

## POLSKA TRANSPLANTOLOGIA

Kwestia przeszczepiania narządów budzi ostatnio w naszym kraju wiele emocji. Na początku ubiegłego roku doszło do zatrzymania przez CBA znanego kardiochirurga zajmującego się przeszczepami serca. W marcu 2007 roku głośna była sprawa oskarżeń wobec krajowego konsultanta do spraw hematologii prof. Wiesława Jędrzejczaka. „Dziennik” zarzucił mu eksperymenty na pacjentach. W wyniku tych podejrzeń w Polsce zmalała liczba przeszczepów, a zaufanie do lekarzy wykonujących takie zabiegi znacznie się zmniejszyło. Pod koniec roku natomiast media z uwagą śledziły dramatyczny przebieg przeszczepu nerki u córki znanego boksera Przemysława Salety. Niestety, wokół transplantologii krąży wiele mitów, powodując niesprzyjający klimat społeczny wokół tej dziedziny medycyny. Ostatnio jednak – dzięki zaangażowaniu środowiska lekarskiego, przychylniej postawie polskiego Kościoła (akcja „Nie zabieraj swoich narządów do nieba – one potrzebne są tu, na ziemi!”), a także licznym kampaniom informacyjnym – liczba wykonywanych przeszczepów w Polsce zaczyna powoli znów rosnąć, pozostając jednak wciąż jedną z niższych na świecie.

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny (IFMSA) prowadzi kampanię informacyjną dotyczącą transplantacji pod tytułem *Przeszczep dalej!*, w ramach której 30 listopada 2007 roku przeprowadzono debatę mającą na celu obalenie mitów krążących wokół transplantologii. W dyskusji, jaka odbywała się w Katedrze Anatomii CM UJ, wzięli udział: Marcin Mikos – rzecznik Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Prokocimiu, Tomasz Filarski ze Studenckiej Poradni Prawa Medycznego, dr Karol Wierzbicki z Kliniki Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii CM UJ, dr Irena Mileniak – koordynator przeszczepów w Klinice Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii CM UJ, dr Małgorzata Jantos z Zakładu Bioetyki i Filozofii CM UJ, dr Tomasz Kruszyna z I Kliniki Chirurgii Ogólnej i Katedry Chirurgii Gastroenterologicznej, Urszula Drukała – dziennikarka, oraz Tadeusz Czernecki – pacjent oczekujący na przeszczep wątroby.

Pierwszą z omawianych, kluczową dla całej dyskusji, kwestią jest wciąż funkcjonujący w społeczeństwie mit śmierci „sercowej”. – *U blisko 70 procent funkcjonuje mit śmierci sercowej. Problem ten pojawia się, niestety, niekiedy także wśród lekarzy. Tymczasem pamiętajmy, że zgon następuje w wyniku zaprzestania pracy przez mózg i serce – mówił Marcin Mikos. Doktor Irena Mileniak dodała, że musi umrzeć mózg, żeby można było pobrać narządy, a cała procedura stwierdzenia, że pacjent nie żyje, jest*

*bardzo skomplikowana i czasochłonna, może to trwać nawet 48 godzin. Człowiek nie żyje – pomimo tego, że poza mózgiem w zasadzie wszystkie pozostałe narządy działają, są sztucznie podtrzymywane. Odlączenie od aparatury następuje tylko i wyłącznie w przypadku śmierci mózgu, a każdy taki przypadek musi być zgłoszony do Poltransplantu jako potencjalny dawca. Według badań OBOP aż 38 procent społeczeństwa wierzy, że lekarze mogą odłączyć respirator z przyczyn pozamedycznych, czyli na przykład z chęci zysku, a dodatkowo, po wydarzeniach z początku 2007 roku, ponad 60 procent społeczeństwa straciło częściowo lub całkowicie zaufanie do lekarzy. Niestety, w naszym społeczeństwie, jak stwierdził dr Karol Wierzbicki, transplantologia wciąż budzi emocje na poziomie książek sensacyjnych, a poziom ogólnej wiedzy na ten temat jest zastraszająco niski.*

*– Ciągłe myśli się o przeszczepach z pewnym dreszczykiem niezdrowych i niepotrzebnych emocji. Takie spotkania jak dzisiaj są więc bardzo potrzebne, ponieważ przedstawiają transplantologię jako naukę, a leczenie przeszczepem jako oczywistą metodę ratowania życia, której nie można zaniechać. Również aktywność szpitali w transplantologii nie jest wystarczająca. Jak mogli-*

