

# Pozyskiwanie dawców – zadanie dla ludzi z pasją



Fot. Archiwum własne

Rozmowa z Joanną Szymańską, pielęgniarką anesteziologiczną, koordynatorką transplantacyjną w Szpitalu Powiatowym w Zambrowie.

**Pracuje pani na dość trudnym terenie, ponieważ województwo podlaskie wypada słabo, jeśli chodzi o liczbę zgłaszanych dawców. A jednak udało się pani doprowadzić do tego, że identyfikowano ich w szpitalu w Łomży czy niewielkim Zambrowie.**

To nie jest tylko moja zasługa. W Szpitalu Wojewódzkim w Łomży przede mną pracowała Anna Chojnowska – świetna koordynatorka transplantacyjna i dyrektor zainteresowana pozyskiwaniem dawców. Przejmując od niej obowiązki, nie musiałam zaczynać od podstaw, bo szlak był już przetarty. Zakłada się, że w szpitalu, gdzie jest 10 łóżek intensywnej terapii, na każde łóżko powinna przypadać jedna śmierć mózgowa rocznie, czyli 10 dawców. To jest bardzo wysoko postawiona poprzeczka. Mimo to robimy, co w naszej mocy, żeby nie tracić narządów do przeszczepów.

W Polsce nadal są szpitale, które nigdy nie zgłosiły dawcy. Trudno uwierzyć, że przez kilkadziesiąt lat ani razu żaden pacjent nie zakwalifikował się do pobrania.

Znalezienie dawcy to jedno, ale potem należy uruchomić wielką maszynę, która musi działać zgodnie z procedurami, sztuką medyczną i literą prawa. Policzone, że przy jednym przeszczepieniu na różnych etapach bierze udział nawet sto osób – od koordynatora przez zespoły OIT, komisje orzekania śmierci mózgowej, pracowników laboratoriów, anesteziologów, zespoły bloków operacyjnych, zespoły transplantologiczne po kierowców karettek. Czasami ten proces trwa dwie doby, więc zajmują się tym dwie, trzy zmiany personelu. To naprawdę ciężka praca wielu osób.

**Szpitale boją się, że nie podołają temu zadaniu?**

Oczywiście szpitale, które przygotowują dawcę, wykonują tylko część procedur, ale personelu jest za mało i dyrektorzy nie chcą obciążać go dodatkowymi zadaniami. Anestezjolog zastanawia się, czy zmiennik przejmie zadania, czy też po zgłoszeniu dawcy będzie musiał zostać po godzinach, by doprowadzić ten proces do końca. Dodatkowo część personelu pracuje w kilku placówkach, więc po zmianie pędzi do następnego szpitala czy przychodni. Mamy olbrzymi deficyt anesteziologów i pielęgniarek anesteziologicznych, a dawcy trzeba poświęcić wiele godzin pracy. Część lekarzy ma też wątpliwości, czy poradzi sobie w rozmowie z rodziną. To trudne zadanie z punktu widzenia psychologicznego i administracyjnego, ponieważ trzeba wiedzieć, jakich formalności dopełnić. Koordynatorzy się tego uczą, ale nie wszystkie szpitale mają koordynatorów transplantologicznych.

**Jak w takim razie rozmawiać z rodziną?**

Należy to robić stopniowo, zaczynając od informowania ich o ciężkim stanie bliskiego. Muszą mieć czas, żeby się z tym oswoić. Ważne jest, aby wytłumaczyć, że pacjent nie żyje, ponieważ orzeczono śmierć mózgu. To bardzo trudny moment. Kolejnym etapem jest autoryzacja pobrania, kiedy przekazujemy informację, że zmarły nie zastrzegł w centralnym rejestrze dawców Poltransplantu braku zgody, ale chcemy uzyskać informacje o jego stanowisku, które być może przekazał. W Polsce są dopuszczone trzy formy

„Koordynatorzy powinni mieć przynajmniej jeden dzień w tygodniu tylko na prowadzenie zadań związanych z dawstwem. Wtedy mieliby czas na rozmowy z personelem i prowadzenie programu donacyjnego”

zastrzeżenia pobrania narządów: zgłoszenie w centralnym rejestrze, oświadczenie pisemne i informacja ustna przekazana w obecności dwóch świadków. Należy zapytać, czy znają stanowisko zmarłego, a nie obciążać ich decyzją o pobraniu narządów. Oni nie mają kompetencji, żeby o tym decydować. Czasami rodzina ma duże opory przed dawstwem, wtedy odstępujemy i nie nalegamy. Niektórym osobom łatwiej jest pogodzić się z odejściem bliskiego, kiedy wiedzą, że jego śmierć nie idzie na marne, bo komuś podarował lepsze życie czy w ogóle uratował życie. Niekiedy członkowie rodziny sami pytają, czy ich zmarły bliski może być dawcą.

