

Türkiye’de Böbrek Transplantasyonu Sorunları ve Çözüm Önerileri

Problems and Solution Suggestions in Renal Transplantation in Turkey

Prof. Dr. Mehmet Şükrü Sever

İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı Başkanı, İstanbul

2008;17 (Ek / Supplement 1) 3-8

“Transplantasyon son dönem böbrek yetersizliğinin en iyi ve ekonomik tedavisidir” gerçeği hekim olan/olmayan herkes tarafından iyi bilinmekte, ancak bu tedavi yeterli sıklıkta uygulanmamaktadır. Transplantasyonun tıbbi/teknik yönleri (endikasyon ve kontrendikasyonları, donörlerin hazırlanması, transplantasyon operasyonu, immünoşüpresif tedavi, posttransplant dönemde hasta takibi, posttransplant komplikasyonların tanı ve tedavisi) artık standart hale gelmiştir; ülkemizdeki uzmanlar tarafından da oldukça iyi bir şekilde uygulanmaktadır. Söz konusu faktörlerin yetersiz transplantasyon sayılarındaki rolü ya çok azdır veya hiç yoktur; o nedenle, bu yazıda konunun teknik yönlerine değinmeyeceğim.

Kanaatime göre transplantasyon uygulamasının değişik aşamalarındaki demografik, etik, sosyal, yasal, idari ve organizasyonla alakalı problemler yetersiz uygulamada anahtar rol oynar; bu yazıda söz konusu faktörler irdelenecektir.

Transplantasyonun temel ögeleri şöylece sıralanır:

1. Transplantasyon adayları hastalar,
2. Transplante edilecek organlar,
3. Transplantasyonun gerçekleşeceği sağlık tesisi,
4. Transplantasyonu gerçekleştirecek hekim ve yardımcı sağlık elemanı.

Bu ögelerden her birinde ortaya çıkan olumsuz faktörler transplantasyon uygulamasında problemlere yol açar. Sayılan faktörleri daha yakından inceleyelim:

1. Transplantasyon Adayı Hastalar

Resmi istatistiklere göre, ülkemizde yaklaşık 32,000 diyaliz hastası vardır (1). Söz konusu grubun içinde transplantasyon için istekli ve tıbbi bir kontrendikasyonu bulunmayan hastaların sayısı kesin olarak bilinmez. Yeterli bilgi olmamasının temel nedeni, ülkemizde istatistiki verilerin genel olarak çok net olmamasıdır. Ayrıca, hasta kaybetmemek için diyaliz ünitelerinin hastalar ile ilgili istatistikleri sağlıklı olarak vermeme ihtimali de vardır; ancak böyle bir varsayımı doğrulayacak yeterli kanıt yoktur.

Transplantasyon adayları diyaliz hastaları için tıbbi kontrendikasyonların belirlenmesi önemli bir konudur. Söz konusu kontrendikasyonlar hakkında transplantasyon merkezlerinin yaklaşımları farklı olabilir; bu konuda olabildiğince standardizasyona gidilmesi hastaları ikilemde bırakmamak için önem taşır. İncelemeler sonunda tedavi edilemeyecek sorunları olanların kalıcı şekilde listeden çıkarılması gereklidir. Çözümlenebilecek problemi olanların ise uygun tedavilerinin ardından aktif bekleme listesine yerleştirilmesi transplantasyon adaylarının sayısını artırabilir. Transplantasyon adaylığından çıkarılma kriterleri çok geniş tutulsa bile halen ülkemizde en azından 15,000 diyaliz hastasının transplantasyon adaylığı olduğu kesindir; özetle, çok sayıda hasta bu operasyon için gün saymaktadır.