*śmy się dowiedzieć, tylko w 120 z 700 szpitali w Polsce dba się, żeby zawiadamiać o możliwości pobrania narządów dla czekających na nie biorców. – Moim zdaniem lekarze są zbyt bierni, stąd ten niski poziom aktywności w transplantologii, szczególnie na poziomie szpitali powiatowych – stwierdził Marcin Mikos. Według dr. Karola Wierzbickiego problem może tkwić między innymi w świadomości samych lekarzy, ponieważ dla nich proces terapeutyczny kończy się z chwilą zgonu danego pacjenta, czyli właśnie stwierdzenia śmierci mózgu. – Wytwarza się więc tutaj pewna bariera, ponieważ lekarz, chcąc umożliwić pobranie narządów, musi kontynuować pewne czynności już wobec zwłok, na przykład podawać leki wspomagające pracę serca, a to według mnie może być dla lekarza bardzo trudne z wielu względów, bo przecież wie, że musi zapewnić opiekę przede wszystkim żyjącym chorym. Jednak jeżeli są takie możliwości i jest taka wola, to powinno się wygospodarować i poświęcić czas na podtrzymanie zwłok, zawiadomienie zespołu oraz doprowadzenie do całonocnej procedury pobrania narządów. Pamiętajmy przy tym, że wszystkie pobierane do przeszczepów narządy wymagają szczególnej opieki. – Dla wszystkich narządów, ale szczególnie dla serca, najgorszy jest czas niedokrwienia, dlatego okres transportu od momentu pobrania do momentu wszczepienia powinien wynosić*



Uczestnicy debaty, od lewej: Marcin Mikos, dr Tomasz Kruszyna, Tomasz Wierzbicki, Urszula Drukała, dr Małgorzata Jantos, dr Karol Wierzbicki, dr Irena Mileniak

A. Wojnar

mniej niż pięć godzin. Im jest krótszy, tym lepiej – wyjaśniał dr Karol Wierzbicki. Podczas debaty padł z sali zarzut, że z powodu niechęci samych lekarzy do transplantacji zdarza się, że zgłaszany do przeszczepu narząd nie jest przyjmowany na przykład z powodu strachu lekarza przed oskarżeniami ze strony rodziny zmarłego dawcy. Doktor Wierzbicki wyjaśnił, że odmowa przeszczepu jakiegoś narządu wynika z bardzo skomplikowanych, ścisłych procedur i kryteriów. – Zdarzają się przypadki, że po konsultacji z kierownikiem kliniki i szefem Oddziału Intensywnej Terapii stwierdzamy, że dane serce nie nadaje się do przeszczepu. Są pewne kryteria, których nie możemy ominąć, ponieważ wtedy postąpilibyśmy wbrew sztuce lekarskiej. Przeszczepiamy serca, które muszą być praktycznie w 100 procentach zdrowe. Nie możemy sobie pozwolić na to, że serce przeszczepione może mieć złą funkcję albo będzie miało funkcję odroczoną. Musimy mieć od początku dużą pewność, że to serce już po przeszczepieniu zacznie bić i dobrze funkcjonować. Jeżeli na przykład podczas wypadku doszło do zatrzymania akcji serca i reanimacji, to przeszczepienie takiego narządu łączy się z bardzo dużym ryzykiem i wtedy nie możemy się na taki zabieg zdecydować. Nie każdy narząd dla danego pacjenta pasuje. Nie możemy przeszczepić zbyt małego serca biorcy, który waży na przykład 90 kilogramów. Doktor Irena Mileniak uzupełniła, że już w momencie zgłoszenia do Poltransplantu (Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do spraw Transplantacji w Warszawie) albo do koordynatora regionalnego lekarze informują o zaistniałych czynnikach ryzyka, wtedy też następuje decyzja, czy i jaki narząd może zostać pobrany. Gdy rezygnacja następuje ze względów medycznych, to dlatego, aby po prostu nie zaszkodzić biorcy.

