

# A szervátültetés indikátora az egészségügy működésének

DR. SZEPESI ANDRÁS, BENE ZSOLT

*Együtműködés nélkül nem folytatható eredményesen a szervdonáció és a transzplantáció, mert itt olyan helyzetek adódnak, ahol találkozatni kell a szükségletet (a szervre váró embert), az orvosokat, és a kínálatot (azokat, akik a lehetséges szervet tudják nyújtani). Ez nem egyszerű, de értelmes és kiszámítható folyamat, amely professzionális koordinációt igényel. Mihály Sándorral, az OVSZ keretein belül működő Szervkoordinációs Iroda igazgatójával beszélgettünk.*

*– Ki és mikor végezte az első transzplantációt Magyarországon?*

– Németh András professzor 1962. december 21-én, Szegeden végezte el az első sikeres, élődonoros veseátültetést. Egy Szántó István nevű, 26 éves nyomdászon végezték el a beavatkozást, aki egy nyolc gyermekes vésztői családban nőtt fel. A család összes tagja közül végül csak egy testvére bizonyult minden szempontból alkalmasnak. A vércsoport-azonosságon kívül akkor még szinte nem létezett más módszer, nem úgy, mint manapság, hisz ma már a keresztpróba és HLA vizsgálati módszertan is rendelkezésünkre áll, amit DNS-alapon sokkal korszerűbb módon van lehetőség elvégezni. A donorműtet – a szervkivétel – Petri Gábor professzor, a Sebészeti Klinika akkori igazgatója végezte el. A beteg a beavatkozás után 79 napot élt, vélhetően a rejekció miatt hunyt el. Jellemzően magyar a történet, ugyanis amint megtörtént a műtét, az operáló orvosokat azonnal feljelentették, amely nem tette lehetővé a transzplantációs program megvalósítását.

*– Úgy tűnik, hogy a transzplantáció az úttörők hihetetlen harcába került. Mikor történt a következő transzplantáció?*

– Annyit talán még érdemes megjegyezni, hogy az imént említett transzplantáció a 38. volt a világon, a Rajnától keletre

pedig az első. Magyarország a negyedik ország volt a világon, ahol veseátültetést végeztek, az Egyesült Államok, Anglia és Franciaország után. A szervezett vesetranszplantációs program végül is 1973-ban kezdődött meg, akkor már a Semmelweis Egyetemen dolgozó prof. dr. Perner Ferenc vezetésével. Mellette akkor már ott volt Alföldy Ferenc és Járay Jenő is, akik szintén ezzel a területtel foglalkoztak.

*– Mikor jött létre az első transzplantációs koordinációs iroda?*

– Idén ünnepeljük a transzplantációs koordináció – mint független szervezet – 10 éves évfordulóját. 2001-ben, egy hirtelen politikai döntéssel jött létre a Hungarotransplant Kht. Korábban, 1993-ban – még nem független szervezatként – az akkor megnyílt Transzplantációs Klinika alkalmazott először koordinátorokat. Ők egyébként annak idején orvosok voltak. Akkor végezték el az egyetemet, és a klinikumi specializáció helyett ezt a területet választották. A 90-es évek második felétől, európai példák alapján már nem orvosok látták el ezt a feladatot. Az eltelt évtizedek során – 1973 után – kezdetben a szakmateremtő szakorvosok koordináltak. Ők végezték el azon feladatokat, amely egy egycentrumos, alacsony esetszámú, speciális, szűk betegcsoportú, átlátható betegszámú tevékenységhez szükséges volt. Akkor még teljesen más infrastrukturális feltételek között dolgoztak, ami ma már elképzelhetetlen.

*– Vagyis, 27 évvel a rendszeres tevékenység után indult el a professzionális transzplantációs koordináció. Magyarországon sajnos ilyen nagy távolság előzi meg a szakmai tevékenységet és a hozzátartozó komplex szervezést.*

– Magyarországon igen. Később aztán elkezdték a transzplantációt a többi egyetemi központban is: 1979-ben kezdte el Szeged, 1991-ben Pécs és két évvel később, 1993-ban pedig Debrecen is végzett már veseátültetést. Továbbá fontos említeni, hogy 1992-ben történt az első szív-, majd 1995-ben az első májátültetés Magyarországon, a Semmelweis Egyetemen.

