

Pobranie narządów po zatrzymaniu krążenia — rozmowa koordynatora transplantacyjnego z rodziną

Interaction between transplant coordinator and non-heart-beating donor family members

Małgorzata Zelman, Grzegorz Michalak

Szpitalny Oddział Ratunkowy, Szpital Bielański w Warszawie

Abstract

Thanks to continuous advances in transplantology in Poland, over 1000 patients a year are given a chance for new life or improvement of its quality. The number of identified brain-dead donors increases every year, so is the number of transplanted organs. Unfortunately, despite the substantially improved transplantation system in Poland, the number of patients awaiting organ transplants is markedly higher than the number of donors and still many patients die before the transplantation is possible.

In recent years, the worldwide attempts have been made to increase the number of donors to help the largest possible group of patients with end-stage organ failure. One of the options is to re-start non-heart-beating donation. The contact with the family of a potential non-heart-beating donor is crucial for identification, donation and transplantation of organs. Conversations of transplant coordinators with patients' relatives and their information regarding the patient's opinion about organ donation are extremely important for the entire transplantation process.

Key words: transplant coordinator–donor's family relationship, non-heart-beating donors, transplantation

Słowa kluczowe: relacje koordynator transplantacyjny–rodzina dawcy, dawcy po zatrzymaniu krążenia, transplantacja

Anestezjologia Intensywna Terapia 2013, tom XLV, nr 1, 54–57

Nieustanny rozwój medycyny transplantacyjnej w Polsce corocznie daje szansę ponad 1000 chorym na nowe życie lub lepszą jego jakość. Z roku na rok zwiększa się liczba identyfikowanych dawców ze śmiercią mózgową. W 2009 roku wynosiła 11 dawców na milion mieszkańców, w 2010 — 13,3, a w 2011 — 14. W związku z tym zwiększa się w Polsce liczba przeszczepianych narządów [1]. Rola transplantologii w całości opieki zdrowotnej jest niepodważalna. Niestety, mimo rozwoju programu zatrudniania w szpitalach koordynatorów transplantacyjnych oraz podejmowania działań uświadamiających społeczeństwo, potrzeby wciąż przerastają możliwości. Nadal wielu chorych umiera, nie doczekawszy się przeszczepu. Problem ten nie jest jednak zjawiskiem obserwowanym jedynie w Polsce. W pozosta-

łych krajach Europy, mimo znacznie większej liczby przeszczepianych corocznie narządów (od 19 dawców na 1 mln mieszkańców w Republice Czeskiej do 34/1 mln w Hiszpanii), wciąż poszukuje się i stwarza szanse dla rozwoju programu pobierania i przeszczepiania narządów. Jedną z takich możliwości jest ponowne włączenie do programu dawców po zatrzymaniu krążenia (NHBD, *non-heart-beating donors*).

W 1995 roku, na konferencji w Maastricht (Holandia), po raz pierwszy w Europie oficjalnie, na podstawie przesłanek klinicznych i prawnych, ustalono definicje dawców po zatrzymaniu krążenia. Konwencja ta została przyjęta na całym świecie i aktualnie klasyfikuje dawców po zatrzymaniu krążenia zgodnie z zaistniałą sytuacją kliniczną na odpowiednie kategorie [2, 3]:

- I. dawca zmarły w chwili przyjęcia,
- II. dawca po nieskutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
- III. dawca z ciężkim nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu, po kontrolowanym zatrzymaniu krążenia (zakończenie niecelowej terapii),
- IV. dawca z objawami śmierci mózgu, u którego doszło do zatrzymania krążenia,
- V. dawca po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia, zmarły w szpitalu (kategoria V została dodana w 2000 roku).

W Polsce ustawa transplantacyjna określa warunki związane z procesem identyfikacji dawcy na podstawie kryteriów neurologicznych (śmierć mózgu), opieki nad nim oraz wszelkich działań związanych z pobieraniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów. Jednocześnie uznaje i dopuszcza pobieranie narządów od dawców po zatrzymaniu krążenia (kategoria I, II, IV i V). Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem nie wolno pobierać narządów od potencjalnych dawców kategorii III [4, 5].