Diyaliz hastalarının transplantasyona hazırlanması bir diğer önemli konudur. Ülkemizde etkin şekilde çalışan organ nakli merkezlerinin sayısı az, buna karşılık potansiyel transplantasyon adaylarının sayısı çok fazladır. Bu nedenle, özellikle kadavra transplantasyon hazırlığı yapan merkezlerde aşırı bir yoğunluk söz konusudur. Çözüm önerisi olarak, temel

Yazışma adresi: Mehmet Şükrü Sever
İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı Başkanı, İstanbul

bazı hazırlıkların diyaliz merkezlerinde yapılması, bir problem varlığında veya daha komplike araştırmalar gereğinde hastaların organ nakil merkezlerine gönderilmesi pratik yarar sağlayabilir. Bu konuda diyaliz hekimlerinin eğitimi hayati önem taşır. Gerek ulusal kongrelerde özel kurslar açılması, gerekse eğitici kitap ve broşürlerin yayımlanması ile eğitim eksikliği kısmen de olsa giderilebilir.

Son olarak, hastaların kadavra böbrek bekleme listesine aday olmak için, bir şehirden diğerine do-laşmalarına ve bir merkezde yapılan incelemenin di-ğeri tarafından kabul edilmemesine değineceğim. Pek çok incelemenin her merkezde tekrarlanması hem sosyal, hem de ekonomik problemlere yol aç-maktadır. Merkezi bir hasta bekleme listesinin hazırlanması durumunda sisteme kaydolan bir hastaya herhangi bir merkezde transplantasyon yapılabilecek, merkezlerin hekim ve ekipman standardının kontrollü olarak artırılması da mükerrer inceleme ihtiyacını ortadan kaldıracaktır. Ancak, kağıt üzerinde kolay olan bu sorunun çözümü pratikte çok güçtür. Ülkemizdeki merkezlerin (değişik sebeplerle) işbirliğine hevesli olmamaları ve merkezi bir denetim ve otorite eksikliği nedeni ile bu sorunun kısa vadede çözümlenmesi mümkün görülmemektedir.

2. Transplante Edilecek Organlar

Yetersiz transplantasyon yapılmasının en temel nedenlerinden biri yeterli sayıda organın (veya organ bağışlayacak donörün) bulunmamasıdır. Sorun kadaverik ve canlı donör transplantasyonlar için kısmen farklıdır.

Kadaverik donörler

Batı ülkelerinde temel organ kaynağının kadavra donörler olduğu, Türkiye'nin bu konuda çok yetersiz kaldığı bilinmektedir (1). Yetersizliğin çok değişik nedenleri vardır: Eğitimsizlik, organizasyon yetersizliği, ilgisizlik/bilgisizlik, yanlış dini inançlar, sosyal problemler, sisteme olan güvensizlik, medyanın toplumu yanlış yönlendirmesi gibi.

Tüm bu faktörler içinde bence en önemli olanı eğitimsizlik'tir. Burada "eğitim" tanımlamasıyla yalnızca "öğretim" değil, ancak kişinin topluma karşı görevlerini bilmemesi, yerine getirmemesi bu konuda sorumluluk duymaması anlaşılmalıdır. Bu durum ülkemizin genel bir sorunudur ve pek çok sosyal problemin ortaya çıkmasında temel rol oynar. Son yıllarda "öğrenim" düzeyinin artması ile eğitim düzeyinin artması birbirine paralel değildir. Sosyal sorun-

lara ilginin azalması, toplumsal dayanışma duygusunun ortadan kalkması, kişisel hesaplara yoğunlaşarak etrafındakileri giderek az düşünme "bağış" kavramına ilgisizliği de gündeme getirmiştir. Bu çok temel soruna çözüm için umutsuz değilim. Siyasi irade/sivil toplum örgütleri/üniversite/medya işbirliği uzun dönemde de olsa giderek bu problemin boyutunu azaltabilir. Kısa dönemde ise genel ve lokal politikalar ile eğitimsizliğin olumsuz etkisi kısmen hafifletilebilir. Bu politikalar şöylece özetlenebilir:

Genel önlemler: Toplumun konuya olan ilgisizliği organ bağışlayan aile veya yakınlarının "desteklenmesi" ile kısmen azaltılabilir. Bu destek "yakınının organını para karşılığında sattı" imajı vermemeli ve desteğin şekli hiçbir şekilde kamu vicdanını yaralamamalıdır. Bu tip teşviklerin kapsamı içine kadavranın hastane masraflarının karşılanması, çocuklarına eğitim desteği verilmesi ve/veya yaşlı yakınlarının sosyal güvence şemsiyesine alınması, işsiz aile fertlerine iş bulma kurumlarında öncülük tanınması, hatta bu amaçla bazı kurumlardaki (özürlü kontenjanına benzer şekilde) "organ bağışlayan aile" kontenjanı açılması, ileride ihtiyaç duyulacak olursa o aile bireylerine daha öncelikle transplantasyon yapılması, aile (isterse) isminin bir onur listesinde yayımlanması gibi farklı teşvikler alınabilir.

Lokal önlemler: Sosyo-kültürel altyapısı uygun olan kentlerde çok iyi bir koordinasyon sisteminin kurulması ile genel olumsuzluklar giderilebilir; organ bağış oranı artabilir. Bu uygulama son yıllarda Akdeniz ve Ege Tıp Fakültelerindeki artmış organ bağış oranlarını açıklayabilir. Ancak, aşırı efor ve heyecan gerektiren bu tip uygulamada tıbbi ekiplerin başarısı sürekli şekilde teşvik edilmeli ve desteklenmelidir; aksi takdirde bir süre sonra bu lokal programlarda da "tükenme" ("burn-out") sendromu ortaya çıkabilir. Çok önem taşıyan bu konuya aşağıda değineceğim.

Organizasyon yetersizliği sorunundan yukarıda bahsedilmişti. Devlet ya da merkezi otorite transplantasyon programlarının genel destekleyicisi olmalı, ancak uygulamayı konuyla ilgili sivil toplum örgütlerine bırakmalıdır. Bu örgüt(ler) yoğun bir propaganda ile kamuoyu desteğini de arkasına alarak pek çok hayati konuda olumlu katkılar sağlayabilir. Bu örgütler, kadaverik organ temininin artırılması (toplumun bu konuda bilgilendirilmesi ve yurt çapında yoğun bakım üniteleri ile organ nakil merkezlerine altyapı ve tıbbi teknik bilgi desteği sağlanması), transplantasyon merkezleri arasında işbirliği-

nin güçlendirilmesi, çıkarılan organların adil bir şekilde dağıtımı ve transplante edilmiş hastaların kendi bölgelerinde takip ve tedavilerinin sağlanması gibi çok hayati konularda bağlayıcı kararlar alabilmektedir.

Transplantasyon konusunda ilgisizlik/bilgisizlik, yanlış dini inançlar, sisteme olan güvensizlik, medyanın toplumu yanlış yönlendirmesi de kadaverik organ bağışını çok azaltan unsurlardır. Bu sorunlar birbirinden oldukça farklı görünmesine rağmen temel ve ortak nokta, teknik veya sosyal yönlerden yetersiz ya da yanlış bilgilendirme/bilgilendirilmedir.

İlgili devlet kuruluşları, sivil toplum örgütleri, sağlık kuruluşları ve medyanın işbirliği yapması durumunda bu sorunların kolaylıkla çözülebileceği kanısındayım. Ancak, ülkemiz şartlarında bu kadar değişik kuruluşu aynı amaca yönelik olarak örgütlemek oldukça güç gözükmektedir.

Canlı donörler

Bilindiği üzere canlı donörler 5 ana gruba ayrılarak incelenir: 1. Kan akrabası olanlar, 2. Duygusal yakınlığı olanlar, 3. Fedakar donörler (hiç tanımadığı/tanıyamayacağı bir hastaya organ bağışlayanlar), 4. Ödüllendirilmiş bağış yapanlar, 5. Vahşi organ ticaretine kurban gidenler (2,3).

