλλουργία, κωπαστική (αυτός από κατά που διακρίνεται με βάση το άρθρο 1), οι επιχειρήσεις μεταλλουργικών κεντρικών επιχειρήσεων πλοίων και πλοίων υδάτων, οι επιχειρήσεις προκήρυξης ή εγκατάστασης κλωστοβιομηχανιών, οι επιχειρήσεις προκήρυξης κλωστοβιομηχανιών, κλωστοβιομηχανιών, αβανταρισμού και βιοφύλαξης με σιδηροβιομηχανία κάθε είδους μετάλλου ή αλουμινίου, οι βιομηχανίες ή βιοτεχνίες προκήρυξης ή επεξεργασίας μεταλλουργικών, πολεμικών υλικών ξηρής - θάλασσας - κλπ. οι βιομηχανίες ή βιοτεχνίες παραγωγής, συγκρομολογής ή πικροβιομηχανιών μεταλλικών μερών αυτοκινήτων, μοτοσυκλετών, ποδηλάτων, γεωργικών και οδοπονητικών μηχανημάτων, σιδηροδρομικών υλικών, μηχανών εσωτερικής ή εξωτερικής κίνησης και των εξαρτημάτων τους.

(2) Αδειοδοτημένα ή αδειοδοτούμενα εργοστάσια και ορυκτοεργαστήρια τους, που παρέχουν ελεγχόμενη εργασία, ιδιωτική δικαίου, σε οικονομικές δραστηριότητες ιδιωτικής ή δημοσίας ή ΝΠΔΔ ή οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ή Δημόσιων Επιχειρήσεων, ανεξάρτητα από τη μορφή, το είδος, το σκοπό και το αντικείμενο των εργασιών τους:

(3) Κοινωνικοβιομηχανίες, οικονομική, συγκρομολογής, αεροβιομηχανία, μεταλλικών, δικαστηρίων κωπαστικών, ειδών κλωστοβιομηχανιών των οχημάτων και μηχανημάτων ξηρής - θάλασσας - κλπ. και οι συντεταγμένες μηχανουργικές επιχειρήσεις, οι οποίες παράγουν ή άλλων μεταλλικών μερών αυτοκινήτων, μοτοσυκλετών, ποδηλάτων, γεωργικών και οδοπονητικών μηχανημάτων, σιδηροδρομικών υλικών, μηχανών εσωτερικής ή εξωτερικής κίνησης και των εξαρτημάτων τους.

(4) Σιδηροβιομηχανία, αεροβιομηχανία, κλωστοβιομηχανία, βιοποιεία, γυφτεριά, μεταλλομαχαιροβιομηχανία, αεροβιομηχανία και ποικιλία, κωπαστική, κλωστοβιομηχανία, αβανταρισμός και ποικιλία, αεροβιομηχανία, επιμεταλλουργία, κωπαστική (αυτός από κατά που διακρίνεται με βάση το άρθρο 1), οι επιχειρήσεις μεταλλουργικών κεντρικών επιχειρήσεων πλοίων και πλοίων υδάτων, οι επιχειρήσεις προκήρυξης ή εγκατάστασης κλωστοβιομηχανιών, οι επιχειρήσεις προκήρυξης κλωστοβιομηχανιών, κλωστοβιομηχανιών, αβανταρισμού και βιοφύλαξης με σιδηροβιομηχανία κάθε είδους μετάλλου ή αλουμινίου, οι βιομηχανίες ή βιοτεχνίες προκήρυξης ή επεξεργασίας μεταλλουργικών, πολεμικών υλικών ξηρής - θάλασσας - κλπ. οι βιομηχανίες ή βιοτεχνίες παραγωγής, συγκρομολογής ή πικροβιομηχανιών μεταλλικών μερών αυτοκινήτων, μοτοσυκλετών, ποδηλάτων, γεωργικών και οδοπονητικών μηχανημάτων, σιδηροδρομικών υλικών, μηχανών εσωτερικής ή εξωτερικής κίνησης και των εξαρτημάτων τους.

(5) Επικρατούμενη, αεροβιομηχανία, κωπαστική, κλωστοβιομηχανία, βιοποιεία, γυφτεριά, μεταλλομαχαιροβιομηχανία, αεροβιομηχανία και ποικιλία, κωπαστική, κλωστοβιομηχανία, αβανταρισμός και ποικιλία, αεροβιομηχανία, επιμεταλλουργία, κωπαστική (αυτός από κατά που διακρίνεται με βάση το άρθρο 1), οι επιχειρήσεις μεταλλουργικών κεντρικών επιχειρήσεων πλοίων και πλοίων υδάτων, οι επιχειρήσεις προκήρυξης ή εγκατάστασης κλωστοβιομηχανιών, οι επιχειρήσεις προκήρυξης κλωστοβιομηχανιών, κλωστοβιομηχανιών, αβανταρισμού και βιοφύλαξης με σιδηροβιομηχανία κάθε είδους μετάλλου ή αλουμινίου, οι βιομηχανίες ή βιοτεχνίες προκήρυξης ή επεξεργασίας μεταλλουργικών, πολεμικών υλικών ξηρής - θάλασσας - κλπ. οι βιομηχανίες ή βιοτεχνίες παραγωγής, συγκρομολογής ή πικροβιομηχανιών μεταλλικών μερών αυτοκινήτων, μοτοσυκλετών, ποδηλάτων, γεωργικών και οδοπονητικών μηχανημάτων, σιδηροδρομικών υλικών, μηχανών εσωτερικής ή εξωτερικής κίνησης και των εξαρτημάτων τους.

τά ύφιστάμενα όρια της καταργουμένης Κοινότητας Λαδικού μετά των κοινοτήτων Κρεστένων, Μακρυσίου, Άλφειούσης, Αντιμοχωρίου, Ραχών και Σαμικού, μέχρι της συναντήσεως της έθνικης οδού Πύργου - Κυπαρισσίας. Έκείθεν ακολουθεί τὸ κατάρωμα της έθνικης οδού Πύργου - Κυπαρισσίας μέχρι συναντήσεως του όριου της καταργουμένης Κοινότητας Κρουσών και της τιοιαύτης Σαμικού, εν συνεχεία ακολουθεί τὰ ύφιστάμενα όρια της καταργουμένης Κοινότητας Κρουσών μετά των Κοινοτήτων Σαμικού, Κάτω Σαμικού Βρίνας, Γρύλλου και Κρεστένων. Ακολουθως διέρχεται διά των ύφισταμένων όριων των Κοινοτήτων Σαμικού και Κρεστένων και τερματίζει εις τὸ σημειον συναντήσεως τούτων μετά του όριου της καταργουμένης Κοινότητας Λαδικού.

Άρθρον 8.

1. ΑΙ διατάξεις των παραγράφων 1, 2 και 3 του άρθρου 34 του Π.Δ. 933/1975 «περί κωδικοποιήσεως εις ενιαιον κείμενον νόμου των Ισχυουσών διατάξεων περί του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικος», εφαρμοσθήσονται και κατά τας γενικὰς έκλογὰς πρὸς ανάδειξιν δημοτικών και κοινοτικών άρχων της 15ης Οκτωβρίου 1978, έφ' όσον, μέχρι της δημοσιεύσεως του παρόντος νόμου, δέν έχει περαιωθῆ ή μετά τας πρώτας έκλογὰς διαδικασία καταρτίσεως και κυρώσεως των επί των αντίστοιχων μεταβολών όριστικών έκλογικών καταλόγων, κατά τας διατάξεις του άρθρου 35 του αυτού Π.Δ. 933/1975 και του εις εφαρμογήν αυτών εκδοθέντος όμοιου υπ' αριθ. 150/1975 «περί καταρτίσεως όριστικών έκλογικών καταλόγων επί άναγνωρίσεως και μεταβολών δήμων και κοινοτήτων».

2. ΑΙ διατάξεις της προηγουμένης παραγράφου δύναται να εφαρμοσθούν αναλόγως και επί άπασπάσεως κατακτημένων τμημάτων εκ της περιφέρειας ώρισμένου δήμου και προσερτήσεως αυτών εις έτέρους συνεχόμενους δήμους.

3. Κατά τας δημοτικές και κοινοτικές έκλογὰς της δεκάτης πέμπτης Οκτωβρίου 1978 εις τας περιπτώσεις των προηγουμένων παραγράφων επιτρέπεται μέχρι και της προτερας της ήμερας της ψηφοφορίας, κατά παρέκκλισιν των οικείων διατάξεων των Π.Δ. 650/1974 και 933/1975, α) ή υπό των νομαρχών τροποποιήσιν των αποφάσεων αυτών περί καθορισμού των έκλογικών τμημάτων και καταστημάτων ψηφοφορίας, β) ή συγκρότησιν των έφορευτικών επιτροπών και ή είδοποίησιν των μελών αυτών, γ) ή διορισμός των αντιπροσώπων της δικαστικής άρχης, δ) ή γνωστοποίησιν των αποφάσεων των νομαρχών περί των εκλογικών τμημάτων και καταστημάτων ψηφοφορίας και ε) ή δημοσιεύσιν του προγράμματος της έκλογης.

4. ΑΙ διατάξεις του παρόντος άρθρου Ισχύουν από της δημοσιεύσεως εις την έφημερίδα της Κυβερνήσεως

Άρθρον 9.

Η Ισχύς του παρόντος νόμου, όπου δέν όρίζεται άλλως, άρχεται από της 1ης Νοεμβρίου 1978.

Π.Δ. 741 της 29.9/10.10.1978 : Περὶ συμπληρώσεως του υπ' αριθ. 665/1962 Β.Δ. «περί της υγειονομικής περιθάλψεως των τακτικών δημοσίων πολιτικών υπαλλήλων, των πολιτικών και στρατιωτικών συνταξιούχων, των μελών των οικογενειών αυτών κ.λπ.», (Α' 172).

Έχοντας ύπόψη της διατάξεις : του άρθρου 114 του Π.Δ. 611/1977 «περί κωδικοποιήσεως εις ενιαιον κείμενον υπό τίτλον «Υπαλληλικός Κώδιξ κ.λπ.», του ν. 3920/1958 «περί παροχής νοσοκομειακής και Ιατροφαρμακευτικής περιθάλψεως εις τούς πολιτικούς συνταξιούχους του Δημοσίου», του άρθρου 2 του Ν.Δ. 3975/1959 «περί συμπληρώσεως του Ν. 2795/1954 και έκπαισεως διατάξεων άφορσών την νοσοκομειακήν και την φαρμακευτικήν περιθαλψιν και έξοδα κηδείας των δημοσίων πολιτικών υπαλλήλων και εις τούς στρατιωτικούς», του ν. 84/1969 «περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως των περί Ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περιθάλψεως των δημοσίων υπαλλήλων κ.λπ. κειμένων διατάξεων» κ.λπ. (γν. Σ.τ.Ε.).

Άρθρον μόνον.

Εις τὸ άρθρον 5 του υπ' αριθ. 665/1962 Β. Δ/τος προστίθεται παράγραφος έχουσα αύτως :

ΑΙ δαπάναι μετακινήσεως και παραμονής εις Αθήνας και Θεσσαλονίκη των χρονίων νεφροπαθών ήσφαλισμένων του Δημοσίου, προκειμένου να εξετασθούν υπό της άρμοδίας επιτροπής, ήτις θα γνωματεύσῃ περί της ανάγκης ή μη ύποβολής των εις αιμοκάθαρσιν ή μεταμόσχευσιν, βαρύνουν τὸ Δημοσίον.

Η άνωτέρω δαπάνη καταβάλλεται, επί τη ύποβολή των αποδείξεων πληρωμής ξενοδοχείου μ.β. και Β' κατηγορίας ως και άποδείξεων πληρωμής εισιτηρίου, δι' ολουδήποτε συγκοινωνιακού μέσου.

Π.Δ. 743 της 2/10.10.1978 : Περὶ θέσεως εν Ισχύι διατάξεων του Ν.Δ. 190/1973. — (Α' 172).

