

Prawo i organizacja pobierania i przeszczepiania narządów w Polsce

Jarosław Czerwiński, Roman Danielewicz

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego,

Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant

Z narządów przeszczepianych na świecie, pochodzących od dawców zmarłych, ponad 90% pochodzi od osób zmarłych wg neurologicznych kryteriów śmierci, tzn. w mechanizmie śmierci mózgu. Pozostałe 10% jest pozyskiwane od zmarłych w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia oraz od dawców żywych. W Polsce każdego roku przeszczepia się ok. 1500 narządów pobranych od ok. 600 dawców zmarłych ze stwierdzoną śmiercią mózgu oraz ok. 50 nerek i 20 fragmentów wątroby pobranych od dawców żywych.

Przeszczepianie narządów jest w odbiorze społecznym wrażliwą metodą leczenia i narażoną na sytuacje kryzysowe, dlatego medycynie transplantacyjnej, bardziej niż innym dyscyplinom klinicznym potrzebne są precyzyjne regulacje prawne, dobra organizacja, opierająca się na akredytowanych instytucjach, przejrzystość i transparentność działania oraz właściwe systemy jakości i bezpieczeństwa. Spełnienie ww. wymogów świadczy o wydolności i praworządności przestrzeni i systemu transplantacyjnego nowoczesnego kraju. Polska te warunki spełnia i jest w gronie 6 państw europejskich o największej aktywności w dziedzinie medycyny transplantacyjnej (obok Francji, Hiszpanii, Niemiec, Wielkiej Brytanii i Włoch).

Podstawowym aktem prawnym regulującym i organizującym polską przestrzeń transplantacyjną, jest ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 r. (często nazywana „ustawą transplantacyjną”). Zasadnicze uregulowania wynikające z ustawy oraz 24 zarządzeń i rozporządzeń wykonawczych do ustawy są następujące:

1. Pobranie narządów od osoby zmarłej jest możliwe po komisyjnym rozpoznaniu zgonu (śmierć mózgu lub nieodwracalne ustanie krążenia);
2. Pobranie tkanek i narządów jest dopuszczalne, gdy zmarły za życia nie wyraził sprzeciwu

(stworzono Centralny Rejestr Sprzeciwów, gdzie można zastrzec, że nie chce się oddać narządów do przeszczepienia, w razie nagłej śmierci. Wprowadzono także dwie inne formy wyrażenia sprzeciwu);

3. Dozwolone jest pobranie narządu celem przeszczepienia (w praktyce nerki lub fragmentu wątroby, ale także jelita lub trzustki) od dawcy żywego na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwa, osoby przysposobionej lub małżonka oraz innej osoby, jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste;

4. Ustawa zobowiązuje do opracowania i stosowania transparentnych i sprawiedliwych zasad wyboru biorcy narządu (alokacji narządu) opartych o kryteria medyczne (pilność przeszczepienia, zgodność tkankowa, wiek biorcy i dawcy, przewidywane wyniki przeszczepienia). Alokacja dotyczy osób wpisanych na krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie, co jest bezwzględnym warunkiem otrzymania przeszczepu w Polsce;

5. Ustalone zostały zasady monitorowania jakości i bezpieczeństwa procedur transplantacyjnych i wskazane instytucje nadzorujące system (Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji - **Poltransplant**);

6. Wykonywanie procedur transplantacyjnych jest możliwe w podmiotach leczniczych posiadających pozwolenia Ministra Zdrowia, które są wydawane po przeprowadzeniu kontroli i po pozytywnym zaopiniowaniu wniosku przez Krajową Radę Transplantacyjną;

7. Ustawa dała podstawy do utworzenia rejestrów takich jak Centralny Rejestr Sprzeciwów, krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie, rejestr przeszczepień i rejestr żywych dawców. Wpisywanie danych do rejestrów jest obowiązkowe.;

8. Zdefiniowane zostały zasady tworzenia i działania ośrodków dawców szpiku (wymagane pozwolenie Ministra Zdrowia) i Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej jako jedynego rejestru dawców szpiku w Polsce (prowadzenie powierzono Poltransplantowi);

9. Utworzono i przypisano zakres kompetencji instytucjom takim jak:

- Krajowa Rada Transplantacyjna (organ opiniodawczy i doradczy Ministra Zdrowia);

- Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek;

- Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do spraw Transplantacji Poltransplant.

10. Przywóz i wywóz z Polski narządów podlega ścisłej rejestracji i każdorazowo wymaga zgody dyrektora Poltransplantu, w przypadku narządów i komórek krwiotwórczych lub dyrektora Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, w przypadku tkanek i komórek innych, niż komórki krwiotwórcze szpiku i krwi pępowinowej

11. Finansowanie pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów odbywa się ze środków publicznych, płatnikami są Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia;

12. Medycyna transplantacyjna w Polsce jest otwarta na współpracę międzynarodową w zakresie wymiany osiągnięć naukowych, doświadczeń i najlepszych praktyk;

13. Osoby, których czynności wpływają na jakość pobieranych i przeszczepianych komórek, tkanek i narządów oraz bezpieczeństwo dawców i biorców przeszczepów wymagają szkoleń wstępnych, uaktualniających i ustawicznych.

14. Wprowadzono zakaz i penalizację handlu komórkami, tkankami i narządami, wykonywania procedur transplantacyjnych bez wymaganego pozwolenia, prowadzenia banku tkanek bez wymaganego pozwolenia, niezgłaszania biorców lub dawców szpiku lub narządów do właściwych rejestrów.

Polskie ustawodawstwo w dziedzinie medycyny transplantacyjnej jest zgodne z prawem Unii Europejskiej, regulacjami WHO i Rady Europy, jest nowoczesne i kompleksowe, także w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej. Pełny zbiór obowiązujących aktów prawnych oraz zasad organizacji pobierania i przeszczepiania narządów jest dostępny na stronie www.poltransplant.org.pl.

Prawo i organizacja pobierania i przeszczepiania narządów od zmarłych dawców

Regulacje prawne, systemy organizacyjne i systemy jakości pobierania i przeszczepiania narządów od zmarłych dotyczą w szczególności następujących obszarów:

- dawstwa narządów;
- listy oczekujących na przeszczepienie;
- alokacji i dystrybucji (wyboru biorcy i ośrodka przeszczepiającego);
- przeszczepiania;
- wyników przeszczepiania;
- zasobów, środków i podmiotów realizujących czynności transplantacyjne.

Dawstwo narządów

Dawstwo narządów od osób zmarłych i żywych jest obok leczenia, zapobiegania chorobom oraz edukacji jednym z czterech strategicznych obszarów działania każdego szpitala. Zgłaszanie możliwości pobrania narządów celem przeszczepienia od osób zmarłych jest także prawnym obowiązkiem szpitali w Polsce.

Proces pozyskiwania narządów do przeszczepienia od zmarłego dawcy (rekrutacja dawcy) w szpitalu przebiega w każdym przypadku podobnie i składa się z następujących etapów:

- identyfikacja potencjalnego dawcy;
- kwalifikacja dawcy i narządów do pobrania;
- rozpoznanie śmierci mózgu;
- autoryzacja pobrania (w tym rozmowa z rodziną potencjalnego dawcy nt. pobrania narządów);
- opieka nad zmarłym dawcą narządów;
- koordynacja pobrania narządów;
- pobranie narządów.

Są dwa kluczowe momenty, których zaniechanie lub niewłaściwe poprowadzenie wstrzymuje bieg wydarzeń zmierzających do pobrania i przeszczepienia, są to:

- wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu (identyfikacja możliwości pobrania) i
- przekazanie informacji o możliwości pobrania do krajowego systemu transplantacyjnego (koordynacja pobrania wielonarządowego).

Z tych powodów:

- każda osoba z wysuniętym podejrzeniem śmierci mózgu powinna mieć wdrożone postępowanie potwierdzające rozpoznanie, w przeciwnym razie istnieje możliwość utraty możliwości do wykorzystania narządów oraz nieuzasadnionego wentylowania zwłok,

- każdy zmarły w mechanizmie śmierci mózgu powinien być rozpatrywany jako potencjalny zmarły dawca narządów i zgłoszony do biura koordynującego pobieranie narządów na terenie całego kraju, mieszczącego się w Poltransplancie.

Opisana wyżej ścieżka pozyskiwania narządów do przeszczepienia wiąże się następującym nazewnictwem dawców narządów:

- prawdopodobny zmarły dawca – to osoba z ciężkim, pierwotnym lub wtórnym uszkodzeniem mózgu, wentylowana respiratorem i u której nie stwierdza się bezwzględnych medycznych przeciwwskazań do dawstwa narządów,

- potencjalny zmarły dawca – to osoba, u której wysunięto podejrzenie lub potwierdzono śmierć mózgu i u której nie stwierdza się bezwzględnych medycznych przeciwwskazań do dawstwa narządów,

- zakwalifikowany zmarły dawca – to osoba, u której stwierdzono śmierć mózgu, nie stwierdza się bezwzględnych medycznych przeciwwskazań do dawstwa narządów i została przeprowadzona autoryzacja pobrania, w tym rozmowa z rodziną potencjalnego dawcy

- rzeczywisty zmarły dawca narządów – to zmarły, od którego przynajmniej jeden narząd został pobrany celem przeszczepienia

- wykorzystany zmarły dawca – to osoba, od której przynajmniej jeden narząd został przeszczepiony.

Identyfikacja potencjalnego dawcy narządów

Identyfikacja potencjalnego zmarłego w mechanizmie śmierci mózgu dawcy narządów:

1. Dążenie do pobrania narządów od zmarłej osoby Jest obowiązkiem każdego współczesnego szpitala w Polsce i może się odbywać tylko w jednostkach, które spełniają następujące warunki:

- posiadają możliwość leczenia w warunkach intensywnej terapii (leczenia chorych z ciężkim pierwotnym lub wtórnym uszkodzeniem mózgu, nieprzytomnych i wentylowanych respiratorem, czyli prawdopodobnych dawców narządów),

- mają możliwość stwierdzenia śmierci mózgu (lekarze odpowiedniej specjalności wchodzący w skład komisji stwierdzającej śmierć mózgu, wyposażenie służące przeprowadzeniu prób potwierdzających śmierć mózgu)

- istnieje możliwość pobrania narządów, czyli działa blok operacyjny.