Canlı donör organ bağışında ticari kaygılar ve fedakarca insancıl duygular rol alabilir (4) (Tablo 1).

Canlı donörlerin organ bağışlamasında etik sorunlar çok öne çıkar. Yukarıda sayılan gruplardan ilk üçünde etik yönden bir problem olmadığı tüm dünyada kabul edilir. Sonuncusu yalnızca “gayri-tıbbi” değil, ayrıca “gayri-insani” dir; etik değerler ile alakası yoktur; tartışılmaya değer. Son 10 yıl içinde üzerinde en çok tartışılan donörler “ödüllendirilmiş bağış” (İngilizce orjinal terimi ile “rewarded gifting”) yapanlardır. Burada tanımadığı bir hastaya organını “bağışlayan” kişi, hasta tarafından ödüllendirilmektedir. Pek çok kimseye göre bu tanımlama or-

gan ticaretine kibar bir kılıftır. Ancak, son yıllarda bu pratik tüm batı ülkelerinde artık kılıf aranmaya da gerek kalmadan tartışmaya açılmıştır; bir başka deyimle organ satışlarının serbest kalması hakkında genel bir eğilim başlamıştır (5-7). Ayrıntısına girmeyeceğim çok karmaşık olan bu konuyu savunan yazarların tümü bu tip organ satışlarının “serbest pazar” olmasından ziyade bir otoritenin (devlet veya sivil toplum örgütü) kontrolü altında olmasını ve donörün bu bağıştan dolayı maddi/manevi zarara uğramamasını ön koşul sayar.

Bu sistemin en yoğun şekilde uygulandığı İran'da (Bu nedenle “İran modeli” olarak da isimlendirilir) organizasyonun bir ucunda organ bağışı yapmak isteyenler, diğer ucunda organ almak için bekleyen hastalar vardır (8). Devlet ve hasta derneklerinin kontrolü altında gerçekleşen transplantasyonlar sonrasında organını bağışlayanlar maddi yönden desteklenmektedir; ayrıca transplantasyon yapılan hastalar da donöre bir “ödül” vermektedirler. Böylece, İran'da diyalize ihtiyaç duyan hastaların sayısı çok azalmış, organ bekleyen her hasta transplantasyon şansına kavuşmuştur (8). Ancak genelde çok iyimser ifadeler ile takdim edilen bu sistemde organ bağışlayanların büyük çoğunluğu daha sonra yapılan anketlerde kandırıldığını söylemiş ve bu tip bir organizasyonda rol almaktan pişman olmuştur (9). Özetle, sistem iddia edildiği kadar iyi ve olumlu olmayabilir.

Anahtar soru böyle bir organizasyonun Türkiye'deki potansiyel işlevselliği, getiri ve götürülerinin neler olacağıdır. Düz bir mantıkla bu sistem organ sıkıntısı için önemli bir çözüm yolu olabilir; “parası olup sağlığı olmayan” ve “sağlığı olup parası olmayan” bireyler para ve sağlığı paylaşabilirler. Ancak, bu uygulamayı sosyal, ekonomik ve kültürel öğeleri göz önüne alarak her ülke kendi şartlarına göre düzenlemelidir (4). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde ve konuyla ilgili kurumların geniş bir

Tablo 1. Canlı donör tipleri ve farklı donör gruplarında moral değerler ve ticari kaygıların potansiyel ağırlığı

Transplantasyon tipi	Fedakârca duygular	Ticari kaygılar
1. Kan akrabası	+++	±
2. Duygusal yakınlıklı	++	+
3. Fedakarca bağış	+++	--
4. Ödüllendirilmiş bağış	--	+++
5. Vahşi ticaret	İnsanlığa yakışır bir uygulama değildir, etikle alakası yoktur.	