*– Hol végeznek ma szervátültetést hazánkban?*

– Magyarországon hat transzplantációs központ van. A Transzplantációs Klinika nyújtja a legbővebb programválasztékot: vesét transzplantálnak élődonorból és elhunytból, májat ritka esetekben élőből is, de leginkább halottból. A Transzplantációs Klinikán 2004 óta vese és hasnyálmirigy együttes átültetése is zajlik, ami Langer Róbert, a jelenlegi igazgató nevéhez fűződik. Ez a kombinált transzplantáció egyébként már 1998-ban elkezdődött Magyarországon: a pécsi egyetemen, Kalmár Nagy Károly végezte az első operációkat, ahol élőből, halottból veseátültetést végeznek a kezdetektől fogva. Szegeden 1979 óta csak vese van, néhány éve már ők is foglalkoznak élődonoros átültetéssel – Debrecenben eddig csak vesetranszplantáció volt. Náluk tavaly volt az első élődonoros műtét. A Semmelweis Egyetem Szívsebészeti Klinikáján végzik a felnőtt szívátültetéseket. A hatodik központ a Kardiológiai Intézet, ahol a gyermek-szívátültetésekkel foglalkoznak. A tüdőtranszplantáció 1996 óta elérhető a magyar betegek számára a bécsi egyetemen, amelynek elősegítése érdekében 2001 óta kétoldalú együttműködési megállapodás keretei között történik a magyar donortüdők bécsi beültetése.

*– A szervátültetés tipikusan sokparaméteres, bonyolult koordinációt igényel. Mintegy indikátora az egészségügynek, a kórházak működésének, hogyan működik a transzplantáció.*

– Bárhogy is alakul a kórházak helyzete a közeljövőben – nyilvánvalóan lesznek átalakítások – az valószínűleg egy bizonyos szempontból segítheti a donációs tevékenységet hosszú távon. Amennyiben centralizálják az ellátásokat, akkor azzal centralizáljuk a tudást is. Ez követelményesen hosszabb távon oda vezethet, hogy kevesebb helyről, de több donorjelentés érkezik. Nem lesz annyira idegen, újszerű ezekben az intézményekben a donációs folyamat, hanem sokkal inkább a hétköznapiok részévé válik. Magyarországon nem is egy kórházból, havonta

érkezik donorjelentés – hozzászoktak ehhez a dolgozók és rutinszerűen végzik. Ez nagymértékben tudja segíteni a tudás koncentrációja alapján azt, hogy standardizált eljárás mentén tudunk végigmenni, nem egyéni döntések születnek a donorgondozás és a családi kommunikáció során.

– *Milyen nemzetközi szabályozások vannak érvényben a transzplantációra vonatkozóan?*

– Tavaly augusztusban jelent meg az Európai Parlament és az Európa Tanács transzplantációs irányelve. Miután ez

egy nagyon fontos része, nevezetesen az, hogy létre kell hozni egy ún. illetékes hatóságot. Ez a hatóság olyan összefogó koordinatív és ellenőrző funkciót lát el – főleg a transzplantációs központoktól, de a donorkórházaktól is – független entitásként, amely teljesen átlátja, és minden részletre kiterjedően szervezi a folyamatot. Európa legtöbb országában még az irányelv megjelenése előtt létrehozták az úgynevezett Nemzeti Transzplantációs Szervezetet. Ennek – mondhatjuk így – előképe a Szervkoordinációs Iroda. Azért előképe, mert nem teljes vertikumban bírja azokat a

meréstől tulajdonképpen a transzplantáció megvalósulásáig tart, de ha igazán korrekt akarok lenni, akkor azt kell mondanom, hogy a recipiens utánkötése is ide tartozik az eredményesség mérése érdekében, amely a recipiens életének végéig tart. Ez egy – jó esetben – évtizedekig tartó folyamat, személyre szabottan. Ezt a folyamatot – értelemszerűen és logikai érvek mentén – különböző fázisokra bonthatóan kell értelmezni, szervezni, értékelni és elemezni, hogy hol és hogyan érdemes beavatkozni a folyamatokba. Ez az illetékes hatóság feladata. Nagyon jónak tartom tehát ezt a lehetőséget, amely kötelezettség is egyben. Azt gondolom, hogy most ez egy kitűnő „együttélés” ebben a pillanatban, hogy kötelezettség van arra, amire egyébként szüksége van az országnak. Ha az illetékes hatóság birtokolni és végezni tudja azokat a feladatokat, amelyeket az irányelv megfogalmaz, előír, akkor ez következményesen növelni fogja a transzplantációs folyamat átláthatóságát, és javítani fogja az egész tevékenység társadalmi megítélését is. Kicsit „láthatóbbá” tesszük azt, hogy mi történik, jobban ott lesz a hétköznapjainkban a szervátültetés, a szervadományozás, amelyet egyébként még mindig egy kicsit misztikusnak tart a laikus lakosság.