Έχοντας ύπόψη της διατάξεις του Ν.Δ. 190/1973 «περί αύξησεως του αριθμού των όργανικών μελών των δικαστικών λειτουργών και δικαστικών υπαλλήλων ως και του τακτικού προσωπικού των Ελλείνων Ερμισθων Υποθηκοφυλακείων» κ.λπ.

Άρθρον μόνον.

Ημερομηνία έναρξης Ισχύος της περιπτώσεως της παρ. 1 του άρθρου 1 του Ν.Δ. 190/1973 (1) εκ τριάντα πέντε (35) θέσεις πρωτοβάθιου όρίζεται ή 1η Οκτωβρίου 1978.

Νόμος 821 της 13/14.10.1978 : Περὶ άφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ούσιων από θρωπίνης προελεύσεως. — (Α' 173).

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Α'. ΓΕΝΙΚΑΙ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ.

Άρθρον 1.

Αντικείμενον και έκτασις εφαρμογής.

1. ΑΙ άφαιρέσεις κυττάρων, Ιστών, όργανων και λοιπών βιολογικών ούσιων ανθρώπινης προελεύσεως από άτομον (δότην) πρὸς τὸν σκοπόν ύποθαλάσεως ή μεταμοσχεύσεως τούτων εις έτερον άτομον (λήπτην) χάριν θεραπείας τούτου ή πρὸς προαγωγήν της λειτουργικῆς έρευνῆς διέπονται υπό των διατάξεων του παρόντος.

Ως άφαιρέσεις νοούνται και αι λήψεις βιολογικών εκκρίμάτων ανθρώπινης προελεύσεως.

2. Διά Προεδρικών Διαταγμάτων εκδιδόμενων πρὸς τάσει του Υπουργού Κοιν. Υγηρεσιών μετά συμφωνίας γνώμην του Ανωτάτου Υγειονομικού Συμβουλίου (Α.Υ.Σ.) δύναται να εξαίρεθουν ώρισμένα των ως άνω βιολογικών υλικών της εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος, ως και ώρισμένοι εκ των άνωτέρω Ισχυουσών πράξεων, έφ' όσον νεώτεροι αντίληψεις και επιστημονικά δεδομένα ήθελον επιβάλει τούτο.

3. Εις τας διατάξεις του παρόντος δέν συμπεριλαμβάνονται τὰ άφορώντα : α) εις την λήψιν αίματος και την μετάγγισιν αυτού, β) εις την μεταμόσχευσιν ήμβρύου, γ) εις την άφαιρέσιν και μεταμόσχευσιν όργάνων αναπαραγωγής, δ) εις την χρησιμοποίησιν σπέρμιων και σπέρματος και ε) εις τας αυτόματαμοσχεύσεις.

Άρθρον 2.

Χαριστική αίτια.

1. Πάσα δόσις, ως και πάσα προσφορά βιολογικών ούσιων πρὸς σκοπόν Ιατρικής διαγνώσεως ή θεραπείας έτέρου προσώπου ή πρὸς σκοπόν επιστημονικής έρευνῆς, επιτρέπεται μόνον έφ' όσον γίνεται χαριστικῶς άπαραγορευμένης απόλυτως της συνολογότησεως της λήψεως ολουδήποτε ανταλλάγματος.

2. Η διατάξεις της προηγουμένης παραγράφου εφαρμόζεται και επί των βιολογικών ούσιων λαμβανόμενων εκ χωρῶν της άλλοδαπῆς ή δεδομένας εις χώρα της άλλοδαπῆς.

Άρθρον 3.

Ανωνυμία δότου και λήπτου.

1. Απαγορεύεται ν' άποκαλύπτεται ή ταυτότητα του δότου εις τὸν λήπτην, ως και ή ταυτότης του λήπτου εις τὸν δότην, ή, επί χρησιμοποίησεως πτωμάτων ή υλικού, εις την οικογένειαν του δότου, εκτός

υφίστανται μεταξύ δότη και λήπτη συγγενικός δεσμός ή στενά προσωπικά σχέσεις.

2. Αι περί του Ιατρικού Απορρήτου κείμενοι διατάξεις έχουν εφαρμογή και εις περίπτωσιν διενέργειας πράξεων εκ τών προβλεπομένων υπό του παρόντος.

Άρθρον 4.

Ίδρύματα διά μεταμοσχεύσεις.

1. Αι αφαιρέσεις βιολογικών ουσιών, οι Ινοφθαλμισμοί και αι μεταμοσχεύσεις γίνονται εις ειδικά Νοσηλευτικά Ίδρύματα συμφώνως προς τὰ ἐν τῇ παραγράφῳ 2 καὶ 3 ὀριζόμενα.

2. Διὰ Πραξερικών Διαταγμάτων ἐκδομένων προτάσει του Ὑπουργοῦ Κοινωνικῶν Ὑπηρεσιῶν, μετὰ συμφωνίαν γνώμην του Α.Υ.Σ., καθορίζονται αι προϋποθέσεις παραχῆς ἀδείας λειτουργίας τῶν μονάδων μεταμοσχεύσεων εις τὰ Ίδρύματα τῆς προηγουμένης παραγράφου, ἢ εις χώρους, μηχανήματα καὶ ἐπιστημονικὸν προσωπικὸν συγγενικῶν αὐτῶν καὶ πᾶσα συναφῆς λεπτομέρεια.

3. Αἱ ἀδείαι λειτουργίας εις τὰ εις τὴν παρ. 1 του παρόντος Ίδρύματα παρέχονται υπό του Ὑπουργοῦ Κοινωνικῶν Ὑπηρεσιῶν μετὰ συμφωνίαν γνώμην του Α.Υ.Σ.

4. Εἰδικῶς αι μεταμοσχεύσεις νεφρῶν, ἥπατος, παγκρέατος, πνεύμονος καὶ καρδίας, ἐπιτρέπονται μόνον ἐφ' ὅσον διενεργούνται υπό εἰδικῶν καὶ κενωρισμένων «μονάδων μεταμοσχεύσεων» λειτουργουσῶν ἐντὸς νοσηλευτικῶν ἢ ἄλλων εἰδικῶν πρὸς τοῦτο Ίδρυμάτων Κρατικῶν ἢ Νομικῶν Προσώπων Δημοσίου Δικαίου ἢ Κοινωφελῶν Νομικῶν Προσώπων Ἰδιωτικοῦ Δικαίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Β'.

ΑΦΑΙΡΕΣΕΙΣ ΕΚ ΖΩΝΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ

Άρθρον 5.

Προϋποθέσεις.

1. Ἡ ἀφαίρεσις βιολογικῆς οὐσίας εκ ζῶντος ἀνθρώπου ἐπιτρέπεται υπό τὰς ἀκολουθοῦσας προϋποθέσεις:

α) Νά γίνεται πρὸς τὸν σκοπὸν ἰατρικῆς διαγνώσεως ἢ θεραπείας του αὐτοῦ ἢ ἑτέρου προσώπου.

β) Νά λαμβάνεται εκ προσώπου ἰκανοῦ πρὸς δικαιοπραξίαν.

γ) Νά γίνεται κατόπιν ἑγγράφου συγκαταθέσεως του δότη, τῆς ὑπογραφῆς του θεωρουμένης υπό τῆς οικείας Ἀστυνομικῆς Ἀρχῆς ἢ διὰ συμβολαιογραφικοῦ ἑγγράφου ἢ διὰ καταχωρήσεως δηλώσεως εις τὸ βιβλίον του Νοσηλευτικῶν Ίδρυματος ὅπου θά διενεργηθῆ ἡ ἀφαίρεσις.

Ἡ ἑγγράφος συγκατάθεσις λαμβάνεται μετὰ προηγουμένην λεπτομερῆ κατατάξισιν του δότη υπό του ἰατροῦ, περί τῶν δυνατῶν συνεπειῶν τῆς ἀφαιρέσεως καὶ εἰδικῶς περί τῶν ἰατρικῶν, κοινωνικῶν καὶ ψυχολογικῶν συνεπειῶν, ὡς ἐπίσης καὶ περί τῆς σημασίας τῆν ὅπου ἔχει ἡ ἀφαίρεσις διὰ τὸν λήπτην.

Εἰς τὴν ἑγγράφον συγκατάθεσιν δέον ὅπως ἀναγράφεται καὶ τὸ ὄνομα του καταταπίσαντος ἰατροῦ. Εἰς τὸ ἑγγράφον τοῦτο δύναται ὁ δότης νά ὀρίξη καὶ τὸν λήπτην του μοσχεύματος, ὅποτε ἡ παραχώρησις εις αὐτὸν εἶναι ὑποχρεωτική, ἐκτὸς ἐάν ὑπάρχουν ἐπιστημονικαὶ ἀντενδείξεις.

δ) Νά προορίζεται δι' ἄτουον ἀνοσοβιολογικῶς συγγενῆς ἢ ἄλλως νά προβλέπεται δι' ἐπιστημονικῶν βασικῶν κριτηρίων ἡ ἀποδοχή τῆς ἀφαιρουμένης βιολογικῆς οὐσίας υπό του σώματος του λήπτη.

ε) Νά μὴ παρουσιάζη αὐτὴ προφανῆ σοβαρὸν κίνδυνον διὰ τὴν ζωὴν ἢ τὴν ὑγίαν του δότη, πλὴν του συνισταμένου εις τὴν ἀφαίρεσιν τῆς οὐσίας.

στ) Νά διενεργηθῆ ἐντὸς τῶν προβλεπομένων κατὰ τὸ ἀρθρον 4 του παρόντος ἰατρικῆς ἐπιστήμης ἐνδεειγμένων ὁλων τῶν υπό τῆς ἰατρικῆς ἐπιστήμης ἐνδεειγμένων καὶ ἐπιβαλλομένων προκαταρκτικῶν ἐξετάσεων ἐπὶ του δότη καὶ του λήπτη.

2. Κατ' ἐξαιρείσιν ἐπιτρέπεται ἡ ἀφαίρεσις βιολογικῆς οὐσίας εκ ζῶντος ἀνθρώπου, τηρουμένων ἐκάστοτε τῶν λοιπῶν προϋποθέσεων τῶν προηγουμένων παραγράφων καὶ εις τὰς ἀκολουθοῦσας περιπτώσεις:

α) Πρὸς τὸν σκοπὸν ἐπιστημονικῆς ἑρεύνης, ἐταν ἡ ἀφαίρεσις ἔχη χαρακτῆρα ὀπλῆς σωματικῆς βλάβης,

δὲν ἀντίκειται εις τὰ χρηστὰ ἤθη καὶ δὲν εἶναι δυνατὴ ἢ χρήσιμος ἢ εκ πτώματος λήψις τῆς πρὸς ἑρευναν βιολογικῆς οὐσίας.

β) Ἐκ προσώπου ἀνηλίκου μὲν ἀλλὰ συμπληρωσάντος τὸ 20ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας, κατόπιν συγκαταθέσεως καὶ του ἔχοντος τὴν ἐπιμέλειαν του προσώπου αὐτοῦ, ἀλλὰ μόνον βιολογικῆς οὐσίας ἐπιδεκτικῆς ἀναγεννήσεως καὶ ἀποκλειστικῶς χάριν γονέως, τέκνου, ἀδελφοῦ ἢ συζύγου, καὶ ἐφ' ὅσον ἡ ἀφαίρεσις δὲν παρουσιάζει κίνδυνον διὰ τὴν ὑγίαν αὐτοῦ.

γ) Ἐκ προσώπου τελοῦντος υπό δικαστικὴν ἢ νόμιμον ἀπαγόρευσιν ἢ υπό δικαστικὴν ἀντίληψιν, πέραν τῶν κατὰ τὰ ἀνωτέρω προϋποθέσεων, ἀπαιτεῖται ἀπόφασις του Μονομελοῦς Πρωτοδικείου τῆς κατοικίας του κατὰ τὴν διαδικασίαν τῆς ἐκουσίας δικαιοδοσίας.

δ) Βάσει προφορικῆς μόνου συγκαταθέσεως του δότη, ἐν πρόκειται περί ἐλαφρῶς περιπτώσεως ἀφαιρέσεως οὐσίας ταχέως ἀναγεννωμένης.