Na pobieranie narządów, tkanek i komórek nie wymaga się żadnych dodatkowych pozwoleń.

2. Szpital, w którym leczy się chorego, który umiera, inicjuje możliwość pobrania i wykorzystania narządów do przeszczepienia i jest najważniejszym ogniwem rekrutacji zmarłego dawcy. W związku z tym, że liczba przeszczepianych narządów jest ściśle związana z liczbą pobrań od zmarłych dawców, jest to najważniejszy wskaźnik skuteczności krajowych systemów transplantacyjnych.
3. Lekarze z oddziałów intensywnej terapii i szpitalny koordynator pobierania narządów, uruchamiają dalsze działania w celu rekrutacji zmarłego dawcy.
4. Efektywność szpitala w pozyskiwaniu wszystkich potencjalnych dawców, jest świadectwem potencjału dawstwa w danym szpitalu i skuteczności działań powołanych w tym celu służb.

W Polsce 60% rzeczywistych zmarłych dawców narządów to osoby z chorobą naczyń mózgowych (udar krwotoczny, udar niedokrwienny), 30% to zmarli w wyniku urazu czaszkowo-mózgowego i 10% to zmarli z innych przyczyn (wybrane guzy mózgu, wtórne uszkodzenie mózgu wskutek niedotlenienia po przebytych zatrzymaniu krążenia, uszkodzenie mózgu wskutek zatrucia, ofiary samobójstw).

Kwalifikacja zmarłego dawcy i narządów do pobrania i przeszczepienia

Już na etapie wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu (potencjalny zmarły dawca narządów) rozpoczyna się proces kwalifikacji dawcy oraz poszczególnych narządów do pobrania i przeszczepienia (cechy dawcy i narządu/narządów). Szpitalny koordynator transplantacyjny gromadzi informacje medyczne o zmarłym i narządach, powstaje charakterystyka zmarłego dawcy, zawierająca dane o przebytych i aktualnych chorobach (między innymi o chorobach nowotworowych i zakaźnych), przebytych operacjach. Koordynator gromadzi wyniki badań biochemicznych, obrazowych i czynnościowych, oceniających dawcę i narządy, zleca badania wirusologiczne (w Polsce obowiązkowo badania w kierunku zakażenia HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, cytomegalii), badania mikrobiologiczne oraz wykonuje (a jeśli nie jest lekarzem – organizuje) szczegółowe badanie przedmiotowe. Nagromadzenie informacji medycznych o dawcy i narządach umożliwia lekarzowi transplantologowi przeprowadzenie wstępnej kwalifikacji zmarłego, jako dawcy narządów w ogóle i jako dawcy poszczególnych narządów oraz dokonania prawidłowej oceny ryzyka i korzyści, płynących z wykorzystania narządów.

Decyzję o wykorzystaniu narządu do przeszczepienia lub jego dyskwalifikacji podejmuje lekarz transplantolog z ośrodka transplantacyjnego, wykluczając w pierwszej kolejności bezwzględne przeciwwskazania do pobrania i przeszczepienia narządów tj.:

- chorobę nowotworową,
- niekontrolowane i uogólnione zakażenie bakteryjne lub grzybicze,
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B,
- chorobę Creutzfeldta-Jacoba,
- ciężkie uszkodzenie narządu mającego być przedmiotem przeszczepienia.

Dalsze gromadzenie informacji o dawcy i funkcji poszczególnych narządów (cech), które mogą być przedmiotem pobrania i przeszczepienia, następuje na dalszych etapach rekrutacji dawcy tj.:

- na podstawie przebiegu opieki nad zmarłym dawcą (obserwacje zaburzeń hemodynamicznych i diurezy, stosowane leki)
- podczas rozmowy z rodziną (pozyskanie informacji o przebytych chorobach, operacjach, nałogach, czynnikach ryzyka, związanych z zachowaniami żywymi zmarłego, jest jednym z celów rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy)
- podczas pobrania narządów (chirurg w trakcie pobrania może stwierdzić obecność schorzeń dyskwalifikujących dawcę i narządy od pobrania i przeszczepienia)
- podczas przechowywania narządów (dochodzą nowe, niezależne od dawcy cechy narządu jak czas i sposób przechowywania)
- bezpośrednio przed przeszczepieniem (kiedy ostateczne oględziny podczas bezpośredniego przygotowania narządu do przeszczepienia, wskażą na patologię narządu, uniemożliwiającą przeszczepienie, np. mały, ukryty w tkance tłuszczowej torebki nerki nowotwór.

Gromadzenie cech zmarłego - potencjalnego dawcy narządów (charakterystyka dawcy) ma na celu:

- bezpieczeństwo przyszłego biorcy poprzez pomniejszenie ryzyka przeniesienia choroby od dawcy do biorcy wraz z przeszczepionym narządem,

- prawidłowy wybór biorcy (alokacja narządów),
- przewidywanie wyników przeszczepienia.

Wykorzystanie narządu o niepełnej lub błędnie sporządzonej charakterystyce, jest istotnym zdarzeniem niepożądanym. Wagę problemu prawidłowego gromadzenia cech dawcy i narządu, szczególnie w kontekście bezpieczeństwa biorcy i międzynarodowej wymiany narządów, podkreśla dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/53/UE z dnia 7 lipca 2010 r. w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich, przeznaczonych do przeszczepienia, gdzie podany został katalog „minimalnych danych – informacji do charakterystyki narządów i dawców, które muszą zostać zebrane w każdym przypadku dawstwa”, są to: instytucja, w której miało miejsce pobranie narządu i inne dane ogólne, rodzaj dawcy, grupa krwi, płeć, przyczyna zgonu, data zgonu, data urodzenia, wiek, waga, wzrost, nadużywanie narkotyków drogą dożylną w chwili obecnej lub w przeszłości, nowotwór złośliwy w chwili obecnej lub w przeszłości, inne choroby, które mogą być przeniesione, aktualnie obecne lub przebyte w przeszłości, testy na HIV, HCV, HBV, podstawowe informacje pozwalające ocenić czynności oddanego narządu.

Rozpoznanie śmierci

Podstawowym warunkiem pobrania narządów od osób zmarłych jest stwierdzenie zgonu zgodnie z przepisami, które obowiązują w danym kraju („zasada zmarłego dawcy”). W Polsce narządy do przeszczepienia mogą być pobrane od osób z nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu i po rozpoznaniu śmierci mózgu oraz od osób zmarłych w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia (to ostatnie, mimo zezwalających regulacji prawnych, nigdy jeszcze nie miało miejsca).

Śmierć mózgu. Śmierć mózgu stwierdza komisja złożona z trzech lekarzy specjalistów (w tym zawsze specjaliści z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii oraz neurologii lub neurochirurgii i dodatkowy lekarz innej specjalności) po rozpoznaniu u potencjalnego dawcy śpiączki i określeniu jej przyczyny, stwierdzeniu nieodwracalności uszkodzenia mózgu, wykluczeniu zatrucia, poważnych zaburzeń metabolicznych i endokrynologicznych oraz po przeprowadzeniu badań klinicznych, oceniających czynność mózgu (badania odruchów z pnia mózgu, badanie trwałości bezdechu). W szczególnych sytuacjach wykonywane są badania elektrofizjologiczne (np. EEG) lub badania radiologiczne (np. arteriografia tętnic mózgowych, scyntygrafia mózgu). Rozpoznanie śmierci mózgu, jest równoznaczne ze stwierdzeniem osobniczej śmierci człowieka, mimo utrzymującej się czynności serca. Z chwilą stwierdzenia śmierci mózgu zanika napęd oddechowy i respirator wentyluje zwtłoki, podtrzymując funkcję szeregu narządów. Z chwilą stwierdzenia śmierci mózgu ustaje obowiązek

kontynuowania leczenia. Komisja, w której kompetencji leży stwierdzenie śmierci, sporządza ze swojego postępowania protokół – protokół śmierci mózgu, a w przypadku jakiegokolwiek wątpliwości dotyczącej śmierci mózgu komisja odstępuje od jej stwierdzenia. Zapis mówiący, że członkowie komisji nie mogą brać bezpośredniego udziału w pobraniu i przeszczepieniu narządów od tego dawcy eliminuje ewentualny konflikt interesów.

Śmierć w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Historycznie, przed wprowadzeniem i upowszechnieniem na świecie i w Polsce kryteriów trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu (stwierdzenie śmierci na podstawie kryteriów neurologicznych), narządy pobierano od dawców z zatrzymanym krążeniem (stwierdzenie śmierci na podstawie kryteriów krążeniowych). Pobranie narządów od zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu i z zachowanym krążeniem daje lepsze wyniki przeszczepiania i umożliwia pobranie i wykorzystanie do przeszczepienia serca. Dlatego na wiele lat zaprzestano w Polsce tego typu pobrań, tym bardziej, że brak było odpowiednich regulacji prawnych i specjalistycznych procedur. Nowelizacja ustawy transplantacyjnej z 2009 r. przyniosła odpowiednie zapisy, które ponownie umożliwiły pobieranie narządów od zmarłych, po stwierdzeniu zgonu w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Odpowiednie obwieszczenie Ministra Zdrowia daje szczegółowe wytyczne w tym zakresie; narządy mogą być pobrane po 20 minutach nieskutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej (w przypadku dzieci poniżej 2 roku życia czas nieskutecznej resuscytacji wynosi 45 min) oraz 5 minutowym okresie obserwacji (bez prowadzenia resuscytacji), w czasie którego potwierdza się brak tętna na dużych naczyniach, brak spontanicznego oddechu i brak odruchów z pnia mózgu w badaniu neurologicznym. Rozpoznanie zgonu w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia, poprzedzające pobranie narządów, potwierdza 2 specjalistów z następujących dziedzin medycyny: anestezjologia i intensywne terapia, medycyna ratunkowa, choroby wewnętrzne, kardiologia, kardiologia dziecięca. Pomimo, że wprowadzone regulacje umożliwiły dawstwo narządów po zatrzymaniu krążenia, dotychczas tego typu pobrań w Polsce nie było. Przygotowania do pobrań narządów od zmarłych po zatrzymaniu krążenia trwają w kilku warszawskich szpitalach i polegają min. na budowie i implementacji szpitalnych procedur i systemów jakości w tym obszarze oraz szkoleniu personelu.