Ogromnym problemem w polskiej transplantologii jest niechęć społeczeństwa do przeszczepów, stąd zdarza się, że rodzina zmarłego nie wyraża zgody na pobranie narządów. – Istotna jest atmosfera wokół kwestii przeszczepów i zmiana mentalności ludzi, szczególnie starszego pokolenia, na ten temat. Często też brakuje o tym rozmowy w obrębie bliskiej rodziny. Sami wyrażamy taką zgodę, ale nie rozmawiamy o tym z najbliższymi, stąd też mogą pojawić się te spory – mówiła Urszula Drukała. – Jeżeli więc

będzie odpowiedni klimat i chęć współpracy ze strony rodzin, to lekarzom też będzie łatwiej. Doktor Karol Wierzbicki dodał, że niekorzystny szum medialny wpłynął nie tyle na samych lekarzy, ile na rodziny potencjalnych dawców – w postaci braku zaufania do lekarzy. Lęk lekarza wynika więc z tego, że musi rozmawiać z rodziną, która już jest wrogo nastawiona do przeszczepu. I tu dochodzimy do kwestii kluczowej, czyli momentu przekazania rodzinie wiadomości o śmierci pacjenta z jednoczesnym pytaniem



Debata pt. Przeszczep dalej! odbywała się w auli Katedry Anatomii CM UJ

o zgodę na wykonanie przeszczepu. – Problem jest w tym, żeby w odpowiedni sposób rozmawiać z rodziną zmarłego, która jest w szoku. Jeżeli nie ma w szpitalu odpowiedniego koordynatora, to ciężar takiej rozmowy spoczywa na lekarzu. Jednak w Polsce tylko w kilku szpitalach działają właśnie tacy koordynatorzy – ubolewała dr Irena Mileniak. Doktor Tomasz Kruszyna zwrócił uwagę na fakt, że informowanie i przygotowywanie rodziny pacjenta na taką wiadomość to skomplikowany wieloetapowy proces, w którym

wszelkie kwestie przeszczepiania narządów poruszać powinien właśnie koordynator, czyli osoba, która przeszła specjalistyczne szkolenie i ma przede wszystkim odpowiednie przygotowanie psychologiczne. – Dla bliskich zmarłego to jest zawsze szok, natomiast dobry koordynator jest w stanie działać cuda. Myślę, że większość problemów, z którymi mamy do czynienia, wynika ze złego sposobu przekazywania informacji. Doktor Karol Wierzbicki podkreślił również, że taka rodzina, która staje w obliczu strasnej tragedii i jest pogrążona w rozpacz, musi mieć jednak świadomość jednego: że dzięki tej pomocy i decyzji o przeszczepie czyjeś życie zostanie uratowane. – Trzeba więc uświadomić ludziom, że przecież celem transplantacji nie jest pobranie narządu, tylko dzięki temu uratowanie komuś życia. Częstka dawcy będzie żyć dalej w kimś innym. Myślę, że gdyby rodziny uświadomiły to sobie, to decyzję o przeszczepie byłoby o wiele prościej podjąć.

Kwestia przeszczepów i zgody na nie jest ściśle uregulowana w polskim prawie ustawą z 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. – W Polsce obowiązuje system tak zwanej zgody domniemanej, czyli pobrania narządów i tkanek z ludzkich zwłok, po stwierdzeniu nieodwracalnego ustania czynności mózgu, można dokonać,

Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
PESEL	
Adres zamieszkania	

**Moją wolą jest, by w przypadku nagłej śmierci, moje tkanki i narządy zostały przekazane do transplantacji ratując życie innym. Informuję także, że o swojej decyzji powiadomiłem moją rodzinę i najbliższych, którzy w krytycznym momencie winni ją uszanować.**

Czytelny podpis

\*Każdy przeszczep organu ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej. Szlachetność takiego gestu polega na tym, że jest on prawdziwym aktem miłosierdzia dla drugiego człowieka”  
Ojciec Święty Jan Paweł II, 29 sierpnia 2000 roku

jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu w postaci pisemnego wpisu do Centralnego Rejestru Sprzeciwów, co musi sprawdzić lekarz. Tych sprzeciwów jest tak naprawdę niewiele – wyjaśnił podczas debaty Tomasz Filarski. W praktyce jednak, jak wyjaśnił dr Tomasz Kruszyna, żaden lekarz nie podejmuje decyzji o przeszczepie, jeśli spotka się ze sprzeciwem ze strony rodziny. Transplantologia, jak żadna inna dziedzina nauki, wymaga ogromnego zaufania społecznego i tylko dzięki temu funkcjonuje. Natomiast dr Małgorzata Jantos uważa, że system, w którym ludzie muszą jednak wyrazić za życia zgodę na przeszczep (tak jak np. w USA), byłby lepszy dla samych lekarzy i upraszczałby znacznie decyzję o pobraniu narządu. Jednym z elementów kampanii propagującej transplantologię jest wypełnianie karteczek – oświadczeń woli, w których zgadzamy się na pobranie naszych narządów po śmierci. – To oświadczenie woli nie ma jednak mocy prawnej – wyjaśnia Tomasz Filarski. – Jest to natomiast sugestia dla rodziny, żeby szanowała wolę zmarłego. Wówczas także lekarz może się na takie oświadczenie powołać. W dalszej części debaty dr Małgorzata Jantos zwróciła uwagę na fakt, że nie możemy zapominać także o ludziach, którym przeszczepiono narządy. Oni też niejednokrotnie poszukują pomocy psychologa. Doktor Mileniak dodała, że są specjaliści, którzy pracują z pacjentami podczas podjęcia decyzji o poddaniu się przeszczepowi, w trakcie zabiegu i po nim. Podczas debaty obecny był także pacjent oczekujący na przeszczep wątroby, który podkreślił, że decyzja o poddaniu się przeszczepowi była wprawdzie trudna, ale absolutnie konieczna, a dzięki pomocy lekarza prowadzącego oczekiwanie na przeszczep stało się

znacznie łatwiejsze. Podkreślił również, że bardzo brakuje mu spotkań z innymi pacjentami oczekującymi na przeszczep. – Jest chęć spotkania także wśród rodzin zmarłych dawców i wymiany swoich doświadczeń. Kilka takich spotkań już się odbyło. Rodziny dawców przychodzą do szpitala i pytają, jakie są losy przeszczepionych narządów. Dane dawcy i biorcy są anonimowe, natomiast ja przygotowuję zazwyczaj list do rodziny dawcy, który przekazuję lekarzowi prowadzącemu, z informacją, iż narząd został przeszczepiony, że podjął swoją funkcję. To jest niezmiernie istotne dla tych ludzi – poinformowała dr Irena Mileniak.

Na zakończenie dyskusji Marcin Mikos podkreślił, że mi-tem jest, że polska transplantologia ucierpiała przez sprawę doktora G. Przeszczepy są wykonywane nadal, a dzięki znacznemu postępowi technologicznemu w tej dziedzinie rezultaty są coraz lepsze – a chorzy po przeszczepach żyją znacznie dłużej. – Transplantologii nie można zniszczyć. W ciągu ostatnich kilku tygodni tylko w naszej klinice wykonaliśmy trzy przeszczepy serca, pacjenci żyją i dochodzą do zdrowia – poinformował dr Karol Wierzbicki. – Dla nas widok chorego, który po przeszczepie wraca do zdrowia i wychodzi ze szpitala na własnych nogach, jest olbrzymią motywacją.

Pamiętajmy więc, że transplantologia to jedna z dziedzin medycyny ratująca ludzkie życie – co roku dzięki przeszczepom tysiące dzieci i dorosłych otrzymują szansę na drugie życie. Warto więc zastanowić się głębiej nad tym problemem, a o podjętej decyzji zawiadomić najbliższych.

**Anna Wojnar**



## ZŁOTY SPINACZ 2007

### Nagroda dla małopolskiej kampanii przeszczepowej

**K**ampania „Nie zabieraj swoich narządów do nieba – one potrzebne są tu, na ziemi!”, prowadzona przez krakowską Klinikę Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Collegium Medicum UJ, kierowaną przez prof. Jerzego Sadowskiego, otrzymała prestiżową nagrodę Związku Firm Public Relations „Złoty Spinacz 2007” w kategorii: najlepsza kampania społeczna.

Złote Spinacze są jednym z najważniejszych wydarzeń w polskiej branży PR.

Do piątej edycji konkursu zgłoszono 73 projekty. Nadesłało je 56 firm, instytucji i agencji. Zmagali się między innymi w kategoriach: kampania edukacyjna, kampania społeczna, komunikacja wewnętrzna oraz komunikacji kryzysowa i antykryzysowa. Trzydziestoosobowe jury, w skład którego wchodziły ludzie mediów, public relations i marketingu, oceniło, że krakowska kampania jest najlepszym tego typu projektem realizowanym w okresie 2006/2007.

