

WAŻNE SPRAWY

Podtrzymać linię życia

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARZ

Trudno o lepszy przykład konieczności interdyscyplinarnej współpracy niż zgłoszenie potencjalnego dawcy narządów do przeszczepu – mówi prof. Janusz Andres, prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Anestezjolodzy znieczulają pacjentów do operacji, czuwają nad nimi w trakcie zabiegów, wybudzają ich po opuszczeniu sali operacyjnej, leczą na oddziałach intensywnej terapii (OIT), uśmierzają ból, koordynują resuscytację krążeniowo-oddechową w szpitalu. Odgrywają także, o czym mówi się rzadziej, bardzo ważną rolę w zgłaszaniu dawców do pobierania narządów do przeszczepów. Kiedy anestezjolog może zrobić takie zgłoszenie?

Ta identyfikacja potencjalnego dawcy oraz przeprowadzenie pełnej procedury rozpoznania śmierci mózgu jest zadaniem bardzo złożonym, niezwykle czasochłonnym, wymagającym dodatkowej diagnostyki oraz utrzymania żywotności narządów potencjalnie przeznaczonych do pobrania i przeszczepienia. W tym samym czasie lekarze zajmują się leczeniem innych pacjentów OIT, więc można sobie wyobrazić, jak obciążające jest tego rodzaju przedsięwzięcie. Anestezjologia to główny filar medycyny okołoperacyjnej i intensywnej terapii w każdym szpitalu, zatem funkcjonowanie współczesnej medycyny bez dostatecznej liczby lekarzy tej specjalności nie jest możliwe. Lubię cytować używane w Ameryce Północnej określenie, że anestezjolodzy to lekarze „podtrzymujący linię życia pacjentów”. Często z sukcesem leczą ich w ostrych stanach zagrożenia życia, ale równie często mają do czynienia ze śmiercią,

o czym wszyscy szczególnie boleśnie przekonaliśmy się w czasie pandemii COVID-19.

Lekarze tej specjalności są więc na pierwszej linii frontu, jeśli chodzi o weryfikowanie osób jako potencjalnych dawców.

Nie chodzi o weryfikowanie dawców. Donacja organów nie jest i nie może być celem samym w sobie. Jest darem i sukcesem współczesnej medycyny. Naszym zawodowym i etycznym obowiązkiem jest leczenie zarówno

Donacja organów nie jest i nie może być celem samym w sobie. Jest darem i sukcesem współczesnej medycyny

ostrej odwracalnej niewydolności organów, w tym mózgu, jak i diagnozowanie nieodwracalnego zaniku funkcji narządów, w tym mózgu. Obowiązek ten dotyczy nie tylko anestezjologów. Obowiązujące w naszym kraju przepisy dotyczące sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu powstawały z udziałem przedstawicieli wielu specjalizacji i dziedzin medycznych, a anestezjolodzy stanowili kluczową grupę w gronie kilkudziesięciu autorów tych

regulacji. Oczywiście, zawsze byliśmy awangardą, jeśli chodzi o wiedzę medyczną na temat rozpoznawania śmierci, czy to w przeszłości (wspomnę tu prof. Marka Sycha oraz prof. Witolda Jurczyka), czy obecnie (prof. Andrzej Nestorowicz oraz prof. Romuald Bohatyrewicz). Anestezjolodzy w naturalny sposób są liderami zespołów Ministerstwa Zdrowia analizujących stan aktualnej wiedzy medycznej z zakresu śmierci mózgu oraz tworzenia przepisów i praktycznych regulacji procedur stwierdzenia nieodwracalnego ustania czynności mózgu i zgłaszania możliwości pobrania narządów w celach transplantacyjnych.

Kiedy więc rozpoczyna się procedura przygotowania pacjenta jako dawcy?

Najczęściej to lekarz prowadzący, anestezjolog na dyżurze, stwierdza wystąpienie cech śmierci mózgu, przeprowadza diagnostykę zgodnie z protokołem i po rozpoznaniu śmierci mózgu podejmuje rozmowy z rodziną na temat możliwości pobrania narządów. Ewentualnie informuje rodzinę, że nastąpił zgon. W rozmowach tych i w czynnościach okołotransplantacyjnych pomagają koordynatorzy transplantacyjni. Właściwa realizacja oraz implementacja tych przepisów to sprawa systemowa. Dzisiaj trudno o lepszy przykład

konieczności interdyscyplinarnej współpracy w ochronie zdrowia niż stwierdzenie śmierci mózgu, zgłoszenie potencjalnego dawcy narządów do przeszczepu oraz realizacja procedur transplantacyjnych. Aktywny udział i aprobatą społeczną tego procesu jest bezwzględnie konieczna i na tym polu edukacyjnym jest najwięcej do zrobienia.