Autoryzacja pobrania

Kolejnym etapem pozyskiwania narządów od zmarłych dawców jest autoryzacja pobrania, czyli uzyskanie prawnego przyzwolenia na pobranie, zgodnie z ustawodawstwem obowiązującym w danym kraju. W Polsce przyjęta została formuła zarejestrowanego, wyrażonego za życia sprzeciwu na

pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów celem przeszczepienia. Taki sprzeciw każda osoba powyżej 16 roku życia może wyrazić w swoim imieniu, na jeden z trzech sposobów: zarejestrowanie sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów (w tym celu należy wypełnić dostępny na stronie www.poltransplant.org.pl/form_main.html formularz, który następnie przesyła się do Poltransplantu), sporządzenie oświadczenia o sprzeciwie na piśmie lub złożenie oświadczenia o sprzeciwie ustnie w obecności dwóch świadków. Lekarz, który ma dokonać pobrania jest zobowiązany do sprawdzenia istnienia sprzeciwu osoby zmarłej na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów. W takim ujęciu prawnym brak sprzeciwu umożliwia pobranie narządów bez konieczności pozyskania zgody innych osób, np. zgody członków rodziny. Bliscy osoby zmarłej są informowani o zamiarze pobrania narządów, lecz nie są pytani o zgodę na te czynności. Rodzina może dostarczyć sporządzone za życia oświadczenie pisemne wyrażające sprzeciw lub świadczyć, że zmarły ustnie taki sprzeciw w ich obecności wyrażał. Kolejnym ważnym celem rozmowy z rodziną jest pozyskanie od jej członków informacji i dokumentów na temat stanu zdrowia, przebytych i aktualnych schorzeń oraz nałogów zmarłego, które są istotne z punktu widzenia norm jakości i bezpieczeństwa i służą ocenie ryzyka wykorzystania narządów do przeszczepienia. Rozmowa z rodziną osoby zmarłej najpierw o śmierci, potem o zamiarze pobrania, jest zwykle najtrudniejszym momentem w procesie pozyskiwania narządów do przeszczepienia, zawsze jest pełna emocji i wymaga od rozmówcy szczególnej empatii. W części przypadków (10 – 12%) rodzina wyraża kategoryczny sprzeciw na pobranie narządów od zmarłej bliskiej osoby. W takiej sytuacji wola rodziny, choć z prawnego punktu widzenia nie wiążąca, jest respektowana i nie dochodzi do pobrania narządów. W przypadku, gdy istnieje podejrzenie, że do śmierci potencjalnego dawcy doszło w wyniku przestępstwa, istnieje dodatkowy obowiązek uzyskania zgody prokuratora na pobranie narządów; przypadki sprzeciwu prokuratora zdarzają się rzadko.

Opieka nad zmarłym dawcą

Zaburzenia ustrojowe u potencjalnego zmarłego dawcy narządów kumulują zjawiska patofizjologiczne, wynikające z obecności schorzeń za życia, następstw urazu lub choroby, które doprowadziły do śmierci, przeprowadzonego leczenia oraz przede wszystkim zjawisk towarzyszących śmierci mózgu. Należyte, wielokierunkowe i wymagające wiedzy i sprzętu medycznego działania w czasie pomiędzy stwierdzeniem zgonu, a pobraniem narządów, zwiększa liczbę dostępnych narządów do transplantacji i zapewnia ich należyłą czynność po przeszczepieniu. Zasady opieki nad zmarłym dawcą nie są ujęte regulacjami prawnymi, lecz są zawarte w specjalistycznych wytycznych.

Koordinacja pobrania wielonarządowego i pobranie narządów

Dawca wielonarządowy to rzeczywisty zmarły dawca, od którego zostały pobrane celem przeszczepienia nerki i przynajmniej jeden inny narząd. Zazwyczaj jest to dawca bez istotnych czynników ryzyka, młody i krótko przebywający w oddziale intensywnej terapii, przez co ryzyko wystąpienia zakażenia jest niewielkie, nie leczący się uprzednio z powodu schorzeń układu krążenia, oddechowego, bez występowania niekontrolowanych zaburzeń hemodynamicznych i z dobrą czynnością narządów, które mają być przedmiotem pobrania, a potem przeszczepienia. Odsetek dawców wielonarządowych w Polsce wynosi 50 – 60% i może wzrastać wskutek wprowadzenia agresywnych metod opieki nad dawcą. Rekrutacja zmarłego dawcy wielonarządowego, pobranie i przeszczepienie wielu narządów od jednego dawcy to praca ok. 100 osób z kilkunastu oddziałów i pracowni, kilku szpitali z całego kraju, jednostek transportowych i innych służb medycznych trwająca ok. 30 godzin. Koordinacja pobrania narządów uruchamia także proces koordynacji przeszczepienia i dla zrozumienia procesu pobrania – przeszczepienia procesy te zostaną omówione razem.

Pobranie i przeszczepienie narządów od zmarłego dawcy nie są procedurami, które daje się zaplanować co do czasu i miejsca ich realizacji, tym bardziej zatem wymagają wprowadzenia i realizacji standardowych procedur. Koordinacja pobrania wielonarządowego jest ważnym obszarem jakości o zasięgu ogólnopolskim w procesie dawstwa narządów.

1. Zgłoszenie potencjalnego dawcy. Koordinacja pobrania wielonarządowego rozpoczyna się z chwilą zgłoszenia możliwości pobrania do Centrum Poltransplantu w Warszawie, gdzie pełnione są 24-godzinne dyżury. Obecnie zgłoszenie odbywa się drogą elektroniczną z użyciem modułu „Koordinacja” w narzędziu sieciowym www.rejestry.net. Dostęp i korzystanie z tego narzędzia jest limitowany posiadaniem odpowiednich praw i haseł dostępu; różne uprawnienia mają szpitalni koordynatorzy pobierania narządów, koordynatorzy pobierania i przeszczepiania narządów w ośrodkach transplantacyjnych i koordynatorzy Poltransplantu.
2. Zakwalifikowanie zmarłego dawcy. Do Poltransplantu są najczęściej zgłaszani dawcy potencjalni, tzn. osoby z ciężkim pierwotnym lub wtórnym uszkodzeniem mózgu, u których wysunięto podejrzenie śmierci mózgu i bez bezwzględnych przeciwwskazań do wykorzystania narządów, najczęściej jeszcze z niepełną charakterystyką, bez rozpoznania śmierci i bez autoryzacji pobrania. Na tym etapie wspólnym zadaniem koordynatorów szpitalnych, regionalnych i koordynatora Poltransplantu jest zakwalifikowanie dawcy. Koordynator szpitalny uzupełnia i wprowadza do rejestru brakujące cechy dawcy, dokumentuje moment rozpoznania śmierci i jest odpowiedzialny za autoryzację pobrania

- (rozmowa z rodziną, pozyskanie opinii prokuratora w sytuacjach, gdy jest to wymagane). Koordynator regionalny wspomaga koordynatora szpitalnego w przeprowadzeniu tych badań i konsultacji, których nie można wykonać w szpitalu dawcy oraz zapewnia materiał do typowania tkankowego. Koordynator Poltransplantu z kolei sprawdza i wyklucza wpis złożony przez osobę zmarłą za życia w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, wyrażający sprzeciw na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów oraz ostatecznie sprawdza, czy wszystkie wymogi zostały spełnione, by uznać zmarłego za dawcę zakwalifikowanego.
3. Alokacja i dystrybucja narządów. Na tym etapie koordynator porozumiewa się z koordynatorami regionalnymi z ośrodków transplantacyjnych i zgłasza im możliwość pobrania narządów. Koordynatorzy regionalni mają wgląd do modułu „koordynacja” i mogą zapoznać się z cechami zmarłego dawcy. Alokacja narządów i dystrybucja ofert pobrania narządów dla poszczególnych zespołów transplantacyjnych odbywa się wg ściśle określonych zasad (patrz niżej).
 4. Akceptacja narządu do pobrania i przeszczepienia. Narząd do pobrania i przeszczepienia akceptuje lekarz z ośrodka transplantacyjnego w oparciu o analizę cech dawcy oraz w oparciu o analizę cech potencjalnych biorców, zakwalifikowanych do przeszczepienia. Lekarz decydujący o pobraniu i przeszczepieniu ma prawo podjąć większe ryzyko, akceptując dawcę i narząd o rozszerzonych, ale akceptowalnych kryteriach oraz uwzględniając pilność wskazań do przeszczepienia u biorców, ale może także z oferowanego narządu zrezygnować.
 5. Ustalenie zakresu pobrania narządowego. Koordynator Poltransplantu gromadzi informacje nt. zakresu pobrania narządów oraz zespołów pobierających i informacje te przekazuje do koordynatorów regionalnych z ośrodków transplantacyjnych oraz koordynatora w szpitalu dawcy. Informacja ta znajduje się także w elektronicznym systemie www.rejestry.net.
 6. Zgłoszenie możliwości pobrania tkanek. Zmarły dawca narządów jest także potencjalnym dawcą tkanek. Obowiązkiem koordynatora Poltransplantu jest powiadomienie o możliwości pobrania tkanek koordynatora Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek. Dystrybucja pobrań tkankowych odbywa się równolegle z dystrybucją pobrań narządowych.
 7. Ustalenie godziny pobrania. Szpital dawcy oraz ośrodki transplantacyjne, które zaakceptowały narząd do pobrania znajdują się najczęściej w różnych, często znacznie oddalonych miejscowościach. Ustalenie dogodnego momentu rozpoczęcia operacji zarówno z perspektywy szpitala dawcy jak i z perspektywy mnogich zespołów pobierających bywa trudne i musi uwzględniać: stopień zaburzeń ustrojowych u zmarłego

dawcy (w 1 – 3% przypadków dochodzi do utraty możliwości pobrania wskutek zatrzymania krążenia u dawcy przed przyjazdem ekip pobierających narządy), możliwości czasowe i lokalowe w szpitalu dawcy (wykorzystanie sali operacyjnej i personelu), możliwości transportowe zespołu pobierającego (duża odległość pomiędzy szpitalem dawcy i ośrodkiem transplantacyjnym, transport lotniczy przy złej pogodzie), możliwości przygotowania biorcy w ośrodku transplantacyjnym (transport biorcy do ośrodka).

