

Kolik orgánů ohlásíš, tolikrát jsi dárcovským konzultantem

Největším problémem českých transplantací je nedostatek orgánů. Existuje podezření, že ne všichni lékaři nahlásí vhodné zemřelé dárce spádovému transplantacnímu centru, přestože jim tuto povinnost nařizuje zákon.

Proti evropským zemím chybí také orgány od živých dárců, které k darování nikdo a nic nemotivuje. Nefunkční je navíc celý systém financování transplantací. Počet dárců orgánů zůstává každoročně přibližně stejný, počet čekatelů na nový orgán se ale zvyšuje.

Cesta k efektivnějšímu nakládání s orgány vede přes zdravotnický personál, který má k dárci orgánů nejbližší, tedy lékaře na ARO a JIP. Koordinační středisko transplantací (KST) ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví (MZ) již prošlo 20 takzvaných dárcovských konzultantů, dalších 50 projde školením v průběhu několika příštích měsíců. V rámci vzdělávacích kurzů jsou lékaři detailně seznámeni s platnou legislativou a současnou i budoucí praxí. Koordinační středisko se podílí nejen na zvýšení dárcovského potenciálu, ale dbají i na dodržování veškerých zákonných pravidel souvisejících s dárcovstvím.

Dárcovský konzultant je přímo podřízen náměstkovi pro léčebně preventivní péči. V řadě případů totiž musí jít proti zájmům ostatních oborů v nemocnici. Například provádí vyšetření, jež oddálí práci na ostatních vyšetřovacích procesech, nebo pro odběr orgánů zablokuje operační sál,

který nebude k dispozici dalším potřebným pacientům. Tyto činnosti nelze dost dobře koordinovat z KST ani transplantacních center, a proto je činnost koordinátora nezastupitelná.

Zvýšení odběru orgánů

„Nyní školíme hlavně lékaře z ARO a JIP, zejména z malých nemocnic. Učíme lékaře identifikovat smrt mozku, ke které dojde u intubovaného pacienta s instrumentální náhradou srdeční činnosti. Takových pacientů není mnoho. Jedná se asi o 10 procent z hospitalizovaných na JIP a ARO lůžkách a pouze jeden z nich je vhodný k odběru orgánů,“ popisuje počátek příběhu rozvíjející se transplantace ředitel KST MUDr. Pavel Březovský, MBA, který má za to, že nemocnice povinnost nahlášení smrti mozku kvůli ekonomickým a administrativním překážkám často neplní.

„Jestliže víme, že 1 procento pacientů z ARO a JIP je vhodných pro odběr orgánů a v ČR se odebere pouze 0,4 až 0,5 procenta z těchto pacientů, plyne z toho, že v některých nemocnicích smrt mozku nediodagnostikují,“ dodává s tím, že pokud by se spolupráce mezi nemocnicemi, transplantacními centry a KST stoprocentně zlepšila, lze střízlivým odhadem předpokládat zvýšení odběru orgánů o 30



„Není úspěch, že u nás na ledvinu pacienti čekají rok, když na čekací listině je pouze 11 procent nemocných,“ říká přednosta Kliniky transplantacní chirurgie IKEM MUDr. Jiří Froněk. | Foto: archiv Koalice pro zdraví

až 40 %. Kontrolou správné a včasné diagnostiky smrti by mohl být program úspěšně používán například ve Francii, kdy se kontroluje každé úmrtí na ARO jednotlivých nemocnic a vyhodnocují se postupy ve vztahu k odběru orgánů. Nemocnice pak nebudou moci jednoduše ukončit péči o pacienta a jeho orgány vypnutím přístrojů a konstatováním smrti.