ε) Προκειμένου περί βιολογικῆς οὐσίας ἐπιδεκτικῆς ἀναγεννήσεως καὶ ὅταν προορίζεται αὐτὴ διὰ πρόσωπον μὴ ἀνοσοβιολογικῶς συγγενῆς καὶ ὑφίστανται σοβαραὶ ἐπιπτώσεις ἐπιτυχίας τῆς μεταμοσχεύσεως, ὡς ἐπίσης καὶ προκειμένου περί οὐσίας μὴ ἀναγεννωμένης ὅταν προορίζεται ἐπίσης διὰ πρόσωπον μὴ ἀνοσοβιολογικῶς συγγενῆς ἄλλ' ὑφίστανται σοβαραὶ ἐπιπτώσεις ἐπιτυχίας τῆς μεταμοσχεύσεως, ἐπὶ πλὴν δὲ δικαιολογεῖται ἀπὸ τὸ κίνητρον του δότη, τὸν συγγενικὸν δεσμὸν αὐτοῦ μετὰ του λήπτη καὶ τὰς ἰατρικὰς ἀπαιτήσεις τῆς περιπτώσεως.

στ) Ὅταν ἡ ἀφαίρεσις ἐμφανίζη μὲν προφανῆ σοβαρὸν κίνδυνον διὰ τὴν ζωὴν ἢ τὴν ὑγίαν του δότη, δικαιολογεῖται ὅμως εις τὴν συγκεκριμένην περίπτωσιν ἀπὸ τὰ κίνητρα του δότη, τὸν συγγενικὸν δεσμὸν αὐτοῦ μετὰ του λήπτη καὶ τὰς ἰατρικὰς ἀπαιτήσεις τῆς περιπτώσεως.

3. Ἐπιτρέπεται ἡ δμβλωσις (τεχνητὴ ἑκτραωσις) μέχρι καὶ τῆς 20ῆς ἑβδομάδος, εις τὰς περιπτώσεις εις τὰς ὁποίας ἤθελον διαπιστωθῆ διὰ τῶν συγχρόνων μέσων προγνωστικοῦ ἔλεγχου (προγεννητικῆς διάγνωσης), σοβαραὶ ἀνωμαλίες του ἐμβρύου, ἐπαγόμεναι εἰς τὴν γέννησιν παθολογικῶν νεογνῶν. Ἐπίσης ἐπιτρέπεται αὐτὴ καὶ μέχρι τῆς 12ῆς ἑβδομάδος εἰς περιπτώσεις κίνδυνου τῆς ψυχικῆς ὑγείας τῆς μητρὸς, διαπιστουμένου υπό ψυχιάτρου, ἐργαζομένου εις Νοσηλευτικὸν Ίδρυμα Δημοσίου Δικαίου. Αἱ λεπτομέρειαι τῆς ἐφαρμογῆς τῶν ἀνωτέρω θά καθορισθῶν δι' ἀποφάσεων του Ὑπουργοῦ Κοινωνικῶν Ὑπηρεσιῶν.

Άρθρον 6.

Δαπάναι ἀφαιρέσεως —

Ἀπρόβλεπτος βλάβη του δότη.

1. Ὁ λήπτης βαρύνεται μετὰ τὰς δαπάνας τῆς ἰατρικῆς ἐπιμέλειας ἀφαιρέσεως τῆς βιολογικῆς οὐσίας, ὡς ἐπίσης μετὰ τὰ ἐξοδα τῶν προηγηθειῶν ἰατρικῶν ἐξετάσεων καὶ μετὰ τὰ ἀπωλεισθέντα ἡμερομίσθια καὶ τὰ ἐξοδα μετακινήσεως του δότη ἢ του ἐξεταζομένου ἐνδεχομένου δότη.

Ἐφ' ὅσον ὁ λήπτης εἶναι ἠσφαλισμένος κατὰ τῆς ἀσθενείας καὶ ἡ μεταμόσχευσις προβλέπεται ὡς ἐπιβεβλημένη θεραπεία, αἱ ἀνωτέρω δαπάναι βαρύνουν τὸν οἶκον ἀσφαλιστικοῦ ὀργανισμοῦ.

Ἡ διαδικασία ὡς καὶ τὸ ὄνομα ἐισπράξεως υπό του λήπτη καὶ ἀποδόσεως εις τὸν δότην του ποσοῦ τῶν ἐπιπέδων δαπανῶν καθορίζεται δι' ἀποφάσεως του Ὑπουργοῦ Κοιν. Ὑπηρεσιῶν κατὰ τρόπον διασφαλίζοντα ἀπολύτως τὰ κατὰ τὸ ἀρθρον 3 του παρόντος ἀπορρήτων.

2. Εἰς τὴν περίπτωσιν ὁ δότης ἢ ὁ ἐνδεχομένος δότης ὑποσταὲν μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν ἢ τὰς προκαταρκτικὰς ἐξετάσεις ἀπρόβλεπτον σωματικὴν βλάβην, πλὴν τῆς τοιαύτης τῆς συνισταμένης εις τὴν ἀφαίρεσιν οὐσίας, εις τὰς ἐξετάσεις ὡς καὶ τὰς εκ τῶν πρᾶτέρων γνωστὰς συνεπειῶν αὐτῶν, δικαιουνται ἀποζημιώσεως εκ του ἀσφαλιστικοῦ ὀργανισμοῦ εἰς ὃν εἶναι ἠσφαλισμένος κατὰ τῆς ἀσθενείας καὶ ἐν περιπτώσει ἠσφαλιστῶς του, παρ' εἰδικοῦ λογαριασμοῦ συσταθσομένου παρὰ τῶ Ὑπουργεῖο Κοινωνικῶν Ὑπηρεσιῶν διὰ Πραξερικοῦ Διατάγματος ἐκδιδουμένου προτάσει τῶν Ὑπουργῶν Οἰκονομικῶν καὶ Κοινωνικῶν

Υπηρεσιών εξ ειδικώς εγγραφόμενης πιστώσεως εις τὸν προϋπολογισμόν ἐξόδων τοῦ Ὑπουργείου Κοινωνικῶν Ὑπηρεσιῶν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Γ'. ΑΦΑΙΡΕΣΕΙΣ ΕΚ ΠΤΩΜΑΤΟΣ

Ἄρθρον 7.

Σκοποὶ — Προϋποθέσεις.

1. Ἐπιτρέπεται ἡ ἀφαίρεσις ἐκ πτώματος ἀνθρώπου παντὸς ἰατοῦ ἢ ὄργανου ἢ μέλους ἐν ὅλῳ ἢ ἐν μέρει καὶ ἡ χρησιμοποίησις αὐτῶν ἀποκλειστικῶς εἰς τὰς κάτωθι περιπτώσεις:

α) Νὰ γίνεται πρὸς τὸν σκοπὸν διαγνώσεως ἢ θεραπείας ἴτερον πάσχοντος ἀτόμου ἢ τοῖς διὰ τὴν χρησιμοποίησιν τοῦ πάσης φύσεως πτωματικῆς ὕλικου εἰς τὴν χειρουργικὴν τῶν μεταμοσχεύσεων καὶ β) νὰ γίνεται δι' ἐπιστημονικὴν ἔρευναν καὶ ἐκπαίδευσιν. Κατ' ἀμφοτέρω τὰς ἀνωτέρω περιπτώσεις ἀπαιτεῖται νὰ βεβαιωθῇ προηγουμένως ὁ κλινικὸς θάνατος τοῦ ὄθου κατὰ τὰ εἰς τὸ ἄρθρον 9 τοῦ παρόντος διαλαμβανόμενα.

2. Ἡ ἀφαίρεσις ὕλικου ἐκ πτώματος δὲν δύναται νὰ λάβῃ χώραν ὅταν:

α) Ὑπάρχῃ δεδηλωμένη ἐν ζωῇ ἀντίθετος θέλησις τοῦ ἀποβιώσαντος ἢ τεκμαίρεται τοιαύτη ἐπὶ τῇ βάσει τῶν θρησκευτικῶν ἢ φιλοσοφικῶν πεποιθήσεων αὐτοῦ. Ἐν ἀμφιβολίᾳ περὶ τῆς βουλήσεως τοῦ ἀποβιώσαντος ἡ ἀφαίρεσις ἐπιτρέπεται ὅταν ὑπάρχῃ συγκατάθεσις τῶν πλησιεστέρων συγγενῶν ἢ τοῖς κατὰ σειράν τῆς ἐξ ἀδιαθέτου διαδοχῆς συζύγου καὶ ἐνηλίκων τέκνων ἢ γονέων καὶ ἀδελφῶν τοῦ ἀποβιώσαντος ἢ τῶν κατὰ νόμον ἐχόντων τὴν ἐπιμέλειαν τῶν ἐξ αὐτῶν ἀνηλίκων. β) Ὑπάρχῃ κίνδυνος νὰ παρακωλυθῇ ἡ ἐπιβαλλομένη ἐκτέλεσις ἱατροδικαστικῆς πραγματογνωμοσύνης.

Ἄρθρον 8.

Ἐξαιρέσεις ἐφαρμογῆς νόμου.

Ἐπὶ παραγγελίας δικαστικῶν, εἰσαγγελικῶν, ἀνακριτικῶν ἢ ἀστυνομικῶν Ἀρχῶν πρὸς διενέργειαν νεκροψίας — νεκροτομίας ἐπὶ πτώματος ἀτόμου τινὸς καὶ σύνταξιν ἐπισήμου ἱατροδικαστικῆς ἐκθέσεως δὲν ἔχουν ἐφαρμογὴν αἱ διατάξεις τοῦ παρόντος.

Κατ' ἐξαιρέσιν, δύναται νὰ ἐπιτραπῇ ἡ ἀφαίρεσις πτωματικῆς ὕλικου πρὸς θεραπευτικούς σκοποὺς ὑπὸ τὰς κάτωθι εἰδικωτέρας προϋποθέσεις:

α) Νὰ πρόκειται περὶ ἀφαίρεσεως νεφροῦ, ὀφθαλμοῦ, ἀκουστικῶν ὀσφαιρίων, ὕμενων καὶ δερματος. β) Νὰ ἔχῃ δοθῇ ἡ συγκατάθεσις τῆς οἰκείας ἱατροδικαστικῆς ὑπηρεσίας ἢ τοῦ ἀκούοντος ἱατροδικαστικῆς καθήκοντα ἐντεταλμένου ἱατροῦ.

Ἄρθρον 9.

Κριτήρια θανάτου.

1. Ἀπαγορεύεται πᾶσα ἐπὶ τοῦ πτώματος ἐνέργεια πρὸς ἀφαίρεσιν βιολογικοῦ ὕλικου ἐφ' ὅσον προηγουμένως δὲν ἔχει διαπιστωθῇ ὅτι τὸ ἄτομον εἶναι νεκρὸν. Νεκρὸν διὰ τὴν ἐφαρμογὴν τῶν διατάξεων τοῦ παρόντος θεωρεῖται τὸ ἄτομον ἐπὶ τοῦ ὁποίου διαπιστοῦται ὑπὸ ἱατρῶν κατὰ τὰ εἰς τὴν παρ. 2 καὶ διὰ καθιερωμένων καὶ ἀναμφισβητήτων ἐπιστημονικῶν μεθόδων, ἢ ὑπάρξῃ σημεῖον δηλούντων τὴν ὀριστικὴν (μὴ ἀναστρέψιμον) κατάργησιν τῆς λειτουργίας τοῦ κεντρικοῦ νευρικοῦ συστήματος, ἀνεξαρτήτως χρόνου ἐμφανίσεως καὶ παραμονῆς αὐτῶν ἀπαραιτήτως δὲ πάντων τῶν κάτωτέρω:

α) Κατάργησις τῶν κινήσεων, αὐτομάτων καὶ προκλητῶν.

β) Κατάργησις τῶν ἀνταντακλαστικῶν καὶ ἰδιαίτερος τοῦ κερατοειδούς.

