

Uniwersytet w Białymstoku
Wydział Historyczno-Socjologiczny

Sylwia Chmiel

Společne i kulturowe bariery martwego dawstwa narządów
w opinii koordynatorów transplantacyjnych

Praca doktorska napisana pod kierunkiem
dr hab. Waltera Żelaznego, prof. UwB

Białystok 2014

SPIS TREŚCI

WSTĘP	4
-------------	---

CZEŚĆ PIERWSZA

ROZDZIAŁ I

ŚMIERĆ JAKO PROCES, A NIE JEDNORAZOWY AKT	9
1.1. Wzorce śmierci	10
1.2. Stosunek współczesnego człowieka do śmierci	12
1.3. Redefinicja kryteriów orzekania o śmierci człowieka.....	16
1.4. Współczesne koncepcje śmierci mózgu.....	21
1.5. Społeczne aspekty śmierci mózgu.....	23
1.6. Etyczne aspekty śmierci mózgu	24

ROZDZIAŁ II

NARODZINY TRANSPLANTOLOGII.....	25
2.1. Rys historyczny.....	26
2.2. Transplantacje w świetle dzisiejszych możliwości medycznych	34

ROZDZIAŁ III

PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW W ODBIORZE SPOŁECZNYM	41
3.1. Typologia dawców narządów	41
3.2. Społeczne aspekty przeszczepiania narządów	44

ROZDZIAŁ IV

SPOŁECZNO-KULTUROWE I PRAWNE UWARUNKOWANIA TRANSPLANTACJI	50
4.1. Modele rozwiązań prawnych regulujących pobranie narządów.....	50
4.2. Rozwiązania prawne w wybranych państwach europejskich.....	52
4.3. Rozwiązania prawne z wybranych państw azjatyckich	67
4.4. Rozwiązania prawne w Stanach Zjednoczonych	74

ROZDZIAŁ V

HANDEL LUDZKIMI NARZĄDAMI	81
5.1. Ciało ludzkie jako towar	82
5.2. Turystyka transplantacyjna	86
5.3. Dyskusje wokół komercjalizacji dawstwa organów	88

ROZDZIAŁ VI

STANOWISKA WYBRANYCH KOŚCIOŁÓW, WYZNAŃ I MNIEJSZOŚCI ETNICZNYCH	91
6.1. Kościoły chrześcijańskie.....	91
6.2. Islam.....	96
6.3. Judaizm	97
6.4. Buddyzm.....	98
6.5. Hinduizm.....	99
6.6. Szintoizm	100
6.7. Stosunek Romów do śmierci i transplantacji	100

CZĘŚĆ DRUGA

ROZDZIAŁ VII

PRAWNE, INSTYTUCJONALNE I EKONOMICZNE UWARUNKOWANIA MEDYCZYNY TRANSPLANTACYJNEJ W POLSCE.....	101
7.1. Cywilnoprawne regulacje transplantologiczne	101
7.2. Dane statystyczne dotyczące aktywność w zgłaszaniu dawców według województw	104
7.3. Organizowanie procesu pobierania i przeszczepiania.....	107
7.4. Koordynatorzy transplantacyjni	113
7.5. System alokacji narządów. Kryteria przyznania organu(ów) biorcy	115
7.6. Aspekt ekonomiczny pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.....	117

ROZDZIAŁ VIII

PSYCHOSPOŁECZNE UWARUNKOWANIA DAWSTWA ORGANÓW	121
8.1. Polskie medyczne i prawne kryteria śmierci mózgu	121
8.2. Aspekt psychospołeczny transplantacji. Rozmowa z rodziną potencjalnego dawcy narządów	123

ROZDZIAŁ IX

POSTAWY SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO WOBEC TRANSPLANTOLOGII W ŚWIETLE DOSTĘPNYCH BADAŃ.....	130
--	-----

ROZDZIAŁ X

AKCJE SPOŁECZNE PROKLAMUJĄCE DAWSTWO.....	142
10.1. Czynienie z dawstwa sensacji tabloidowych	151