Rychlá smrt mozku

Identifikace smrti mozku je ale poměrně náročný proces. Neurologické příznaky smrti mozku stanovuje neurolog klinickým vyšetřením, prokazuje se instrumentálně podle zákona o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů vyšetřením průtoku krve mozkiem arteriograficky či scintigraficky. Pokud je možné provést vyšetření na místě, není nutné pacienta převážet na vyšší pracoviště, protože se třeba prvním vyšetřením prokáže, že průtok mozkiem je dostatečný a probíhá další intenzivní léčba. Podle vývoje stavu pacienta, se pak vyšetření opakuje na „vyšším“ pracovišti.

Spádové transplantacní centrum rozhodne, zda odběr orgánů neznemožní příčina úmrtí. V řadě diagnóz, jako jsou například konečná stadia nádorových onemocnění, diseminace metastáz či rozdrčení orgánů, transplantace možná není, přesto ani u onkologických pacientů nelze v případě některých diagnóz odběr orgánů jednoznačně vyloučit.

Jestliže na ventilovaném lůžku leží pacient v hlubokém bezvědomí, měl by lékař ohlásit spádovému transplantacnímu centru tento fakt už ve chvíli, kdy *Glasgow coma scale* (GCS) klesne na 8, tedy cca 72 hodin před tím, než klesne GCS na 3 body. Pacient by také měl mít po dobu 12 až 24 hodin vysazeny tlumící látky, aby nedošlo ke zkresení neurologického nálezu a chybnému vyhodnocení situace. „Při smrti mozku se situace řídí strašně rychle dopředu. Přestane fungovat vše, co mozek do té doby integroval, a všechno se rozběhne zvlášť. Nastává hypotermie, centralizace oběhu, pacient okamžitě začne ztrácet obrovské množství tekutin, protože přestane fungovat anti-

uretický hormon. V tu chvíli u něj musí být někdo, kdo aplikuje léky a reaguje na biochemické změny, musí to být vysoce erudovaný lékař,“ popisuje MUDr. Březovský. Málokterá menší nemocnice je také schopna zajistit práci dvou neurologů, kteří musí opakovaně pacienta vyšetřit. KST vytvořilo systém modelem, inspirovaným španělskem, v jehož rámci si transplantacní centra na sebe stahují tento typ pacientů, čímž malým nemocnicím odlehčí.

V Ostravě těžší z historické zkušenosti

Druhým nejstarším v ČR je Transplantacní centrum ve Fakultní nemocnici Ostrava. Jeho propojení s tamním ARO a JIP komentuje primář zdejší anesteziologicko-resuscitační kliniky MUDr. Jan Jahoda: „Díky našim letitým zkušenostem je organizace transplantacního programu pevná a transparentní. Prodělaná transplantacní kauza nás přiměla k pevnému definování praktik. Kromě běžných pravidel v rámci transplantologie máme akreditaci JCI (Joint Commission International) a tím pádem pojenované řídicí akty, které každý krok definují. V metodice stanovení mozkové smrti máme navíc každý krok popsany skoro doslova.“

V Ostravě procházejí všichni dárci anesteziologicko-resuscitační klinikou. Pokud není místo, přebírá ARO organizaci i na lůžku mimo kliniku. Komunikace s rodinou je zde podle primáře Jahody otevřená a kromě koordinátora s příbuznými komunikuje vedoucí lékař té které lůžkové JIP. V loňském roce bylo ve FN Ostrava 15 dárců, letos 11.

Z Prostějovského ARO byl v loňském roce k odběru orgánů do FN Olomouc transportován pouze jeden pacient. Přesto právě postup prostějovského ARO, které je vzdáleno jen asi 15 km od Fakultní nemocnice Olomouc, může sloužit jako model dobré spolupráce. „Blízkost Fakultní nemocnice Olomouc a přímé směřování těžkých traumatických pacientů z terénu do spádového traumacentra je důvodem, proč je pacientů vhodných k dárcovství orgánů, kteří splňují podmínky donora, velmi málo. Na druhé straně máme dobré vztahy a spolupráci s Klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF UP a FN Olomouc a jejich lékaři koordinující postupy péče o dárce,“ podotýká primář ARO MUDr. Martin Pomajbík, na jehož pracovišti je vyčleněn jeden lékař zodpovědný za tuto koordinaci uvnitř nemocnice i komunikaci s nadřazeným centrem.