γ) Μυδρίασις καὶ ἄλλοις οἰασθῆποτε ἀντιδράσεις τῆς κόρης εἰς ἰσχυρὰ φωτεινὰ ἱρεθίσματα.

δ) Ἡ μὴ ἐμφάνισις ἀναπνευστικῶν κινήσεων μετὰ πειραματικὴν διακοπὴν τῆς λειτουργίας τοῦ μηχανήματος ἀναζωογονήσεως, ἐφ' ὅσον τὸ ἄτομον εὐρίσκειται ἐν αὐτῷ, διὰ χρόνον ἱκανόν νὰ προκαλέσῃ αὐτομάτως ἀναπνευστικὰς κινήσεις, ὡς ἐκ τῆς ἀφραϊσεως διοξειδίου τοῦ ἀνθρακός.

ε) Ἡλεκτροεγκεφαλογραφικὴ σιγή.

Τεχνητὴ παράτασις τῶν λειτουργιῶν ὀρισμένων μεμονωμένων ὀργάνων ἢ συστημάτων δὲν δύναται νὰ θέσῃ ὑπὸ ἀμφισβήτησιν τὴν κατὰ τ' ἀνωτέρω πιστοποίησιν τοῦ θανάτου καὶ δὲν ἀναστέλλει τὴν πρὸς ἀφαίρεσιν βιολογικοῦ ὕλικου ἐνέργειαν.

2. Ἡ διαπίστωσις τοῦ θανάτου κατὰ τὴν προηγουμένην παράγραφον γίνεται ὑπὸ δύο ἱατρῶν ἀσκούντων ἐπὶ πενταετίαν τοῦλάχιστον τὴν ἱατρικὴν ἐκ τῶν ὁποίων ὁ εἰς εἰδικότητος Νευρολογίας.

Οὐδεὶς τῶν πιστοποιούντων ἱατρῶν δύναται νὰ ἔχῃ σχέσιν πρὸς οἰανδήποτε ἐπιστημονικὴν ὁμάδα ἐνδιαφερομένην καὶ ἀσχολουμένην μετὰ τὴν θεραπευτικὴν τῶν μεταμοσχεύσεων.

Ἄρθρον 10.

Τρόπος καὶ τόπος ἀφαίρεσεως πτωματικῆς ὕλικου.

1. Διαπιστωθέντος τοῦ θανάτου ὡς εἰς τὸ ἄρθρον 9 ὀρίζεται, ἐνεργεῖται ἡ ἀφαίρεσις τοῦ πτωματικοῦ ὕλικου ὑπὸ α) χειρουργοῦ προκειμένου περὶ τῆς περιπτώσεως (α) τῆς παρ. 1 τοῦ ἄρθρου 7 τοῦ παρόντος, β) ἐντεταλμένου ἢ εἰδικοῦ ἱατροδικαστοῦ ἢ Παθολογοανατόμου προκειμένου περὶ τῆς περιπτώσεως (β) τῆς παρ. 1 τοῦ αὐτοῦ ἄρθρου.

2. Ἡ ἀφαίρεσις πραγματοποιεῖται ἐντὸς τῶν ὑπὸ τοῦ ἄρθρου 4 τοῦ παρόντος προβλεπόμενων ἱδρυμάτων. Κατ' ἐξαιρέσιν, ἐπὶ βιζίου ἢ αἰρνιδίου θανάτου, ἐάν, λόγῳ ἀνάγκης ἀπαιτῆται ἡ ἀμεσὸς λήψις πτωματικῆς ὕλικου δύναται νὰ ληφθῇ τοῦτο καὶ εἰς τὸν τόπον τοῦ θανάτου ὑπὸ τὰς προϋποθέσεις τῶν ἄρθρων 8 καὶ 9 καὶ ἐφ' ὅσον αἱ συνθήκαι εἶναι ἐπιστημονικῶς κατάλληλοι πρὸς διασφαισίαν τῆς καλῆς, βάσει τῶν κανόνων τῆς ἐπιστήμης, ἄψευκας καὶ συντηρήσεως τοῦ βιολογικοῦ ὕλικου πρὸς ἀποφυγὴν μόλυνσεως τοῦ λήπτου.

Ἄρθρον 11.

Ὄφθαλμικαὶ καὶ λοιπαὶ εἰδικαὶ ἀφαίρεσεις.

Ἡ ἀφαίρεσις ὀφθαλμῶν, καθὼς καὶ βιολογικῶν οὐσιῶν, ἀναφερομένων εἰς χειρουργικὰς ἱατρικὰς εἰδικότητας, δύναται νὰ διενεργηθῇ καὶ ὑπὸ εἰδικῶν χειρουργῶν, τηρουμένων καὶ εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας ἀπασῶν τῶν σχετικῶν διατάξεων τῶν προηγουμένων ἄρθρων.

Ἄρθρον 12.

Δαπάναι ἀφαίρεσεως.

Ὁ λήπτης βαρύνεται μετὰ τὰς δαπάνας ἀφαίρεσεως τοῦ βιολογικοῦ ὕλικου ἐκ τοῦ πτώματος. Ἐφ' ὅσον ὁ λήπτης εἶναι ἠσφαλισμένος κατὰ τῆς ἀσθενείας καὶ ἡ μεταμόσχευσις προβλέπεται ὡς ἐπιβεβλημένη θεραπεία, αἱ δαπάναι βαρύνουν τὸν ἀσφαλιστικὸν ὄργανισμὸν.

Ἄρθρον 13.

Δωρεὰ τοῦ σώματος μετὰ θάνατον.

1. Πᾶς ἱκανὸς πρὸς δικαιοπραξίαν ἐπιθυμῶν νὰ δωρῆσῃ τὸ σῶμα του μετὰ θάνατον διὰ ἱατρικοῦ σκοποῦς, δύναται νὰ δηλώσῃ τὴν περὶ τούτου βούλησιν του ἐγγράφως.

Ὁ τύπος τοῦ ἐγγράφου διὰ τοῦ ὁποίου δηλοῦται ἡ βούλησις τοῦ δωρητοῦ καθορίζεται δι' ἀποφάσεως τοῦ Ὑπουργοῦ Κοιν. Ὑπηρεσιῶν.

2. Πᾶς ἐνήλικος Ἕλλην ἢ ἀλλοδαπὸς κάτοικος Ἑλλάδος δικαιούται ν' ἀποταθῇ εἰς τὴν ἀστυνομικὴν ἀρχὴν τῆς κατοικίας του καὶ νὰ ζητήσῃ ὅπως διὰ συμπικτικῆς σφραγίδος ἀναγραφῆ ἐπὶ τῆς ἀστυνομικῆς ταυτότητός του ἢ βούλησιν του νὰ δωρῆσῃ μετὰ θάνατον τὸ σῶμα του δι' ἱατρικοῦ σκοποῦς, διὰ τῆς φράσεως «δωρητῆς τοῦ σώματος» καὶ τῆς ἡμερομηνίας.

Ἄρθρον 14.

Ἀποκατάστασις πτώματος.

1. Ὁ ἱατρός ὀφείλει κατὰ τὴν οἰανδήποτε ἐνέργειαν αὐτοῦ ἐπὶ πτώματος δι' ἐπιστημονικοῦς σκοποὺς ν' ἀκολουθῇ τὴν ὑπὸ τῆς Ἐπιστήμης ὀριζομένην τεχνικὴν, πρὸς ἀποφυγὴν οἰασθῆποτε παρασυρφέσεως τῶν ἱερωτικῶν χαρακτηρισμῶν τοῦ σκηνώματος.

2. Μετὰ τὸ πέρασ οἰανδήποτε ἐκ τῶν εἰς τὸν παρόντα Νόμον προβλεπόμενων ἐνεργειῶν, ὁ ἱατρός ὀφείλει

ν' αποκραδιστὰ τὰ εξωτερικά μορφολογικά χαρακτηριστικά του σκηνώματος πρὸ τῆς ἀποδόσεως τούτου εἰς τοὺς οἰκίους πρὸς ἐνταρτισμόν.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Δ'.
ΠΟΙΝΙΚΑΙ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ.**

* Ἄρθρον 15.

Νομικὸς χαρακτήρ τῶν ἀφαιρέσεων, ἐνοφθαλμισμῶν καὶ μεταμοσχεύσεων.

Τῆρουμένων τῶν ὄρων τῶν ἀρθρῶν 5 καὶ 7 τοῦ παρόντος, αἱ ἀφαιρέσεις, ἐνοφθαλμισμοὶ καὶ μεταμοσχεύσεις κυττάρων, ἰστών, ὄργάνων καὶ λοιπῶν βιολογικῶν οὐσιῶν ἀνθρωπίνης προελεύσεως δὲν συνιστοῦν ἀδικον πράξιν ἐπιφυλασσομένων τῶν περὶ ἀμελείας διατάξεων τῶν ἀρθρῶν 28, 302 καὶ 314 τοῦ Ποινικοῦ Κώδικος, οὔτε προσβολὴν τῆς προσωπικότητος ἢ βλάβην τοῦ σώματος ἢ τῆς ὑγείας προσώπου κατὰ τὸ ἀρθρον 57 καὶ 929 τοῦ Ἀστικοῦ Κώδικος.

* Ἄρθρον 16.

1. Ὁ ἐνεργῶν ἐπὶ πτώματος διὰ τὴν λήψιν βιολογικοῦ ὕλικου κατὰ παράβασιν τῶν διατάξεων τοῦ ἀρθρου 9 τοῦ παρόντος τιμωρεῖται διὰ φυλακίσεως τοῦλάχιστον ἐνὸς ἔτους καὶ διὰ χρηματικῆς ποινῆς.

2. Ἐπιφυλασσομένης τῆς ἐφαρμογῆς τῶν διατάξεων τῶν ἀρθρῶν 308 ἕως 311 καὶ 201 ἐν συνδυασμῷ πρὸς τὰ ἀρθρα 45 ἕως 47 τοῦ Ποινικοῦ Κώδικος, ἐὰν συντρέχουν οἱ ὅροι ἐφαρμογῆς αὐτῶν, τιμωροῦνται :

α) Διὰ φυλακίσεως μέχρις 1 ἔτους οἱ δίδοντες ἢ δημοσίᾳ προσφερόμενοι νὰ δώσουν καὶ οἱ λαμβάνοντες ἢ δημοσίᾳ αἰτούντες νὰ λάβουν βιολογικὰς οὐσίας ἀνθρωπίνης προελεύσεως ἐκ ζώντος προσώπου ἐναντι οἰκονομικοῦ ἀνταλλάγματος. Ἄν ἡ ζήτησις ἢ ἀγορὰ ἐγένετο πρὸς περαιτέρω μεταπώλησιν, ἢ ἂν ἡ προσφορά ἢ δόσις ἀφορᾷ βιολογικὴν οὐσίαν ἀγορασθείσαν, ἐπιβάλλεται φυλάκισις 3 μηνῶν ἕως 2 ἐτῶν καὶ χρηματικὴ ποινὴ.

β) Διὰ φυλακίσεως μέχρις 1 ἔτους ἢ διὰ χρηματικῆς ποινῆς ὁ κατὰ παράβασιν τῶν διατάξεων τοῦ ἀρθρου 3 τοῦ παρόντος ἀποκαλύπτων τὴν ταυτότητα τοῦ δότου βιολογικῆς οὐσίας μιᾶς μεταμοσχεύσεως εἰς τὸν λήπτην αὐτῆς ἢ τὴν ταυτότητα τοῦ λήπτου εἰς τὸν δότην ἢ ἐπὶ βιολογικῆς οὐσίας ἐκ σώματος νεκροῦ, εἰς τὴν οἰκογένειαν τοῦ δότου.