– *Nincs semmi javulás e téren?*

– A szervátültetéssel kapcsolatos ismeretek lényegesen jobbak a fiatalabb generációnál, mint az idősebbeknél. Nyilván ebben sok szerepe van azoknak az információs csatornáknak, amelyeket a fiatalok inkább használnak, és élnek a lehetőséggel. Erre tudunk építeni, azonban ez nem elegendő, még jelentős a társadalmi tájékozatlanság. A halott donorok hozzátartozói gyakran az agyhalállal szóló tájékoztatás kapcsán találkoznak ezzel a kérdéskörrel először. Amikor még lehetőség lett volna rá – az elhunyt életében –, nem beszéltek otthon, a családban arról, hogy halála esetén hogyan kívánja gyakorolni az önrendelkezési jogát a testével, szerveivel, szöveteivel kapcsolatban. Nagyon sokan nem tudják azt sem, hogy Magyarországon a feltételezett beleegyezés elvének erős formája él, ami azt jelenti, hogy ha valaki életében nem tiltakozott írásban (természetesen nagykorúakról van szó) azzal kapcsolatban, hogy szerveit, szöveteit transzplantációs célokra fel lehet használni halála esetén, akkor ezek a szervek, szövetek felhasználhatóak lesznek. Ha valaki nem tudott erről, az ugyan a személyes felelőssége, de ez mégis ér-



Mihály Sándor

## PÁLYAKÉP

Mihály Sándor 1976-ban született, Budapesten. 2000-ben a diplomás ápoló szakon, 2004-ben egyetemi okleveles ápoló szakon végez. 2009-ben részt vesz a Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ Egészségügyi Szakmenedzser Posztgraduális Programján. 2006-ban és 2010-ben európai transzplantációs koordinátori diplomát kap. 2001 óta transzplantációs donorkoordinátor. 2004 óta tanít a budapesti egészségügyi főiskolán (SE-ETK) 2010 óta az Országos Vérellátó Szolgálat Szervkoordinációs Irodájának igazgatója. A 2010-ben létrejött Európai Transzplantációs Koordinátori vizsgabizottság főtítkára. Feleségével és két fiúgyermekével él családban.

irányelv, ennek kötelezően be kell épülnie a magyar jogrendbe is. Erre minden tagállam kétéves jogharmonizációs határidőt kapott. Ez azt jelenti, hogy 2012 augusztusára ennek az irányelvnek minden részletre kiterjedően meg kell jelennie a nemzeti szabályozásban, úgy törvényben, mint végrehajtási rendeletekben. Ennek az irányelvnek van

teljes folyamat szabályozását biztosító funkciókat, amelyeket jogszabályban kell meghatározni. A Szervkoordinációs Iroda tevékenységét a jogszabály csak a donoroldali szervezésre fókuszáltatja, szűkíti le. Ez hosszú távon mindenképpen átgondolásra, módosításra érdemes és indokolt, hiszen a szervdonációs-transzplantációs folyamat a donorfelis-

zékeny terület. Nagyon gyakran az első reakció a tiltakozás, azzal a vélelemmel, hogy a családtagnak beleszólása, sőt kvázi joga van rendelkezni ezzel kapcsolatban. Holott nincs. Nem is lehet, hiszen ha én más testével kapcsolatban hozok döntéseket, akkor tárgyasul a test, tárgyasulnak a szervek, és tulajdonképpen elindulnánk egy olyan gondolat felé, ahová nem is akarunk megérkezni. Ez egy nagy és érdekes kihívás. Azt gondolom, hogy az illetékes hatóság, amit kötelező létrehozni – egyébként már körvonalazódik az egészségügyi államtitkárság részéről a megvalósítás – egy jó lépcső lehet a donációs és transzplantációs rendszer fejlődése vonatkozásában. A másik fontos dolog, hogy csatlakoznunk kell valamilyen nemzetközi szervcsere szervezethez.