CZĘŚĆ TRZECIA

ROZDZIAŁ XI

OGÓLNA KONCEPCJA METODOLOGICZNA BADAŃ WŁASNYCH. POSTĘPOWANIE	153
--	-----

ROZDZIAŁ XII

OPRACOWANIE DANYCH JAKOŚCIOWYCH	156
ZAKOŃCZENIE, WNIOSKI.....	193
LISTA CYTOWANYCH I PRZYWOŁANYCH ŹRÓDEŁ	198
Bibliografia	198
Netografia.....	200
Wykaz tabel.....	204
Wykaz rycin	205

WSTĘP

Przystępując do pisania rozprawy doktorskiej *Spoleczne i kulturowe bariery martwego dawstwa narządów w opinii koordynatorów transplantacyjnych* miałam świadomość, że medycyna jest zaledwie częścią „góry lodowej” całego procesu transplantologicznego, i że dla organizacji tego typu przedsięwzięć potrzeba jest więcej specjalistów z innych dziedzin, niż samych tylko medyków.

Przedmiotem niniejszej rozprawy będzie holistyczny opis obszarów rzeczywistości społecznej związanej z transplantologią, a dzięki temu identyfikacja i analiza barier medycyny transplantacyjnej, w społeczeństwie polskim, ze szczególnym uwzględnieniem Podkarpacia. Podstawowa trudność w odpowiednim definiowaniu problemu tkwi w innowacyjnym charakterze pracy, bowiem brak jest jakichkolwiek socjologicznych opracowań tego tematu. Dostępne materiały naukowe dotyczące transplantologii koncentrują się jedynie wokół medycznej istoty zagadnienia. Dostępne są akty normatywne, przepisy regulacyjne oraz inne dokumenty dopełniające tematykę. Uzyskanie pełnego obrazu sytuacji i opisanie całego zagadnienia jest możliwe tylko przy korzystaniu z dodatkowych, najczęściej nienaukowych źródeł, takich jak: publikacje popularnonaukowe, artykuły prasowe oraz informacje i materiały prezentowane na tematycznych portalach internetowych.

By poszerzyć spektrum analityczne wykorzystałam w badaniach wywiad socjologiczny, więc dobrowolny, jawny i indywidualny, skoncentrowany na przeżyciach, opiniach i poglądach respondentów, skupiony wokół ich osobistych doświadczeń. Przeprowadzone wywiady umożliwiły mi wyjaśnić przyczyny utrudniające rozwój i rozpowszechnianie tej dziedziny leczenia.

Wydana w 2009 *Socjologia medycyny*¹ nie zawiera żadnej rozprawy dotyczącej transplantologii, a pojęcie „transplantacja” w tej 369 stronicowej książce pojawia się tylko raz, na s. 127 w artykule Beaty Tobiasz-Adamczyk przy okazji sygnalizowania zmiany jakości życia przed i po przeszczepie nerki, i to jako luźna cytacja z innych autorów. Co prawda znajdziemy na polskim rynku wydawniczym kilka pozycji, które traktują szczegółowo o jakimś aspekcie transplantologii, jak na przykład pracę E.M. Guzik-Makaruk *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium porównawcze*,

¹ *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, pod red. A. Ostrowskiej, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009.

M. Nowackiej, *Etyka a transplantacje* czy I. Cymerman, *Doświadczenie jakości życia po przeszczepie – perspektywa fenomenologiczno-heurystyczna*, ale nie ma pracy dotyczącej całościowego oglądu transplantacji. Mam nadzieję, że moja rozprawa przynajmniej częściowo uzupełni tę problematykę.

Przed pisaniem pracy nie zdawałam sobie sprawy z kilku problemów, które wydawały mi się proste, i bez większego znaczenia dla tej dysertacji, a w rzeczywistości okazały się one newralgiczne. Pragnę na ich temat poczynić kilka uwag.