γ) Διὰ φυλακίσεως 3 μηνῶν ἕως 2 ἐτῶν καὶ διὰ χρηματικῆς ποινῆς ὁ ἐνεργῶν ἀφαιρέσιν βιολογικῆς οὐσίας ἐκ ζώντος προσώπου ἢ ἐνοφθαλμισμῶν ἢ μεταμοσχεύσιν βιολογικῆς οὐσίας ἀνθρωπίνης προελεύσεως ἐντὸς ἰδρύματος ἢ κλινικῆς ἢ ἐν ἑτέρῳ τόπῳ ἐκτὸς τῶν ἐν ἀρθροῖς 4 καὶ 10 ὀριζομένων ὡς καὶ ὁ διοικητικὸς καὶ ὁ ἐπιστημονικὸς διευθυντὴς αὐτῶν ὁ ἐπιτρέπων ἢ ἀνεχόμενος τὴν ἐν αὐτοῖς ἐνέργειαν τῶν ἐπεμβάσεων τούτων.

δ) Διὰ φυλακίσεως 3 μηνῶν ἕως 2 ἐτῶν ὁ ἐκ προθέσεως χρησιμοποιοῦν βιολογικὴν οὐσίαν ληφθεῖσαν ἐκ ζώντος προσώπου διὰ σκοπὸν διάφορον ἐκείνου δι' ὃν ἐδόθη συγκατάθεσις τοῦ δότου, ἢ διὰ λήπτην διάφορον ὡσάντι αὐτὴ προορίζεται διὰ γνωστὸν λήπτην. Ἡ ἐξ ἀμελείας τελεσις τῆς πράξεως τιμωρεῖται διὰ χρηματικῆς ποινῆς.

ε) Διὰ φυλακίσεως μέχρις 1 ἔτους ὡσάντι εἰς περιπτώσιν τῆς ἐκ προθέσεως τελεσεως τῆς πράξεως τοῦ προηγουμένου ἰδαφίου ἢ οὐσία ἐλήφθη ἐκ νεκροῦ.

στ) Διὰ φυλακίσεως 3 μηνῶν ἕως 5 ἐτῶν ὁ ἐπιτυχῶν τὴν συγκατάθεσιν ζώντος δότου κατὰ τὸ ἀρθρον 5 τῆς παρ. 1 περιπτ. γ' τοῦ παρόντος διὰ σωματικῆς ἢ ψυχολογικῆς βίας.

ζ) Διὰ φυλακίσεως μέχρι 2 ἐτῶν ὡσάντι κατὰ τὴν κατὰ τὸ ἀρθρον 5 τῆς παρ. 1 περιπτ. γ' τοῦ παρόντος κατατόπισιν τοῦ δότου, ἀποκρύπτει ἢ σκοπύμενος ὑποτιμᾷ οὐσιωδῶς τὰς ἱατρικὰς συντελείας τῆς ἀφαιρέσεως τῆς βιολογικῆς οὐσίας ἐκ τοῦ σώματος του.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Ε'.
ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΑΙ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΑΙ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ.**

* Ἄρθρον 17.

Μεταβατικαὶ διατάξεις.

Μέχρις ἐκδόσεως τῶν διὰ τοῦ παρόντος Νόμου προ-

βλεπομένων Προεδρικῶν Διαταγμάτων καὶ Ὑπουργικῶν ἀποφάσεων, ἐξακολουθοῦν ἰσχύοντα τὰ διὰ τῆς ἰσχυούσης Νομοθεσίας προβλεπόμενα.

* Ἄρθρον 18.

Τελικὴ διάταξις.

Ἡ ἰσχύς τοῦ παρόντος ἀρχεῖται μετὰ διμήνον ἀπὸ τῆς δημοσιεύσεως του εἰς τὴν Ἐφημερίδα τῆς Κυβερνήσεως.

Νόμος 820 τῆς 13/17.10.1978 : Περὶ λήψεως μέτρων διὰ τὴν περιστολὴν τῆς φοροδιαφυγῆς καὶ ἄλλων τινῶν συναφῶν διατάξεων.— (Α' 174).

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Α'.

ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΡΑΤΟΥΣ ΚΑΙ ΦΟΡΟΛΟΓΟΥΜΕΝΩΝ

* Ἄρθρον 1.

Ἐπιστροφή φόρων - δασμῶν βάσει ἀποφάσεων.

Βεβαιωθέντες φόροι, τέλη, εἰσφοραὶ, δασμοὶ καὶ δικαιώματα ὑπὲρ τοῦ Δημοσίου ἢ τρίτων, καθ' ὃ πᾶσὸν δὲν ὀφείλονται βᾶσει ὀριστικῆς ἀποφάσεως τοῦ Διοικητικοῦ Πρωτοδικείου ἐκπίπτουνται, τυχόν δὲ καταβληθέντες ἐν μέρει ἢ ἐν ὅλῳ ἐπιστρέφονται.

* Ἄρθρον 2.

Ἀναστολὴ εἰσπράξεως ποσοστοῦ 20 ο/ο ἀμειψθητομένου φόρου.

1. Ἡ εἰσπράξις τοῦ κατὰ τὰς ἰσχυούσας διατάξεις βεβαιωθέντος ποσοστοῦ εἰκοσιν ἐπὶ τοῖς ἑκατόν (20 ο/ο) τοῦ ἀμειψθητομένου φόρου, δύναται νὰ ἀνασταλῆ δι' ἀποφάσεως τοῦ Προέδρου τοῦ Διοικητικοῦ Πρωτοδικείου, ἐνώπιον τοῦ ὁποῖου ἠσκήθη ἡ προσφυγὴ, ἐὰν πιθανολογητῆι ἢ ἐν ὅλῳ ἢ ἐν μέρει εὐδοκίμησις ταύτης ἢ διαπιστοῦνται ἀδυναμία καταβολῆς ἐκ μέρους τοῦ αἰτούντος. Ἡ ἀναστολὴ χορηγεῖται κατόπιν αἰτήσεως ὑποβαλλομένης ὑπὸ τοῦ εἰς φόρον ὑπαχρέου ἐνώπιον τοῦ Προέδρου τοῦ ἀρμοδίου Διοικητικοῦ Πρωτοδικείου. Δευτέρα αἰτήσις τοῦ ἠνδιαφερομένου διὰ τὴν αὐτὴν ὑπόθεσιν δὲν συγχωρεῖται, ἐπιφυλασσομένης τῆς περιπτώσεως καθ' ἣν ὁ αἰτῶν ἐπικαλεῖται νεώτερα νομικὰ ἢ πραγματικὰ περιστατικὰ μὴ κριθέντα προηγουμένως.

2. Ὑποθέσεις, δι' ἃς ἐχορηγήθη ἢ κατὰ τὴν προηγουμένην παράγραφον ἀναστολὴ εἰσπράξεως, εἰσάγονται, κατὰ προτίμησιν, εἰς δικάσιμον μὴ ἀπέχουσαν πλέον τῶν τριῶν μηνῶν ἀπὸ τῆς δημοσιεύσεως τῆς περὶ ἀναστολῆς ἀποφάσεως.

Ἐν περιπτώσει μὴ χορηγήσεως αἰτηθείσης ἀναστολῆς, ἢ ὑπόθεσις εἰσάγεται, κατὰ προτίμησιν, εἰς δικάσιμον μὴ ἀπέχουσαν πλέον τῶν δύο μηνῶν ἀπὸ τῆς δημοσιεύσεως τῆς ἀποφάσεως τῆς ἀπορριπτοῦσις τὴν αἴτησιν.

* Ἄρθρον 3.

Προεδρικὴ Διαδικασία.

Ἐπὶ τῶν, κατὰ τὸ ἀρθρον 1 τοῦ Κώδικος Φορολογικῆς Δικονομίας, διαφορῶν αἱ ὁποῖαι ἀφοροῦν :

α) τὴν ἀναγνώρισιν φορολογικῆς ἀπαλλαγῆς ἢ μειώσεως,

β) τὴν ἀνάκλησιν, μερικὴν ἢ ὀλικὴν, τῆς φορολογικῆς δηλώσεως τοῦ φορολογουμένου,

γ) τὴν ἐπιστροφὴν φόρων, δασμῶν, εἰσφορῶν καὶ

δ) τὴν κατὰ τὰ ἀρθρα 65 τοῦ Ν.Δ. 3323/1955 ἐπερὶ φορολογίας τοῦ εἰσοδήματος, ὡς ἰσχύει, καὶ 99 τοῦ Ν.Δ. 118/1973 ἐπερὶ Κώδικος φορολογίας κληρονομιῶν, δωρεῶν, προικῶν καὶ κερδῶν ἐκ λαχείων ἀκύρωσιν ἢ τροποποίησιν φορολογικῆς ἐγγραφῆς, ὁ φορολογουόμενος δύναται δι' αἰτήσεως τοῦ ὑποβαλλομένης ἐντὸς τῆς ὑπὸ τῶν κειμένων διατάξεων προβλεπόμενης προθεσμίας πρὸς ἀσκήσιν προσφυγῆς καὶ ἀπευθυνομένης πρὸς τὸν Πρόεδρον τοῦ ἀρμοδίου διὰ τὴν ἐκδίκασιν τῆς προσφυγῆς Διοικητικοῦ Πρωτοδικείου καὶ ἀνεξαρτήτως τῆς παραλλήλου ἀσκήσεως προσφυγῆς, νὰ ζητήσῃ τὴν ὑπὸ τούτου προσωρινὴν λύσιν τῆς διαφορᾶς του.

Ὁ Πρόεδρος ἰδικαίει τὴν αἴτησιν κατὰ τὴν ὑπὸ τοῦ ἀρθρου 159 τοῦ Κώδικος Φορολογικῆς Δικονομίας, ὡς ἀντικαταστάθῃ διὰ τῆς παραγράφου 4 τοῦ ἀρθρου

οικοπέδων των περιλαμβανομένων εντός των ορίων οικισμών έχοντων έγκεικρίμενον ρυμοτομικόν σχέδιον και στερουμένων παντελώς όρων δομήσεως ή στερουμένων συντελεστού δομήσεως και συγχρόνως άριθμού όρόφων ή ποσοστού καλύψεως ή και άμφοτέρων, όρίζονται ως ακολούθως:

2. Μετά τό εδάφιον β της παραγράφου 2 του άρθρου 5 του αύτου ως άνω από 25.8.1969 Β. Δ/τος (ΦΕΚ 164 Δ') ως τό άρθρον αύτου προσετέθη διά του άρθρου Μόνου του από 26.1.1979 Π.Δ/τος «περί συμπληρώσεως του από 25.8.1969 Β. Δ/τος κ.λπ. (ΦΕΚ 105 Δ'), προστίθεται εδάφιον γ έχον ως ακολούθως:

«γ) Διά τά οικόπεδα εις τά όποια εφαρμόζεται σύστημα δομήσεως τό των πτερύγων ό συντελεστής δομήσεως όρίζεται εις όκτώ δέκατα (0,8)».

(N) 1028 της 26/29.2.80 (Α 51). Περί τροποποιήσεως διατάξεων τινων του Ν. 821/1978 «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ούσιων ανθρώπινης προελεύσεως» και άλλων τινών διατάξεων.

Άρθρ. 1. Η περ. α' του εδαφίου β' του άρθρου 8 του Ν. 821/1978 τροποποιείται ως ακολούθως: «α) Νά πρόκειται περί αφαιρέσεως νεφρού, όφθαλμών, άκουστικών όσθριαριων, ύμένων δέρματος και υποφύσεως».

Άρθρ. 2. Η παρ. 2 του άρθρου 13 του Ν.821/1978 αντικαθίσταται ως ακολούθως:

«2. Πός ενήλικος έλλην ή άλλοδαπός κάτοικος Ελλάδος δύναται νά άποσταθή εις άστυνομικήν άρχήν και νά ζητήση νά άναγραφή εις τό δελτίον ταυτότητός του ή προκειμένου περί άλλοδαπου εις την άδειαν παραμονής αύτου, ή φράσις «δωρητής σώματος».

Η διαδικασία και ό τρόπος άναγραφής καθορίζονται διά κοινής άποφάσεως των Υπουργών Κοινωνικών Υπηρεσιών και Δημοσίας Τάξεως.

Επίσης δι' άποφάσεως του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών δύναται νά καθορισθί και έτερος τρόπος δωρεάς σώματος».