*– Be kell lépnünk valamilyen nemzetközi szervezetbe, mert az ország ahhoz túl kicsi, hogy jó eséllyel a „mieinket” el tudjuk látni, másrészt ne vesszenek kárba az itthon fel nem használható donorszervek.*

– A független koordinátor szervezet már a megalakulástól kezdve támogatta a nemzetközi szervcsereket, hogy Magyarország is bekapcsolódjon a nemzetközi tevékenységbe. A Hungarotransplant létrehozásának három fő célja volt: a donorszám-csökkenés megállítása, a szervdonációs és transzplantációs tevékenység teljes körű koordinációja, a nemzetközi kapcsolatrendszer kiépítése. Ez a harmadik volt az a feladatkör, ami egy kicsit előkészítette volna a nemzetközi szervcsere-együttműködések. Éppen ezért kezdettől fogva támogattuk a nemzetközi szervcsereket. Amikor az Eurotransplantnak új vezetősége lett 2005 végén, 2006-ban az akkori kht. egy tárgyalássorozatot kezdeményezett az Eurotransplanttal a csatlakozás előkészítése érdekében.

*– A szervküldéshez nem szükséges okvetlenül valamilyen szervezetben való részvétel? Megtehetik az országok kétoldalú szabályozások keretében?*

– Meg is teszik. Az Eurotransplantnak hét tagállama van, az uniónak meg 27. Évente több száz szerv utazik határon át transzplantációs célú küldés miatt, nem Eurotransplant régióban. Ezek olyan típusú szervek általában, amelyeknek a vonatkozásában éppen abban a pillanatban, abban az országban nincs alkalmas recipiens. Éppen ezért, ez a típusú együttműködés teljesen összehasonlíthatatlan az Eurotransplanttal, hiszen más az alapelv, más a cél és más a lehetőség is. A szerv rendelkezésre áll, eltávolítható,

ám figyelembe kell venni az időkorlátot: vagy eltemetik, vagy valaki el tudja fogadni.

*– Az elmondottak alapján mindez azt jelenti, hogy ez nem tud olyan jól működő, ellenőrizhető rendszer lenni.*

– Ez egy bizalmi együttműködésen alapuló, és erősen ad-hoc jellegű rendszer. Ha egy négy százmillió európai konglomerátumban gondolkodunk, akkor nem tudjuk elvetni azt a lehetőséget, hogy ilyenkor, egy ilyen nagy populációs körben tud találkozni a felajánlás, és az aktuális igény. Értem ezt arra, hogy felajánlják a pl. AB-vércsoportú, három kilogrammos gyerek szervét transzplantációra, de nincs az Egyesült Királyságban megfelelő recipiens, ám lehet, hogy egy másik országban van egy súlyos, vagy majdnem súlyos állapotú beteg, akinek egyébként ez lesz az egyetlen esélye az életmentésre. Magyarul, akut beavatkozás történik, és ez mindenkép-

*– Mi volt a fordulópont ahhoz, hogy bekerüljünk a nemzetközi szervcsere „vérkeringésébe”?*

– A Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet 2007-ben lehetőséget kapott gyermek-szívátültetésre. Akkor azt mondtuk, ha nem támogatják az Eurotransplantot, próbáljuk ki magunkat ebben a szükségletben, mert a gyermek-szívátültetés tipikusan kis esetszám. Ugyanakkor kifejezetten olyan terület, ahol muszáj a szervcsere, mert a tízmillió lakosságban nagyon ritkán tudjuk találni az éppen egy-két várakozó gyermekhez azt a gyermek donorszervet, ami szükséges. Azt javasoltuk tehát, hogy ha nem csatlakozunk az Eurotransplanthoz, akkor is meg kell próbálni az országot egy szervezettebb szervcsere-együttműködés keretei közé terelni. Létezik például a kevésbé ismert European Organs Exchange Organization, amely a nemzeti koordinátor szervezetek nemzetközi együttműködésében valósul meg. Koráb-



Magyarországon növelni kell a donorszámot és a várakozók számát

pen életmentő műtét. Itt a gentlemen's agreement elve szerint működik a vizsgázás, főleg akkor, ha én kérek – mert nemcsak adni lehet a felesleget, hanem kérhetek is, mert éppen haldoklik valaki. Tehát kérhetek is a 26 tagállamból, vagy válaszolnak rá, vagy nem. Ha kérésre jön a válasz – és nem azért, mert „feleslegként” küldik –, és én vagyok az első, aki jelentkezett, akkor illik visszaadni egy azonos vércsoportú és azonos minőségű donorszervet. Létezik tehát Európában szervcsere. A Szervkoordinációs Iroda létrehozásakor a transzplantációs szakma nem támogatta az Eurotransplanthoz való csatlakozást.

