

Opieka nad dawcą – rola nie tylko anestezjologa

Donor management – the role of not only anesthetist

Wojciech Saucha¹, Marcin Maruszewski², Ewa Kucewicz-Czech¹

¹Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

²Oddział Kliniczny Kardiochirurgii i Transplantologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2010; 7 (4): 424–426

Streszczenie

Identyfikacja potencjalnych dawców narządów w Polsce ciągle napotyka wiele problemów. Chorzy, u których można podejrzewać śmierć mózgu, są często leczeni poza strukturami oddziałów intensywnej terapii. Orzeczenie śmierci mózgu i zgłoszenie potencjalnego dawcy narządów wymaga przeprowadzenia ściśle określonej procedury, ale także pewnych umiejętności pozamedycznych – przede wszystkim wytrwałości i determinacji. Obecnie w Polsce są zatrudniani szpitalni koordynatorzy transplantacyjni. Jaka powinna być ich rola? Kto może zostać koordynatorem?

Słowa kluczowe: identyfikacja dawców narządów, rola szpitalnego koordynatora transplantacyjnego, opieka nad dawcą narządów.

W celu zwiększenia liczby transplantacji w Polsce proces identyfikacji chorych z podejrzeniem śmierci mózgu, orzekanie śmierci mózgowej, opieka nad dawcą i koordynacja pobrania narządów powinny stać się standardową procedurą wykonywaną w szpitalach.

W Polsce panuje opinia, że lekarze anestezjolodzy są najlepiej merytorycznie przygotowani do prowadzenia opieki nad potencjalnym dawcą narządów – począwszy od momentu wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu, aż do pobrania wielonarządowego. Istotnie, zgodnie z polskim prawodawstwem, nie można orzec śmierci mózgowej bez udziału specjalisty w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, a do wyjątków na skalę kraju należą dawcy identyfikowani poza strukturami oddziałów intensywnej terapii (OIT). Stanowiska respiratorowe, które mogą być wykorzystane do prowadzenia chorych z podejrzeniem śmierci mózgu, znajdują się nie tylko na OIT dorosłych i dzieci, lecz także w obrębie pododdziałów udarowych działających w strukturach oddziałów neurologii, pooperacyjnych oddziałów neurochirurgicznych i szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz na oddziałach neonatologicznych. Wszystkie te oddziały mają tzw.

Abstract

The identification of potential donors of organs in Poland still encounters many problems. Ill at which one can suspect the brain death are often treated outside structures of Intensive care units. The declaration of the brain death and the bringing to organ harvesting requires the execution of the strictly determined procedures but also some extra-medical skills first of all the endurance and the determination. Currently in Poland are employed hospital transplantation coordinators. What should be their role? Who can become a coordinator?

Key words: organ donor identification, role of the hospital transplant coordinator, care of the organ donor.

potencjał donacyjny, który pozostaje prawie całkowicie niewykorzystany. Należy pamiętać o tym, że specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii pełnią tam co najwyżej funkcję lekarzy konsultujących, a pozostali lekarze pracujący na tych oddziałach mają przecież wszelkie niezbędne umiejętności i wiedzę do wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu.

Sprawna i szybka **identyfikacja chorych z podejrzeniem śmierci mózgowej**, przeprowadzenie badań potwierdzających śmierć mózgu, a następnie powołanie komisji orzekającej wymaga wypracowania odpowiednich procedur na oddziale i w szpitalu. Tym bardziej, że często procedury te odbywają się poza godzinami ordynacji szpitala, a upływający czas odgrywa tutaj niebagatelną rolę. Każda godzina niekontrolowanej burzy hormonalnej w przebiegu śmierci mózgu destabilizuje dawcę i upośledza funkcję jego narządów [1, 2]. Przedłużanie procedury w czasie – jedynie z przyczyn organizacyjnych – może doprowadzić do tego, że potencjalne pobranie wielonarządowe zakończy się pobraniem tylko nerek. Przeprowadzenie wszystkich czynności, procedur i formalności wymaga pracy zarówno koordynatora, jak i całego zespołu transplantacyjnego. Niejednokrotnie zapał

Adres do korespondencji: dr n. med. Wojciech Saucha, Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, ul. Szpitalna 2, 41-800 Zabrze, e-mail: w.saucha@scs.pl

i dobre intencje lekarzy i pielęgniarek zostaną bezowocnie utracone bez wsparcia administracji i dyrekcji szpitala.