**To nie są łatwe rozmowy. Czy lekarze są do nich przygotowani?**

Powinni być przygotowani, ponieważ mają na studiach zajęcia z psychologii. Poza tym prof. Maciej Kosieradzki z Polskiej Unii Transplantacyjnej organizuje szkolenia w różnych regionach Polski. Przyjeżdża z aktorami, którzy wchodzą w rolę rodziny. W ten sposób personel może przećwiczyć trudne rozmowy z pacjentami. Pandemia przerwała wiele inicjatyw, ale myślę, że ta akcja będzie kontynuowana.

„Zatrudnianie koordynatorów nie jest normą, wiele szpitali nie stworzyło takiego stanowiska”

**Szpitala powinny mieć koordynatora transplantacyjnego, do czego przekonuje pani na szkoleniach i spotkaniach z dyrekcją szpitali i ordynatorami oddziałów. Jak to wygląda w praktyce?**

Taka funkcja pierwszy raz pojawiła się w 2005 r. w ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu narządów i komórek. W 2016 r. została uszczegółowiona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia,

które mówi dokładnie, że koordynatorem może być osoba z wyższym wykształceniem medycznym, która ukończyła szkolenia organizowane przez Polską Unię Transplantacyjną i Poltransplant. Najczęściej są to osoby zajmujące się anesteziologią – lekarze lub pielęgniarki oraz ratownicy medyczni. Kosztów kształcenia nie ponosi ani uczestnik, ani pracodawca. Na początku w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży koordynowania nie dopisano mi nawet do obowiązków, tylko nieformalnie pełniłam tę funkcję. Dzięki przychylności szefa OIOM mogłam to robić, mając zgodę na odejście od codziennych obowiązków, żeby zając się dawcą. W SPZOZ w Zambrowie wpisano mi już to w obowiązki.

**Koordynatorzy pełnią tę funkcję z doskoku?**

Wykonują swoje codzienne obowiązki, ale w momencie identyfikacji dawcy przekazują je innym i zajmują się tylko koordynowaniem. Uważam, że koordynatorzy powinni mieć przynajmniej jeden dzień w tygodniu tylko na prowadzenie zadań związanych z dawstwem, i przekonuję do tego dyrekcje szpitali. Wtedy mieliby czas na rozmowy z personelem i prowadzenie programu donacyjnego, do czego zobowiązuje ich prawo. W ramach owego programu każdy szpital musi wytłumaczyć się ze wszystkich zgonów na jego terenie. Na tej podstawie dyrektorzy szpitali i ordynatorzy OIOM powinni je analizować i wyciągać wnioski, czy na pewno zrobili wszystko, żeby pozyskać dawcę. Nadzór nad tym procesem koordynatorzy mają prowadzić nie tylko na oddziałach intensywnej opieki, ale też m.in. na neurologii, neurochirurgii i SOR. Dużo by się zmieniło, gdyby koordynator miał uprawnienia, żeby wejść do systemu i sprawdzić, jacy pacjenci są na oddziałach i czy jest potencjał na dawstwo. Koordynator powinien być też przedstawiony przez dyrekcję szpitala wszystkim ordynatorom, żeby wiedzieli, z kim mają współpracować w tym obszarze. Takie ukształtowanie obowiązków bardzo pomaga. W Szpitalu Powiatowym w Zambrowie, gdzie teraz jestem koordynatorką, jeśli znajdę wolną chwilę, to zajmuję się programem donacyjnym i wspólnie z dyrektorem ds. lecznictwa Katarzyną Skawińską analizujemy, czy niczego nie pominęliśmy i z jakich powodów nie zgłosiliśmy dawcy. Trafiłam na szefową, która angażuje się w transplantologię.

**Istnieje obowiązek prowadzenia programów donacyjnych, są koordynatorzy, dlaczego więc wciąż mamy problem z pozyskiwaniem narządów do przeszczepu?**

Zatrudnianie koordynatorów nie jest normą, wiele szpitali w ogóle nie stworzyło takiego stanowiska. Do pełnienia tej funkcji najczęściej wyznaczony jest anesteziolog, który posiada wiedzę, jak przeprowadzić taki proces. Ale jeśli ktoś nie ma przypisanych konkretnych obowiązków, to gubi to zadanie w natłoku

pracy. Identyfikacja dawcy zazwyczaj nie jest kwestią systemowych działań, ale szczęścia, trafienia na człowieka z pasją, który będzie to robił z zaangażowaniem. Jakiś czas temu zostałam zaproszona na szkolenie do Suwałk, gdzie młody pielęgniarz bardzo chciał zostać koordynatorem transplantacyjnym, jego szefowa go poparła i dała zielone światło do szkoleń w tym kierunku. Mam nadzieję, że w rejonie, gdzie dotychczas nie było dawców, coś się w końcu zacznie dziać.