8. Potwierdzenie pobrania. Bezpośrednio po dokonaniu pobrania narządu koordynatorzy regionalni z poszczególnych ośrodków transplantacyjnych odnotowują ten fakt w narzędziu sieciowym w module „koordynacja”.
9. Potwierdzenie przeszczepienia. Potwierdzenie dokonania przeszczepienia kończy proces koordynacji pobrania wielonarządowego. Informację o dokonanym przeszczepieniu wraz z personaliami biorcy i informacją o bezpośrednim wyniku operacji koordynator regionalny z ośrodka transplantacyjnego wpisuje do modułu „koordynacja”, dodatkowo wysyła taką informację w postaci papierowej do Poltransplantu.

Należyte prowadzenie dokumentacji pobrania wielonarządowego i przeszczepienia to kolejny obszar systemu jakości medycyny transplantacyjnej. Daje możliwość odtworzenia procesu i identyfikacji osób, podmiotów leczniczych zaangażowanych w pobranie i przeszczepienie, śledzenia po latach losów narządów i biorców przeszczepów.

Większość dokumentacji wraz z odnotowaniem daty i godziny opisywanej czynności, jest obecnie gromadzona w postaci elektronicznej narzędzia sieciowego www.rejestry.net, co jednocześnie daje możliwość identyfikacji osoby dokonującej wpisu (klucze dostępu). Część dokumentacji jest także gromadzona w postaci papierowej.

Dokumentacja dotycząca pobrania gromadzona w szpitalu dawcy obejmuje:

- protokół komisyjnego stwierdzenia śmierci mózgu;
- informację, na jakiej podstawie została dokonana autoryzacja pobrania (np. kopia dokumentu z centralnego rejestru sprzeciwów);
- informacja, czy zasięgnięto opinii prokuratora w sprawie możliwości pobrania narządów;
- protokół pobrania narządów sporządzany przez zespoły transplantacyjne i będący opisem operacji pobrania narządów wraz z informacją, czy i jakie zmiany chorobowe lub następstwa urazu stwierdzono u dawcy w trakcie pobrania.

Dokumentacja gromadzona w ośrodku transplantacyjnym poza informacją o dawcy i biorcy przeszczepu obejmuje:

- protokoły pobrania narządów;
- protokół wyboru biorcy przeszczepu, który jest przesyłany do Poltransplantu;
- karta biorcy narządu (dokument w formie papierowej zawierający podstawowe informacje o poszczególnym dawcy, narządzie i biorcy, zaopatrzone w podpis osoby odpowiedzialnej i przesyłany do Poltransplantu);
- informacje o zdarzeniach i reakcjach niepożądanych, które obecnie także w większości gromadzone są w www.rejestry.net i w ten sposób przesyłane do Poltransplantu.

Dokumentacja w Poltransplancie jest także gromadzona obecnie najczęściej w postaci elektronicznej. Dodatkowo w postaci papierowej gromadzone są protokoły wyboru biorców i karty biorców narządów. Sporządzany jest także ręcznie protokół każdej koordynacji pobrania narządów. W elektronicznych bazach danych Poltransplantu znajdują się informacje o wszystkich pobraniach i przeszczepieniach od 1998 r., a w postaci dokumentów papierowych od 1992 r.

Prawo i organizacja pobierania i przeszczepiania narządów od osób żywych

Polskie prawo pozwala na pobieranie od żywych dawców komórek, tkanek i narządów celem przeszczepienia i określa zasady takiego postępowania. Polskie regulacje prawne w tym zakresie wspierane są rezolucjami, rozporządzeniami i komunikatami międzynarodowymi (Zasady Przewodnie WHO, regulacje Rady, Parlamentu i Komisji Europejskiej) oraz rekomendacjami towarzystw naukowych, zasadami należytego postępowania lekarskiego oraz opiniami specjalistów. Wolno pobierać i przeszczepiać narządy od żywych dawców przy spełnieniu szeregu warunków w obszarze dawstwa, pobrania i przeszczepienia z zakresu bezpieczeństwa dawcy, monitorowania wyników pobrań i przeszczepień, przejrzystości i systemu jakości, autoryzacji osób i podmiotów wykonujących te czynności.

Dawstwo.

1. Można być dawcą narządu na rzecz konkretnej osoby (tzw. dawstwo nakierowane). Dawca wie, kim jest biorca i zgadza się oddać narząd konkretnej osobie. Podobnie biorca wie, kim jest dawca i zgadza się przyjąć narząd od tej konkretnej osoby. Nie ma w Polsce systemu dawstwa anonimowego (czasem nazywanego dawstwem altruistycznym).

2. Narząd może być pobrany na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwa, osoby przysposobionej, małżonka oraz na rzecz innej osoby, jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste. W tym ostatnim przypadku pobranie musi być poprzedzone zgodą sądu rejonowego wydane w postępowaniu nieprocesowym i które sąd wszczyna na wniosek potencjalnego dawcy. Wniosek musi być poparty pisemną zgodą biorcy, pozytywną opinią Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej oraz orzeczeniem kierownika zespołu lekarskiego, który ma dokonać pobrania o zasadności i celowości wykonania zabiegu.
3. Interpretacja klauzuli „szczególne względy osobiste” dokonana przez zespół prawny Krajowej Rady Transplantacyjnej, zgodnie z wolą ustawodawcy jest szeroka. Pozwala uwzględniać różnego rodzaju relacje pomiędzy dawcą i biorcą (małżonkowie po orzeczeniu rozwodu, przyrodnie rodzeństwo, krewni w linii bocznej bez ograniczenia stopnia, powinowaci w linii prostej i bocznej, osoby pozostające we wspólnym pożyciu i pozostający w bliskich stosunkach). Zespół przyjmuje dopuszczalność istnienia szczególnych względów osobistych także w przypadku tzw. przeszczepów krzyżowych.
4. Kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody szczegółowo poinformowany o rodzaju zabiegu, ryzyku związanym z zabiegiem przez lekarza wykonującego zabieg oraz przez innego lekarza, nie biorącego bezpośredniego udziału w pobieraniu i przeszczepianiu narządu.
5. Kandydat na dawcę powinien spełniać wymagania zdrowotne pozwalające na ustalenie, że pobranie i przeszczepienie narządu nie spowoduje u niego lub u biorcy następstw zagrażających życiu lub zdrowiu.
6. Orzeczenie o stanie zdrowia potencjalnego dawcy wydaje lekarz kwalifikujący do pobrania na podstawie przeprowadzonych badań ze szczególnym uwzględnieniem braku przeciwwskazań do oddania narządu (orzeczenie zawiera stwierdzenie: „brak przeciwwskazań do pobrania narządu”).
7. Potencjalny dawca musi mieć pełną zdolność do czynności prawnych i wyraża dobrowolną zgodę na pobranie narządu w celu przeszczepienia określonemu biorcy.
8. Potencjalny dawca został przed wyrażeniem zgody uprzedzony o skutkach dla biorcy wynikających z wycofania zgody w ostatniej fazie przygotowania do przeszczepienia.
9. W celu monitorowania i oceny stanu zdrowia żywych dawców, od których pobrano narząd do przeszczepienia powstał prowadzony przez Poltransplant rejestr żywych dawców. Rejestr prowadzony jest w elektronicznym systemie www.rejestry.net. Za dokonywanie wpisów do rejestru (bezpośrednio po pobraniu, w 3 i 12 miesięcy po pobraniu i dalej co 12 miesięcy) odpowiedzialny jest podmiot, który dokonał pobrania.
10. Dawcy narządu przysługuje tytuł (odznaka i legitymacja) Zasłużony Dawca Przeszczepu oraz prawo do ambulatoryjnej opieki medycznej poza kolejnością.

11. Dawcy przysługuje zasiłek chorobowy w wysokości 100% za czas niezdolności do pracy w związku z przeprowadzaniem badań kwalifikacyjnych oraz za okres pobytu w szpitalu.
12. Wprowadzony został system monitorowania i zarządzania istotnymi zdarzeniami i reakcjami niepożądanymi (rejestr), które mogą wystąpić w związku z dawstwem narządu. Rejestr prowadzony jest przez Poltransplant w elektronicznym systemie www.rejestry.net. Za dokonywanie wpisów do rejestru odpowiedzialny jest podmiot, który dokonał pobrania.
13. Przepisy karne mówią, że podlega karze grzywny lub ograniczenia wolności:
 - kto rozpowszechnia ogłoszenia o odpłatnym zbyciu lub nabyciu narządu w celu przeszczepienia
 - kto w celu korzyści majątkowej lub osobistej nabywa lub zbywa cudzy narząd lub pośredniczy w zbyciu lub nabyciu

Pobranie

1. Zasadność i celowość pobrania i przeszczepienia ustalają lekarze pobierający i przeszczepiający na podstawie aktualnego stanu wiedzy medycznej.
2. Pobranie musi być poprzedzone niezbędnymi badaniami lekarskimi ustalającymi, czy ryzyko zabiegu nie wykracza poza przewidywane granice i nie upośledzi stanu zdrowia dawcy.
3. Czynności polegające na pobieraniu narządów od żywych dawców mogą być prowadzone jedynie w podmiotach leczniczych mających pozwolenie Ministra Zdrowia.
4. Przepisy karne mówią, że podlega karze grzywny lub ograniczenia wolności:
 - kto bierze udział w pobraniu lub przeszczepieniu pozyskanych wbrew przepisom narządów
 - kto pobiera lub przeszczepia narządy od żywych dawców bez wymaganych pozwoleń.
5. Finansowanie pobrania narządów od żywych dawców odbywa się ze środków publicznych (NFZ lub Ministerstwo Zdrowia).