şekilde temsil edileceği özel bir toplantıda bu çok kompleks konunun her boyutu (tıbbi, etik, sosyal, dini, ekonomik, güvenlik vb.) üzerinde ayrı ayrı değerlendirilmeler yapılmalı ve konu çok ayrıntılı bir şekilde tartışılmalıdır. Çıkan kararlar daha sonra kamuoyuna sunulmalı, ancak genel bir onay alırsa uygulamaya geçmelidir.

Kanaatime göre (hiç değilse bugünkü sosyal/ekonomik şartlarda), böyle bir organizasyon toplumsal planda tamiri çok güç yaralara ve yeraltı dünyasına kayan kontrolsüz bir organ ticaretine yol açabilir. Kişisel deneyimimde bu tip organ almış hastalara ve yakınlarına transplantasyondan sonra yıllar geçmesine rağmen organı bağışlayan veya yakınları tarafından tehdit ve şantaj yapıldığını, sürekli olarak para talep edildiğini biliyorum. O nedenle, basit yasal düzenlemeler ile böyle bir uygulamaya geçilmesi durumunda büyük sosyal sorunların ortaya çıkabileceği endişesini taşıyorum. Ancak, tüm potansiyel risklerine rağmen, bu konunun ayrıntılı tartışılmasının yararlı olacağı kanısındayım.

Kanaatime göre, canlı nakil sayısını artırmada en önemli yöntemlerden biri eşlerin/duygusal yakınlığı olanların organ bağışını teşvik etmektir (10). Günlük pratikte sık rastlanan bir konu, kan akrabası olan donörlerin, özellikle de kardeşlerin (kendi aile düzenlerinin bozulacağı endişesi ile), organ bağışında çekimser kalmasıdır. Öte yandan, eşler arası transplantasyonda bozulmakta olan bir aile düzeni sosyal yönden daha iyi bir hale gelebilir. Son yıllarda immünoşüpresif tedavi rejimlerinde ortaya çıkan gelişmeler doku uyumunun önemini en aza indirmiş ve bu konuda önceden üzerinde çok durulan artmış rejeksiyon riski endişesini azaltmıştır. Şüphesiz bu pratik de düzmece evlilikler, para karşılığında kurulan yakın dostluklar ve yalancı şahitlikler gibi kendi içinde çok sayıda çekinceyi taşıyacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı yeni yasa taslağında bu endişeyi gidermeye yönelik olarak özel etik komisyonların kurulması ve yalnızca bu komisyonların onayladığı transplantasyonların gerçekleştirilmesi planlanmıştır (11). Öte yandan, tasarıda belirlendiği şekli ile çok kalabalık olan bu komisyonların bir araya gelmesi ve oy birliği gerektiren kararları alması güç görünmektedir. Bu konuda elinizdeki makalenin sınırlarını çok aşacak ayrıntılı tartışmalara gerek vardır.

Marjinal (özellikle de yaşlı) donörlerin cesur bir şekilde kullanılmasının da organ sıkıntısına kısmi bir çözüm getirebileceği kanısındayım (12). İleri yaşın-

dan dolayı beklenen ömür süresi çok da fazla olmayan donörlerde organ bağışı kriterleri genişletilerek transplantasyon yapılabilir. Transplantın ideal olması greft yarı ömrünü kısaltabilir; ancak hastaların geçici bir süreyle bile olsa, diyalizden kurtulmalarında pratik yarar sağlayacağı kesindir.

Canlı donör sayısını artırmak için öne sürülen bazı uygulamaların (kan grubu uyumsuzluğunda transplantasyon, becayış ya da çiftlerden çapraz nakil) sorunu çözmede pratik bir katkısı olacağı kanısında değilim. Kan grubu bariyerine rağmen yapılan transplantasyon hem ekonomik yönden uygun değildir; hem de ağır immünoşüpresyon ülkemizin çok da iyi olmayan hijyenik ortamında riskli infeksiyonlara yol açabilir. Çapraz nakil uygulamalarının da sayı olarak çok artacağını sanmıyorum; transplantasyonlardan birinin başarılı, diğerinin başarısız olması durumunda da ortaya ciddi sosyal sorunlar çıkabilir.