Zgłoszenie to pierwszy etap, co dzieje się dalej?

Procedura rozpoznania śmierci mózgu jest szczegółowo opisana w dokumencie – obwieszczeniu ministra zdrowia, w którym każde słowo i jego kontekst są ważne. Musiałby on być zacytowany i traktowany jako całość, nie ma w tym drogi na skróty. Aby mieć pewność, że pacjent nie żyje, musimy stwierdzić dostępnymi klinicznie metodami, zgodnie z protokołem, że jego mózg stracił bezpowrotnie możliwość funkcjonowania. I tu decyduje wiedza, edukacja i doświadczenie. Kluczowa jest też akceptacja społeczna. Ponieważ serce pacjenta bije, nie dla wszystkich jest oczywiste, że nastąpił zgon. Osobiście jestem zwolennikiem otwartości i transparentności społecznej wszystkich procedur medycznych, w tym procedury stwierdzania śmierci mózgu. Podobnie jak jestem zwolennikiem otwartości i powszechnej edukacji w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Anestezjology przygotowują dawcę do pobrania narządów i uczestniczą w tych czynnościach. Jaką funkcję pełnią?

Po stwierdzeniu śmierci mózgu i zakwalifikowaniu organów dawcy do transplantacji zaczyna się opieka nad dawcą w sensie optymalizacji stanu organów możliwych do transplantacji. Wynika to z faktu, że stan fizjologiczny organów dawcy – serca, płuc, nerek i innych narządów może szybko się pogorszyć i ich przeszczep stanie się niemożliwy lub doprowadzić do śmierci biorcy. W praktyce organy dawcy wymagają „terapii”, np. profilaktyki nagłego zatrzymania pracy serca, nawodnienia, zapobiegania hipotermii, korekcji zaburzeń endokrynologicznych, sztucznej wentylacji nieuszkodzonej płuc, farmakoterapii nie tylko



foto: Archiwum prywatne

układu sercowo-naczyniowego i innych rutynowych interwencji w ramach oddziału intensywnej terapii, w którym dawca przebywa.

Czynności anestezjologów związane z dawstwem narządów są dla nich obciążające. Jak sobie z tym radzą?

By mieć pewność, że pacjent nie żyje, musimy stwierdzić, że jego mózg stracił bezpowrotnie możliwość funkcjonowania

Specyfika pracy anestezjologa wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym, wynikającym z codziennego balansowania na linii życia. Bo czymże innym jest znieczulenie ogólne, w którym wyłączamy świadomość i samodzielny oddech pacjenta lub leczymy ostrą niewydolność narządową? Komfort psychiczny pracy zapewniają nam wspólczesna wiedza i możliwości obejmujące monitorowanie pacjenta, sztuczna wentylacja czy farmakologiczne i mechaniczne

metody leczenia ostrej niewydolności narządów. Opracowane procedury są wskazówką, jak postępować w sytuacjach krytycznych, jak zapobiegać powikłaniom. Gdy się je zna i stosuje, stres jest mniejszy. Ale są granice możliwości leczniczych, które też trzeba znać. Gdy się je zna, obciążenie psychiczne jest mniejsze. Podobnie z procedurą stwierdzania śmierci mózgu – jako lekarze musimy zaakceptować, że śmierć jest nieunikniona, i postępować zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Największym naszym wrogiem jest niewiedza, a największym sprzymierzeńcem doświadczenie.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami każdy szpital posiadający OIT powinien aktywnie uczestniczyć w zgłaszaniu potencjalnych dawców do przeszczepów, a ta zgłaszalność jest słaba. Z czego to wynika?