Mezinárodní aktivity Koordinačního střediska transplantací

1) Projekt MODE je založený na přenosu nejlepších praxí v celém procesu, od identifikace dárce po úspěšnou transplantaci. V tomto projektu ČR ostatní členy z EU nejvíce zaujala svým systémem ověřování údajů o dárcích ze zdravotnických registrů, jenž má za cíl zvýšit bezpečnost transplantací. Odborníci z Evropské komise dokonce zvažují, že by český systém mohl být závazný i pro ostatní členské země již od roku 2013.

2) V rámci projektu COORENOR ČR vede skupinu organizující vznik internetového portálu pro výměnu

orgánů mezi členskými zeměmi EU. Portál by měl být spuštěn nejspíše do konce roku 2013.

3) Zástupci Koordinačního střediska transplantací se rovněž účastní projektu BSA (Black Sea Area), kde je posuzována transplantacní legislativa a praktická realizace transplantací v zemích oblasti Černého moře. V tomto projektu vystupují zástupci KST současně s Francií a Itálií jako supervizoři a poradci ze země, která má zkušenosti s centrálně řízeným zdravotnictvím a přechodem do tržních podmínek.

Peníze, nebo ledvinu?

„Obecnou překážkou transplantací je způsob financování intenzivní péče a dárci orgánů v tomto ohledu nejsou výjimkou. Nově se jedná o DRG platbu, která je značně paušalizující a neodráží skutečné náklady. Jako všichni ostatní jsme financování průběžně formou záloh dle ekonomických výsledků v loňském roce, u VZP v předloňském,“ popisuje primář Jahoda.

V tomto případě souhlasí i VZP. „Je pravda, že paušální způsob úhrady v letošním roce nepodporuje odběry ani transplantace orgánů. Situace by se měla zlepšit v roce 2012, kdy jako hlavní způsob úhrady lůžkové péče bude platba za případ,“ říká její mluvčí Jiří Rod.

Primář Pomajbík ale upozorňuje na etické aspekty nakládání s orgány: „Přestože jsme jako každé jiné zdravotnické zařízení pod určitým ekonomickým tlakem se snahou o maximální úsporu, při zachování kvality péče, domníváme se, že participace na programu transplantací péče je natolik důležitá, že indikace nebo kontraindikace pacienta k odběru orgánů jsou pouze medicínské, nikoli ekonomické.“

VZP chce podle slov svého mluvčího odběrovou aktivitu nemocnic podporovat úpravou financování některých výkonů. „Příčina nízké odběrové aktivity není hlavně finanční, ale spíše tkívá v neochotě zajistit odběr po organizační stránce. Z tohoto důvodu bude hrazena z pojištění i činnost transplantčních koordinátorů, kteří mají pomoci při zajištění odběrů,“ dodává Jiří Rod.

Nepřijaté kódy do seznamu výkonů

Předsedkyně České transplantční společnosti a vedoucí lékařka Oddělení odběru orgánů a transplantčních databází IKEM MUDr. Eva Pokorná, CSc., říká, že hlavním limitem oboru je nedostatek orgánů. I ji však trápí dlouhodobě nefunkční bodový systém. „Odborná transplantční společnost

pojišťovněm několikrát navrhovala kódy do seznamu výkonů, ty ale nebyly nikdy přijaty. Některé kódy v sazebníku doposud vůbec nejsou. Zdravotní pojišťovny nehradí zákroky v případech ABO inkompatibility nebo administrativní koordinaci transplantace, která v řadě případů trvá desítky hodin práce koordinátorů. V sazebníku výkonů má transplantace ledviny určeno 6000 bodů, což představuje asi 5 tisíc korun, a to je směšně málo. Jde nyní o to jasně definovat výkony. Transplantace má pozitivní ekonomický efekt, navíc ji nelze naduživat – je kontrolovatelná, dokumentovatelná. Jde o jasnou ekonomickou úsporu,“ podtrhuje MUDr. Pokorná.