ban évente volt ennek a tömörülésnek találkozója, ahová minden ország küldte a saját koordinátor szervezetét, hogy szervezettebb formát adjunk a felajánlásoknak. Kialakítottunk egy angol nyelvű, egységes donorlekérdező lapot. Ez egy olyan egységes formanyomtatvány, amelyet mindenki ismer.

*– Hogyan kezdődött az érdemi munka?*

– Azt javasoltuk az Egészségügyi Minisztériumnak, hogy próbáljuk ki magunkat. Keressük meg azokat a környezetünkben levő országokat, akik időben elérhetőek – mert nagyon rövid, mindössze 4-6 óra a szív tárolási ideje, illetve

legalább olyan fejlett transzplantációs rendszerük van, mint nekünk és nem tagjai az Eurotransplantnak. (A szomszédos Szlovénia, Horvátország és Ausztria is Eurotransplant tagállam). Hogyan tudnánk viszont együttműködni Csehországgal, Szlovákiával és Olaszországgal? Elindultak a tárgyalások, de a kezdeményezés nem valósult meg. Közben vezetőváltás történt a Transzplantációs és Sebészeti Klinika élén, és ezzel szinte egy időben megújult a Magyar Transzplantációs Társaság vezetősége is. Egy új koncepció jött létre, a Transzplantációs Klinika új vezetősége nemcsak támogatni kezdte az Eurotransplant csatlakozást, de Langer Róbert professzor személyesen állt az élére. Mi akkor azt fogalmaztuk meg az Egészségügyi Államtitkárság felé – és ezt változatlanul így is gondoljuk –, hogy az Eurotransplant kitűnő lehetőség lehet Magyarországnak, mert jelentős minőségi javulást jelenthet a szervátültetésre váró magyar betegek érdekében.

*– Hogyan eredményez minőségi javulást?*

– Az Eurotransplantnál nincs több donor egymillió lakosra, mint nálunk. Magyarországon 159 jut tízmillió lakosra, ha Eurotransplant aktivitást végzünk, akkor 162 lenne. Viszont a transzplantációs várólistákon több beteg van populációarányosan is: tudóre tízszeres az igény, szívre nyolcszor, májra kétszer, vesére másfélszer annyian várnak. Ezt a kettőt kell egyensúlyba tenni. Most belépünk egy olyan „klubba”, ahol ugyanannyi a kínálat, a kereslet meg a sokszorosa. Az Eurotransplant adatsora szerint évente 6600 szervátültetést végeznek, az új beteg incidencia 9300. Tehát olyan közösség tagjai lennénk, ahol nagyobb a bekerülők, a szükségben levők száma, mint akiket sikerül gyógyítani. Ezért kiemelten fontos a hazai várólisták feltöltése, hogy minden rászoruló azonos esélyű hozzáférést kapjon, illetve valós szükségletet reprezentáló esetszámmal tudjuk képviselni a magyar betegek érdekeit a nemzetközi szervezéstársaság során. Amikor bő egy évvel ezelőtt Szócska Miklós államtitkár széleskörű konzultációt kezdeményezett ebben a tárgykörben, akkor felállított egy sorrendiséget, és több pontból álló javaslatot fogalmazott meg – amivel mi is egyetértünk. Ennek csak az ötödik pontja volt az Eurotransplant csatlakozás. Megelőző helyen ott állt a várólisták feltöltése, és ott állt a mi feladatunk – ezért említem első helyen: növelni kell a cadaver donációs aktivitást. Sajnos Magyarország donorszám tekintetében még nem áll azon a mennyiségi szinten, hogy feltéle-

nül a minőségi javítás legyen a következő első lépés.

*– Ezek ismeretében, lehet, hogy Magyarországnak egy megerősödő belső koordináció mellett egy irányított szervcsere a jobban járható út.*

– Úgy vélem, hogy ha növelni tudjuk a szervdonorok számát és a várólisták is feltöltésre kerülnek, akkor az Eurotransplant évtizedes tapasztalaton alapuló rendszeréhez csatlakozva, együtt növelhető a transzplantációs esetszám, illetve az egy átültetésre jutó átlagos egészségnyereség is.