Z tego, co wiem, Polska nigdy nie była w czołówce krajów zgłaszających potencjalnych dawców. Z dostępnych danych „przedpandemicznych” wynika, że znajdowaliśmy się na

poziomie Izraela, Łotwy i Niemiec, daleko więc nam było pod względem pobrań narządów od zmarłych dawców do Hiszpanii czy Portugalii. Systemowym problemem polskiej medycyny jest to, że każdy chce uczestniczyć i chwalić się sukcesem terapeutycznym, zaś zagadnienie rozpoznawania śmierci mózgu i ustalenie braku wskazań do kontynuowania terapii (tzw. terapii daremnej) dotyczą okoliczności niepowodzenia. Niesłusznie, bo przeszczepione narządy ratują zdrowie i życie. W związku z tym zaniedbano te tematy zarówno w dydaktyce przed-dyplomowej, jak i podyplomowej, nie tylko w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, ale też neurologii, neurochirurgii, radiologii i neonatologii. Natomiast zagadnienie niestosowania terapii daremnej powinny dotyczyć wszystkich specjalności. Długofalowym sposobem byłoby uzupełnienie deficytu szkoleniowego w drodze szerokiego porozumienia towarzystw naukowych i nadzorów krajowych wymienionych specjalności, a doraźnie poprzez organizowanie kursów z rozpoznawania śmierci mózgu w czasie szkolenia specjalizacyjnego.

Jak anestezjologia ewoluowała w ostatnich latach?

Anestezjologia zajmuje istotną i wszechstronną pozycję w ochronie zdrowia. Podstawowe filary to: znieczulenie (anestezja), w tym sedacja proceduralna, intensywna terapia, leczenie bólu i resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Jeszcze do niedawna, zanim nie uzyskała samodzielności, dziedziną „anestezjologiczną” była medycyna ratunkowa. Obecnie coraz częściej odgrywamy kluczową rolę w medycynie okołoperacyjnej. Jest to związane z rozwojem medycyny, która z jednej strony wykazuje spektakularny postęp, lecząc skutecznie stany jeszcze dwadzieścia lat temu nie do wyleczenia, z drugiej strony śmiertelność okołoperacyjna wzrasta, gdyż operujemy pacjentów w coraz cięższych stanach ogólnych. Ten trend jest niepokojący i wymaga specjalnej uwagi. Odrębnym obszarem i niezwykle ważnym dla anestezjologii doświadczeniem była pandemia COVID-19. Postęp w anestezjologii i intensywnej terapii związany jest głównie z coraz lepszym sprzętem

diagnostycznym i monitorującym, coraz lepszymi lekami używanymi w czasie znieczulenia oraz u pacjentów w stanie zagrożenia życia. Do tego docho- dzi oczywiście edukacja, która jest dzisiaj w Polsce na poziomie światowym, ze stale rosnącą liczbą anestezjologów z dyplomem Europejskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii (ESAIC).

Ostatnio toczy się dyskusja wśród anestezjologów, również za pomocą ankiet opublikowanych na stronach PTAiIT, na temat terapii daremnej w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii.

Terapia daremna czy „uporczywa”, jak niektórzy ją określają, nie powinna mieć miejsca i podobnie jak nieudzielenie pomocy w sytuacji, gdy pomoc jest możliwa i wskazana, jest postępowaniem nieetycznym. Wytyczne PTAiIT odnośnie do unikania terapii daremnej w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii zostały opublikowane już ponad 10 lat temu, a ostatnio Towarzystwo Internistów Polskich wydało podobne wytyczne dla innych oddziałów w szpitalu. Wystarczy je stosować. Ankiety służą aktualnej ocenie problemu. Nasze Towarzystwo wydało też niedawno wytyczne kwalifikacji do leczenia na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Mamy nadzieję, że przyczynią się one do optymalizacji leczenia krytycznie chorych zgodnie z aktualną wiedzą i możliwościami.

Jaka będzie anestezjologia przyszłości. Od jakich metod się odchodzi, jakie się wprowadza?

Mógłbym puścić wodze fantazji, ale powiem tak: anestezjologia będzie odgrywać coraz większą rolę w optymalizacji medycyny okołoperacyjnej i funkcjonowaniu lecznictwa zamkniętego, w prewencji i leczeniu ostrych stanów zagrożenia życia, poprawie bezpieczeństwa w ochronie zdrowia i efektywnej współpracy interdyscyplinarnej. To jest oczywiście życie i wizja, nad którą będziemy pracować, podobnie jak nad społecznym odbiorem

naszej roli w systemie ochrony zdrowia. Rozwój jest pewnym continuum – nowoczesne metody i leki wypierają starsze, mniej przydatne. Odchodzenie od pewnych metod wcale nie oznacza ich eliminacji. Dużym problemem jest praktyczne znaczenie wprowadzanych wytycznych, których realna wartość jest weryfikowalna po kilkunastu latach. Jak kiedyś, tak i dzisiaj – ukierunkowana i zindywidualizowana na pacjenta terapia, wiedza i doświadczenie pozostają warunkiem i podstawą sukcesu terapeutycznego.