Okazuje się, że najważniejszą osobą czy osobami w rozpoczęciu procedury transplantacyjnej nie jest lekarz, ani biorca narządu, ani nawet martwy dawca, ale w tradycji polskiej, jak i większości analizowanych w dysertacji krajów, najbliższa rodzina. Do najbliższych należy żona, mąż, rodzice, dzieci, a nawet rodzeństwo. W większości przypadków, osoby te nie znają woli zmarłego odnośnie dysponowania organami po jego śmierci. Z punktu widzenia procedury transplantacyjnej można te osoby nazwać profanami, nieznanymi procedur ani unormowań prawnych, podstawowych zagadnień medycznych, ale to jednak przede wszystkim od nich będzie zależeć dawstwo organów, a tym samym życie innych ludzi.

Biorąc pod uwagę całość wydarzenia transplantacyjnego należy podkreślić pracę koordynatorów, którzy począwszy od znalezienia dawcy, przetransportowania organów, zorganizowania zespołów do pobrania i przeszczepienia, zarezerwowania sali operacyjnej, muszą wcześniej „oswoić” z nową sytuacją rodzinę osoby zmarłej lub dawcy żywego, roztoczyć opiekę nad dawcą i biorcą po i przed pobraniem oraz wszystko udokumentować. Nikt nie zamierza tu umniejszać roli medyków, po prostu w przypadku transplantacji znane z tradycji zaplecze medyczne (szpitale, lekarze, pielęgniarki, sale operacyjne, rekonwalescencja) nie wystarczą dla całości procedury transplantacyjnej. Potrzebni są jeszcze dodatkowo psycholodzy społeczni, a tę rolę najczęściej wykonują lekarze lub pielęgniarki koordynujące początkowy etap transplantacyjny, transport organów (w Polsce ambulansiem nie można przewozić zwłok), a nade wszystko menadżerowie, lekarze, ordynatorzy i dyrektorzy szpitali, którzy widzą sens działania na rzecz transplantologii. Innymi słowy, wszystkie osoby biorące udział w takim przedsięwzięciu muszą być przekonane co do jednego, że transplantologia jest efektywna, przywraca zdrowie i życie, a w całym bilansie jest bardziej skuteczna niż inne metody leczenia nie mogące zastąpić przeszczepu i niejednokrotnie tańsza niż inny rodzaj terapii.

Kolejnym problemem, który zmodyfikował w trakcie pisania moją pracę, była redefinicja „śmierci”. Okazało się, że śmierć, jest procesem trwającym od kilku godzin, który można przedłużać przy użyciu odpowiedniej aparatury czasami do kilku dni. Potencjalny martwy dawca narządów musi być uznany za osobę zmarłą, przez co najmniej dwóch lekarzy, którzy nie mogą uczestniczyć w kolejnych etapach transplantacji. Orzeczenie o zgonie człowieka na podstawie stwierdzenia śmierci jego mózgu, kiedy zmarłemu jeszcze bije serce i widać, że oddycha, a inne jego organy dają jeszcze oznaki życia, jest z punktu widzenia zwykłego człowieka nie do przyjęcia. Tak na marginesie należy zdać sobie sprawę, z udręki jaką prze-

żywiają najbliższe osoby potencjalnego martwego dawcy organów oraz lekarze oczekujący na organy i spoglądający na zegarek, jak i biorca organów, który do ostatniej chwili nie wie czy nastąpi przeszczep. Każda z tych stron ma odmienne oczekiwania. Trzeba jednak zdać sobie sprawę z tego, że niemal w każdym przypadku dawstwa, podkreślę niemal, bo zdarzają się wyjątki, takiego właśnie „na wpół żywego” nieboszczyka, któremu jeszcze bije serce i który oddycha, ogląda w szpitalu na moment przed ewentualnym pobraniem organów mąż, żona czy dziecko, matka, ojciec, brat czy siostra, czyli osoby, które będą decydować ostatecznie o pobraniu narządów od najbliższego im człowieka sprawiającego wrażenie żywej osoby. Ten moment rodzi największe frustracje w transplantologii!