*– Mennyi a tagság az Eurotransplantban, van-e valamilyen gazdasági akadálya a csatlakozásnak?*

– Az Eurotransplant Nemzetközi Alapítvány a közösségi várólistán lévő betegek után regisztrációs díjat kér (kb. 460 euro/várólistás beteg). Ezért cserében viszont a leideni apparátus allokációs rendszerre a donor és recipiens közötti legjobb egyezést biztosítja. Ha a jobb egyezés következtében a beültetett szerv hosszabb ideig működik, a beteg jobb életminőséget kap, így a technikai hatékonyság növelhető. Továbbá jelentős költségnövelő tényező a szállítás, hiszen a transzplantációs céllal eltávolított szervek kb. 20%-át messzebbre kell eljuttatni igen rövid idő alatt. Első lépésként egy egyéves együttműködési megállapodásra készülünk, három speciális betegcsoport vonatkozásában. Ide értjük az akut szervátültetésre várókat, a hiperimmunizált vesebetegeket és a gyermek recipienseket. A sürgősséggel szervekre váró betegnek néhány nap alatt kell szervet találni, amely egy tízmillió lakosú országban nem biztos, hogy sikerül. A hiperimmunizált vesebetegeknek nagyon nehéz megfelelő, nem kilöködő donorszervet találni, emiatt sokkal hosszabb a jelenlegi várakozási idejük, mint a többi várakozóknak. A gyermek recipiensek testi és szellemi fejlődésének visszaállítása érdekében szükséges a mihamarabbi transzplantáció. A csatlakozás nekünk számos előnyt jelenthet majd, hiszen emberéleteket sikerül megmenteni, amelyre az ország önerőből nem képes.

*– Azonban említette azt is, hogy – a fenti három kategória kivételével – a többi szervekre váró beteg a közös, jóval népesebb várólistára kerül...*

– Igen, de ugyanakkor – a teljes jogú tagság esetén – a rendelkezésre álló donorvesét nem a magyar donorpopuláció, hanem egy 130 millió lakosú ország adja. Ha nem sikerülne növelni a transzplan-

tációs esetszámot, a donor és recipiens közötti immunológiai egyezés lényegesen javulhat.

*– Milyen előnyöket jelent a minél tökéletesebb immunológiai egyezés?*

– A Collaborative Transplant Study több tízezer átültetés utánkövetésével született transzplantációs adatbázis, amit Heidelbergben vezetnek. A HLA szövet-típusozás során jelenleg hat lokuszt vizsgálnak. Minél nagyobb az egyezés, annál hosszabb ideig működik a beültetett vese a tanulmány szerint. A hazai adatok alapján ismerjük, hogy milyen gyakorisággal tudunk különböző egyezési kombinációkban átültetéseket végezni, milyen a megoszlás, és látjuk az Eurotransplant adatokat is. Az Eurotransplantban sokkal jobb egyezéssel sikerül vesét átültetni. A különbség életéveket jelent, amely életminőséggel korrigált életvárakozásban is kifejezhető. Munkatársunk számításai alapján az egyezéskülönbség 30–40 ezer euró közötti hasznot jelent Magyarországnak, egy évben. Hogy ez sok vagy kevés, az attól függ, hogy mennyibe kerül nekünk. Éppen ezért, csak támogatni tudjuk az államtitkárság kezdeményezését, hogy szükség van nemzetközi szervcsere-re, és azzal is egyetértünk, hogy erre az Eurotransplant tökéletesen alkalmas lehet. De nagyon fontos a hatékonyság érdekében, hogy ez abban a kombinációban valósuljon meg, miszerint növelni kell a donorszámot és a várakozók számát is. Még egy markáns példát említenék a donorszám-növelés érdekében. Magyarországot azért kell összehasonlítani az Eurotransplant átlagos donorszámával, hogy ha belépünk, tudjuk, mihez csatlakozunk. Másrészt viszont nem szabad ezzel az összehasonlítással megelégednünk, mert helytelenül arra következtethetnénk, hogy elég donor van hazánkban, ha annyi van, mint az Eurotransplantban. Inkább azokkal az Eurotransplant tagállamokkal érdemes összemérni a magyar aktivitást, amelyek a magyarországihoz hasonló feltételezett beleegyezés elvét alkalmazzák. Vagyis Ausztria, Belgium, Horvátország és Szlovénia jöhet szóba. Náluk legalább másfélszer annyi szervdonor van, mint Magyarországon. Az egész Eurotransplant donorszám-aktivitást Németország „nyomja” le, ugyanis a nyolcvanmillió lakosú országban kisebb az aktivitás, mert donorkártyás rendszer van érvényben. (Ott csak akkor lehet kivenni a szervet, ha az illető életében, írásban hozzájárult ehhez.)