Wprowadzenie w Polsce programu pobierania narządów od NHBD, podobnie jak na świecie, może znacznie zmniejszyć niedobór narządów, pozwalając na wzrost liczby pobrań na poziomie od kilku do kilkunastu procent rocznie [6]. Wdrożenie systemu pobierania narządów od NHBD jest jednak skomplikowane, kosztowne i wymaga od całego zespołu ogromnego zaangażowania. Niezwykle ważna jest sprawna koordynacja pracy i współdziałania zarówno personelu medycznego, jak i zaplecza technicznego związanego z gotowością do natychmiastowej perfuzji narządów w celu zabezpieczenia przed ich uszkodzeniem niedokrwiennym. Odmierna jest również specyfika opieki nad NHBD oraz rozmowa z jego bliskimi w celu ustalenia, jakie stanowisko miał za życia zmarły wobec oddawania narządów [7, 8].

Warto podkreślić, że po stwierdzeniu zgonu, zmarły NHBD zostaje uznany za potencjalnego dawcę i od tego momentu rozpoczyna się intensywne prace całego zespołu związane z autoryzacją oraz przygotowaniem go do ewentualnego pobrania narządów. Wolno w tej sytuacji powrócić do wentylacji i uciśnięć klatki piersiowej do czasu włączenia perfuzji *in situ*. Czas ciepłego niedokrwienia włącznie z czynnościami reanimacyjnymi nie powinien przekraczać dwóch godzin do rozpoczęcia perfuzji. Podejmowane w tym czasie działania obejmują podanie heparyny i środków rozszerzających łożysko naczyniowe, które ułatwią przepływ krwi i chłodzenie ciała, pobranie krwi na badania wirusologiczne oraz założenie dostępu naczyniowego do perfuzji narządów i oksygenacji pozaustrojowej. Nie jest to zatem typowa praca lekarza sprawującego opiekę nad potencjalnym dawcą z zachowaną czynnością serca, którego najważniejszym zadaniem jest przede wszystkim zapewnienie stabilnej czynności układu krążenia zmarłego [7, 8].

Presja czasu związana z przygotowaniem potencjalnego dawcy NHBD do pobrania narządów odgrywa także znaczącą rolę w pracy koordynatora transplantacyjnego, którego celem jest zarówno autoryzacja dawcy (ustalenie personaliów, sprawdzenia stanowiska dawcy za życia w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów itp.), uzyskanie opinii prokuratora (w niektórych przypadkach), koordynacja pracy poszczególnych członków zespołu, monitorowanie czasu, jak i kontakt z rodziną potencjalnego dawcy.

Rozmowa z rodziną dawcy NHBD jest jednym z najtrudniejszych etapów w całym procesie transplantacyjnym. Odnalezienie najbliższych zmarłego i zapewnienie koordynatorowi możliwości spotkania z nimi w szpitalu, w bardzo krótkim czasie, stanowi dodatkowy niezwykle istotny, czynnik stresujący zarówno dla rodziny, jak i dla osoby przeprowadzającej rozmowę [8].