Identyfikacja chorych w stanie śmierci mózgowej oraz przeprowadzenie wymaganych prawem procedur wymaga determinacji i konsekwencji, zwłaszcza iż jest to całkowicie niezależny od ewentualnych czynności transplantacyjnych zestaw zadań i działań. Komisyjne orzeczenie śmierci mózgu umożliwia wystawienie karty zgonu pacjenta i przerwanie czynności terapeutycznych, ze wszystkimi tego konsekwencjami. Zgodnie z Kodeksem etyki lekarskiej [3] u zmarłych, u których planowane jest pobranie narządów, kontynuowana jest wentylacja mechaniczna, stosowane jest leczenie stabilizujące układ krążenia, wyrównywane są niedobory metaboliczne itd. w celu uzyskania i podtrzymania optymalnego stanu i funkcji narządów potencjalnego dawcy dla procedur transplantacyjnych. Przeprowadzenie **procedury orzeczenia śmierci mózgowej**, wymaga znacznego nakładu pracy wielu osób. W niektórych placówkach procedura ta jest rozpoczynana dopiero w sytuacji planowania pobrania narządów i po uzyskaniu zgody rodziny zmarłego. Takie postępowanie jest niewłaściwe, gdyż bardzo trudno rozmawiać z rodziną na temat ewentualnego pobrania narządów w sytuacji, kiedy pod względem prawnym dawca jeszcze żyje.

Malejąca **liczba zgłaszanych zmarłych dawców** obserwowana jest nie tylko w Polsce, lecz także w krajach, w których procedury transplantacyjne są lepiej rozwinięte. W naszym kraju zwraca uwagę znaczne zróżnicowanie regionalne liczby zgłaszanych dawców (w przeliczeniu na milion mieszkańców). Wspomniane dysproporcje sięgają 30 rzeczywistych dawców na milion; w rezultacie województwo zachodniopomorskie i wielkopolskie plasują się w czołówce europejskiej, a rejony z przeciwległego końca Polski znajdują się na szarym końcu w Europie. W Polsce dotychczas główny nacisk kładziono na zagadnienie mobilizacji ośrodków o niskiej aktywności w zakresie zgłaszania dawców; niejednokrotnie bez względu na stan narządowy. Najlepszy parametr charakteryzujący to zjawisko, tj. odsetek pobrań wielonarządowych, w 2009 r. mieścił się w zakresie 25–100% w zależności od regionu kraju, dając średnio 56% pobrań wielonarządowych w Polsce [4]. W 2011 r. dostępne będą bardzo rzetelne statystyki dotyczące liczby chorych z podejrzeniem śmierci mózgowej, chorych z orzeczoną śmiercią mózgu i rzeczywistych dawców – za sprawą raportów koordynatorów szpitalnych, którzy rozpoczynają obecnie pracę w szpitalach charakteryzujących się największym potencjałem donacyjnym. Obecne raporty oparte są jedynie na danych Poltransplantu dotyczących liczby potencjalnych zgłaszanych dawców, co w praktyce wyklucza m.in. sytuacje sprzeciwu rodziny lub złego stanu podejrzanego o śmierć mózgu pacjenta.

Bardzo ważnym zagadnieniem jest **zaangażowanie lekarzy** w proces identyfikacji śmierci mózgu i zgłoszenia potencjalnego dawcy narządów. Proces stwierdzenia zgonu u zmarłego zgodnie z klasycznymi kryteriami nie budzi większych emocji, jednakże wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu jest trudniejsze – nie tylko ze względów proceduralnych i technicznych, lecz także z przyczyn emocjonalnych, co najlepiej widać podczas powoływania komisji orzekają-

cej o śmierci mózgu. W szpitalach, w których komisja jest powoływana *ad hoc*, zebranie trzech lekarzy odpowiednich specjalności przygotowanych merytorycznie, emocjonalnie i znających obowiązujące prawo niejednokrotnie możliwe jest jedynie dzięki prywatnym relacjom pomiędzy nimi. Najprostszym rozwiązaniem wydaje się powołanie stałych komisji w zakładach opieki zdrowotnej.