*– Vajon kifejezhető-e forintban, mennyit ér egy beültetett szerv?*

– Ma már rendelkezésre állnak olyan számítások, amelyekkel számszerűen ki tudjuk mutatni, hogy egy vese tíz évre számított nettó jelenértéken 33 millió forintot ér. Kaló Zoltán által vezetett munkacsoportunk egy EU-pályázat keretei között részletes költség–haszon-elemzést végzett ezzel kapcsolatban. Éppen ezért, azt is meg tudjuk mondani, hogy technikailag hatékony a támogatás kiterjesztése a megtérülés mértékéig.

*– Hogyan tudnánk növelni a donorszámot Magyarországon?*

– A transzplantációs donorkoordinátori hálózat kialakításának előkészítése érdekében egyéves pilot programot valósítottunk meg minisztériumi támogatással. Olyan kórházakat választottunk ki, ahol lényegesen nagyobb a donációs potenciál, mint amennyi a megvalósult eset-szám. Együttműködési megállapodást kötöttünk a kórházzal, majd ez alapján kerestünk egy ott főállásban dolgozó aneszteziológust, akivel megbízási szerződést kötöttünk és kineveztünk kórházi koordinátornak az adott intézményben. A kórházi koordinátornak három fő feladata van, amelyek közül az első egyértelmű: ha donorfelismerés van, akkor átveszi a szervezést, telefonál, koordinál, részt vesz a donorgondozásban, beszél a családdal. Ehhez persze megfelelő képzést adtunk számára, hogy mindezeket megvalósíthassa. Ezzel egy időben a szervdonációs folyamat minőségbiztosítási programját bevittük a kórházi struktúrába. Ez azt jelenti, hogy még két fontos feladat volt: egy retrospektív és egy prospektív rész. A prospektív rész arról szólt, hogy minden osztályon, ahol agyhalott, vagy azt megelőzően, súlyos állapotú beteg ellátása zajlik, le kellett vizitálni minden nap. Vagy egy órát azzal töltött minden nap a kolléga, hogy egy formanyomtatvánnyal a kezében végigment, és kereste azokkal a diagnózissal kezelt betegeket, akik esetében leggyakrabban kialakul az agyhalál. Ez egy átlátható betegszám volt. Láttá ennek a folyamatnak a dinamikáját. Ha elindult agyhalál-észlelhetőség irányába, akkor hamarabb történhetett meg a donorfelismerés. Ezzel nőtt az esetszám, sőt javult a minőség is, mert a gyorsabb donorfelismerés növelheti a kivehető szervek számát is!

*– Mi volt a donáció elősegítésével megbízott szakorvos harmadik fontos feladata?*

– A megbízás retrospektív része pedig az, hogy minden olyan esetben, ahol úgy halt meg a kórházban a beteg, hogy előtte lélegeztetett és/vagy eszméletlen és/

vagy agyi károsodást szenvedett, abban az esetben egy úgynevezett Agyhalál Audit kérdőívet kellett kitölteni, amely egy folyamatvizsgálat. Arról szól, hogy történhetett-e volna agyhalál észlelés, vagy megállapítás abban az esetben, vagy sem. Ha esetleg történhetett volna, akkor hol volt a folyamatban az a pont, ahol ez elmaradt. Egy év alatt 1319 ilyen kérdőívet töltöttek ki a kollégák. Ha egy intézményben vannak halmozódási pontok, akkor ott van a folyamatban a hiba, erre kell felhívni a figyelmet, és akkor növelhető a donorszám. A pilot programban összesen kilenc kórházat vontunk be, ami 15 millió forintba került, amely tulajdonképpen elhanyagolható az elérhető haszonhoz képest: a kilenc kórházban az összehasonlítás alapját képező, 2008-as évben 15 donor volt, a pilot évében 37. Vagyis 22 donorral több, az csak 44 donorvese számítása esetén közel 1,5 milliárd forintot jelent! Tehát ez a legmarkánsabb dolog, ami arra hívja fel a figyelmet, hogy Magyarországon lényegesen magasabb a donációs potenciál, mint amennyi a megvalósult esetszám. Csakhogy, ez a rendszer nagyon nehéz környezetben dolgozik. Nyilván azokat az intézményeket választottuk ki, ahol a legjobb eredményeket tudjuk felmutatni.