Jak się okazuje redefinicję śmierci formułowano w zasadzie dla potrzeb transplantologii. Orzekanie o śmierci mózgowej – jak to wynika z moich badań – okazało się „piętą achillesową”, jedną z najistotniejszych barier transplantologicznych tkwiących w mentalności części polskich lekarzy, szczególnie tych praktykujących na „ścianie wschodniej”. To było dla mnie kolejnym zaskoczeniem przy badaniu zagadnienia, bowiem stawiając hipotezy badawcze celowo pominęłam rozważania o różnicowaniu kraju pod jakimkolwiek względem, a jedynie gdzieś na marginesie moich przemyśleń brałam taką ewentualność pod rozwagę.

* * *

Początkowo chciałam oprzeć część empiryczną mojej rozprawę o wywiady przeprowadzane metodą ugruntowaną, która pojawiła się w naukach społecznych w drugiej połowie lat sześćdziesiątych XX wieku, właśnie w środowisku klinicznym. Jej twórcami było dwóch socjologów amerykańskich Barney Glaser i Anselm Strauss. Ich współpraca w dziedzinie badań nad umierającymi pacjentami szpitala, doprowadziła do wypracowania metody ciągłego porównywania wywiadów, co później, po udoskonaleniu zyskało nazwę metody teorii ugruntowanej. Niestety w przypadku moich badań, już po dwóch pierwszych wywiadach okazało się, że metody wywiedzione z teorii ugruntowanych będą w moich badaniach raczej nieprzydatne. Wynikało to z diametralnie różnych postaw badanych, w tym aksjologicznie różnych wypowiedzi, wobec wybranych zagadnień transplantologii. Ostatecznie zdecydowałam się na tradycyjny, socjologiczny wywiad poszerzony z ekspertami (w tym przypadku koordynatorami transplantacyjnymi), który ostatecznie spełnił stawiane przeze mnie zadania badawcze.

* * *

Cała transplantologia, a przede wszystkim jej specyfika i wywoływane przez nią dylematy okazują się być w niewielkiej części sprawą tylko medycyny. Ze względu na swój wymiar społeczny, transplantacja potrzebuje poszerzenia pól badawczych o socjologię, psycho-

logię, prawodawstwo, kulturoznawstwo i inne dziedziny, by rozpatrywać badane zjawiska z wielu dyscyplin naukowych równocześnie.

Ze względu na konieczność poszukiwania dawców, w celu pozyskania „części zamiennych” od zmarłych osób, by móc je przeszczepić „składakom” (tak nazywają siebie sami pacjenci po przeszczepach), transplantologia potrzebuje przyzwolenia społecznego i bez wzrostu świadomości społecznej w tej dziedzinie nie jest możliwe jej funkcjonowanie, a nade wszystko jej rozwój.

Głównym motywem, dla którego zdecydowałam się na dysertację dotyczącą transplantologii z punktu widzenia socjologicznego, a nie – zgodnie z moim wykształceniem – medycznego, było pytanie, jak to jest możliwe, że w takim państwie jak Polska dochodzi do tak rażących dysproporcji w dawstwie organów. Otóż według danych za 2008 w województwie zachodniopomorskim było 40,8 martwych dawców organów na 1 milion mieszkańców, podczas gdy w podkarpackim tylko 0,9 a dysproporcje te utrzymują się już od kilku lat.

* * *

Praca składa się z trzech części podzielonych na dwanaście rozdziałów.

W części pierwszej w rozdziale I redefiniuję zagadnienie śmierci, w rozdziale II wprowadzam do rysu historycznego narodzin transplantologii, w rozdziale III akcentuje, że pozyskiwanie dawców narządów jest w pierwszej kolejności zagadnieniem społecznym, nie medycznym, w rozdziale IV omawiam uwarunkowania cywilizacyjne oraz kulturowe medycyny transplantacyjnej w wybranych krajach świata, w rozdziale V przedstawiam główne przestępstwa i czyny kryminalne w „zdobywaniu” organów oraz dylematy wokół ewentualnej komercjalizacji dawstwa organów. W rozdziale VI, który kończy część pierwszą mojej rozprawy przedstawiam stanowiska wybranych Kościołów i wyznań oraz mniejszości etnicznych wobec transplantologii.