Nyní se každá transplantace nekonceptně financuje podle individuálních smluv s pojišťovnami, například náklady na transplantaci srdce jsou částečně hrazeny z Kardioprogramu. Řešení nabízí podle Evy Pokorné tzv. transplantční balíček, který by zahrnoval vyčíslení práce, administrativy, sálu i převozu pacienta. Například transplantace plic zde byla vyčíslena na 2 miliony korun.

Před a po transplantaci – nesrovnatelné náklady

Úspory, které transplantace přináší, jsou značné. Jeden pacient, u něhož dárcovský koordinátor úspěšně vytipuje smrt mozku, podle ředitele KST Pavla Březovského přispěje k roční úspoře 300 milionů Kč v nákladech na udržovací léčbu pacientů na čekacích listinách na transplantaci ledvin. Náklady na zdravotní péči pacienta s transplantovanou ledvinou se po pěti letech blíží nule, oproti tomu dialyzovaný pacient přijde pojišťovny na více než milion korun ročně.

„Transplantace ledvin výrazně prodlouží pacientovi život, zlepší jeho kvalitu. Život na dialýze není příliš kvalitní, pacient tři dny v týdnu tráví v nemocnici, navíc většinou nemůže pracovat. Po transplantaci je kvalita života diametrálně



Předsedkyně transplantční společnosti MUDr. Eva Pokorná: „Transplantace je zásadní úspora.“

Foto: archiv Koalice pro zdraví

odlišná. Většina pacientů se vrací do práce, je ekonomicky aktivní a platí daně,“ vypočítává přednosta Kliniky transplantční chirurgie IKEM MUDr. Jiří Froněk, Ph.D.

Na čekací listině je málo pacientů

Přes jasné benefity, které pacientovi transplantace nabízí, se nezdá zvrátit trend, kdy přibývá klientů hemodialyzačních center, aniž by se současně zvyšoval počet adeptů na transplantaci na čekací listině. „Když jsem v roce 2006 odcházel z ministerstva zdravotnictví, existovalo u nás 47 hemodialyzačních center, dnes je jich 100. To o něčem svědčí,“ upozorňuje ředitel KST a někdejší ředitel Odboru zdravotní péče MZ Pavel Březovský. „Na dialýzách je asi 6 tisíc pacientů, na čekací listině je přibližně 11 procent z nich. To je enormně nízké číslo. Transplantací je ročně asi 350, čímž vzniká zhruba jednorozhodčí čekání na operaci, což je prezentováno jako úspěch. Já se obávám, že to úspěch není. Pokud by bylo na čekací listině, stejně jako v zemích západní Evropy, pacientů čtyřikrát více, tedy více než 40 procent všech nemocných, dostali bychom se k čekací době 3 až 4 roky, tak jak je to v Evropě,“ upozorňuje navíc přednosta Froněk. Dialýza by podle něj

měla být pacientovi nabídnuta až jako druhá volba po transplantaci, nebo v případech, kdy transplantace není vhodná. Jenže právě více než 60 procent klientů hemodialyzačních středisek tvoří pacienti starší 70 let, jimž jejich komorbidity transplantaci kontraindikuje. Pro intenzivnější umísťování pacientů z hemodialyzačních center na čekací listinu vede podle ředitele Březovského schůdná cesta. „Pro tuto situaci existuje poměrně jednoduché řešení, kterým je společný rozpočet pro transplantace a hemodialýzy. Úsporu si pak mezi sebou mohou rozdělit ještě společně s pojišťovnami,“ doplňuje. K větší efektivitě se hemodialyzační centra snaží přimět také ministerstvo zdravotnictví. Ředitelka odboru zdravotní péče MZ MUDr. Stanislava Pánová potvrdila, že k úkolům jejího odboru bude v příštím roce patřit také jednání s Asociací dialyzačních středisek a Českou nefrologickou společností. Výsledkem podle ní bude systém finančních odměn pro ta střediska, která dostanou na čekací listiny více pacientů.