*– Ám közben nem lesz több az aneszteziológus, meg nem lesznek kevésbé kiégettek, és nem lesznek jobban elkötelezettek...*

– Az elkötelezettség növelhető, de nem mondhatom azt, hogy a Szervkoordinációs Iroda szemszögéből figyelmen kívül hagyom az egészségügyi rendszer általános jellemzőit, mert minden mindennel összefügg, egy adott környezetben dolgozunk. Ugyanakkor kitartok amellett, hogy ha azonosítani és izolálni tudunk egy problémát, akkor érdemes elsőként az izolált megoldáson gondolkodni. Ezt csak azért mondom, mert ha kontextusba helyezzük ezt az egészet, akkor eljutunk oda, hogy itt egy rendszerszintű problémáról van szó, amelyre csak részleges ráhatásunk van. Mégis azt gondolom, hogy a donorszám növelhető. A pilot program 50 oldalas szakmai beszámolójában azt a konklúziót fogalmaztuk meg, hogy a magyarországi kórházi struktúra figyelembevételével 45 intézmény bevonásával szükséges kialakítani a kórházi koordinátori struktúrát. Ez évente százmillió forintba kerülne, de így lehetne több donor. Egyébként a mi célunk is az – igazodva az Európai Bizottsághoz –, hogy a feltételezett beleegezés elvét alkalmazó országokban akkor elfogadható (ott sem elegendő,

de elfogadható) a donorszám, ha húsz donor jut egymillió lakosra – ez 200 donort jelentene Magyarországon, és most 160-nál járunk.

*– Meddig tartott a program?*

– Április végéig, illetve kiegészítő támogatással részben június végéig, de a program végül befejeződött támogatás hiányában. Viszont magyar példára épülő, megvalósítható és hatékony javaslatot tudtunk így megfogalmazni a döntéshozók felé.

*– Hogyan állunk 2011-ben, időarányosan a donorok mennyiségével?*

– Minden nap becsüljük az év végi donorszámot. Ma azt mondom, hogy év végére 144 lesz a cadaver szervdonorok száma, tavaly ez a szám 159 volt. Sajnos tíz százalékos csökkenés várható, pedig a tavalyi évben 13,6%-os növekedést regisztráltunk.

*– Amikor azon kesergünk, hogy mennyivel több donor lehetne, szomorúak lehetnek azok, akik viszont nagyon jól végzik ezt a feladatot.*

– Magyarországon több olyan intézmény is van, ahol évtizedes szakmai tapasztalata, kialakult gyakorlata van a donációs folyamat felvállalásának, elvégzésének. 2010-ben Miskolc, Nyíregyháza és Kecskemét adta a legtöbb szervdonort. Van olyan intézmények – mint például a miskolci vagy a nyíregyházi –, amelyek évek óta ott vannak az első háromban, de nem mindig jó ugyanazokat elismerni, mert az nem motiválja a többieket. Ha erről az évről kérdeznék meg, hogy kit emelnék ki, akkor Eger kórházát választanám. Az egri kórházban újjáépült az intenzív osztály a személyi feltételek vonatkozásában, és ennek következtében jelentős aktivitással újraindult a donor-program. Irodánkban figyeljük az országot, a változásokat, amelyek között van olyan, amely nehezen magyarázható, és van olyan is, ahol tetten érjük a háttérben lévő okokat. Kollégáimmal közösen fogalmazzuk meg fejlesztési javaslatainkat és elkötelezetten keressük a megvalósítható programok támogatását. Az Európai Parlament és Tanács 2010/53/eu irányelve az átültetésre szánt emberi szervekre vonatkozó minőségi és biztonsági előírásokról szól, amely szerint kulcsfontosságúnak kell elismerni a donorkoordinátorok vagy a koordinációs csoportok szerepét nem csupán az adományozási és az átültetési folyamat hatékonyságának, hanem az átültetendő szervek minőségének és biztonságának javítása terén is.