Część druga mojej pracy przybliży czytelnika do „polskiej transplantologii” oraz do samych badań, których głównym celem jest odpowiedź na pytanie dotyczące dysproporcji w martwym dawstwie organów według poszczególnych województw. Najpierw w rozdziale VII omawiam prawne, społeczne, instytucjonalne i ekonomiczne uwarunkowania medycyny transplantacyjnej w Polsce, zaś w rozdziale VIII psychospołeczne uwarunkowania martwego dawstwa organów. W rozdziale IX poznajemy postawy społeczeństwa polskiego wobec pobierania i przeszczepiania komórek tkanek i narządów w świetle dostępnych badań, a w X opisuję akcje społeczne proklamujące dawstwo narządów, tkanek i komórek.

Część trzecia pracy w rozdziałach XI i XII to badania własne. Celem badań było wydobycie z wywiadów i wyjaśnić przyczyny dysproporcji w dawstwie organów w poszczególnych województwach. Podczas rozmów z ekspertami, przyjąłam następujące założenia. Niska ak-

tywność w zgłaszaniu dawców w województwie podkarpackim może być spowodowana w różnym natężeniu i w różnych proporcjach głównie:

- istnieniem barier społeczno-kulturowych,
- istnieniem barier religijnych:
- kultem zmarłego ciała,
- wizją „niekompletnego” ciała osoby zmarłej, a zatem niemożnością „pełnego” zmartwychwstania,
- istnieniem barier logistycznych,
- oporem personelu medycznego,
- brakiem motywacji zarówno finansowej, jak i etycznej,
- nadmiarem pracy,
- brakiem ośrodków przeszczepiających.

Ku mojemu zaskoczeniu, po zakończeniu badań okazało się, że przyczyny leżą jeszcze gdzieś indziej, co omawiam w zakończeniu rozprawy.

Integralną częścią pracy jest Aneks w postaci płyty CD, na której zamieściłam nagrania dźwiękowe, przeprowadzonych przeze mnie wywiadów z ekspertami.

CZEŚĆ PIERWSZA

ROZDZIAŁ I

Śmierć jako proces, a nie jednorazowy akt

Na przestrzeni setek lat zmieniał się stosunek społeczeństwa do śmierci. Z pierwotnej i wpisanej w kulturę postawy akceptującej, traktującej śmierć jako naturalny koniec życia, wraz z procesem medykalizacji doszło do nowych refleksji na temat śmierci. Warto prześledzić tę drogę po to, by dobrze zrozumieć istotę współczesnej transplantologii. Ostatecznie transplantologia stała się możliwa jako nowa dziedzina medycyny, dzięki przededefiniowaniu śmierci, nie jako jednorazowego aktu dziejącego się w danym momencie (ustanie oddechu i krążenia), ale jako procesu, który trwa, który może być „przedłużony”; w końcu do orzeczenia o śmierci mózgu (lub jak w niektórych państwach w następstwie śmierci pnia mózgu) jako śmierci człowieka z nieodwracalnym ustaniem funkcji mózgu, przez komisję lekarską poddaną surowej procedurze medycznej i prawnej.

Trzeba było niebywale odwagi, by pomyśleć pobierania fragmentów ludzkiego ciała od nieboszczyków przeszczepiać żywym ludziom w celu poprawy lub ratowania ich życia. Mimo determinacji lekarzy i naukowców oraz przy zastosowaniu najnowszych technologii nie potrafiono poradzić sobie z pewnymi problemami medycznymi jedynie przy użyciu sprzętu. Okazało się bowiem, że do leczenia niektórych schorzeń potrzebne są takie same „elementy” jakie występują w organizmie ludzkim. Potrzeba ta zaimplikowała bardzo specyficzną i unikalną metodę. Otóż w procesie leczenia, oprócz lekarza i pacjenta, potrzebny był jeszcze jeden człowiek, najczęściej zmarły, który w sensie dosłownym, dostarczałby ten brakujący element, którego w żaden inny sposób nie da się skonstruować nawet w dobie nanotechnologii. Zatem, mimo całego postępu technologicznego, tylko fragment pobrany z ciała innego człowieka, może po-