Άρθρ. 3. Τό άρθρο 11 του Ν. 991/1979 «Γιά την άσκηση του επαγγέλματος του ψυχολόγου στην Ελλάδα και γιά άλλες διατάξεις», άναδιατυπύται ως εξής:

«Άρθρ. 11. Κατά την πρώτη εφαρμογή αύτου του νόμου τά μέλη του Γνωμοδοτικού Συμβουλίου, τά προβλεπόμενα από τις περιπτώσεις α, δ' και ε' της παραγράφου 1 του άρθρου 2 του παρόντος, όρίζονται με άπόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών».

Άρθρ. 4. - 1. Υπομηχανικοί πτυχιούχοι των, περί ών τό άρθρον 4 του Ν. 915/1979 «περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως της περί Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. νομοθεσίας», καταργηθεισών Σχολών, έχοντες έτέραν κυριαν άσφάλισιν, ύπάγονται εις την άσφάλισιν του Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε., κατόπιν αιτήσεως των ύποβαλλομένης εντός τριών (3) μηνών από της έναρξεως ισχύος του παρόντος νόμου, υπό όρους και προϋποθέσεις αιτινες θέλουσιν όρισθί διά Προεδρικού Διατάγματος έφ' άπαξ έκδοθησομένου μετά σύμφωνον γνώμην του Δ.Σ. του Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε., βάσει αναλογιστικής μελέτης. Οι άνωτέρω ύποχρεούνται όπως μετά της αιτήσεως έγγραφής ύποβάλουν και τά άπαραίτητα στοιχεία διά την κατάρτισιν της

αναλογιστικής μελέτης. Η μελέτη αύτη θέλει συνταχθί εντός έννέα (9) μηνών από της έναρξεως ισχύος του παρόντος νόμου, δι' άπ' εύθείας άναθεσεως, υπό του Ταμείου, εις αναλογιστήν ύποδεικνυόμενον υπό της Ένώσεως Έλλήνων Αναλογιστών.

2. Πάσα διάταξις θεσπισθεία μετά την ισχύν του Ν. 915/1979 και όρίζουσα άλλως θέματα άσφαλίσεως παρά τή Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. των περί ών τό παρόν άρθρον πτυχιούχων ύπομηχανικών ή προβλεπουσα την ύπαγωγήν εις την άσφάλισιν του Ταμείου πτυχιούχων Μέσων Τεχνικών Σχολών Έργοδηγών Δομικών Έργων Ν.Δ. 1097/1942, κυρωθέντος διά του Ν.Δ. 2628/1953, των καταργηθεισών διά του ύπ' αριθ. 671/1961 Β. Δ/τος, καταργείται.

Όμοίως καταργείται πάσα διάταξις ρυθμιζουσα άλλως θέματα περί ών ή παράγραφος 8 του άρθρου 6 του Α.Ν. 2326/1940, ή προστεθεία διά του άρθρου 4 του Ν. 915/1979.

3. Η ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από 1ης Απριλίου 1980.

Άρθρ. 5. Η ισχύς του παρόντος νόμου άρχεται από της δημοσιεύσεως αύτου διά της Εφημερίδος της Κυβερνήσεως, έκτός άν άλλως όρίζεται εν αύτῷ.

Πρ. Δ. 178 της 16/29.2.80 (Α 51). Περί του μέτρου του εύεργετικού ύπολογισμού του χρόνου εργασίας των καταδικων.

Έχοντες ύπ' όψει

1. Τό άρθρον 24 του Ν. 410/1976 «περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως διατάξεων του Ποινικού Κώδικος, του Κώδικος Ποινικής Δικονομίας και άλλων τινών διατάξεων» και.

2. Την ύπ' αριθ. 1322/1979 γνωμοδότησιν του Συμβουλίου της Έπικρατείας, προτάσει του Υπουργού Δικαιοσύνης, άποφασίζομεν:

Άρθρον μόνον.

Τό μέτρον του εύεργετικού ύπολογισμού του χρόνου εργασίας των καταδικων των έκτιόντων ποινήν στερητικήν της έλευθερίας άνωτέραν των έξ μηνών, καθορίζεται ως ακολούθως:

1. Ός δύο ήμέραι έκτιομένης ποινής, έκάστη ήμέρα:

α) πάσης άγροτικής ή κτηνοτροφικής εργασίας έκτελουμένης εις Άγροτικήν Φυλακήν ή Άγροτικών Σωφρονιστικών Κατάστημα Άνηλικων.

β) πάσης εργασίας τεχνικής φύσεως έκτελουμένης εις εργαστήριον ή συνεργείον ως και εργασίας ήλεκτρολόγου, έλαιοχρωματιστού, ύδροχρωματιστού κ.λπ. έκτελουμένης εις Άγροτικήν Φυλακήν ή Άγροτικών Σωφρον. Κατάστημα.

γ) εργασίας έκτελουμένης εις τό ύφαντουργείον και ραφείον της Κεντρικής Φυλακής Γυναίκων.

δ) εργασίας έκτελουμένης εις άρτοποιείον ή στραματοποιείον οιασδήποτε Φυλακής ή Σωφρονιστικού Καταστήματος.

ε) οιασδήποτε εργασίας έκτελουμένης εις Σανα-

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ταχ. Δνση: Αριστοτέλους 17

Ταχ. κώδικας - 104 - 33

Πληροφορίες: Γ. Δ. Μάρδας

Τηλέφωνο: 52.32.953

Αθήνα 5.3.1985

Αριθ. Πρωτ. Α2Υ) οικ. 1461

ΑΠΟΦΑΣΗ

Έχοντας υπόψη:

- α. Το Ν. 1383)83 άρθρα 7 παρ. 1 και 10 παρ. 4
- β. Τη με αριθ. 1 απόφαση της 18ης ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ. στις 14.11.84.

γ. Την ανάγκη ανεύρεσης μοσχευμάτων και την υποχρέωση της Πολιτείας να σεβαστεί την έκφραση επιθυμίας δότη ιστών, οργάνων ή ολόκληρου σώματος μετά θάνατο.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ίδρυσε και οργανώνει Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου (Υ.Σ.Ε.) που εδρεύει στο Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας και η οποία συντονίζει τις ενέργειες για την επίτευξη των παραπάνω στόχων.

Η έκφραση επιθυμίας όποιου θέλει να γίνει δότης ιστών, οργάνων ή ολόκληρου σώματος μετά θάνατο, γίνεται με τους εξής τρόπους:

1. Προφορικά ή γραπτά με οποιοδήποτε τρόπο, αρκεί η πληροφορία αυτή να μεταβιβασθεί έγκαιρα (ακόμα και τηλεφωνικά) στην Υ.Σ.Ε. - Αθήνα, η οποία αναλαμβάνει, σε συνέχεια, την πραγμάτωση της έκφρασης επιθυμίας του δότη, ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες και συνθήκες.

2. α - Με τη συμπλήρωση και υπογραφή δήλωσης σε ειδικό έντυπο που υποβάλλεται:

- Στις Δνσεις - Τμήματα Υγιεινής και Αγροτικά Ιατρεία Νομαρχιών.

- Στα Γραφεία Κοινωνικής Υπηρεσίας των Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας της Χώρας.

- β - Ενώπιον εξουσιοδοτημένου εθελοντή της Υ.Σ.Ε., που θα επισκέπτεται αυτόν που εξέφρασε την επιθυμία του έγγραφα ή προφορικά.

Οι παραπάνω υπογραμμένες δηλώσεις προωθούνται στο μηχανογραφικό τμήμα της Υ.Σ.Ε., η οποία τις καταχωρίζει κατάλληλα και αποστέλλει στο δυνητικό δότη επίσημο «Δελτίο δότη».

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

— 15 —

ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑ

1. Δνσεις και Τμήματα Υγιεινής Νομαρχιών
2. Νοσοκομεία Χώρας
3. Κέντρα Υγείας Χώρας
4. Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών

ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Δνση Προστάσις και Προαγωγής της Υγείας (10)
2. Δνση Οργάνωσης και Εκπαίδευσης
3. Δνση Ιατρικής Αντίληψης
4. Κ.Η.Υ.Κ.Υ.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γραφείο Υπουργού
2. Γραφείο κ. Υφυπουργού Υγείας
3. Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα

Ε Π Ε Ι Γ Ο Ν

Μ.Κ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
 ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
 Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΣΤ. ΚΑΙ ΠΡΟΑΓ. ΥΓΕΙΑΣ
 ΤΜΗΜΑ Α2Υ

Αθήνα 13 Ιουνίου 1989
 Αριθ. Πρωτ.
 (Α2Υ/Οίκ.2697)

Α Π Ο Φ Α Σ Η

Ταχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 17
 Ταχ. Κώδικας: 101 87
 Πληροφορίες: Ουρ. Βλαχογιάννη
 Τηλέφωνο: 5238.740

ΘΕΜΑ: Διαδικασία δήλωσης υποψηφίου δότη ανθρωπίνων ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση.

Ο Υ Π Ο Υ Ρ Γ Ο Σ
 ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

- 1.- Την παρ. 1 του άρθρου 7 και την παρ. 4 του άρθρου 10 του Ν. 1383/83 (ΦΕΚ.108/83 τ.Α') "Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων".
- 2.- Τη με αριθ. πρωτ. Α2Υ/Οίκ.1488/8-3-85 (ΦΕΚ.148/85 τ.Β') Υπουργική απόφαση "Λειτουργία στο Γενικό Νοσομείο Αθηνών Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου προγράμματος Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων".
- 3.- Τη με αριθ. 1/14-11-84 απόφαση της 18ης Ολομέλειας του ΚΕΣΥ
- 4.- Τη με αριθ. πρωτ. Α2Υ/Οίκ.1461/5-3-85 Υπουργική απόφαση
- 5.- Την ανάγκη ανεύρεσης μοσχευμάτων και την υποχρέωση της Πολιτείας να σεβαστεί την έκφραση επιθυμίας δότη ανθρωπίνων ιστών και οργάνων.
- 6.- Την ανάγκη βελτίωσης της διαδικασίας δήλωσης δωρεάς ανθρωπίνων ιστών και οργάνων ως προς ορισμένα σημεία

Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ο Υ Μ Ε

1. Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ίδρυσε την Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Προγράμματος Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων (Υ.Σ.Ε.)

η οποία εδρεύει στο Περιφ. Γενικό Νοσ/μείο Αθήνας και, μεταξύ άλλων, συντονίζει τις ενέργειες για την ανεύρεση μοσχευμάτων.

Η έκφραση επιθυμίας όποιου θέλει να γίνει δότης ανθρωπίνων ιστών ή οργάνων (νεφρών, κερατοειδούς χιτώνα οφθαλμού, μυελού των οστών και άλλων οργάνων), με σκοπό τη μεταμόσχευση, γίνεται με τους εξής τρόπους:

A.-1. Με τη συμπλήρωση και υπογραφή δήλωσης σε ειδικό έντυπο που υποβάλλεται:

- Στα Κέντρα και στους Σταθμούς Αιμοδοσίας των Νοσοκομείων της χώρας.
- Στα γραφεία Κοινωνικής και Ιατροκοινωνικής Υπηρεσίας των Νοσ/μείων και στα Κέντρα Υγείας της χώρας.
- Στις Δ/νσεις (ή Τμήματα) Υγιεινής και στα Αγροτικά Ιατρεία των Νομαρχιών.

2. Με τη συμπλήρωση και υπογραφή δήλωσης σε ειδικό έντυπο ενώπιον εξουσιοδοτημένου εθελοντή που θα ορίζεται από την Υ.Σ.Ε.

Οι υπογεγραμμένες δηλώσεις προωθούνται άμεσα στο μηχανογραφικό τμήμα της Υ.Σ.Ε., η οποία, μετά τον έλεγχο, ανημερώνει το Αρχείο του Η/Υ και αποστέλλει στη συνέχεια στο δυνητικό δότη επίσημο "Δελτίο Δότη Ανθρωπίνων Ιστών και Οργάνων".