### W KOLEJCE PO ŻYCIE

Krakowska Klinika Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii CM UJ posiada niezbędne zaplecze lokalowe i techniczne oraz wyszkolony i doświadczony zespół lekarzy, który od 17 lat wykonuje przeszczepy serca. Przez ten czas w Klinice dzięki przeszczepowi udało się uratować życie ponad pięciuset chorym. Rekordowy pod tym względem był rok 1997 – wykonano 70 przeszczepów serca. Jednak małopolscy lekarze alarmują: z każdym rokiem zmniejsza się liczba transplantacji.

Na liście oczekujących na serce znajduje się obecnie ponad 50 osób, rocznie ta liczba sięga nawet 100 pacjentów. Wielu z nich umrze, nie doczekawszy przeszczepu, który jest dla nich jedyną szansą. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest brak zgody dawców



lub ich rodzin, jak również malejąca aktywność środowisk medycznych w pozyskiwaniu dawców.

## PRAWO, MEDYCYNA, KOŚCIÓŁ

Fakt, że rodziny nie wyrażają zgody na pobranie narządów od ofiary wypadku, jest tym trudniejszy do zrozumienia, że – jak pokazują badania OBOP – transplantologia jest powszechnie społecznie akceptowaną metodą ratowania życia. Przedstawiciele Kościoła katolickiego potwierdzają swoje poparcie dla przeprowadzania przeszczepów, także regulacje prawne nie stanowią w tym wypadku przeszkody. Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu narządów określa precyzyjnie, kto może być dawcą i w jakiej sytuacji, oraz zakłada zgodę domniemaną na przeszczep, jeśli ktoś nie zgłosił swojego sprzeciwu do centralnego rejestru.

Przepisy nie obligują lekarzy do pytania o zgodę rodziny potencjalnego dawcy, jednak lekarze, mając świadomość dramatu, jaki staje się udziałem rodziny w chwili śmierci bliskiej osoby, zwykle pytają o zgodę na pobranie narządu do przeszczepu i, niestety, najczęściej słyszą odmowę.

Również Kościół katolicki popiera transplantologię. Wielokrotnie mówił o tym Ojciec Święty Jan Paweł II, który podczas kongresu transplantologów podkreślał: *Każdy przeszczep ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej. Szlachetność takiego gestu polega na tym, że jest on prawdziwym aktem miłosierdzia dla drugiego człowieka.*

Wyrażając sprzeciw wobec przeszczepu naszych organów, zgadzamy się na śmierć nie jednej, lecz dwu osób – swoją i tej, która umrze, czekając na dawcę. To może być każdy z nas, niewydolność serca może pojawić się w każdym wieku, na przykład wskutek źle leczonej infekcji. O tym i o innych ważnych zagadnieniach ma przypominać kampania prowadzona przez krakowską Klinikę Kardiologii.

Wystarczy, żebyś o tym wiedział... Wystarczy, żebyś już dziś zdecydował...

Program „Nie zabieraj swoich narządów do nieba – one potrzebne są tu, na ziemi!” to sposób na dialog ze społeczeństwem i promowanie świadomego wyboru dla czyjegoś ocalenia – decyzji polegającej na wyrażeniu zgody na potencjalne oddanie narządów w przypadku nagłej śmierci. Temu służy między innymi dystrybuowane podczas kampanii „Oświadczenie woli”, znak zgody „Sumus-Erimus”, serwis internetowy [www.oswiadczeniewoli.com.pl](http://www.oswiadczeniewoli.com.pl), megaboardy w różnych punktach Małopolski, specjalny tramwaj promujący ideę programu i wiele innych działań, które od kilkunastu miesięcy przypominają – nie tylko mieszkańcom Małopolski – że wielu śmiertelnie chorych

ludzi czeka na przeszczep będący ich jedyną szansą, a bez społecznego wsparcia ich nadzieja na życie nie ma szans się urzeczywistnić.

Duży odzew społeczny wzbudziła akcja happeningowa, podczas której przez kilka godzin specjalny tramwaj „Nie zabieraj serca do nieba” jeździł ulicami Krakowa. W tramwaju można było spotkać poetów, organizatorów, pacjentów po przeszczepie serca oraz lekarzy – rozdających druki i broszury, jak dbać o serce. Każdy, kto wsiadł w tym dniu do tramwaju kampanii, mógł na własne oczy przekonać się, że na przeszczep czekają także bardzo młodzi ludzie, dla których niewyleczona infekcja stała się początkiem walki ze śmiercią. W tym dniu w tramwaju spotkali się przedstawiciele władz miasta, województwa, uczelni, policja oraz media. Tym wszystkim, którzy walczyli o pomoc dla transplantacji, arcybiskup metropolita krakowski kardynał Stanisław Dziwisz udzielił szczególnego błogosławieństwa. A wieczorem wszyscy spotkali się na poetycko-muzycznym misterium *Nie lekajcie się... pozostawie serce w drugim człowieku.*