3. Transplantasyonun Gerçekleşeceği Sağlık Tesisleri

Ülkemizin genel sağlık altyapısının çok iyi ve yeterli olmadığı bilinmektedir. Transplantasyon uygulamasında bu altyapı (hastaneler, immünooloji laboratuvarları, diğer laboratuvarlar, görüntüleme üniteleri vb.) yanında özellikle yoğun bakım yataklarının yetersizliği çok önem taşır. Kadavra donör sayısının artması bu yatakların artışı ile yakından ilişkilidir.

Ülkemizin nispeten az gelişmiş bölgeleri bir yana, gelişmiş bölge ve kentlerde bile yoğun bakım yataklarının yetersiz olduğu bilinmektedir. O nedenle, kadavra organ teminini artırmada önde gelen tedbirlerden biri yeterli miktarda yoğun bakım yatağına ve diğer temel altyapıya sahip sağlık tesislerinin açılmasıdır. Halen, genel bütçeden sağlığa ayrılan pay çok yüksek değildir; bu konuda yakın gelecekte iyimser olmak mümkün değildir.

Son yıllar içinde pek çok özel hastanede transplantasyon programları başlatılmıştır. Bu programlar devletin kısıtlı imkânlar ile desteklediği kamu hastanelerinin yükünü azaltabilir. Ayrıca, kamu hastanelerinin bürokrasisi özel sektörde çok daha kolay çözülebilir. Bu nitelikleri ile özel programlar transplantasyon için bir itici güç olabilir. Öte yandan, özel hastaneler kâr amacı güden kuruluşlardır. Devletin paket program dahilinde halen öngördüğünden çok daha yüksek fiyatlar bile bu hastaneleri tatmin etmeye yetmeyebilir. Ülkemiz şartlarında özel sağlık sigortalarının bu konuya yeterli destek vermeyeceği de kesindir. O nedenle, transplantasyon yaptırarak

hastaların bu hastanelere kişisel olarak oldukça yüksek ödeme yapması gerekecektir. Ülkemizin sosyo-ekonomik koşullarında bu ödemelerin gerçekleşmesi zordur. Ayrıca, kamu hastanelerinde çıkarılan kadaverik organların yüksek ücretler karşılığında özel hastanelerde transplante edilmesi bazı etik sorunlara yol açabilir.

Özetle, özel hastanelerdeki transplantasyon programlarının bu probleme ne ölçüde çözüm getireceği henüz belli değildir. Siyasi otorite konuya anlayışla yaklaşır ise bu programlar problemin boyutunun azalmasına katkıda bulunabilir.

4. Transplantasyonu Gerçekleştirecek Sağlık Personeli

Transplantasyon uygulamasının değişik aşamalarında rol alan sağlık personelinin durumlarını ayrı ayrı irdelemek problemin boyutlarını daha net ortaya koyar.

Yoğun bakım hekimleri: Yoğun bakım ünitelerinin yalnızca sayısının artırılması problemi çözmeye yetmez. Bu ünitelerde çalışan hekimlerin potansiyel organ donörlerini muntazam olarak sisteme bildirmeleri de şarttır. Öte yandan, organ bildirimini zaten ağır iş yükü altında olan yoğun bakım ünitelerinin hem tıbbi, hem sosyal, hem de yasal yönden iş ve sorumluluğunu artırır. Bu konuda zorlayıcı (ancak daha iyisi teşvik edici) önlemler alınmadığı sürece ve ünitelerin potansiyel donör adayları ile deklare ettikleri donörler arasındaki fark denetlenmedikçe, daha fazla organ bildirim yapılması pek muhtemel değildir. Bu ünitelerin donör bildirimini yapması durumunda hem ünitenin, hem de deklarasyonu yapan hekimin maddi ve manevi desteklenmesi bu sorunun çözümünde yararlı olabilir. Halen olduğu gibi, "testiyi dolu ve boş getirenler" arasında bir ayırım yapılmadığı sürece (iyi organize olmuş, birkaç merkez dışında) ülke çapında organ bildirimlerinde dramatik bir artış olacağını sanmıyorum.