Lepší je orgán od živého dárce

„VZP si je dobře vědoma výhodnosti transplantací, a to samozřejmě hlavně pro další osud a perspektivu daného pacienta, tak i možných finančních úspor. Ty jsou výrazně právě při provedení transplantace ledvin. Proto také VZP aktivně pracovala na tvorbě Národního akčního plánu pro darování orgánů pro léta 2010 až 2015,“ slibuje pojišťovna slovy svého mluvčího Roda transplantologii podporu. Právě v transplantaci orgánů od živých dárců ČR oproti Evropě výrazně zaostává. Na milion obyvatel je u nás pouze osm živých dárců orgánů. Pro srovnání – například v Chorvatsku, které za podpory vlády a pojišťoven velmi intenzivně pracuje na implementaci Národního akčního plánu pro transplantace, je ročně darováno 30 orgánů (od ži-

vých i mrtvých dárců). Čeští transplantologové viní z nedostatečné podpory veřejnosti k darování orgánů především resort zdravotnictví. Zaostávat v této oblasti je přitom velmi nevhodné. Transplantace od živých dárců má totiž významně lepší medicínské i ekonomické výsledky než použití orgánu od zemřelých dárců.

Přežití záleží na orgánu

„Úspěšnost transplantace ze živých dárců se blíží 99 procentům, ze zemřelých dárců 95 procentům. Očekávaná délka přežití pacientů s orgánem od živého dárce je 25 let, u orgánů zemřelých dárců se pohybuje mezi 8 a 12 lety. Umíte si představit, jak důležitou roli hraje u mladého pacient s transplantovanou ledvinou fakt, zda přežije 12 či 25 let. Očekávané přežití po transplantaci a na dialýze je dvojnásobně vyšší,“ podotýká přednosta Froněk a poukazuje na obrovské pole působnosti, kterým je párová výměna orgánů. Ta v ČR nyní prakticky neexistuje. Přitom v případě, že se přijde nechat vyšetřit 100 tisíc potenciálních žijících dárců, pouze 20 procent jich orgán daruje a u dalších 20 procent nelze orgán využít z důvodu inkompatibility – ty je však možné zařadit do evropské čekací listiny. Počet možností jak darování, tak příjmu orgánů se tím výrazně zvýší. Vůbec neefektivnější je ale podle MUDr. Froněka transplantovat funkční ledvinu ještě před zahájením hemodialýzy. „Výsledky jsou jednoznačně nejlepší. Přitom v ČR vůbec nemáme informace o počtu pacientů, kterým ledvinu právě selhávají, jsou ve stadiu 4 a mohli by podstoupit transplantaci ledvin od žijícího dárce před tím, než nastoupí na dialýzu. Měli bychom tyto pacienty aktivně vyhledávat v nefrologických ambulancích,“ uzavírá Jiří Froněk pohledem na jeden z dalších systémových kroků, které by měly do budoucna vést k vyšší efektivitě české transplantologie.

Petra Klusáková

Inzerce A111000596

Informační materiály pro Vaše pacienty i pro Vás



ŽILNÍ ONEMOCNĚNÍ



HYPERAKTIVNÍ MOČOVÝ MĚCHÝŘ



ODVÝKÁNÍ KOURENÍ



DERMATOLOGIE



OSTEOPORÓZA

... a mnohé další si můžete objednat na webu www.letaky-pro-pacienty.cz

Pro více informací prosím volejte na 266 312 707

IDS Media CZ s.r.o.
Kostelecká 879/59
196 00 Praha 9
office@ids-media.cz

TÉMA ČÍSLA

Komunikace s rodinou nám lékařům moc nejde

Kromě udržování orgánů v plně funkčním stavu, zvládnutí administrativy, spolupráce s transplantačním centrem a Koordinačním střediskem transplantací (KST) je úkolem dárcovského konzultanta také komunikace s rodinou zemřelého pacienta.