Przeszczepianie

1. Kandydat na biorcę został poinformowany o ryzyku związanym z zabiegiem pobrania narządu oraz o możliwych następstwach pobrania dla zdrowia dawcy oraz wyraził zgodę na przyjęcie narządu od tego dawcy.
2. W przypadku planowanego przeszczepienia narządu od żywego dawcy nie występuje zjawisko alokacji (wyboru biocy). Mimo to potencjalny biorca jest wpisany na krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie narządu, pozostaje na niej do chwili wyznaczenia

terminu operacji pobrania i przeszczepienia od żywego dawcy i może do tego czasu otrzymać narząd od zmarłego dawcy. Jest to ważne w związku z potrzebą zachowania przejrzystości i jednolitości systemu oraz na wypadek wycofania zgody lub medycznej dyskwalifikacji żywego dawcy.

3. W celu monitorowania stanu zdrowia biorców oraz czynności przeszczepu powstał rejestr przeszczepień prowadzony przez Poltransplant. Rejestr prowadzony jest w elektronicznym systemie www.rejestry.net. Za dokonywanie wpisów do rejestru (bezpośrednio po przeszczepieniu, w 3 i 12 miesięcy po przeszczepieniu i dalej co 12 miesięcy) odpowiedzialny jest podmiot, który aktualnie sprawuje opiekę nad biorcą.
4. Czynności polegające na przechowywaniu i przeszczepianiu narządów mogą być prowadzone jedynie w podmiotach leczniczych mających pozwolenie Ministra Zdrowia.
5. Wprowadzony został system monitorowania i zarządzania istotnymi zdarzeniami i reakcjami niepożądanymi (rejestr), które mogą wystąpić u biorcy w związku z przeszczepieniem narządu. Rejestr prowadzony jest przez Poltransplant w elektronicznym systemie www.rejestry.net. Za dokonywanie wpisów do rejestru odpowiedzialny jest podmiot, który dokonał przeszczepienia.
6. Finansowanie przeszczepiania narządów od żywych dawców odbywa się ze środków publicznych (NFZ lub Ministerstwo Zdrowia).

Krajowa lista oczekujących na przeszczepienie

Każdy potencjalny biorca narządu musi być uprzednio zakwalifikowany do leczenia przeszczepieniem w ośrodku kwalifikującym (są to podmioty lecznicze, które wykonują ten rodzaj przeszczepienia) i wpisany na krajową listę oczekujących wraz z niezbędnymi informacjami obejmującymi datę wpisania na listę oraz szczegółowe informacje o potencjalnym biorcy. Zgłoszenie musi zawierać:

- 1) imię i nazwisko potencjalnego biorcy
- 2) datę i miejsce urodzenia potencjalnego biorcy
- 3) adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji potencjalnego biorcy
- 4) numer PESEL potencjalnego biorcy, jeżeli posiada
- 5) rozpoznanie lekarskie
- 6) grupę krwi i Rh potencjalnego biorcy

- 7) rodzaj planowanego przeszczepienia
- 8) pilność przeszczepienia według aktualnie obowiązujących dla danego rodzaju przeszczepu kryteriów medycznych
- 9) imię, nazwisko oraz miejsce wykonywania zawodu lekarza dokonującego zgłoszenia
- 10) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

Te i inne dane medyczne potencjalnego biorcy mają istotny wpływ na zastosowanie kryteriów wyboru tego właśnie biorcy do przeszczepienia z grupy pozostałych oczekujących osób. Krajową Listę Oczekujących na przeszczepienie prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” w formie dokumentacji elektronicznej z zastosowaniem narzędzia sieciowego www.rejestry.net łączącego w funkcjonalną całość proces zgłaszania i kwalifikacji potencjalnego biorcy przez ośrodki kwalifikujące, proces doboru dawca-biorca przez szpitale dawców, pracownie typowania tkankowego i ośrodki transplantacyjne.

Umieszczenie na liście jest warunkiem otrzymania przeszczepu, co wzmacnia przejrzystość systemu. Z drugiej strony, dla chorego jest ekspektatywą otrzymania przeszczepu. Informacja o wpisaniu na listę oczekujących jest przekazywana listownie do biorcy i kierownika ośrodka kwalifikującego. Zgłoszenie chorego do przeszczepienia czyli na listę oczekujących jest obowiązkowe a zaniechanie zgłoszenia podlega karze grzywny albo ograniczenia wolności.

Lista obejmuje potencjalnych biorców zakwalifikowanych do przeszczepienia:

- 1) nerki
- 2) nerki i trzustki
- 3) trzustki
- 4) wątroby
- 5) serca
- 6) płuca
- 7) komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej i krwi pępowinowej
- 8) regenerujących się komórek, innych niż szpik, komórki krwiotwórcze krwi obwodowej i krwi pępowinowej, w szczególności:
 - a) oka
 - b) trzustki
 - c) przytarczyc
 - d) wątroby
 - e) chrząstki stawowej

- f) mięśniowych
- g) naskórka.

Alokacja narządów

Kryteria wyboru biorcy (alokacji) są przejrzyste, obowiązują w skali całego kraju, oparte są na przesłankach medycznych, zorientowane na dobro konkretnego chorego, ale respektujące dobro pozostałych na liście chorych (sprawiedliwość i równość dostępu do leczenia przeszczepieniem), uwzględniające ryzyko zgonu bez przeszczepienia oraz przewidywane wyniki przeszczepienia. Stworzenie takich kryteriów jest trudne, ale niezbędne wobec niedoboru narządów do przeszczepienia, kiedy na jeden narząd czeka kilkudziesięciu chorych w tym samym czasie. Spełnienie kryteriów wyboru biorcy jest w Polsce każdorazowo sprawdzane przez zespół krajowej listy oczekujących w Poltransplancie, a ich naruszenie stanowi poważne uchybienie, mogące prowadzić do cofnięcia pozwolenia na wykonywanie przeszczepień.

Wyboru potencjalnego biorcy z listy dokonuje się w oparciu o następujące kryteria medyczne:

- 1) pilność wskazań do przeszczepienia
- 2) wykluczenie albo dopuszczenie niezgodności immunologicznych między potencjalnym dawcą a potencjalnym biorcą
- 3) dobór anatomiczny potencjalnego dawcy i potencjalnego biorcy
- 4) wiek potencjalnego dawcy i potencjalnego biorcy
- 5) przewidywane efekty przeszczepienia
- 6) czas oczekiwania na przeszczepienie
- 7) aktualny stan zdrowia potencjalnego biorcy.

Wyboru z listy potencjalnego biorcy narządu dokonuje lekarz wyznaczony przez kierownika ośrodka transplantacyjnego dokonującego przeszczepień narządów, w porozumieniu z Poltransplantem. Szczegółowe zasady alokacji i dystrybucji poszczególnych narządów znajdują się na stronie www.poltransplant.org.pl.

Przeszczepianie

Przeszczepianie i przechowywanie narządów pochodzących od zmarłych dawców oraz pobieranie, przechowywanie i przeszczepianie narządów pochodzących od żywych dawców może się odbywać wyłącznie w podmiotach leczniczych posiadających pozwolenie Ministra Zdrowia na wykonywanie tych czynności. Warunki udzielenia takiego pozwolenia dla aplikującego podmiotu biorą pod uwagę jakość i bezpieczeństwo dawców i biorców i są następujące:

- spełnienie wymogów sanitarnych;
- posiadanie odpowiedniego zaplecza lokalowego (blok operacyjny, oddział intensywnego nadzoru);
- posiadanie odpowiedniego sprzętu;
- posiadanie możliwości monitorowania zdrowia biorcy oraz czynności przeszczepu;
- posiadanie lekarzy odpowiednich specjalności (w tym lekarzy ze specjalnością transplantologia kliniczna);
- wskazanie osób, które będą odpowiedzialne za przestrzeganie ustawy transplantacyjnej, szpitalne systemy jakości, wpisywanie informacji do odpowiednich rejestrów (krajowa lista oczekujących, rejestr przeszczepień, rejestr żywych dawców, rejestr istotnych zdarzeń i reakcji niepożądanych).

Spełnienie powyższych warunków formalnych poprzedza zleconą przez Ministra Zdrowia kontrolę wnioskującego ośrodka. Kolejnym krokiem jest pozytywna opinia Krajowej Rady Transplantacyjnej. Na tej podstawie Minister Zdrowia udziela lub nie udziela pozwolenia. Ważność udzielonego pozwolenia wynosi 5 lat. W przypadku, kiedy istnieje uzasadnione podejrzenie, że podmiot leczniczy przestał spełniać warunki niezbędne do wykonywania czynności, Minister Zdrowia może pozwolenie cofnąć. Stale aktualizowana lista podmiotów, które mają pozwolenie Ministra Zdrowia na czynności polegające na pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów znajduje się na stronie www.poltransplant.org.pl.

Jednym z warunków uzyskania pozwolenia Ministra Zdrowia na czynności transplantacyjne jest zatrudnienie w podmiocie lekarzy specjalistów, którzy mają odpowiednie kwalifikacje do pobierania i przeszczepiania narządów.