Kontakt z rodziną NHBD już od samego początku jest obciążony stresem związanym z ogromną presją czasu, ale także zazwyczaj wyjątkowo dramatycznymi okolicznościami śmierci bliskiej osoby. Mechanizm śmierci spowodowanej nagłym ustaniem akcji serca jest dla bliskich zmarłego istotnie łatwiejszy do zrozumienia w porównaniu z koncepcją śmierci mózgowej, opartą na kryteriach neurologicznych, a przy zachowanej czynności serca. Sytuacja i okoliczności, które doprowadziły do zgonu krewnego w wyniku zatrzymania krążenia, zdecydowanie częściej są bardziej nieoczekiwane i dramatyczne dla bliskich, co często wywołuje wstrząs psychiczny i utrudnia dobry kontakt z rodziną zmarłego [8]. Charakterystycznymi mechanizmami psychologicznymi oraz reakcjami emocjonalnymi w takiej sytuacji są: zaprzeczanie i wypieranie informacji o śmierci, gniew i protest wobec poczucia straty, targowanie się bądź negocjowanie w celu odwrócenia dramatycznego położenia, rozpacz i żal oraz, w końcowej fazie, akceptacja i pogodzenie się z tym faktem [9]. Poszczególne zachowania są zawsze indywidualne i mogą przebiegać w bardzo różny sposób. Najczęściej jednak rodzina zmarłego wyraża zaprzeczenie, gniew, rozpacz i żal. W ostatnich dwóch fazach (akceptacja sytuacji i pogodzenie się ze śmiercią bliskiego), ze względu na krótki czas relacji, koordynator zazwyczaj nie uczestniczy, co dodatkowo go obciąża i wymaga od niego niezwyklej empatii, zrozumienia i akceptacji [10, 11]. Ponadto, w odróżnieniu od procedury identyfikacji dawcy ze śmiercią mózgową, identyfikacja zmarłego, informacja o stwierdzeniu śmierci, okolicznościach wypadku oraz zapytanie o kwestię dawstwa organów mogą być rozdzielone w czasie zaledwie kilkoma minutami [8]. Sytuacja taka stwarza kolejną, bardzo trudną barierę do pokonania dla koordynatora mającego styczność z bliskimi potencjalnego dawcy.

Wszystkie opisane okoliczności sprawiają, że kontakt z rodziną potencjalnego NHBD może być porównywany

do swoistej „interwencji kryzysowej”, w której głównym celem jest znalezienie rozwiązania problemu powodującego ogromne napięcie i stres wśród rozmówców koordynatora. Niezwykle istotne jest więc zrozumienie i zaakceptowanie przez koordynatora reakcji i zachowań rodziny, a także mechanizmów nią kierujących. Taka postawa pozwoli zachować spokój, a także ułatwi dostrzeżenie bezradności rozmówców wobec zaistniałej, dramatycznej dla nich w skutkach sytuacji oraz ogromnego poczucia żalu i straty [9, 12]. Będąc w kontakcie z rodziną NHBD, należy pamiętać, że właściwa relacja z koordynatorem i całym personelem medycznym oraz wsparcie i zrozumienie dla bliskich niwelują obciążenie psychiczne, zmniejszają stres, łagodzą ból i ułatwiają asymilację informacji. Dzięki temu możliwe jest świadome podjęcie decyzji przez krewnych zmarłego, co stanowi nadrzędny cel przeprowadzanej rozmowy [8, 10].

W tej niezwykle specyficznej relacji koordynatora z rodziną potencjalnego dawcy szczególnie istotna jest więź, jaką uda się stworzyć między rozmówcami. Ułatwia ona zarówno uzyskanie rzetelnej informacji na temat opinii zmarłego dotyczącej kwestii dawstwa, jak i pomaga bliskim zmarłego przejść przez okres największego cierpienia i żałoby. W budowaniu odpowiedniej relacji między rozmówcami, oprócz poznania i zrozumienia mechanizmów psychologicznych i związanych z nimi reakcji, bardzo ważne są interakcje werbalne (np. parafraza wypowiedzianych zdań, aktywne słuchanie rozmówców) i niewerbalne (m.in. zachowanie kontaktu wzrokowego, potakiwanie itp.) oraz oferowanie i udzielanie wsparcia zarówno emocjonalnego, jak i merytorycznego [8, 9, 10, 11].