Dárcovský konzultant si během školení vštěpuje zásady správné komunikace s rodinou prostřednictvím komplexu postupů, zvaného *family approach*, který byl vypracován ve spolupráci s psychologem. Přestože je u nás uzákoněn status předběžného souhlasu s darováním orgánů, lékaři s rodinou potenciálního zemřelého dárce komunikují vždy. „Nemůžeme riskovat diskreditaci trans-

plantačního programu proto, že se nezeptáme rodiny. Neformulujeme to ale jako otázku, zda orgán dovolí darovat, spíš jako jakousi formu vděku za to, že odběr rodina umožní,“ říká ředitel KST Pavel Březovský. S nesouhlasem rodiny u nás velký problém není. Tzv. *family refusal* u nás činí 5–10 %, například v Německu nesouhlasí s odběrem orgánů polovina pozůstalých.

Část pro rodinu, část pro sebe

Kromě základního výcviku mohou lékaři projít kurzem oznamování špatné zprávy, který dvakrát ročně organizuje v IKEM MUDr. Eva Pokorná ve spolupráci s psychologkou PhDr. Blankou Čepickou a psychiatrem MUDr. Janem Čermákem. Třídenního intenzivního tréninku komunikačních a praktických dovedností sdělování ne-

příjemných zpráv se zúčastňuje 18 lékařů, větší počet není možné do kurzu zařadit právě proto, aby mohl být co nejvíce praktický a intenzivní.

„První kurz je věnován právě sdělování nepříznivých zpráv, vysvětlují se, diskutují, nacvičují praktické věci, postupy při sdělování, reakce příbuzných. Intenzivisté jsou také ubezpečeni, že sdělit negativní zprávu je vždy těžké. Nemusí to být vždy provedeno výborně, ale důležité je, že to zvládnou dobře, sami se při tom budou cítit jistí a nebudou mít z komunikace obavy. Druhé pokračování kurzu, většinou s odstupem půl až jednoho roku od kurzu prvního, se soustředí víc na samotné zdravotníky – v jeho rámci se učí sami vyrovnávat se stresem a pečovat i o sebe,“ vysvětluje MUDr. Pokorná.

Při třech příjmech dárce indikovat nestačí

Co je pro tedy pro zdravotníky

nejtěžší? „Sdělování negativních zpráv je vždycky náročné. My lékaři to ještě příliš neumíme. Je to pro nás těžké a nepříjemné. Jsme vytížení. Tam, kde dříve pracovali tři, nyní pracuje jen jeden, to samé v průběhu služeb. Pravdou je, že když má lékař na oddělení příjem tří pacientů, o které se musí starat a musí je zajistit, tak indikovat dárce prostě absolutně nemůže, to objektivně nejde. Celý proces potvrzení smrti mozku, indikace dárce a organizace odběru orgánů trvá cca 12 hodin,“ podkrývá nepříjemnou skutečnost lékařka, která ale jednoznačně považuje komunikaci lékaře s rodinou za povinnost. „Snažíme se, aby se lékaři naučili cítit při sdělování těchto zpráv co nejlépe, nebáli se toho a nebyl to pro ně stres. Musí si odnést i něco navíc pro sebe, protože sdělování negativní informace budou používat v celé své praxi i životě pořád,“ dodává MUDr. Pokorná.

(ktu)

Společná evropská listina pro nás není výhodná

Do evropského kontextu zasazuje českou transplantologii ředitel Koordinačního střediska transplantací MUDr. Pavel Březovský.

Jak jsou lékaři v zahraničí motivováni k nahlašování možných dárců orgánů?