Do pobierania narządów są uprawnieni:

- lekarze specjaliści w dziedzinie transplantologii klinicznej posiadający specjalizację w następujących podstawowych dziedzinach medycyny: chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, kardiochirurgia, torakochirurgia, urologia – samodzielnie

- lekarze specjaliści w następujących dziedzinach medycyny: chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, kardiochirurgia, torakochirurgia, urologia – samodzielnie

- lekarze specjalizujący się w chirurgii (ogólnej, chirurgii dziecięcej, kardiochirurgii, torakochirurgii, urologii) – po upoważnieniu i po nadzorem chirurga transplantologa.

Do przeszczepiania narządów są uprawnieni:

- lekarze specjaliści w dziedzinie transplantologii klinicznej posiadający specjalizację w następujących podstawowych dziedzinach medycyny: chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, kardiochirurgia, torakochirurgia, urologia – samodzielnie

- lekarze specjaliści i specjalizujący się w chirurgii (ogólnej, chirurgii dziecięcej, kardiochirurgii, torakochirurgii, urologii) – po upoważnieniu i po nadzorem chirurga transplantologa.

Wyniki przeszczepiania

Jakość i bezpieczeństwo narządów przeznaczonych do przeszczepienia. Najczęściej u zmarłych dawców stwierdza się niewielkie lub umiarkowane odstępstwa od stanu prawidłowego; jedne wynikają ze schorzeń, które dawcy towarzyszyły za życia (nadciśnienie, choroby serca, przyjmowane leki, cukrzyca, kamica nerkowa), inne są związane z przyczyną śmierci (np. towarzyszący urazowi czaszkowo-mózgowemu uraz innych okolic ciała i narządów), jeszcze inne są następstwem zjawisk patofizjologicznych wynikających z procesu umierania mózgu (zaburzenia hemodynamiczne, hormonalne, zaburzenia termoregulacji i gospodarki wodno-elektrolitowej). Zaburzenia te upośledzają w pewnym stopniu jakość pobieranych narządów, ale w większości przypadków są odwracalne i dające się opanować. Stąd ogromna rola zespołu sprawującego opiekę nad dawcą, którego wiedza na temat zaburzeń ustrojowych u zmarłego z rozpoznaną śmiercią mózgu i doświadczenie wpływają bezpośrednio na jakość wykorzystywanych narządów, a tym samym na wynik przeszczepienia mierzony przeżyciem przeszczepu i przeżyciem biorcy. Wobec powszechnego niedostatku narządów do przeszczepienia i rosnącego zapotrzebowaniu, szczególnie w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia biorców oraz wobec generalnie dobrych wyników leczenia

przeszczepieniem lekarz transplantolog ma prawo podjąć większe ryzyko niż to ma miejsce np. w przypadku leczenia przeszczepieniem tkanek lub leczenia krwią. Zatem usprawiedliwione i akceptowane jest wykorzystanie narządów od dawców o rozszerzonych kryteriach dla odpowiednio wybranych biorców. Grupa dawców o rozszerzonych kryteriach to osoby w starszym lub bardzo młodym wieku, osoby z zakażeniem, rzadkimi chorobami, niewielkim upośledzeniem czynności narządów, które mają być przeszczepione. Wyniki przeszczepień narządów od takich dawców są nieco gorsze, ale w pełni akceptowalne, zwłaszcza że jest brany pod uwagę w wyborze danego biorcy krótszy oczekiwany czas życia danego chorego z listy. Biorcy narządów od dawców zwiększonego ryzyka są o tym fakcie informowani i wyrażają świadomą zgodę na tego rodzaju przeszczepienia.

Rejestr przeszczepień. Gromadzenie i analiza wyników przeszczepień z poszczególnych ośrodków transplantacyjnych służy monitorowaniu i ocenie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. Rejestr przeszczepień jest prowadzony przez Poltransplant jako moduł elektronicznego systemu rejestrów transplantacyjnych www.rejestry.net. Wpisywanie informacji o czynności przeszczepu i stanie zdrowia biorcy (bezpośrednio po przeszczepieniu, po 3 i 12 miesiącach, a następnie po każdym 12 miesiącach, aż do utraty przeszczepu lub śmierci chorego) jest obowiązkiem ośrodka, pod którego opieką znajduje się biorca. Mierzone rzeczywistym wczesnym i odległym przeżyciem przeszczepu i biorcy są udostępniane Krajowej Radzie Transplantacyjnej oraz krajowemu konsultantowi w dziedzinie transplantologii klinicznej celem oceny aktualnego systemu zapewnienia jakości i stawianiu wniosków w sprawie wprowadzenia ewentualnych zmian, są udostępniane Ministrowi Zdrowia i wykorzystywane przy wydawaniu pozwoleń na czynności polegające na pobieraniu i przeszczepianiu narządów przez aplikujące podmioty, są udostępniane publicznie (strona internetowa Poltransplantu, Biuletyn Poltransplantu), co zapewnia transparentność systemu.

Organy doradcze i wykonawcze

Poltransplant. Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant to powołana w 1996 r. przez Ministra Zdrowia jednostka budżetowa odpowiedzialna za organizację, koordynację i nadzór nad programem pobierania i przeszczepiania narządów w Polsce. W 2001 r. do zadań Poltransplantu włączono budowę, rozwój i prowadzenie Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej. Poltransplant działa zgodnie ze Statutem zamieszczonym w Zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2010 r.

Działalność Poltransplantu jest realizowana w następujących obszarach:

- 1) koordynacja pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów;
- 2) prowadzenie centralnego rejestru przeciwwów;
- 3) prowadzenie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie, rejestru przeszczepień i rejestru żywych dawców;
- 4) prowadzenie rejestru szpiku i krwi pępowinowej, przekazywanie tych danych do światowych rejestrów oraz koordynacja poszukiwania niespokrewnionych dawców szpiku i krwi pępowinowej;
- 5) prowadzenie działalności edukacyjnej mającej na celu upowszechnianie leczenia metodą przeszczepiania komórek, tkanek i narządów i organizowanie szkoleń w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania narządów oraz szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 6) współpraca z podmiotami krajowymi i zagranicznymi w dziedzinie wymiany komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia oraz wydawanie decyzji o udzieleniu zgody na wywóz i przywóz do Polski szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, krwi pępowinowej i narządów przeznaczonych do przeszczepienia;
- 7) przyjmowanie wniosków od jednostek ubiegających się o pozwolenie Ministra Zdrowia na pobieranie i przeszczepianie szpiku i narządów;
- 8) zwracanie podmiotom leczniczym kosztów wykonanych czynności związanych z pobieraniem narządów;
- 9) finansowanie wybranych zadań ośrodków dawców szpiku, ośrodków kwalifikujących do przeszczepienia i ośrodków poszukujących i dobierających niespokrewnionych dawców komórek krwiotwórczych szpiku i krwi pępowinowej;
- 10) przygotowywanie raportów dotyczących zadań statutowych Poltransplantu i oceny wyników przeszczepiania;
- 11) przyjmowanie od podmiotów leczniczych zawiadomień dotyczących istotnych zdarzeń niepożądanych i istotnych niepożądanych reakcji;
- 12) finansowanie działalności koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w zakładach opieki zdrowotnej dokonujących pobrań i przeszczepień komórek, tkanek i narządów.

Krajowa Rada Transplantacyjna. Jest organem doradczym, opiniodawczy i kształtującym podstawowe kierunki działania medycyny transplantacyjnej w Polsce, powoływanym przez Ministra Zdrowia spośród ekspertów medycyny transplantacyjnej, prawa, socjologii, psychologii, przedstawicieli Kościoła, etyków. Składa się z siedmiu zespołów tematycznych, które realizują podstawowe zadania Rady:

- Komisja etyczna
- Zespół ds. opinii prawnych i regulacji międzynarodowych
- Zespół ds. kontroli i pozwoleń
- Zespół ds. organizacyjnych pobierania i przeszczepiania narządów oraz oceny jakości świadczeń w transplantologii
- Zespół ds. przeszczepiania komórek krwiotwórczych
- Zespół ds. przeszczepów tkankowych
- Zespół ds. Programu Wieloletniego na lata 2011-2020 pn. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej.

Systemy jakości i bezpieczeństwa medycyny transplantacyjnej

Pobieranie narządów od zmarłych celem przeszczepienia jest moralnym i prawnym obowiązkiem współczesnego szpitala, a zwiększenie dostępności chorych do leczenia przeszczepieniem jest jednym z zadań priorytetowych dla krajów Unii Europejskiej na lata 2009-2015. Cel ten da się osiągnąć m.in. poprzez pełne wykorzystanie potencjału dawstwa w szpitalach, przez co należy rozumieć podjęcie działań polegających na rekrutacji dawców spośród wszystkich leczonych osób z wysuniętym podejrzeniem śmierci mózgu.

Dla powstania i rozwoju efektywnego programu pozyskiwania narządów do przeszczepienia od zmarłych potrzebne jest zgranie trzech zbiorów czynników:

1. Odpowiednio zorganizowany i przeszkolony personel (*human resources*), na który składają się:
 - szpitalni koordynatorzy transplantacyjni (koordynatorzy pobierania narządów), odpowiednio wyszkoleni, zatrudnieni na stanowisku, z określonym opisem stanowiska pracy, zadaniami, zobowiązaniami i uposażeniem; koordynatorzy muszą być powiązani z organizacją transplantacyjną i

wyposażeni w narzędzia umożliwiające aktywne uczestniczenie w systemie transplantacyjnym kraju (środki łączności, uczestnictwo w rejestrach i systemach sprawozdawczości)

- przeszkolenie całego personelu szpitalnego, celem pozyskania wsparcia dla programu rekrutacji dawców np. wg zalecanego przez Poltransplant i Komisję Europejską programu szkoleniowego „Podstawy Dawstwa Narządów” (*ETPOD, European Training Program on Organ Donation and Transplantation*),

- monitorowanie potencjału dawstwa w szpitalu tj. wprowadzenie jako standardu jakości stałego gromadzenia i analizy informacji o zmarłych w szpitalu pod kątem możliwości rozpoznania śmierci mózgu i wykorzystania narządów do przeszczepienia (np. wg zalecanego przez Poltransplant i Komisję Europejską programu *DOPKI- Quality Assurance Program* lub programu *Donor Action*), najlepiej, by taki system monitorowania podlegał zewnętrznej kontroli.

