



Joanna Sołek-Pastuszka

Szczecin 18.08.2024

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii PUM

Recenzja

Rozprawy doktorskiej mgr Edyty Karpeta „*Donacja narządów jako element oceny jakości oddziałów intensywnej terapii warszawskich szpitali*”.

Promotor: prof. dr hab. n. med. Maciej Kosieradzki

Rozprawa została opatrzona: wykazem publikacji wchodzących w skład rozprawy doktorskiej, spisem treści, wykazem zastosowanych skrótów, streszczeniem zawierającym: krótkie wprowadzenie do tematu, określenie celu pracy, omówienie opublikowanych prac i zwieńczony wnioskami.

Wstęp stanowi wprowadzeniem do tematu. Opisano aktywność transplantacyjną w Polsce i na świecie. Przedstawiono skalę problemu, realne potrzeby- liczbę osób oczekujących na narząd oraz przytoczono dane statystyczne realnych pobrań na przełomie lat. Omówiono systemy dawstwa i przeszczepiania narządów w państwach o najwyższych wskaźnikach donacyjnych tj. w Hiszpanii, Chorwacji oraz Portugalii, których implementacja mogłaby poprawić wydajność systemu polskiego. Zwrócono uwagę na istniejące w Polsce liczne bariery i przyczyny pomijania procesu dawstwa narządów od zmarłych.

Analizując wstęp nasuwa się kilka uwag:

1. Autorka wskazuje na potrzebę jasnego sprecyzowania i przestrzegania kryteriów kwalifikacji pacjentów do leczenia w OIT. Taki dokument: Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii został wydany i opublikowany na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2020 r. poz. 940, z późn. zm.).
2. Wprowadzenie protokołów terapii daremnej jest bardzo ważne podobnie jak funkcjonowanie Komisji Etyki w każdym szpitalu. Niemniej jednak zagadnienie jest bardzo obszerne i nie zgadzam się z opinią, że włączenie protokołów terapii daremnej powinno być argumentem przemawiającym za dyskwalifikacją z leczenia na OIT. Jest to zbyt uproszczenie problemu.
3. Skali TISS-28 nie jest narzędziem do oceny stopnia ciężkości stanu pacjenta. Ocenia wysiłek terapeutyczny, który przekłada się na odpowiednią liczbę punktów za każdą aktywność terapeutyczną i jest podstawą rozliczeń finansowych oddziałów intensywnej terapii z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Wskazaniem do przyjęcia do OIT nie jest liczba TISS punktów. Żaden z konsultujących pacjenta lekarzy intensywiści nie ocenia przypadku przez liczbę potencjalnych do uzyskania punktów! Decyzja o przyjęciu wynika z oceny stanu klinicznego pacjenta, kwalifikacji do odpowiedniego priorytetu przyjęcia zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii i własnego doświadczenia. Natomiast do oceny stanu ciężkości pacjenta kwalifikowanego do przyjęcia na oddział intensywnej stosuje się najczęściej skale: SAPS II, APACHE II (prognostyczne) oraz MODS, SOFA (oceniające dysfunkcję narządową).
4. Rozpoznanie zgonu zamieniłabym na stwierdzenie zgonu analogicznie jak stwierdza się śmierć mózgu.

W sposób jasny i logiczny uzasadniono połączenie 3 publikacji w jeden cykl tematyczny oraz przedstawiono założenia i cele dysertacji. Całość zamyka omówienie prac stanowiących dorobek naukowy.

Recenzent miał możliwość zapoznania się z artykułami w całości- kopie ich zostały dołączone do dysertacji.

Na dorobek Doktorantki składa się cykl 3 prac:

Karpeta E, Józwik A, Małkowski P, Kosieradzki M. ***Organ Donation in Intensive Care Units of Hospitals in Warsaw.***

Transplantation Proceedings. 2020. DOI: 10.1016/j.transproceed.2020.02.096

MNiSW 2024: 40 Impact Factor: 1,066

Jest to retrospektywna analiza aktywności 20 warszawskich szpitali w zakresie dawstwa narządów od zmarłych w latach 2014-2018. Przeanalizowano 330 zgonów pacjentów u których stwierdzono śmierć mózgu, hospitalizowanych w oddziałach intensywnej terapii. Analizowane jednostki podzielono na grupy o identycznej charakterystyce w zakresie: stopnia referencyjności szpitala, profilu pacjenta, obecności lub braku kluczowych oddziałów dla identyfikacji i rekrutacji zmarłych dawców oraz liczby łóżek na oddziałach intensywnej terapii.

Przeanalizowano wszystkie etapy procesu identyfikacji i rekrutacji zmarłych dawców oraz pobrania narządów. Ponadto ustalono przyczyny wstrzymania procesu i braku autoryzacji.

Karpeta E, Warzyszyńska K, Małkowski P, Kosieradzki M. ***Healthcare Quality According to ICU Level of Care.***

Health (SCIRP). 2023. DOI: 10.4236/health.2023.1512088

MNiSW 2024: 5 Google-based Impact Factor: 0,74

Jest to badanie retrospektywne, którym objęto 12 551 czy 12 155 (?) pacjentów hospitalizowanych na 16 oddziałach intensywnej terapii warszawskich szpitali, w latach

2017-2018, które podzielono zgodnie z poziomem referencyjnym OIT na dwie grupy: z pierwszym i z drugim poziomem referencyjności OIT. W tym samym artykule podane są dwie różne dane: we wstępie 12 155 a następnie w omówieniu charakterystyki i demografii grupy (rozdział 3 – wyniki) 12 551. Ocena oddziałów przeprowadzono w oparciu o zestaw 9 wskaźników bezpieczeństwa i jakości rekomendowanych przez Europejskie Towarzystwo Intensywnej Terapii (European Society of Intensive Care Medicine - ESICM).

