

Białystok, dn. 26 września 2024

Dr hab. n. med. Jerzy Głowiński  
Klinika Chirurgii Naczyń i Transplantacji  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
Tel. 85 8318277, email: jglow@wp.pl

Recenzja rozprawy doktorskiej  
mgr Edyty Karpety

pt. „Donacja narządów jako element oceny jakości oddziałów intensywnej terapii warszawskich szpitali”.

Przeszczepianie narządów jest uznanym sposobem leczenia. Postęp medycyny sprawia, że w ostatnich latach rośnie liczba przeszczepianych narządów oraz wyraźnie wydłuża się przeżywalność biorców. Jednym z istotnych ograniczeń w rozwoju transplantologii jest niedostateczna liczba organów. Ksenotransplantacja, pomimo pojedynczych częściowych sukcesów, jest wciąż w fazie eksperymentu. Najważniejszym źródłem narządów jest dawca zmarły. Wszystkie działania zmierzające do zwiększenia świadomości społeczeństwa i personelu medycznego ukierunkowane na optymalizację dawstwa narządów są ważne klinicznie, zaś usystematyzowane badania nad problemem - aktualne naukowo.

Mgr Edyta Karpeta postanowiła ocenić wpływ kluczowych elementów systemu dawstwa narządów od osób zmarłych na wskaźniki jakości oddziałów intensywnej terapii (OIT) warszawskich szpitali.

Obszerny wstęp do rozprawy stanowi doskonałe kompendium wiedzy dotyczące różnych aspektów transplantacji narządów w Polsce i na świecie. Dużo miejsca poświęcono opisowi identyfikacji barier oraz propozycji idealnego systemu donacji, który może być wdrożony w wielu szpitalach. W przekonujący sposób czynniki hamujące proces dawstwa zostały połączone ze wskaźnikami jakości oddziałów intensywnej terapii. Przystępnie wymieniono uniwersalne wskaźniki bezpieczeństwa i jakości,

opracowane przez Europejskie Towarzystwo Medycyny Intensywnej Terapii, które powinny stanowić jeden z filarów udoskonalania opieki medycznej.

Rozprawę doktorską stanowi połączony cykl 3 publikacji, dotyczących oceny wzajemnej relacji wskaźników systemu dawstwa narządów i jakości oddziałów intensywnej terapii. Publikacje zostały zamieszczone w uznanych, recenzowanych czasopismach i stanowią podsumowanie 3 uzupełniających się retrospektywnych badań przekrojowych. Ich duża wartość naukowa nie budzi wątpliwości.

Badanie 1 analizuje wszystkie wykryte przypadki śmierci mózgu na oddziałach intensywnej terapii 20 warszawskich szpitali na przestrzeni 5 lat. Zidentyfikowano 330 przypadków orzeczenie śmierci mózgu, z których 262 zostało dawcami rzeczywistymi. W analizie wykazano olbrzymie różnice w identyfikowaniu przypadków śmierci mózgu, niezależne od wielkości szpitala czy liczby łóżek OIT. Doktorantka podejmuje próbę wytłumaczenia przyczyn niedostatecznej liczby dawców. Warto zauważyć, że w badanym okresie w większości szpitali wyraźnie zmniejszała się liczba identyfikowanych dawców, co było również przedmiotem zainteresowania Ministerstwa Zdrowia.

Badanie 2 oceniło jakość opieki z uwzględnieniem poziomu referencyjności - OIT I poziomu i OIT II poziomu przy, użyciu zestawu 9 wskaźników poprawy bezpieczeństwa i jakości opieki nad pacjentami w stanie krytycznym, rekomendowanych przez Europejskie Towarzystwo Medycyny Intensywnej Terapii. W obu badanych grupach były po 8 szpitali. Uwzględniono olbrzymią ilość ponad 20 tysięcy pacjentów hospitalizowanych na 16 oddziałach. Doktorantka wykonała tytaniczną pracę, analizując zarówno dane dotyczące chorych oraz zasoby kadrowe OIT. Nie stwierdziła istotnych różnic w zakresie jakości i wydajności pomiędzy szpitalami I i II poziomu referencyjności.

Trafnie zauważyła, że jedną z istotnych przeszkód rzetelnej oceny jakości oddziałów intensywnej terapii w Polsce jest brak ogólnokrajowych rejestrów danych. Brak takich rejestrów jest zresztą bolączką wielu gałęzi medycyny w naszym kraju.