## POZYSKAĆ MEDIA, SPOŁECZEŃSTWO CZY ŚRODOWISKO MEDYCZNE?

Kampania skierowana jest, z jednej strony, do ogółu społeczeństwa, z drugiej – do środowiska medycznego. Dla lekarzy z całej Małopolski organizowane były przez Klinikę Kardiologii warsztaty transplantologiczne poświęcone najważniejszym problemom współczesnej transplantologii. Podczas comiesięcznych spotkań z udziałem między innymi znanych aktorów omawiane były zagadnienia, jak prowadzić rozmowę z rodziną dawcy, problemy dotyczące orzekania śmierci pnia mózgu, procedury prowadzenia dawcy, zasady zgłaszania dawców, ekonomiczne aspekty przeszczepiania i pobierania narządów.

Każdego dnia do organizatorów zgłaszają się kolejne osoby i instytucje chcące wesprzeć kampanię i wyrazić swoje poparcie dla idei ratowania życia przez przeszczep. I choć na efekt rzeczywisty trzeba będzie jeszcze zaczekać, pacjenci Kliniki czekają z coraz większą nadzieją...

Złoty Spinacz dołączył do nagród, którymi wyróżniono kampanię.

24 stycznia 2007 roku autorka kampanii dr Ewa Sadowska otrzymała ogólnopolską Nagrodę im. Brajana Chlebowskiego, ustanowioną przez Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie”, przyznawaną ludziom szczególnie zasłużonym na polu przełamywania barier społecznych w zakresie przekazywania narządów do transplantacji. We wrześniu 2007 roku projekt uhonorowano pierwszą nagrodą podczas kongresu European Transplant Coordinators Organization w Pradze za społeczną edukacyjną kampanię promującą dawstwo i transplantację organów.



# RAPORT NICZYM NIE GROZI!

## Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków

Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków (UOMiBNDL) rocznie przesyła do Urzędu Rejestracji Leków 400 (URL) zgłoszeń niepożądanych działań leków (NDL) pochodzących z makroregionu południowo-

-wschodniego. W skali całego kraju do URL sływa półtora tysiąca raportów – to jest 25-krotnie (!) mniej, niż rejestruje się w Wielkiej Brytanii, gdzie zgłoszenia może dokonać nawet pacjent. W ostatnich trzech latach powołano podobne do UOMiBN-

DL ośrodki we Wrocławiu i Poznaniu. Pierwotnie zakładano uruchomienie takowych w każdym akademickim mieście.

Krakowski ośrodek działa najdłużej w kraju, z kilkuletnią przerwą od 1990 roku. łączy inicjatywę prof. Elżbiety Kostki-Trąbkowej, ówczesnego kierownika Zakładu Farmakologii Klinicznej AM, z ministerialnym rozporządzeniem nakazującym monitorowanie NDŁ.

Ośrodek wdrożył w Małopolsce program profilaktyki chorób polekowych. Dociera z wiedzą o nich do wielu środowisk. Ostatnio realizuje wspólny projekt z Wojewódzką Komendą Policji w Krakowie. Dotyczy on kierowania pojazdami w kontekście NDŁ. Ośrodek nie może przebić się z ofertą upowszechnienia wiedzy o wielkiej wadze problemu bezpieczeństwa stosowania leków do środowiska lekarzy rodzinnych, choć wielokrotnie zabiegał o to kluczowe audytorium w Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Natomiast wspólnie z Kliniką Alergologii CM UJ systematycznie sporządza bazę pacjentów, którzy zetknęli się z problemem polekowych działań niepożądanych (PDN).