Zaobserwowano jedynie niewielkie różnice w analizowanych wskaźnikach jakości i wydajności pomiędzy oddziałami intensywnej terapii pierwszego i drugiego poziomu referencyjnego warszawskich szpitali. Brak jednolitych regionalnych i krajowych rejestrów danych medycznych zaburzał dokładną analizę i ocenę jakości. Doktorantka zauważa potrzebę budowania i systematycznego wdrażanie programów jakości w zakresie intensywnej terapii, które to rozwiązania przyczynią się nie tylko do optymalizacji i poprawy wyników leczenia ale także obniżą koszty związane z opieką medyczną nad pacjentami w stanie krytycznym.

Karpeta E, Godlewska I, Małkowski P, Kosieradzki M. *Effect of the Organ Donation Quality System on Donation Activity of Warsaw Hospitals*

Annals of Transplantation. 2024. DOI: 10.12659/AOT.943520

MNiSW 2024: 140 Impact Factor: 1,1

Jest to analiza aktywności 15 szpitali w latach 2017-2018, które podzielono na 2 grupy: z wdrożonym systemem jakości dawstwa narządów i bez systemu jakości w której oceniono potencjał dawstwa narządów. Uzyskane wyniki porównano ze wskaźnikami jakości ustalonymi w programie Europejskiego Systemu Jakości Dawstwa Narządów ODEQUS i projekcie Komisji Europejskiej „Poprawa wiedzy i praktyk w zakresie dawstwa narządów” („Improving Knowledge and Practices in Organ Donation” (DOPKI)). Pomimo, że szpitale które wdrożyły procedury jakości uzyskały wyższe wyniki, niż szpitale bez procedur, to w obu grupach wskaźniki te znacznie odbiegały od wyników opisanych w programach ODEQUS i DOPKI. Jedynie wskaźnik dyskwalifikacji medycznej i konwersji dawcy potencjalnego do rzeczywistego był niższy niż w DOPKI i ODEQUS.

Doktorantka dogłębnie analizuje problem niskiego odsetka donacji i słusznie przedstawia główne problemy mające na to wpływ. Bardzo kontrowersyjne jest stwierdzenie że śmierć mózgu jest diagnozowana tylko wtedy, gdy rozważane jest pobranie narządów. Rozumiem, że wniosek ten dotyczy szpitali warszawskich. Niemniej jednak jako osobie pracującej w referencyjnym ośrodku z wieloletnim doświadczeniem pracy w OIT, orzekaniem śmierci mózgu i jako współautorce nowelizacji zawartej w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu trudno przyjąć takie wnioski. Być może wymagają one pogłębionej analizy.

Wniosek Doktorantki o potrzebie wdrożenie protokołów i schematów opisujących poszczególne etapy procesu donacji został w mojej ocenie zrealizowany w nowelizacji Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu.

Uwagi recenzenta w żaden sposób nie umniejszają wartości pracy.

Ciekawa jest analiza jednego z warszawskich szpitali, w którym po wdrożeniu procedury jakości dawstwa i opracowaniu ścieżki przekazywania krytycznie chorych pomiędzy oddziałami neurologii i neurochirurgii a OIT, w ciągu pięciu lat wszystkie wskaźniki identyfikacji i powodzenia procesu dawstwa znacznie wzrosły. Analiza dotyczy lat 2018-2022 – szczególnie trudnego okresu bowiem w latach 2019-2020 mierzyliśmy się pandemią koronawirusa SARS-CoV-2. Tym bardziej więc te wyniki są spektakularne.

Konkludując:

Wnioski z powyższych prac są jak najbardziej trafne i wyważone. Autorka słusznie definiuje problem, podaje przyczyny takiego stanu. Trafnie zauważa, że mimo opracowania wielu strategii zarządzania procesem dawstwa i jakością oddziału intensywnej terapii, nie ma jednego uniwersalnego modelu, który można implementować w dowolnym kraju. Doświadczenia światowych liderów mogą jednakże być inspiracją dla tworzenia krajowych systemów jakości.

Tytuł pracy właściwie odzwierciedla treść rozprawy. Syntetyczne wprowadzenie przybliży recenzentowi problematykę pracy, uzasadnia podjęcie tematu. Założenia i cele projektu badawczego sformułowano jednoznacznie. Metodyka i wyniki pracy zostały przedstawione przejrzysto i rzeczowo.

Przedstawiona do recenzji rozprawa stanowi oryginalne dokonanie Doktorantki i świadczy o jej dojrzałości naukowej oraz o opanowaniu warsztatu pracy naukowej, wymaganym od Kandydata na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ustawy z dn. 14.03.2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. 2017 poz. 1789 z późn. zm.)

Mam zaszczyt i przyjemność zwrócić się do Wysokiej Rady Naukowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z prośbą o dopuszczenie mgr Edyty Karpeta do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z poważaniem

J. Solce-Pastuska