A wyzwania?

Anestezjologia stoi przed takimi samymi wyzwaniami jak cały system ochrony zdrowia. Pandemia COVID-19 uświadomiła nam, jak bardzo wrażliwy to system i z jakimi problemami musi się mierzyć. Czy nam się to podoba, czy nie, musimy zaakceptować, że pacjent jest uchem i okiem oceniającym system. Poza społecznymi problemami należy brać pod uwagę kontekst geopolityczny, a także środowisko, w którym żyjemy, ze zmianami klimatycznymi włącznie. Profilaktyka i edukacja zdrowotna oraz bezpieczeństwo to są kluczowe obszary w opiece zdrowotnej.

Ostatnio dużo miejsca poświęca się bezpieczeństwu pacjenta.

Bezpieczeństwo pacjenta jest dzisiaj najważniejsze. Nie ma systemu ochrony zdrowia, w którym nie występowałyby problem szkód. Zakażenia, błędy w farmakoterapii oraz błędy diagnostyczne jako trzy główne wśród wielu innych przyczyn „zjadają” finanse przeznaczane na ochronę zdrowia nawet w najbogatszych krajach. W 2010 r. PTAiIT podpisało Deklarację helsińską o bezpieczeństwie pacjenta w anestezjologii (tzw. DeHeBePA), zapoczątkowując ideę promocji bezpieczeństwa pacjenta. W roku 2022 w Krakowie sygnowaliśmy wspólnie z innymi towarzystwami, organizacjami oraz Naczelną Izbą Lekarską

Interdyscyplinarną deklarację bezpieczeństwa pacjenta w odpowiedzi na akcję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w ramach lokalnych działań na rzecz zmniejszenia szkód w ochronie zdrowia i poprawy bezpieczeństwa pacjentów. Jedynie interdyscyplinarne współdziałanie z udziałem pacjentów jest w stanie zatrzymać niekorzystne trendy w systemach ochrony zdrowia. Coroczne Interdyscyplinarne Forum Bezpieczeństwa Pacjenta jest platformą wymiany doświadczeń oraz promocji praktycznych rozwiązań w tym zakresie i zbiega się z corocznym Międzynarodowym Dniem Bezpieczeństwa Pacjenta WHO, przypadającym na 17 września.

A bezpieczeństwo lekarzy? Anestezjolog jest narażony na działania

substancji stosowanych podczas przeprowadzanych czynności. Bezpieczeństwo całego personelu medycznego jest warunkiem bezpieczeństwa pacjenta. Podobnie jak bezpieczeństwo ratownika jest warunkiem podjęcia udzielania pierwszej pomocy. Warunki pracy anestezjologa znacznie się poprawiły, nasze standardy bezpieczeństwa personelu i monitorowania pacjentów są chronione rozporządzeniami ministra zdrowia. Leki stosowane przez anestezjologów w czasie znieczulenia to silne działające środki, które są bezpieczne tylko w rękach specjalisty. Zapobieganie wypaleniu zawodowemu oraz ogólny dobrostan wszystkich

lekarzy i pielęgniarek, w tym anestezjologów, to warunek efektywnej i bezpiecznej opieki zdrowotnej.

Anestezjologów brakuje, są placówki, gdzie jeden lekarz tej specjalności pracuje w kilku oddziałach.

Odkąd pamiętam, zawsze było nas za mało, czy było nas 2 tys., czy 4 tys. Okres pandemii paradoksalnie wpłynął na popularyzację i promocję tej specjalizacji i obecnie młodzi lekarze chętniej wybierają anestezjologię i intensywną terapię, podobnie jak medycynę rodzinną. Myślę, że obie te specjalizacje mogą w przyszłości zyskać na znaczeniu. ●

REKLAMA



Dach solarny SunRoof 2w1

Dach zintegrowany z ogniwami fotowoltaicznymi, który chroni i izoluje budynek, jednocześnie zasilając go zieloną energią.

Dołącz do grona liderów medycyny, którzy skorzystali z recepty na energooszczędność, wysoką estetykę i wzrost wartości domu w jednym.

LIMITOWANA OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY

- System bezpieczeństwa o wartości 15 tys. zł **GRATIS**
- Dostęp do Programu Ambadorskiego VIP
- Maksymalny wzrost wartości inwestycji

Zapraszamy do kontaktu:

lekarze@sunroof.se

22 123 7111