Istotną rolę w budowaniu właściwej więzi w trakcie rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy odgrywają także miejsce, w którym powinna odbyć się konwersacja, oraz towarzyszące jej okoliczności [8, 10]. Nie do przecenienia są warunki dialogu koordynatora z bliskimi NHBD. Powinny one zapewniać [8, 11]:

- stosowny (spokojny, pełen szacunku i powagi) klimat rozmowy,
- empatyczną postawę koordynatora,
- sprzyjające środowisko (brak jakichkolwiek czynników zakłócających lub rozprasających),
- atmosferę rozmowy opartą na wzajemnym zaufaniu (koordynator powinien unikać jakichkolwiek zachowań lub gestów, które mogłyby być odczytane jako manipulacja czy zastraszenie!),
- właściwie dostosowany i zrozumiały dla rozmówcy język,
- ciepły, lecz stanowczy ton głosu koordynatora.

Należy podkreślić, że miejsce, w którym odbywa się rozmowa, ma również istotną rolę. Bardzo ważne jest jego wyłączenie z bieżącej działalności szpitala [10]. Pomiesz-

czenie, w którym ma odbywać się rozmowa z krewnymi potencjalnego dawcy, powinno być odizolowane od oddziału intensywnej terapii lub szpitalnego oddziału ratunkowego, tak aby w jak największym stopniu zapewnić rodzinie zmarłego komfort i prywatność. Zaleca się ponadto, by było wyposażone tylko w niezbędne do rozmowy środki, takie jak: wygodne siedzenia, wodę do picia, telefon itp. [8].

Szczególnie ważne jest rozdzielenie w czasie rozmowy informacji o śmierci bliskiej osoby z zapytaniem o jej stosunek do dawstwa narządów i transplantacji [10]. W przypadku procedury pobrania narządów od NHBD czas na rozmowę z rodziną i jej wszelkie decyzje jest mocno ograniczony, toteż bardzo trudno rozdzielić te dwie informacje. Podkreśla się jednak, że okoliczności śmierci bliskiej osoby oraz sama informacja o jej zgonie powinna być przekazana kilka minut przed uzyskaniem opinii na temat pobrania narządów, najlepiej w innym pomieszczeniu (np. pokój lekarski oraz pokój koordynatora) [8].

Koordynator, rozpoczynając rozmowę z rodziną potencjalnego NHBD powinien poznać członków rodziny zmarłego i być zorientowanym, jak mają na imię poszczególne osoby, co pozwoli w trakcie dialogu bezpośrednio do nich zwracać. Koordynator, oceniając ich aktualny stan psychiczny, emocje i reakcje, powinien wstępnie określić, jakiego typu pomocy i wsparcia prawdopodobnie będą potrzebowali najbardziej. Kolejnym krokiem jest nawiązanie psychicznego kontaktu poprzez zaoferowanie pomocy, okazanie zrozumienia i empatii oraz zachęcenie do dialogu. W sytuacji, gdy rodzina potrzebuje lub oczekuje dodatkowych informacji na temat okoliczności śmierci osoby bliskiej, koordynator udziela ich ponownie. Ułatwia to zaakceptowanie przez najbliższych zaistniałego faktu i pozwala przejść do kolejnej kwestii, jaką jest możliwość pobrania narządów do przeszczepienia. Zadaniem koordynatora jest ustalenie w sposób przyjazny i spokojny oraz zrozumiały dla rozmówców, jakie było za życia stanowisko zmarłego w kwestii oddania narządów do transplantacji. W przypadku, gdy rodzina dawcy będzie potrzebowała więcej czasu na przemyślenie bądź omówienie między sobą tego problemu, koordynator jest zobowiązany zapewnić im wystarczającą jego ilość. Jeżeli natomiast rodzina dawcy ma wątpliwości, koordynator powinien wesprzeć i pomóc jej podjąć decyzję, podkreślając pozytywne aspekty dawstwa i sens transplantacji oraz dodać odwagi bliskim do podjęcia decyzji. Należy przy tym podkreślić, że jeżeli na wstępie opinia rodziny jest negatywna, koordynator powinien zadeklarować rodzinie, że szanuje ich decyzję, ale powinien pozostawić im dodatkowy czas na przemyślenie tematu bez jego obecności [8, 11]. Bez względu na rezultat rozmowy bardzo ważne jest okazanie rodzinie, do końca pobytu

w szpitalu, troski i wsparcia, tak aby opuszczając szpital, nie miała jakichkolwiek wątpliwości [10].