2. Wprowadzenie w szpitalu zatwierdzonych przez dyrekcję systemów jakości w każdym obszarze pozyskiwania narządów do przeszczepienia od zmarłych, od identyfikacji potencjalnego dawcy do samego pobrania i jego dokumentacji. System ten powinien spełniać wszystkie formalne warunki systemu jakości tj. zdefiniowane obszary, spisane procedury operacyjne, wskaźniki jakości i sposoby ewaluacji.

3. Wsparcie programowe, finansowe i prawne ze strony organizatorów przestrzeni zdrowotnej i politycznej (*political support*), a głównie:

- dyrekcji szpitali (zatrudnienie koordynatorów, przeszkolenie personelu)

- władz samorządowych i wojewódzkich (ma to miejsce w Polsce, gdzie z inicjatywy Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej powołano Partnerstwo dla Transplantacji)

- parlamentu i rządu w zakresie wprowadzania rozumnego prawa transplantacyjnego, wsparcia społecznego i finansowego (to ostatnie ma miejsce w Polsce, gdzie wprowadzono program wieloletni na lata 2011 – 2020 Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej)

- Kościoła np. Słowo biskupów polskich w sprawie przeszczepiania narządów „Nadprzyrodzony krwiobieg miłości” na niedzielę 23 września 2007 r.

Sieć szpitalnych koordynatorów pobierania narządów. Szpitalny koordynator transplantacyjny to postać niezbędna w procesie pozyskiwania i przeszczepiania narządów. Zwykle funkcję koordynatora transplantacyjnego pełni osoba z wykształceniem medycznym (lekarz, pielęgniarka), która organizuje,

nadzoruje, koordynuje i dokumentuje całość złożonej, wielodyscyplinarnej i rozciągniętej w czasie pracy zespołów medycznych i pozamedycznych w zakresie identyfikacji i kwalifikacji dawcy narządów, opieki nad dawcą, pobrania wielonarządowego, alokacji, dystrybucji i przeszczepienia narządów oraz wczesnej i późnej opieki nad biorcą przeszczepu. Ponadto koordynator odpowiada za kształtowanie wizerunku medycyny transplantacyjnej w społeczeństwie w ogóle i w społeczności medycznej; naucza, prowadzi kampanie promocyjne oraz niezbędną sprawozdawczość i statystykę w tym zakresie. Szczególna rola przypada koordynatorom lokalnym, działającym w szpitalach, gdzie istnieje możliwość identyfikacji i kwalifikacji potencjalnych, zmarłych dawców, a więc możliwość pobrania narządów do przeszczepienia. Liczba szpitalnych koordynatorów pobierania narządów była w Polsce przez wiele lat bardzo niska. Rozwój stanowisk koordynatorów szpitalnych to także szczególne i pilne zadanie dla krajów członkowskich Unii Europejskiej nałożone przez Parlament Europejski w rezolucji z 2008 r. „dawstwo i przeszczepianie narządów; taktyka działań na poziomie europejskim”. Rezolucja wzywa kraje członkowskie do pełnego wykorzystania narządów od zmarłych, poprzez wdrożenie systemu koordynatorów szpitalnych, których zadaniem będzie identyfikacja potencjalnych dawców i kontakt z ich rodzinami.

Od 2010 r. Poltransplant buduje sieć szpitalnych koordynatorów pobierania narządów, poprzez zatrudnianie koordynatorów w szpitalach z potencjałem dawstwa. Koordynatorom powierzono następujące zadania i obowiązki:

1. Identyfikacja zmarłych dawców i koordynacja pobrań wielonarządowych, w szczególności wstępna kwalifikacja medyczna, organizacja i dokumentacja pracy komisji stwierdzającej śmierć mózgu, autoryzacja pobrania, opieka nad zmarłym dawcą, organizacja i dokumentacja pobrania, współpraca z koordynatorami przeszczepiania narządów z ośrodków transplantacyjnych
2. Monitorowanie potencjału dawstwa w szpitalu poprzez dokumentację każdego przypadku śmierci w oddziale intensywnej terapii pod kątem możliwości wykorzystania narządów oraz przesyłanie sprawozdań w tym zakresie do dyrekcji szpitala i Poltransplantu
3. Szkolenia, w tym organizacja i prowadzenie szkoleń w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów dla personelu szpitala, szkół i innych grup odbiorców oraz odbycie szkoleń własnych (wstępnych, ustawicznych i uaktualniających).

Podyplomowe Szkolenia Koordynatorów Transplantacyjnych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Koordynatorzy transplantacyjni muszą posiadać wiedzę i umiejętności z zakresu nie tylko nauk medycznych (transplantologia kliniczna, immunologia, intensywna terapia), ale także z

zakresu psychologii klinicznej (rozmowa z rodziną potencjalnego zmarłego dawcy, przekazanie informacji o śmierci i zamiarze pobrania narządów), prawa, nauk społecznych, organizacji i zarządzania, statystyki medycznej. Taką wiedzę i umiejętności koordynatorzy nabywają podczas zajęć Podyplomowych Studiów Koordynatorów Transplantacyjnych prowadzonych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny od wiosny 2007 r. Inicjatorem powstania i projektodawcą Studiów jest Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej, a finansowanie pochodzi z Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Zajęcia w postaci wykładów, seminariów i ćwiczeń praktycznych prowadzone są przez uznanych i doświadczonych specjalistów w dziedzinie transplantologii klinicznej, anestezjologii i intensywnej terapii, przeszczepiania tkanek oraz psychologów klinicznych i przedstawicieli mediów. Studia kończą się egzaminem, absolwenci uzyskują dyplom. Celem Studiów jest wykształcenie koordynatora transplantacyjnego dla każdego szpitala w kraju. W latach 2007-2014 odbyło się łącznie 13 edycji Podyplomowych Studiów Koordynatorów Transplantacyjnych. Studia dotychczas ukończyło ponad 400 osób, a duża część absolwentów stanowi kadre dla sieci szpitalnych koordynatorów transplantacyjnych zatrudnianych przez Poltransplant.

Monitorowanie potencjału dawstwa. Szacowanie i monitorowanie potencjału dawstwa w szpitalu to jeden z elementów szpitalnych systemów jakości w obszarze dawstwa narządów. Dane pochodzące z Komisji Europejskiej mówią, że 3% zmarłych w szpitalach w ogóle i 15% zmarłych w oddziałach intensywnej terapii to osoby, u których można by było stwierdzić śmierć mózgu, a często się tego nie robi. Z kolei od 42% osób z rozpoznaną śmiercią mózgu, po wykluczeniu bezwzględnych przeciwwskazań medycznych i po autoryzacji pobrania można pobrać i wykorzystać narządy do przeszczepienia, a także często się tego nie robi. Szacuje się, że każdy oddział intensywnej terapii powinien identyfikować 6 rzeczywistych zmarłych dawców narządów na każde 100 zgonów. Odsetki te są wyższe w przypadkach szpitali posiadających oddziały neurochirurgiczne, udarowe i neurologiczne i jeszcze wyższe jeśli do wyliczeń włącza się populację zmarłych z powodu urazów czaszkowo-mózgowych oraz udarów. Przytoczone wyżej kalkulacje wskazują szpitalny potencjał dawstwa i prowadzą do oceny jego wykorzystania. Monitorowanie potencjału dawstwa jest jednym z zadań nałożonych na szpitalnych koordynatorów transplantacyjnych zatrudnianych przez Poltransplant. Polega to na analizie każdego zgonu w oddziale intensywnej terapii pod kątem możliwości pobrania od zmarłej osoby narządów do przeszczepienia. Comiesięczne raporty składane przez koordynatorów do Poltransplantu oraz do Dyrekcji własnych szpitali wskazują liczbę zgonów, liczbę przypadków, gdzie wysunięto podejrzenie śmierci mózgu, liczbę przypadków, gdzie stwierdzono śmierć mózgu, gdzie prowadzono rozmowę z rodziną nt. możliwości pobrania, gdzie zgłoszono lub nie zgłoszono możliwość pobrania do Poltransplantu i czy do pobrania doszło. Analiza

tej ścieżki postępowania daje odpowiedź koordynatorowi, gdzie doszło do zaniechania lub niewłaściwego postępowania, które doprowadziły do utraty możliwości pobrania i możliwość określenia pól działalności wymagających poprawy.

Monitorowanie i zarządzanie istotnymi zdarzeniami i reakcjami niepożądanymi. Jest to nowoczesny system zarządzania jakością i zwiększania bezpieczeństwa medycyny transplantacyjnej. Obszar pobierania i przeszczepiania narządów, ze względu na swoją złożoność, zaangażowanie w proces wielu podmiotów, ryzyko przeniesienia schorzenia od dawcy do biorcy przeszczepu, wykorzystywanie narządów od dawców o rozszerzonych kryteriach, transport i przechowywanie narządu oraz wykonywanie przeszczepień u chorych będących często w złej kondycji zdrowotnej jest szczególnie narażony na występowanie istotnych zdarzeń i reakcji niepożądanych i wymaga budowy sprawnego systemu jakości w tym zakresie, nie tylko na poziomie lokalnym w szpitalu, ale w skali całego regionu lub kraju.

Budowa wydolnego systemu informowania i zawiadywania istotnymi zdarzeniami i reakcjami niepożądanymi w obszarze pobierania i przeszczepiania narządów jest wymogiem nałożonym na kraje członkowskie Unii Europejskiej.

Polskie regulacje prawne w tym zakresie:

- są dostosowane do wymogów prawodawstwa europejskiego
- definiują procesy, gdzie istotne zdarzenia i reakcje niepożądane powinny być monitorowane (dawstwo, pobieranie przechowywanie, dystrybucja, przeszczepianie i opieka odległa po przeszczepieniu)
- nakazują podmiotom leczniczym prowadzenie dokumentacji dotyczącej istotnych zdarzeń niepożądanych i istotnych niepożądanych reakcji oraz czynności podjętych dla ich wyjaśnienia i zapobiegania im w przyszłości,
- nakazują powiadamianie o każdym istotnym zdarzeniu niepożądanym i istotnej niepożądaney reakcji:
 - a) w przypadku przeszczepienia narządów i komórek krwiotwórczych - Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”,
 - b) w przypadku przeszczepienia przeszczepów biostatycznych i tkanek oka - Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.