Ładunek emocjonalny wynika przede wszystkim z konieczności **przeprowadzenia rozmowy z rodziną** potencjalnego dawcy. W przeprowadzonych w 2008 r. przy współudziale Śląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia badaniach ankietowych, ordynatorzy OIT śląskich szpitali wskazali konieczność przeprowadzenia rozmowy z rodziną jako główny problem stojący na drodze do zwiększenia liczby zgłaszanych dawców. Niewielu lekarzy ukończyło szkolenie w zakresie prowadzenia trudnych rozmów i ćwiczyło ich prowadzenie z aktorami w obecności psychologów. Wiadomo, że łatwiej prowadzi się rozmowy z rodziną w placówkach, w których personel potrafi wzbudzić zaufanie bliskich chorych, personel medyczny przekazuje rodzinie spójne informacje, a krewni znają i rozumieją przebieg choroby i jej konsekwencje.

Można oczekiwać, że te i inne ograniczenia zostaną pokonane przez szpitalnych **koordynatorów transplantacyjnych** – wszak celem ich zaangażowania przez Poltransplant ma być zwiększenie liczby zgłaszanych dawców, podobnie jak to miało miejsce w innych krajach, m.in. w Hiszpanii [5, 6], gdzie koordynatorami zostali najczęściej lekarze lub pielęgniarki pracujący na OIT. Warto pamiętać, że podobnie jak Polska, jest to kraj o porównywalnym poziomie religijności i zamożności społeczeństwa, a jednocześnie może się poszczycić najwyższą liczbą zgłaszanych dawców w przeliczeniu na milion mieszkańców w Unii Europejskiej.

Czym zatem w szczególności powinien się wyróżniać i zajmować koordynator?

1. Każdy koordynator transplantacji bez względu na swój zawód i wykształcenie (lekarz, pielęgniarka, inny zawód medyczny) powinien wykazywać się biegłą znajomością regulacji prawnych związanych z orzekaniem śmierci mózgu i procedurami transplantacyjnymi, czyli Ustawą o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów wraz z obowiązującymi aktami wykonawczymi, jak również europejskim prawodawstwem w tej dziedzinie.
2. Powinien być osobą wzbudzającą zaufanie – zarówno w macierzystym zespole medycznym, jak i poza nim. Koordynator transplantacji, z racji specyfiki pełnionej funkcji, powinien być osobą asertywną, z łatwością nawiązywać kontakt i okazywać empatię.
3. Z uwagi na charakter pracy i zagadnienia związane z przekazywaniem trudnych wiadomości dotyczących życia niejednokrotnie młodych i uprzednio zdrowych osób, powinien wykazać się nieskazitelnym charakterem, spójnymi zasadami etycznymi i moralnymi. Każdy koordynator powinien ukończyć szkolenie w zakresie psychologii prowadzenia trudnych rozmów i negocjacji oraz wykazać się umiejętnością radzenia sobie z przewlekłym stresem. Koordynator może towarzyszyć lekarzowi podczas informowania rodziny o śmierci bliskiej osoby, może także

informować rodzinę o możliwości pobrania narządów. Taka praktyka z powodzeniem stosowana jest m.in. w Hiszpanii i pomaga lekarzowi prowadzącemu skupić się na aspektach medycznych, podczas gdy koordynator przejmuje inicjatywę w zakresie procedur związanych z pobraniem narządów.

4. W celu usprawnienia i zwiększenia efektywności procedur związanych z orzekaniem śmierci mózgu koordynator we współpracy z administracją zakładu opieki zdrowotnej powinien wypracować działania dotyczące:
 - przekazania chorego z podejrzeniem śmierci mózgo-wej na OIT, a także w przypadkach, gdy nie ma wolnych miejsc na OIT i konieczne jest postępowanie ponadstandardowe umożliwiające orzeczenie śmierci mózgu, opiekę nad potencjalnym dawcą i ewentualne pobranie narządów,
 - zwoływania powołanej wcześniej, stałej komisji śmierci mózgo-wej,
 - wykonania niezbędnych badań przed zgłoszeniem potencjalnego dawcy narządów,
 - przygotowania dokumentacji i zgłoszenia potencjalnego dawcy do Poltransplantu,
 - nawiązania kontaktu z prokuraturą lub sądem rodzinnym przed pobraniem narządów,
 - wykonania sekcji zwłok,
 - przygotowania niezbędnych rozliczeń finansowych.
5. Obowiązkiem koordynatora jest prowadzenie na rzecz Poltransplantu sprawozdań i raportów dotyczących wszystkich zgonów szpitalnych, ze szczególnym uwzględnieniem przyczyn zgonów wg klasyfikacji ICD-10 (zgodnie z wykazem) związanych ze szczególnym prawdopodobieństwem wystąpienia śmierci mózgu, tj. izolowany uraz czaszkowo-mózgowy, krwawienie do ośrodkowego układu nerwowego itp. Raportowanie obejmować powinno także elementy ruchu chorych na OIT, liczbę stwierdzonych komisyjnie przypadków śmierci mózgo-wej, przyczyn odstąpienia od procedury orzeczenia, liczby pobrań i innych.
6. Koordynator powinien służyć pomocą organizacyjną – tak, aby zespół medyczny sprawujący opiekę nad chorym z podejrzeniem śmierci mózgu mógł bez przeszkód zająć się przede wszystkim medycznymi aspektami tej procedury i bezzwłocznie przygotować potencjalnego dawcę narządów. Jest to o tyle istotne, że jednocześnie na OIT znajdują się inni pacjenci, a ich leczenie nie powinno odbywać się w cieniu toczących się działań organizacyjno-logistycznych związanych z transplantacją, które z powodzeniem może wykonać koordynator.