### CHOROBA POLEKOWA TYLKO NA PAPIERZE

Każdy artykuł naukowy i wystąpienie publiczne dr. farmacji Jarosława Woronia, kierownika UOMiBNDL, rozpoczyna się od uprzytomnienia skali problemu. – *Polekowe działania niepożądane plasują się w pierwszej dziesiątce przyczyn zgonów. Aż 10–15 procent hospitalizacji na oddziałach internistycznych spowodowanych jest niewłaściwym użyciem leków, około 20 procent nakładów na świadczenia zdrowotne przeznaczanych bywa na leczenie następstw nieracjonalnej terapii. Pomimo to statystyka chorób nie ujmuje choroby polekowej.*

Elementem działań prewencyjnych jest opracowana i staraniem Ośrodka wydrukowana karta PDN – rodzaj legitymacji (do okazywania przy każdej wizycie lekarskiej oraz w aptece, aby nie doszło do powtórnej reakcji nadwrażliwości), w której wpisuje się, jaki lek wywołuje u pacjenta niepożądanie działania (ND). Okazuje się bowiem, że u 50 procent pacjentów dochodzi do ponownego epizodu choroby polekowej (po tym samym specyfiku). Zwłaszcza starsi pacjenci nie zawsze potrafią – albo nie chcą – wymienić nazwy wszystkich leków, jakie przyjmują. Niemal normą jest, że kolejno odwiedzają kilku specjalistów, często nie informując ich wyczerpująco o już przyjmowanych lekach. Niekiedy kontakt werbalny z pacjentem, na przykład nieprzytomnym, wiezionym karetką do SOR, jest niemożliwy.

### MARTWE PRAWO

Przekazywanie informacji o wystąpieniu niepożądanych działań leków jest w Polsce unormowane. Aż cztery akty prawne (m.in. ustawa o zawodzie lekarza) nakładają na pracowników

służby zdrowia: lekarzy, pielęgniarki i położne, farmaceutów, ratowników medycznych, obowiązek raportowania PDN.

– *Niestety, przepisy te mają charakter martwego prawa* – mówi dr Jarosław Woron. Dość nagminne jest niedocenianie problemu bezpieczeństwa stosowania leków. Druga okoliczność, która rzutuje na taki stan rzeczy, to nieuzasadnione niczym utożsamianie NDŁ z błędem medycznym. I obawa o to, że będzie się za taki odpowiedzialnym bądź choćby z nim kojarzonym. W dobie sądowego ścigania błędów w sztuce, w dobie rozbudzonych apetytów zarówno ewentualnych poszkodowanych, jak i prawników wyspecjalizowanych w tej dziedzinie taka postawa nawet nie może dziwić. W istocie błąd medyczny może być przyczyną NDŁ, ale w większości przypadków nie jest.

NDŁ mogą się ujawnić w trakcie stosowania leku posiadającego od wielu lat rejestrację, a więc takiego, który został poddany wymaganym do wydania tego „glejtu” pięcioletnim badaniom klinicznym. Z uwagi na kryteria doboru pacjentów do tych badań dane firm farmaceutycznych (uwidocznione na ulotce leku) mogą mieć ograniczoną wartość praktyczną. Najgłośniejszy przykład ostatnich lat to historia Vioxu, leku, który miał zrewolucjonizować terapię choroby reumatycznej, a był przyczyną ciężkich powikłań kardiologicznych, niekiedy kończących się śmiercią.

### NASZ MODEL FARMAKOTERAPII PREDYSPONUJE DO PDN

– *Specyfika polskiego modelu farmakoterapii w szczególności sposób predysponuje do występowania niepożądanych reakcji polekowych* – czytamy w zbiorowej pracy UOMiBNDL przedstawionej podczas IX Ogólnopolskiej Konferencji Jakość w Opiece Zdrowotnej „Bezpieczny pacjent”, która odbyła się w Krakowie w 2005 roku. – *Wynika to z następujących faktów: Pacjent leczony jest przez kilku lekarzy, którzy nie konsultują stosowanej farmakoterapii. Brak jest ogólnie akceptowanych standardów farmakoterapii, co powoduje, że dobór leków jest niejednokrotnie przypadkowy i rzadko uwzględnia się czynniki ryzyka. Bardzo rzadko przed przepisaniem leku, który u znacznego odsetka pacjentów wywołuje ND, przeprowadza się kalkulację korzyść–ryzyko. Brak merytorycznego nadzoru nad farmakoterapią zwiększa prawdopodobieństwo powielania błędów.*

Dane farmakoepidemiologiczne wskazują, że 30–40 procent PDN można uniknąć! Z analizy raportów napływających do UOMiBNDL w Krakowie wynika, że ponad 50 procent opisanych NDŁ wystąpiło w wyniku niewłaściwego zastosowania leków lub nieuwzględnienia czynników ryzyka przed rozpoczęciem farmakoterapii.

**Halina Kleszcz**