- Poltransplant jest odpowiedzialny za przyjmowanie i zarządzanie zgłoszeniami o istotnych zdarzeniach i reakcjach niepożądanych,

- nakładają na Krajową Radę Transplantacyjną obowiązek analizowania informacji o zaistniałych zdarzeniach i reakcjach, oceny ich oddziaływania na jakość i bezpieczeństwo systemu transplantacyjnego oraz stawianie wniosków w sprawie zmian ustalonego systemu zapewnienia jakości.

Obecnie proces referowania, monitorowania i zarządzania istotnymi zdarzeniami i reakcjami niepożądanymi odbywa się w narzędziu sieciowym www.rejestry.net.

Promocja i popularyzacja wiedzy nt. medycyny transplantacyjnej

Leczenie przeszczepianiem narządów, a w szczególności pobieranie narządów od zmarłych dawców jest czułą w odbiorze społecznym metodą leczenia i wymaga szerokiej akceptacji, którą może zbudować wzrost wiedzy i świadomości w społeczeństwie oraz w samym środowisku medycznym. Wg danych opublikowanych w ramach badania Eurobarometer w 2009 r. najważniejszą przyczyną ograniczającą dostęp do narządów, a tym samym dostęp chorych do leczenia jest w pierwszej kolejności obawa przed manipulacją ludzkim ciałem i brak zaufania do praworządności samego systemu (obawa przed komercjalizacją, przed niesprawiedliwym rozdziałem narządów), w dalszej - brak zrozumienia i akceptacji faktu śmierci mózgu jako śmierci człowieka oraz nieprzyjmowanie zasad autoryzacji pobrania. Brak zaufania do medycyny transplantacyjnej (pobierania narządów od zmarłych do przeszczepienia) idzie w parze z brakiem zaufania do przestrzeni medycznej w ogóle oraz jeszcze szerzej, do braku zaufania do systemu świadczeń społecznych i zdrowotnych. Zwiększenie wiedzy i świadomości publicznej oraz wśród personelu medycznego w zakresie dawstwa narządów to jedno z zadań dla krajów Unii Europejskiej na lata 2009 – 2015 w celu zwiększenia akceptacji społecznej i zwiększenia dostępności narządów do przeszczepienia.

Medycyna transplantacyjna jest czuła na sytuacje kryzysowe, te mające umocowanie w faktach i te stworzone dla wzbudzenia sensacji (skandale, informacje o handlu narządami i korupcji), które gwałtownie zmniejszają społeczne poparcie i zaufanie. Odbudowanie zaufania trwa z kolei latami. Wynikający z potrzeb oraz moralny obowiązek promowania i kształtowania wizerunku medycyny transplantacyjnej spoczywa na każdej osobie i każdej instytucji zaangażowanej w pobieranie i przeszczepianie narządów. Statutowy obowiązek w tym zakresie mają Poltransplant, Polskie Towarzystwo Transplantacyjne oraz niektóre społeczne organizacje pozarządowe: Polska Unia

Medycyny Transplantacyjnej, Polskie Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji, Polska Federacja Pacjentów Dialtransplant. Do zadań promocyjnych włączają się uczelnie medyczne, telewizja (reklamy społeczne), wybitne osoby z kręgu nauki, kultury i sportu, organizacje pacjentów po przeszczepieniu narządów i szpiku.

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej dał obywatelom i instytucjom wyraźny, polityczny sygnał, w Uchwale z 13 czerwca 2013 r. w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia wzywa organizacje państwowe, samorządowe oraz pozarządowe do wspierania i promowania medycyny transplantacyjnej.

Działania Poltransplantu oraz innych podmiotów w zakresie zwiększania społecznej wiedzy i świadomości w zakresie dawstwa narządów polegają m.in. na:

- działalności wydawniczej (broszury, ulotki, plakaty)
- prowadzeniu tematycznych stron internetowych
- organizowaniu konferencji prasowych
- upublicznianiu zasad organizacyjnych przestrzeni transplantacyjnej w Polsce i wyników leczenia przeszczepieniem
- organizowaniu spotkań z biorcami narządów (ambasadorzy idei)
- uczestniczeniu w masowych wydarzeniach plenerowych (np. doroczne Pikniki Naukowe Polskiego Radia i Centrum Nauki „Kopernik”)
- spotkaniach z młodzieżą szkolną i akademicką.

Kolejnym dobrym przykładem usystematyzowanego działania promującego medycynę transplantacyjną jest prowadzony od 2009 r. przez Polską Unię Medycyny Transplantacyjnej program Partnerstwo dla Transplantacji, realizowany obecnie w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Partnerstwo dla Transplantacji jest ogólnopolskim projektem realizowanym w poszczególnych województwach. Poza szeroko rozumianym społeczeństwem, kluczowymi grupami, do których ten program edukacyjno-promocyjny jest kierowany są: środowisko medyczne (lekarze, pielęgniarki, dyrektorzy szpitali); przedstawiciele administracji państwowej i samorządowej, w tym: prezydenci miast wojewódzkich, dyrektorzy wojewódzkich oddziałów NFZ, rektorzy miejscowych uczelni medycznych, Okręgowe Izby Lekarskie, przewodniczący Konwentu Powiatów oraz dyrektorzy największych szpitali. Bardzo ważne jest też zaangażowanie nauczycieli, młodzieży szkolnej oraz Kościoła. Partnerstwo dla Transplantacji pozwala na organizowanie spotkań

ze społeczeństwem, z władzami oraz powadzenie szkoleń dla personelu szpitalnego, warsztatów psychologicznych przygotowujących do rozmów z rodzinami dawców i wielu innych aktywności edukacyjnych opartych m.in. o wzorce przygotowane w ramach projektów europejskich.

Ważną inicjatywę promocyjną przeszczepianie nerek od dawców żywych prowadzi od 2010 roku Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, w postaci trzech już edycji Sympozjum międzynarodowego pt. „Żywy dawca nerki”, dedykowanego nefrologom, pracownikom stacji dializ, z udziałem koordynatorów ds. pobrań nerek od dawców żywych. Sympozjum ma bardzo szeroki oddźwięk w środowisku transplantacyjnym Polski i stało się regularnym forum wymiany doświadczeń, ale i promocji przeszczepiania nerek od dawców żywych.

Trzeba także wspomnieć inne inicjatywy promocyjne, jaką jest niewątpliwie akcja pt. „Bieg po nowe życie” organizowany z inicjatywy Przemysława Salety, który sam oddał nerkę do przeszczepienia dla swojej córki. Impreza regularnie przeprowadzana co roku od 6 lat, w Wiśle, skupia wokół promocji wiele osób – znanych artystów, sportowców, dziennikarzy, osoby po przeszczepieniu narządów i sponsorujące imprezę przedsiębiorstwa i stacje radiowe i telewizyjne. Od roku 2014 dodatkowo włączono letni bieg w warszawskich Łazienkach, który ma szansę być także corocznym, cyklicznym spotkaniem promocyjnym, na rzecz transplantologii.

„Bieg po nowe życie” zyskał patronat Prezydenta Rzeczypospolitej i jest ważną inicjatywą promującą polską transplantologię.

Należy także wspomnieć o działalności promocyjnej Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji, które założone zostało z inicjatywy Prof. A. Chmury z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej w 2005 roku. Organizacja skupia w chwili obecnej ok. 200 członków i oprócz regularnego organizowania Mistrzostw Polski letnich i zimowych osób dializowanych i po przeszczepieniu narządów, przygotowuje polskich zawodników do europejskich i światowych igrzysk osób po przeszczepieniu, gdzie polscy sportowcy zdobyli wiele medali (ponad 320), a kilku z nich jest rekordzistami świata czy europy. W 2014 roku Stowarzyszenie było organizatorem Mistrzostw Europy Osób Dializowanych i po Przeszczepieniu, które odbyły się w Krakowie. Impreza okazała się wielkim sukcesem sportowym, bo 54 polskich zawodników zdobyło 111 medali, zajmując II miejsce w ogólnej klasyfikacji, wśród 22 reprezentacji krajów europejskich. Impreza odniosła także ogromny sukces organizacyjny i została oceniona przez Europejską Federację Sportu po Transplantacji za najlepszą imprezę, spośród wszystkich dotychczas rozgrywanych.

Literatura

I. Podręczniki:

1. Czerwiński J., Małkowski P. (red.): Pielęgniarstwo Transplantacyjne. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2014 (ISBN 978-83-7637-227-3)
2. Ołdakowska-Jedynak U., Krawczyk M. (red.): Transplantacja wątroby – „Nowe życie”, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012
3. Iwańczuk W.: Śmierć mózgu. Cornetis, Wrocław 2010
4. Rowiński W.: Podstawy transplantologii: W: Szmidt J., Kużdżał J. (red.). Podstawy chirurgii t. 1. Wyd. 2. Medycyna Praktyczna, Kraków 2009, ss. 967-1052
5. Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., Milecka A. (red.): Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2009
6. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red.): Transplantologia kliniczna. PZWL. Warszawa 2004
7. Durlik M., Rowiński W. (red.): Transplantologia Kliniczna. Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa 2003

II. Zbiór polskich przepisów prawnych w zakresie medycyny transplantacyjnej:

<http://www.poltransplant.org.pl/prawo.html>

III. Zbiór europejskich przepisów prawnych w zakresie medycyny transplantacyjnej:

<http://www.poltransplant.org.pl/ue.html>

IV. Zbiór numerów czasopisma Poltransplant Biuletyn Informacyjny (lata 1997 – 2014):

http://www.poltransplant.org.pl/biuletyn_2013.html