Rozbudowane procedury transplantacyjne, zwłaszcza w zakresie opieki nad dawcą, mogą wywoływać różne nastawienie personelu medycznego. Rejony naszego kraju,

w których udało się przezwyciężyć uprzedzenia, charakteryzują się zadowolającą aktywnością donacyjną. Odpowiedź na pytanie, dlaczego część lekarzy nie jest zainteresowana aktywnością w tej dziedzinie medycyny, wymaga wielu badań, obejmujących zagadnienia etyczne, socjologiczne i prawne związane z pracą i odpowiedzialnością za ludzkie życie. Samo orzeczenie śmierci mózgu i przygotowanie dawcy do pobrania wymaga wysiłku i determinacji całego zespołu, a także wiary w sens tego działania.

Towarzyszące zainteresowanie mediów wzbudza dodatkowy lęk przed posądzeniem o czerpanie korzyści z procedur transplantacyjnych, deprymujący stosunek innych zespołów transplantacyjnych, konieczność prowadzenia rozmów z rodzinami, prokuratorem, praca w nocy, a nawet obowiązek sporządzenia sprawozdania finansowego. Każde orzeczenie śmierci mózgo-wej i pobranie narządów niesie ze sobą duży ładunek negatywnych emocji. Śmierć chorych, u których rozpoznaje się śmierć mózgu, zwłaszcza gdy ma ona charakter nagły i często urazowy, gdy dotyczy ludzi młodych i dzieci, pozostawia trwałe ślady w ludzkiej psychice.

Warto pamiętać, że w transplantologii praca jest zespołowa. Lekarze opiekujący się dawcami zwykle nie doznają emocji drugiej strony transplantologii – tych pozytywnych i mobilizujących do działania związanych z przeszczepieniem narządu osobie potrzebującej. Nie można zgodzić się z tym, że istnieją dwie strony barykady – po jednej tylko ciężka praca, poczucie porażki, smutek, ból i cierpienie, a po drugiej sukces, szczęście i wywiady w telewizji. Łącznie co najmniej 100 osób bierze udział w pobraniu wielonarządowym i transplantacji, w szpitalu dawcy i wszystkich szpitalach przeszczepiających, włączając w to pracowników laboratoriów, kierowców, pilotów, pielęgniarki, lekarzy, koordynatorów i innych pracowników medycznych i technicznych. Logistyka wymagana przy koordynacji pobrania wielonarządowego może być z powodzeniem porównywana z operacjami wojskowymi. Sukces, a raczej sukcesy, ponieważ biorców jest kilku, są w równym stopniu sukcesami transplantologów, jak i zespołu opiekującego się dawcą. Każdy w tym łańcuchu jest tak samo ważny i niezbędny.

Piśmiennictwo

1. Kucewicz E, Wojarski J, Żegleń S, Saucha W, Maciejewski T, Pacholewicz J, Przybylski R, Knapik P, Zembala M. Przygotowanie dawcy do pobrania wielonarządowego – standard postępowania. *Anest Int Ter* 2009; 41: 246-252.
2. Smith M. Physiologic changes Turing brain stem Heath – lessons for management of the organ donor. *J Heart Lung Transplant* 2004; 23: 217-222.
3. Kodeks etyki lekarskiej. www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kei.
4. Antoszkiewicz K, Czerwiński J, Malanowski P. Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2009 r. *Biuletyn Poltransplant* 2010; 3-13.
5. Rodriguez-Arias D, Wright L, Parades D. Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation. *Lancet* 2010; 376: 1109-1112.
6. Matesanz R, Dominguez-Gil B. Strategies to optimize deceased organ donation. *Transplantation Reviews* 2007; 21: 177-188.