B.-1. Με την έγκαιρη γραπτή ή προφορική μεταβίβαση της πληροφορίας στην Υ.Σ.Ε., η οποία αναλαμβάνει στη συνέχεια την πραγμάτωση της έκφρασης επιθυμίας του δότη ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες και συνθήκες (π.χ. στην περίπτωση δωρεάς μυελού των οστών διενεργείται έλεγχος Αντιγόνων Ισοσυμβατότητας στο Εθνικό Εργαστήριο Ισοσυμβατότητας). Μετά τη συμπλήρωση και υπογραφή της δήλωσης σε ειδικό έντυπο ακολουθεί η διαδικασία, όπως ορίζεται στην περίπτωση Α, για την αποστολή στο δυνητικό δότη επίσημου "Δελτίου Δότη Ανθρωπίνων Ιστών και Οργάνων".

2. Η με αριθ. πρωτ. Α2γ/Οίκ. 1481/5-3-85 Υπουργική απόφαση παύει να ισχύει.

Η παρούσα απόφαση να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΑΠ. ΚΑΚΛΑΝΙΑΝΗΣ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
Αριθ. Πρωτ. 3176
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

3/3/87
Αθήνα 19-2-87
Αριθ. Πρωτ. ΑΥ 288

B.K.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΣ: ΩΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΔΙΑΝΟΜΗΣ

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17

Ταχ. κώδικας :

Πληροφορίες : Μ.Μιχαλακάκου

Τηλέφωνο : 5238740

ΘΕΜΑ : Α Π Ο Φ Α Σ Η

Έχοντες υπόψη:

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

Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ο Υ Μ Ε

ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΜΕΙΚ)

Α. ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (ΜΤΝ)

1. Λειτουργούν με ευθύνη Νεφρολόγους ειδικούς χώρους κατάλληλα διαρρυθμισμένους ώστε να εξυπηρετούν τις νεφρολογικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες ασθενών.
2. Ίδρυση και λειτουργία μιας ΜΤΝ σε γενικό ή ειδικό Νοσοκομείο μιας υγειονομικής ή Νομαρχιακής περιφέρειας καθώς και ο αριθμός των μηχανημάτων που θα αναπτυχθούν, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από πρόταση του ΚΕΣΥ.
3. Έκταση μιας ΜΤΝ Νοσοκομείου γίνεται μετά από πρόταση του υπεύθυνου Νεφρολόγου και απόφαση του ΔΣ του Νοσοκομείου, όταν ο αριθμός των ασθενών της περιφέρειας του Νοσοκομείου δεν εξυπηρετείται από την υπάρχουσα ΜΤΝ σε πλήρη λειτουργία της. Η πλήρης λειτουργία της ΜΤΝ θα αξιολογείται από την ΥΣΕ, που θα υποβάλλει σχετική γνωμοδότηση στο ΚΕΣΥ το οποίο και θα εγκρίνει την επέκτασή της.
4. Κάθε Νοσοκομειακή ΜΤΝ θα λειτουργεί υποχρεωτικά σε τρία (3) ημερήσια προγράμματα θεραπείας (βάρδιες) προκειμένου να εξυπηρετηθούν όλοι οι ασθενείς της περιφέρειας του Νοσοκομείου. Η ευθύνη της στελέχωσης των ΜΤΝ με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανήκει στο ΔΣ του Νοσοκομείου.

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

ΙΙ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΜΤΝ

Αίθουσα αιμοκάθαρσης ασθενών με αρνητικό αυστραλιανό αντιγόνο.

Αίθουσα αιμοκάθαρσης ασθενών με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο.

Εμβαδόν της αίθουσας αυτής πρέπει να είναι τουλάχιστον $16M^2$ για

να είναι δυνατή η εγκατάσταση και λειτουργία δύο μηχανημάτων. Στην

αίθουσα αυτή πρέπει να υπάρχει νικτήρας, για το πλύσιμο των εργα-

λείων και ράφια για φύλαξη αναλώσιμου υλικού. Θα πρέπει επίσης να υπάρ-

ξει αποδυτήριο ασθενών με WC αν αυτό είναι δυνατό.

Αίθουσα οξείας αιμοκάθαρσης για βαρεια σασθενείς (χειρουργημένοι,

τραυματίες με αναπνευστήρες κ.λ.π.) και ασθενείς που εντάσσονται

στην αιμοκάθαρση και εμφανίζουν προβλήματα ανοχής στην αιμοκάθαρση

αυτή, οι οποίοι σταθεροποιηθούν.

Αίθουσα αυτή αφορά ΜΤΝ ενταγμένες σε νεφρολογικά τμήματα μεγάλων

νοσοκομείων και θα είναι κατάλληλη για την εγκατάσταση και λειτουργία

δύο μηχανημάτων.

Αίθουσα εγκατάστασης του συστήματος επεξεργασίας του νερού της πόλης

(συστήμα αποιονισμού ή αντίστροφης ώσμωσης) για την παρασκευή του δια-

λύματος της αιμοκάθαρσης.

Αίθουσα αποθήκευσης αναλώσιμου υλικού (φίλτρα, αρτηριοφλεβικές γραμμές,

σύνδεσμοι, σύριγγες, οροί, φάρμακα συμπυκνωμένο διάλυμα αιμοκάθαρσης) για

δύο ομάδες.

Αποδυτήρια ασθενών με διαρρύθμιση τέτοια ώστε να επιτρέπει την κα-

τάλληλη αλλαγή των ενδυμάτων και να υπάρχουν δύο WC ανά ένα για άνδρες

και γυναίκες.

Αποδυτήρια νοσηλευτικού προσωπικού με WC και λουτρού.

Αίθουσα αναμονής και τραπεζαρίας ασθενών με καθίσματα τόσα όσα και

οι μηχανήματα της Μονάδας. Ο χώρος αυτός θα χρησιμοποιείται και ως

χώρος ανάπαυσης των συνοδών των περιπατητικών ασθενών.

Αποδυτήριο και αρχείο των ασθενών της Μονάδας.

Αίθουσα ανάπαυσης και εκπαιδευτικών συγκεντρώσεων του ιατρικού και

νοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας.

Αίθουσα γιατρών.

Αίθουσα Προϊσταμένης.

Αίθουσα επισκευής μηχανημάτων και φύλαξης των απαραίτητων υλικών-

εργαλείων μηχανημάτων.

ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ MTN

- A. Μηχανήματα τεχνητού νεφρού
- B. Σύστημα επεξεργασίας του νερού πόλης (σύστημα απιονισμού ή αντίστροφης ώσμωσης) για τη παρασκευή του υγρού της αιμοκάθαρσης.
- Γ. Ηλεκτροπαραγωγό ζεύγος (γεννήτρια ηλεκτρικού ρεύματος) για την εξασφάλιση της λειτουργίας των μηχανημάτων σε περίπτωση βλάβης του δικτύου ηλεκτρικού ρεύματος πόλης.
- Δ. Επικουρικά μηχανήματα-συσκευές
 - 1. Ηλεκτροκαρδιογράφος
 - 2. Απινιδωτής, του οποίου πρέπει να διαθέτει το Νοσ. η κλινική.
 - 3. Σετ. διασωλήνωσης
 - 4. Σύστημα παροχής οξυγόνου για όλους τους ασθενείς.
 - 5. Σύστημα αναρρόφησης.
 - 6. Ανρθωποζυγός ακριβείας
 - 7. Υποκλίνιος φορητός ζυγός ακριβείας

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

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ MTN

1. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η στελέχωση με ιατρικό προσωπικό των MTN και των νεφρολογικών τμημάτων καθορίζεται μεν από την Α38/οικ. 7070/4-6-84 Υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 382/13-6-84) αλλά θα πρέπει να αναπροσαρμόζεται μετά από αιτιολογημένη πρόταση του Δ/ντή Νεφρολόγου), του Δ/ντή τομέα και απόφαση του ΔΣ του Νοσοκομείου.

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

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

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

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

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

MTN: Ειδικής κλινικής λειτουργεί με ευθύνη γιατρού νεφρολόγου.

Ο αριθμός του νεφρολόγου μπορεί να είναι γιατρός ή Παθολόγος ή Καρδιολόγος με ζμηνη εκπαίδευση σε νεφρολογικό τμήμα Νοσοκομείου.

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

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

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

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

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

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ MTN

Σε κάθε MTN πρέπει να υπάρχει προϊσταμένη Α/Ν κάτοχος πτυχίου σχολής νοσηλευτικής ή απόφοιτος ΤΕΙ ή απόφοιτος της νοσηλευτικής σχολής του Παν/μίου ή οποία πλην των απαιτούμενων προσόντων για κάλυψη θέσης προϊσταμένης πρέπει να έχει προϋπηρεσία στην αιμοκάθαρση τουλάχιστον 1 έτη.

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

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

3. ΤΕΧΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΤΝ

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

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

4. ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΤΝ

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

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

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

Β. ΜΟΝΑΔΕΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΣΦΠΚ)

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

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

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

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

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

ΧΩΡΟΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΦΠΚ

1. 3 μονόκλινα δωμάτια (ή 2 δίκλινα συν-1 απομόνωση για περιτονίτιδα) με νιπτήρα.
2. 1 δωμάτιο για την εξέταση των εξωτερικών ασθενών και την αλλαγή του χειρουργικού συνδετικού σωλήνα $20\mu^2$.
3. Αποθήκη αναλώσιμου υλικού ($15\mu^2$) αποστειρωμένων ειδών.
4. Αποθήκη διαλυμάτων ($15\mu^2$).
5. Λουτρό για εκπαίδευση ασθενών και WC για άνδρες-γυναίκες.
6. Γραφείο γιατρών ($15\mu^2$).
7. Γραφείο αδελφών ($15\mu^2$).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΦΠΚ

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα είναι σχολής ζετούς φοίτησης.

Η προϊσταμένη-υπεύθυνη της μονάδας εκτός από τα διοικητικά της καθήκοντα θα εκτελεί και χρέη εκπαιδευτριας.

6 Αδελφές νοσοκόμες γιατί απαιτείται και διανυκτέρευση επειδή αρκετοί ασθενείς λόγω προβλήματος αναγκάζονται να τηλεφωνούν για οδηγίες και τις νυκτερινές ώρες.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΦΠΚ

1. Ένας (1) νεφρολόγος υπεύθυνος της μονάδας νεφρολογίας.
2. Ένας (1) - δύο (2) ειδικοευόμενοι στη νεφρολογία.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ ΠΡΑΚΤΟΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΦΠΚ

1. Ένας χειρουργός έμπειρος στη τεχνική τοποθέτηση του μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα.
2. Ένας μικροβιολόγος έμπειρος στην εκτέλεση ειδικών καλλιεργειών.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Στη μονάδα ΣΦΠΚ πρέπει απαραίτητα να υπάρχει εξωτερική τηλεφωνική γραμμή για να μπορούν οι ασθενείς να έχουν άμεση επικοινωνία με τον υπεύθυνο γιατρό και τις αδελφές καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου. Πρέπει να υπάρχει κοινωνική λειτουργός. Πρέπει να υπάρχει διαιτολόγος.

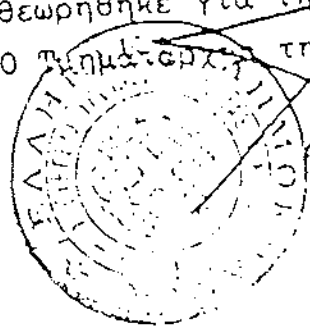
Η κοινωνική λειτουργός και η διαιτολόγος υπάγονται στις αντίστοιχες υπηρεσίες του Νοσ/μείου και συνεργάζονται με τη Μονάδα ΣΦΠΚ.

Η συμετρική αμειωμένη διαμεσότητα στην συμετρική κυβερνήσει θεωρήθηκε για την ακρίβεια

Ο Πλημάρχη της Γραμματείας

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Γεωρ. Αλεξ. Μαγκάκης





Αθήνα 25 -9 -

19 89

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Αριθ. πρωτ.