Najważniejszymi cechami, jakie powinny charakteryzować koordynatora podczas rozmowy z rodziną dawcy NHBD, jest zatem wewnętrzny spokój, empatia, konsekwencja oraz wytrwałość [8, 11].

Kontakt transplantacyjnego koordynatora z rodziną potencjalnego NHBD odgrywa kluczową rolę w całym procesie identyfikacji, dawstwa i przeszczepiania narządów. Rozmowa z bliskimi zmarłego i uzyskanie od nich informacji na temat stanowiska, jakie zmarły miał za życia wobec kwestii dawstwa narządów, jest dla koordynatora złożoną, trudną i nieprzewidywalną częścią całego procesu. Należy jednak podkreślić, że nawiązanie dobrego kontaktu z rodziną NHBD oraz zbudowanie odpowiedniej relacji interpersonalnej gwarantuje i zapewnia sukces całego procesu pobrania i przeszczepienia narządów.

Koordinators transplantacyjny jest odpowiedzialny nie tylko za przebieg poszczególnych etapów procesu pobrania narządów, ale również za wsparcie dla bliskich zmarłego w tym trudnym dla nich okresie.

Piśmiennictwo:

1. <http://www.poltransplant.org.pl>, data dostępu: 18.04.2012.
2. Kootstra G, Daemen JH, Osmen AP: Categories of non-heart beating donors. *Transplant Proc* 1995; 27: 2893–2894.
3. Ridley S, Bonner S, Bray K, Falvey S, Mackay J, Manara A: Intensive Care Society's Working Group on Organ and Tissue Donation. UK guidance for non-heart-beating donation. *Br J Anaesth* 2005; 95: 592–595.
4. Ustawa z dn. 17 lipca 2009r o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy. *Dz.U.* z 2009 r. nr 141, poz. 1149.
5. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia. *Monitor Polski* 2010 nr 59 poz. 784.
6. *Beyeler F*: Non heart beating donors, http://www.ceapir.org/wb/modules/download_gallery/dl.php?file=52, data dostępu: 10.04.2012
7. *Matych J, Skrzypek-Mikulska A, Jalmużna P, Pietraszun O*: Najciekawsze wydarzenia w transplantologii w 2009 roku. *Prz Urol* 2010; 11: 60.
8. Materiały edukacyjne ETCO & Transplant Coordination Unit, Hospital Clinico San Carlos, Madryt, dzięki uprzejmości dr Francisco Del Rio Gallegos.
9. *Wainrib Rubin B, Bloch LE*: How we respond to crisis and trauma. In: *Crisis intervention and trauma response — theory and practice*. Springer Publishing Company, New York 1998: 31–44.
10. *Jakubowska-Winecka A*: Kontakt z rodziną dawcy narządów do transplantacji. In: *Rutkowski B, Kaliciński P, Śledziński Z, Wujtewicz M, Milecka A* (ed.) *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*. Via Medica, Gdańsk 2009; 111–119.
11. *Gómezy P, de Santiago C*: La entrevista familiar. Técnica y resultados. In: *Matesanz R* (ed.) *El modelo español de coordinación y trasplantes*. 2 Edición, Aula Medica, Madrid 2008: 105–119.
12. *Greenstone JL, Leviton SC*: Crises and how to respond to them. In: *Elements of crisis intervention*. Brooks/Cole-Thomson Learning, Pacific Grove 2002: 100–105.

Adres do korespondencji:

mgr Małgorzata Zelman
Szpital Bielański
ul. Ceglowska 80, 01–809 Warszawa
tel.: 22 569 01 21, faks: 22 569 01 20
e-mail: mzelman@o2.pl

Otrzymano: 28.06.2012 r.

Zaakceptowano: 24.07.2012 r.