Cerrahi ekip: Organ bildirimini ardından devreye girecek cerrahi ekip için de benzer kaygılar geçerlidir. Organ hasatı acil bir girişimdir ve aşırı stresli aile bireylerinin bulunduğu hastane ortamında gerçekleşir. Halen, pek çok merkezde hasat yapacak ekip donör hastanelerine kendi imkânları ile gitmekte, çıkarılan organın dağıtımı, nakli için de ayrıca efor sarfetmektedir. Bu fazladan mesailerin hiç karşılığı alınmadan ertesi gün rutin çalışmaya kalındığı yerden devam edilmektedir.

Transplantasyonu gerçekleştiren cerrahlar için de

özel sıkıntılar söz konusudur. Transplantasyona aday hastalar kronik viseral organ yetersizliğine maruz kalmış, bu nedenle de yıllar içinde yıpranmıştır; major bir cerrahi girişim için daha fazla risk taşırlar. Operasyonun ardından uygulanan immüno-supresif tedaviler komplikasyon ihtimalini daha fazla artırmaktadır. Komplike ve riskli hastaları tedavi eden ve bunun sonucunda topluma daha ekonomik şekilde hayatta tutulan ve çok daha üretici bireyler kazandıran hekimlerin, gündelik rutin cerrahi girişim yapanlara göre daha ayrıcalıklı olması doğaldır. Ancak merkezi otorite bugüne kadar bu yönden herhangi bir insiyatif kullanmamıştır; önümüzdeki yıllarda da böyle bir niyeti olduğuna yönelik bir işaret yoktur.

Transplantasyon nefrologları: Benzer kaygılar transplante hastaları izleyen hekimler için de geçerlidir. Posttransplant hayati komplikasyon sıklığı zamanla azalsa da sürekli olarak devam eder; transplant hastaları sürekli şekilde çok yakından izlenir; sık kullanılan terim ile transplantasyon hekimini hastası ile adeta "evlenir". Bu uğraşının manevi tatmini her zaman doyurucu, ancak maddi karşılığı hiç yoktur. Bir süre sonra transplantasyon gerçekte olduğu "fantastik" bir uygulama yerine, hekim için komplikasyonu fazla, ekonomik getirisi az rutin bir işlem haline dönmektedir. Bu nedenle, transplantasyona ilgi duyan hekimlerin heyecanı yıllar içinde giderek "küntleşmekte", stresin çok daha az, kazancın ise daha fazla olduğu diyaliz ilgi çekmektedir. Çözüm olarak, verilen mesaiye paralel olarak bu hekim grubunun da teşvik edilmesini, yeni ihtisas yapacak tüm nefrologların transplante hasta takibinde eğitimlerinin yararlı olacağı kanısındayım. Aktif transplantasyon programı olmayan merkezlerde nefroloji ihtisası yapan nefrologlar en azından 6 ay süre ile bir transplantasyon merkezinde çalışmalı ve deneyim edinmelidir.

Transplant koordinatörleri: Transplantasyon işleminin anahtarı olan organ koordinatörlerine özel bir yer ayırmak gerekir. Transplantasyonda, hekim ve sağlık personelinin teknik anlamda yaptıklarının dışındaki "herşeyi" yapmakla yükümlü olan bu özel eğitimli personelin, hem sayısının artırılması, hem sürekli kurslar ile yetkinliklerinin artırılması ve hem de organ bağış alan koordinatörlerin özel olarak teşvik edilmesi organ teminini anlamlı şekilde artırabilir.