A2Y/3793

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Α2

ΠΡΟΣ:

ΤΜΗΜΑ Υ

Α Π Ο Φ Α Σ Η

Ταχ. Δ/ση Αριστοτέλους 17

Ταχ. Κώδικας

TELEX

TELEFAX

Πληροφορίες Κ. Γεωργόπουλου

Τηλέφωνο 5232.953

Υ. ΚΟΙΝ:

1188
1089

ΘΕΜΑ: "Αύξηση του διατροφικού επιδόματος των Νεφροπαθών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, όπως και αυτών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση επί ένα (1) έτος μετά τη μεταμόσχευση".

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

- 1.-Τις διατάξεις του Α.Ν. 421/1937, ΦΕΚ 2/37 τ.Α. περί διθέσεως εσόδων υπέρ της Κοινων. Πρόνοιας.
- 2.-Τις διατάξεις του Ν.Δ. 321/1969, ΦΕΚ 203/69 τ.Α., περί κώδικος Δημοσίου Λογιστικού όπως έχει τροποποιηθεί.
- 3.-Την αριθ. πρωτ. Α2Y/5014/19.7.82 κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας "Έγκριση εφαρμογής Προγράμματος επιδότησης νεφροπαθών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας".
- 4.-Την αριθμ. πρωτ. Α2Y/οικ. 1729/28.3.88 κοινή απόφαση των Υφυπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινων. Ασφαλίσεων "Αύξηση επιδόματος νεφροπαθών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας".
- 5.-Την Αριθ. πρωτ. Α2Y/οικ. 1907/21.4.89 κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινων. Ασφαλίσεων "Αύξηση επιδόματος νεφροπαθών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, όπως και αυτών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση επί ένα (1) έτος μετά τη μεταμόσχευση.

..//..

-Το αριθ. πρωτ. Γραφ. Υπουργού οικ. 3282/18.9.89 Υπηρεσιακό Σημείωμα για αύξηση κατά 2.500 δρχ. του διατροφικού επιδόματος των νεφροπαθών, που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ^{χρόνιας} νεφρικής ανεπάρκειας, όπως και αυτών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση επί ένα (1) έτος μετά τη μεταμόσχευση

Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ο Υ Μ Ε

Εγκρίνουμε από 1.11.1989 την αύξηση του διατροφικού επιδόματος των νεφροπαθών, που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή εφαρμόζουν φορητή περιτόναικη αιμοκάθαρση, όπως και των νεφροπαθών που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση επί ένα (1) έτος μετά την μεταμόσχευση, από επτά χιλιάδες πεντακόσιες δραχμές (7.500) σε δέκα χιλιάδες δραχμές (10.000).

Η παρούσα απόφαση να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως .-

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

**ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

ΑΝΤ. ΣΑΜΑΡΑΣ

ΜΙΑΤΤΙΑΔΗΣ ΕΒΕΡΤ

ΔΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

-) Δ/νσεις και Τμήματα Υγιεινής όλων των Νομαρχιών της Χώρας
-) Πανελλήνιος Σύλλογος Νεφροπαθών
Μενάνδρου 66-104.32 Αθήνα
-) Γραφείο Υπουργού Οικονομικών
κ. Α. Σαμαράς
-) Γενικό Λογιστήριο του Κράτους
Πανεπιστημίου 37 -101.65 Αθήνα
-) Γραφείο κ. Υπουργού
-) Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα
-) ΥΣΕ (Γεν. Περ. Νοσ/μελο Αθηνών)
Μεσογείων 154 -11527 Αθήνα
-) Δ/νση Προστ. και Προαγωγής Υγείας (10)
-) Εθνικό Τυπογραφείο.-



Με την απόφαση για την ακρίβεια
του Γραμματέα

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Αγραφιώτης Α, "Αιμοκάθαρση στο σπύτι" Επιθεώρηση, Νοέμβρης 1986 τεύχος 1, σελ. 9-11.
2. Αναφιώτης Αθανάσιος "Νεφρολογικό-Μεταμοσχευτικό κέντρο Αθηνών" Επιθεώρηση Φεβρ., Μάρτης, Απρίλ. 1987 τεύχος 2 σελ. 13-15.
3. BARNARD CHRISTIAN: "THE OPERATION" SOUTH AFRICA MEDICINE 1967 σελ. 41... | 1271.
3. Βεργούλας Γ., Γκρέκας Δ, Δημητριάδης Α, Πολυμενίδης Ζ, Γερασιμίδης Θ, "Εισήγηση για την προβολή της πτωματικής μεταμόσχευσης" Επιθεώρηση Νοέμβρης 1986 τεύχος 1 σελ. 12-13.
5. Βερμετζής Β., Τσοπανέλης Θ., Παπαδημητρίου Μ., "Τι είναι η συνεχής φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ.)" Επιθεώρηση Φεβρουάριος, Μάρτιος, Απρίλιος 1987 τεύχος 2 σελ. 28-30
6. Βοσνίδης Γρηγόρης "Η φαρμακευτική αγωγή μετά την Μεταμόσχευση" Επιθεώρηση Φεβρουάριος, Μάρτιος, Απρίλιος 1987 τεύχος 2 σελ. 21-23.
7. BOUCHAUD C., "REFLEXION MORALE", CAHIERS LAENNEC MARS 1966 σελ. 31-37.
8. Ελληνική Εταιρεία μεταμοσχεύσεων, "Μεταμόσχευση-δωρισμός οργάνων" Ενημερωτικό εγχειρίδιο.
9. Εφημερίδες Ελευθεροτυπία 9 Δεκ. 1989 σελ. 15-16, 4 Δεκεμβρίου 1989 σελ. 7 Εθνος 14 Δεκέμβρη 1989 σελ. 20-21.
10. Εφημερίς της κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος υπ' αριθμ. 1338 "Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων" Αθήνα.

- 5 Αυγούστου 1983, τεύχος 1ο, Αριθμός φύλλου 106, σελ. 1917-1920.
11. Καστρινάκης Γεώργιος, "θέλω να ζήσω" Αθήνα 1989 σελ 80-81, 86-87.
 12. Κατσόμης Δ. " Η κοινωνική πλευρά των Μεταμοσχεύσεων" MATERIA MEDICA GRECA 1977 τόμος 5, τεύχος 4, σελ. 375.
 13. Κέντρα ανάφορας AIDS "AIDS: Αλήθειες και πλάνες" Επι-
θεώρηση Φεβρουάριος, Μάρτιος, Απρίλιος 1987, τεύχος 2, σελ. 8-10.
 14. Κίτσου-περλέγκου Σ., "μεταμόσχευση-Δωρεά Ανθρώπινων
Οστών και Οργάνων" Διπλωματική εργασία, Αθήνα, φεβρου-
άριος 1990.
 15. Κονιδάρης Ι., "Αι μεταμοσχεύσεις εις το Ποινικόν Δί-
καιον" Νέον Δίκαιον 1971 τεύχος 27 σελ. 227-228.
 16. Κοντόπουλος "Ιστολογία"
Αθήνα 1977, σελ. 233
 17. Κοτσιάνος Στέφανος "Τα νομικά προβλήματα των μεταμο-
σχεύσεων της καρδιάς και των άλλων οργάνων" νομικό βή-
μα 1969, έτος 17ο σελ. 751-759.
 18. Κουτσελίνης Αντώνιος, "Η πτωματική Μεταμόσχευση: Η ιατρο-
δικαστική πλευρά", MATERIA MEDICA GRECA Ιούλιος, Αύγου-
στος 1977, τόμος 5, τεύχος 4 σελ. 372-375.
 19. KRUEGET HANS "ECONOMIC ANALYSIS OF SOLID ORGANTRAN-
SPLANTATION: A REVIEW FOR POLICY MAKERS"; HEALTH POLI-
CY 1989, τεύχος 13, σελ. 1-17.
 20. Κωστάκης Α., Σκαλκέας Γρ. "προσφορά ζωής" εκδ. Παρισι-
άνος 1983 σελ. 18-31.

21. Λεβύ Νόρμαν. "Το σέξ και οι στενές σχέσεις των ασθενών που κάνουν αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση" Επιθεώρηση, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1988, τεύχος 4, σελ. 22-30.
22. Μεταξάς Π, "Μεταμοσχεύσεις: Επιλογή ασθενών" Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, 1970, τεύχος 4, σελ. 746-747,
23. Μητροπολίτης Ρόδου κ. Σπυρίδων "Η πτωματική μεταμόσχευση, Η θρησκευτική πλευρά" MATERIA MEDICA GRECA Ιούλιος-Αύγουστος 1977 τόμος 5, τεύχος 4 σελ. 369-370.
24. Μητροπολίτης Δημητριάδος κ. Χριστόδουλος "Εκκλησία και Ιατρική ηθική" Ιατρική και Δίκαιο, Δεκέμβριο 1990, τεύχος 6-7 σελ. 21.
25. Μητροπολίτης Δημητριάδος κ. Χριστόδουλος "Οι μεταμοσχεύσεις από θρησκευτική άποψη" Ιατρικό Βήμα Φεβρουάριος 1989 σελ. 6
26. Μόσιαλος Η., Δαρδαβέσης Θ., "Παράγοντες που καθορίζουν το κόστος της θεραπείας με Τεχνητό Νεφρό στην Ελλάδα" Μεταμόσχευση Ιούνιος 1990 τόμος 1, τεύχος 1 σελ. 1-5.
27. Παπαδογιαννάκης Νικ. "Η διαίτα των αρρώστων σε χρόνια αιμοκάθαρση" Επιθεώρηση, Μάιος-Σεπτέμβριος 1987, τεύχος 3 σελ. 23-25.
28. Παπαδογιαννάκης Νικόλαος-Θάνου Ιωάννου, "Οδηγίες προς τους νεφροπαθείς που άρχισαν αιμοκάθαρση" Επιθεώρηση Αύγουστος-Σεπτέμβριος 1989, τεύχος 5, σελ. 24-30.
29. Παπαδογιαννάκης Νικόλαος-Θάνου Ιωάννα "Χρήσιμες οδηγίες και πληροφορίες για τους νεφροπαθείς" Σύγγραμμα Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 1978, σελ. 18-25.
30. Ρώτης Β, "Η πτωματική μεταμόσχευση, Η Νομική πλευρά" MATERIA MEDICA GRECA Ιούλιος -Αύγουστος 1977, τόμος 5, τεύχος 4, σελ. 371-372.

31. Σακελλαρίου Γ., "Κόστος Αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα" ΜΑ-ΤΕΡΙΑ ΜΕΔΙΚΑ ΓΡΕΚΑ Ιούλιος Αυγούστος 1987, τόμος 15 τεύχος 4, σελ.270-283.
32. Σταθάκης Χαράλαμπος "Προμεταμοσχευτικός έλεγχος" Επι-θεώρηση, Φεβρουάριος Μάρτιος Απρίλιος 1987 τεύχος 2 σελ.17-19.
33. Σταυροπούλου Καίτη "Πως γίνεται η συμβατότητα ιστών" Επιθεώρηση, Φεβρουάριος, Μάρτιος -Απρίλιος 1987, τεύχος 2 σελ.16.
34. STRAWGATE-KANEFWKY LAURIE "Σεξουαλικότητα και νεφρικές παθήσεις" Επιθεώρηση, Νοέμβριος 1986 τεύχος 1, σελ 14-15.
35. THOMAS SANDY "Νεφρική ανεπάρκεια και αιμοκάθαρση" Επιθεώρηση, Νοέμβριος 1986 τεύχος 1 σελ.22-27.
36. Υ.Σ.Ε Εντυπο ενημερωτικό υλικό για τη δωρεά οργάνων και ιστών.
37. Φύλας Β. Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών Επιστημών. Εκδόσεις GUTENBERG. Κοινωνιολογική Βιβλιοθήκη Αθήνα 1977 σελ.27-31, 129-137 152-156.
38. Χωματάς Ιωάννης "Η μεταμόσχευση στο χειρουργείο" Επιθεώρηση Φεβρ.-Μάρτιος-Απρ. 1987. Τεύχος 2 σελ.19-21.