W pracy 3 zbadano wskaźniki związane z potencjałem dawstwa i efektywnością procesu dawstwa narządów w szpitalach z wdrożonym systemem jakości i bez tego systemu. Mgr E. Karpeta stwierdziła, że rozpoznanie śmierci mózgu w szpitalach z wdrożonym systemem było 3krotnie częstsze niż w szpitalach bez tego systemu. Jednakże i tak odbiegało wyraźnie od opracowań europejskich. Badanie kończy się smutnym podsumowaniem, że aktywność warszawskich szpitali mierzona wskaźnikami identyfikacji i optymalizacji potencjału dawstwa była niska. Autorka wnioskuje, że jedyną

skuteczną drogą zwiększenia skuteczności systemu dawstwa jest wdrożenie proaktywnych protokołów identyfikacji i standardów postępowania z potencjalnymi dawcami narządów. Ponownie podnosi problem braku jednolitych ogólnopolskich rejestrów OIT.

Grupy pacjentów w poszczególnych etapach pracy są stosunkowo liczne, a czas obserwacji wystarczająco długi. Świadczy to o dużej staranności i pracowitości Doktorantki.

Godne wyróżnienia jest zręczne poruszanie się wśród tematów związanych z jakością opieki medycznej tak wrażliwych na krytykę oddziałów intensywnej terapii. Brakuje podobnych opracowań, a uzyskane przez p. Edytę Karpetę wyniki tłumaczą różnice w identyfikacji dawców narządów w Polsce i czołowych krajach europejskich.

Olbrzymią wartością pracy jest to, że została zaprojektowana i wykonana przez bardzo doświadczonego i zaangażowanego koordynatora transplantacyjnego.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, dobór testów nie budzi zastrzeżeń.

Rozprawę kończą 4 zwięzłe wnioski:

1. Donacja narządów od zmarłych jest zależna od jakości oddziału intensywnej terapii.
2. Wskaźniki systemu jakości dawstwa narządów można wykorzystać do oceny jakości opieki oraz komunikacji na oddziale intensywnej terapii i z rodzinami pacjentów.
3. Wysokie wskaźniki konwersji dawców potencjalnych do rzeczywistych świadczą o lepszej jakości opieki i strategiach komunikacji z rodzinami potencjalnych dawców.
4. Monitorowanie wskaźników jakości standaryzuje opiekę, eliminuje błędy i poprawia wyniki procedur medycznych.

W trakcie czytania rozprawy nasunęły mi się pytania, na które chciałby usłyszeć odpowiedź podczas obrony:

1. Z rozmów z anestezjologami, dotyczącymi zagadnień dawstwa wnioskuję, że znaczenie może mieć sposób zatrudnienia anestezjologa: umowa o pracę czy umowa cywilno-prawna. W pierwszym przypadku lekarz identyfikuje się z

oddziałem, ma większą motywację do przeprowadzenia procedury orzekania śmierci mózgu i zgłaszania dawcy. Czy Autorka zauważyła tę zależność?

2. Aktualnie wszyscy dawcy w polskich warunkach to dawcy ze śmiercią mózgu. Czy potencjalny rozwój pobierania narządów od dawców po zatrzymaniu krążenia jest uzależniony od jakości OIT czy też inne czynniki są ważniejsze?
3. Czy wyraźnie większy potencjał donacyjny szpitali będących jednocześnie ośrodkami transplantacyjnymi wynika wyłącznie z faktu, że są to duże szpitale, z dużym OITem? Czy znaczenie ma też postawa i zaangażowanie personelu? Czy wprowadzanie systemów jakości i uzyskiwanie przez szpitale np. certyfikatów Centrum Monitorowania Jakości jest wystarczające?
4. Część badań ma kilka lat, w międzyczasie była era COVID19, jak wdrożenie systemów jakości w szpitalach warszawskich i donacja wyglądają obecnie?

Podsumowując, rozprawę doktorską mgr Edyty Karpety oceniam pozytywnie. Cele pracy zostały postawione prawidłowo. Praca jest napisana poprawnym językiem w sposób czytelny, przejrzysty i przyjemny dla odbiorcy. Zastosowana metodyka pracy jest odpowiednia. Wyniki tej pracy nie budzą zastrzeżeń. Doktorantka wykazała się dużą znajomością teoretyczną zagadnienia oraz umiejętnie przeprowadziła analizę naukową. Sformułowane adekwatnie wnioski odpowiadają założonej hipotezie i osiągniętym wynikom badań, Piśmiennictwo zostało dobrane starannie, jest aktualne, uwzględnia polskie prace dotyczące badanego zagadnienia. Uważam, że recenzowana rozprawa doktorska stanowi samodzielny, oryginalny i wartościowy dorobek naukowy. Jest również cennym przyczynkiem do lepszego poznania faktycznych barier w rozwoju dawstwa i koordynacji. Chcę wyraźnie podkreślić walory poznawcze, aktualność problematyki badań oraz twórczy wkład mgr Karpety w postęp transplantologii.

Rozprawa doktorska mgr Edyty Karpety spełnia warunki określone w art 13 Ustawy z dnia 14.03.2003.

Wnoszę do Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu WUM o dopuszczenie Doktorantki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