**Czy to jednak nie powinno być działanie obligatoryjne i systemowe, a nie uznaniowe i uzależnione od szczęśliwego trafu?**

Wszyscy dyrektorzy szpitali podpisują deklarację partnerstwa dla transplantacji, w której jest określone, że mają czynnie uczestniczyć w pozyskiwaniu dawców. Tylko powinni jeszcze zrozumieć, że bez zatrudnienia koordynatora transplantacyjnego będzie to bardzo trudne. Osoba, która nie jest przeszkolona w tej dziedzinie, nie pokieruje zespołem w taki sposób, żeby doprowadzić do pobrania narządu i przekazania tam, gdzie jest potrzebny. Zanim przesłam szkolenie, nie wyobrażałam sobie, że wymaga to tak dużo pracy. Każdego pacjenta ratujemy do końca, ale tego, który może być dawcą, nieco inaczej obserwujemy, bo nie możemy przegapić momentu, kiedy narząd można jeszcze pobrać. Tu potrzebny jest lider z dużą wiedzą.

**Jak przekonać dyrektorów szpitali, że warto zatrudniać koordynatorów?**

Po pierwsze, mają obowiązek wykazywania dawców. Po drugie, to podnosi prestiż szpitala. Ale też powinno iść za tym odpowiednie finansowanie, co z pewnością byłoby dodatkową zachętą. Procedura orzeczenia śmierci mózgu i przygotowania pacjenta do pobrania narządów jest nisko wyceniona. To nie zachęca do zatrudniania koordynatorów transplantacyjnych.

**Jakich argumentów użyć, żeby zespół szpitala zachował czujność, zidentyfikował pacjenta do pobrania i przeprowadził ten trudny proces?**

Często zespół potrzebuje przede wszystkim wiedzy. Wielu lekarzom wydaje się, że narządy można pobrać wyłącznie od pacjenta młodego, w miarę zdrowego, który prowadził właściwy styl życia. To już nie jest warunkiem identyfikacji dawcy. Te parametry wraz z postępem medycyny znacznie się rozszerzyły. Obecnie można pozyskać nerkę od pacjenta w podeszłym wieku, dopasować do biorcy nie tylko tkankowo, ale też wiekowo i podarować mu kilka lat życia bez dializ, by mógł wrócić do aktywności zawodowej czy ról społecznych. Podczas szkoleń koordynatorzy dowiadują się, jakie warunki musi spełniać dawca, a potem mogą te informacje przekazać anestezjologom w swo-

**„Lekarzom naprawdę zależy na ratowaniu życia pacjentów, czasami tylko trzeba im ułatwić realizację tego zadania, wskazać kierunek i odciążyć z nadmiaru obowiązków”**

ich szpitalach. Medycyna szybko się zmienia, a nabyta wiedza wymaga nieustannej weryfikacji. Poza tym lekarzom naprawdę zależy na ratowaniu życia pacjentów, czasami tylko trzeba im ułatwić realizację tego zadania, wskazać kierunek i odciążyć z nadmiaru obowiązków.

**W Polsce niełatwym zadaniem jest orzekanie o śmierci mózgu. Lekarze wciąż stosują uporczywą terapię.**

W styczniu tego roku weszły najnowsze wytyczne dotyczące orzekania śmierci mózgu. Pracował nad nimi zespół doświadczonych anestezjologów, neurologów, neurochirurgów, którzy opierali się na publikacjach autorytetów z całego świata. Komisje do orzekania o śmierci mózgu mają do dyspozycji kryteria i schemat postępowania. To już nie powinno budzić wątpliwości lekarzy.

**„Wiele osób się obawia, że oddanie narządu zaszkodzi ich zdrowiu. Trzeba im powtarzać, że to bezpieczna procedura, że lekarze o nich zadbają”**

**W Polsce wykonujemy stosunkowo niewiele przeszczepów od dawców żywych. Z czego wynika ten problem?**

Z braku edukacji. Wiele osób się obawia, że oddanie narządu zaszkodzi ich zdrowiu. Zastanawiają się, jak ich życie będzie wyglądało w przyszłości. Trzeba powtarzać, że to bezpieczna procedura, że lekarze o nich zadbają. Dobrym przykładem akcji społecznej jest „Bieg po życie”, kiedy przy okazji maratonu, podczas którego spotykają się osoby z różnych środowisk i w różnym wieku, mówi się o transplantologii. Takich akcji jest jednak zdecydowanie za mało.

*Rozmawiała Monika Stelmach*