Özetle, transplantasyon uygulamasının her aşamasında rol alan sağlık personelinin özel olarak desteklenmesinin şart olduğunu düşünüyorum. Aslında hekimlerin bu alanda çalışmaya teşvik

edilmeleri makro planda sistemin de kâr etmesine yol açacaktır; çünkü ilk yıldan sonra transplante hastaların sisteme maliyeti diyaliz hastalarına göre çok anlamlı olarak düşüktür. Bu konuda Sağlık Bakanlığı nezdinde yıllar boyunca yaptığımız öneri ve uyarılar hiç karşılık bulmamıştır; bundan sonra da anlayışla karşılanacağı konusunda iyimser değilim.

Sonuç

Transplantasyon son dönem böbrek yetersizliğinin en iyi ve ekonomik tedavisidir; ancak bu tedavi şekli yeterli sıklıkta uygulanmamaktadır. Bu problemde yukarıda irdelediğim pek çok faktör rol alır. Bu kadar değişik yönü olan sorunun birkaç yasal/yönetmelik değişiklikle ya da organizasyona yönelik düzenlemeler ile hızla ve dramatik şekilde çözülmesi mümkün değildir. Geçtiğimiz yıllarda bu iddia ile başlatılan pek çok girişim olumlu sonuçlanmamış, bir süre sonra başlangıçtaki heyecanların yerini hayal kırıklıkları almıştır. O nedenle, sayılan problemleri çözmek için, çok aşırı iyimserliğe de kapılmadan, ancak sabırlı ve sistematik bir şekilde çalışmak ve her yıl problemlerde kısmi de olsa düzeltilmeler sağlayabilmek, kalıcı çözümlere yol açacaktır.

Bu çetin uğraşta rol alan herkesin sabırlı olması, diğer hekimlere ve ünitelere saygılı davranması, ve fevri hareketlerden kaçınması başarı şansını artıracaktır.

Kaynaklar

1. Ereğ E, Süleymanlar G, Serdengeçti K. Türkiye'de Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon. Registry 2005. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Tayf Ofset, İstanbul 2006.
2. Daar AS, Salahudeen AK, Pingle A, Woods HF. Ethics and commerce in live donor renal transplantation: classification of the issues. *Transplant Proc* 1990;22:922-924.
3. Salahudeen AK, Woods HF, Pingle A et al. High mortality among recipients of bought living-unrelated donor kidneys. *Lancet* 1990;336:725-728.
4. Sever MS. Living unrelated-commercial-kidney transplantation: when there is no chance to survive. *Pediatr Nephrol* 2006;21:1352-1356.
5. Cameron JS, Hoffenberg R. The ethics of organ transplantation reconsidered: paid organ donation and the use of executed prisoners as donors. *Kidney Int* 1999;55:724-732.
6. Radcliffe-Richards J, Daar AS, Guttman RD et al. The case for allowing kidney sales. *International Forum for Transplant Ethics. Lancet* 1998;351:1950-1952.
7. Matas AJ. Why We Should Develop a Regulated System of Kidney Sales: A Call for Action! *Clin J Am Soc Nephrol* 2006;1:1129-1132.
8. Ghods AJ and Savaj S. Iranian Model of Paid and Regulated Living-Unrelated Kidney Donation. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006;1:1136-1145.
9. Zargooshi J. Iranian kidney donors: motivations and relations with recipients. *J Urol* 2001;165:386-392.
10. Terasaki PI, Cecka JM, Gjertson DW. High survival rates of kidney transplants from spousal and living unrelated donors. *N Engl J Med* 1995;333:333-336.
11. Organ, Doku ve Hücre Nakli Hizmetleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı. T.C. Sağlık Yardım Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (22192 / 27.11.2006).
12. Ojo AO, Hanson JA, Meier-Kriesche H et al. Survival in recipients of marginal cadaveric donor kidneys compared with other recipients and wait-listed transplant candidates. *J Am Soc Nephrol* 2001;12:589-97.