Ve Španělsku a Chorvatsku mají lékaři za nalezení pacienta přidáno 20 procent platu. Počet nahlášených se tam enormně zvyšuje. U nás to takhle dělat nelze, protože povinnost nahlásit potenciálního dárce transplantačnímu středisku vyplývá ze zákona. Zároveň ale neexistuje žádná praktická sankce za jeho nedodržení. Vypnout přístroje a nahlásit smrt bez dalších postupů směrem k transplantaci je velmi jednoduché.

Pomohla by nám v tomto ohledu například účast v Eurotransplantu?

Eurotransplant vznikl jako nezávislá organizace chirurgů, kteří se mezi sebou domluvili, že budou sdílet čekací listiny a orgány mezi jednotlivými státy. Není to něco, co organizuje a zřizuje Evropa. Ano, jsou tam určité výhody. Objem lidí, kteří jsou spolu dohodnuti o vzájemné výměně orgánů, je poměrně velký. Nyní se připojilo i Chorvatsko, Slovinsko a Maďarsko. V zemích se po-

všechně zvýšily odběry orgánů, zkvalitnil se proces odběru, zároveň ale systém funguje na základě určité finanční motivace. Členské země platí za přihlášení a udržení zavedeného systému. U nás je zápis do čekací listiny zdarma, v Eurotransplantu stojí 460 eur (asi 11 tisíc korun), dále se ročně platí za místo na listině. Příspěvek se pak rozdělí podle toho, jakým způsobem jednotlivé členské státy participují na odběrech a transplantaci neboli aplikaci odběrů. Každá země si musí spočítat, jestli je pro ně tento systém výhodný.

Je takové členství výhodné pro nás?

Společná evropská čekací listina by pro Česko byla nevýhodná. Vnímám náznaky, že úmysl propojit státy tímto způsobem existuje. Můj názor ale je, že bychom měli sdílet pouze čekací listiny speciálních skupin pacientů, kteří jsou například hypersenzitivní vůči krvi či lidským tkáním (tedy pacienti s opakovanými transplantacemi ledvin) nebo pacientů s urgentním selháním jater. V těchto případech by to výhod-

né bylo, protože by přibylo množství potenciálních vhodných dárců. Ale mám obavy, že kdyby se vytvářela společná čekací listina pro všechny pacienty, nabízela by se tendence nejprve vyrovnat čekací doby. U nás je čekací doba na ledvinu rok, kdežto v Německu tři roky. To by pro Čechy byla velmi nepříjemná situace.

Čemu se teď na evropské úrovni v KST věnujete?

Společně se zástupci Evropské orgánové koordinační organizace (European Organ Exchange Organization) připravujeme mezinárodní IT portál, který by měl mezi jednotlivými státy umožnit výměnu orgánů urgentního respektive superurgentního pacienta. Pokud nastane situace, že žádný český pacient orgán nevyužije, mohl by jej využít pacient z jiné země. Speciálně se jedná o dětská srdce. Jde o velmi smutná čísla. Asi 97 procent dětských pacientů se transplantace srdce nedočká a umírá na čekací listině. Existuje řada podpůrných aktivit, aby srdce pracovalo, ale věk a velikost dárců jsou tak různě,

že se dárce najde jen málokdy. Výměna takovýchto orgánů by značně přispěla k možnosti najít vhodnou velikost srdce a ke snížení úmrtnosti na čekacích listinách.

Je v současnosti možné transplantovat český orgán cizinci a naopak?

Samozřejmě, je možné vyvézt a dovézt orgán. Má to ale zákonnou limitaci. To znamená, že pokud je na čekací listině člověk, který by orgán využil v ČR, tak jej nesmíme vyvézt.

Odběry orgánů od cizinců není v ČR prakticky možné realizovat. To by se mělo změnit při současné novelizaci zákona č. 285/2002 Sb.

(ktu)



Foto: Leoš Chodura