móc choremu. W żadnym innym obszarze medycyny i życia w ogóle nie mamy do czynienia z takim wydarzeniem. I to jest pierwszy aspekt zagadnienia, który nakazuje dokonać epokowej refleksji filozoficznej, społecznej i prawnej nad przededefiniowaniem zagadnienia śmierci i zwłok na nowo, wbrew całej dotychczasowej tradycji wielu kultur i cywilizacji.

1.1. Wzorce śmierci²

Philippe Ariès (1914-1984) w swoim dziele z 1977 *Człowiek i śmierć*³, wyodrębnił dwa główne wzorce śmierci charakterystyczne dla cywilizacji chrześcijańskiej: *śmierć oswojoną* i *śmierć na opak*.

Wzorzec *śmierci oswojonej* kształtowany był na przestrzeni stuleci. Jest to wzorzec ściśle związany ze światem metafizycznego porządku. Porządek ten pojmowano jako rzeczywistość kształtowaną przez Boga. Swoje miejsce we wszechświecie miały narodziny, szczęście, radość, choroba, ból, cierpienie i śmierć. Panowała powszechna akceptacja tego zjawiska, najpełniej ujęta przez postawę: umrzemy wszyscy. Człowiek umierający śmiercią oswojoną był z nią pogodzony. Śmierć oswojona ujęta była przez mądrość ludową w reguły uspołeczniającego rytuału kulturowego. Człowiek umierał w domu, wśród bliskich, w atmosferze ciepła, bliskości, miłości. W obrębie wzorca *śmierci oswojonej* kształtowały się podwzorce mieszczące się w jej charakterze⁴.

Jednym z nich jest ukształtowanie się świadomości *własnej śmierci*. Wzorzec ten pojawił się wówczas, gdy zaczynała zanikać wiara w automatyczne zbawienie. Postrzeganie człowieka, jako istoty grzesznej, rodzenie się odpowiedzialności za swoje życie, narodziny tożsamości i indywidualności, spowodowały uzmysłowienie sobie faktu własnej śmierci. Gwarancja zbawienia nie była już taka pewna. Wzorcowi temu towarzyszył już wyższy poziom lęku przed śmiercią. Na przestrzeni XVI-XVIII wieku ukształtował się w obrębie *śmierci oswojonej* nurt *śmierci długiej i bliskiej*. Kreowana w tym okresie była wizja obsesyjnego lęku przed pogrzebaniem żywcem.

W drugiej połowie XVIII wieku odkryto respirator i ten moment, stał się początkiem wiary w możliwość przesunięcia momentu śmierci. Udana zabiegi resuscytacyjne, pozornie martwych ludzi, miały dwuznaczny wpływ na społeczeństwo. Z jednej strony dawały nadzieję na

² Podrozdział ten jest fragmentem mojego artykułu pt. *Spoleczne konsekwencje medycznych i prawnych kryteriów orzekania o śmierci. Współczesne społeczeństwo wobec śmierci*, [w:] M. Malikowski (red.), *Socjologia 7*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego 62, Seria Socjologiczno-Historyczna, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2010, s. 199-201.

³ P. Ariès, *Człowiek i śmierć*, PIW, Warszawa 1989, 1992.

⁴ K. Szewczyk, *Lęk, nicłość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu*, [w:] M. Gałuszka & K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa-Lódź 1996, s. 14.

możliwość ucieczki od śmierci, z drugiej wyzwoliły, trwającą ponad wiek, falę obsesyjnego lęku przed pogrzebaniem żywcem. Rozpoczął się proces opóźniania śmierci przez medycynę.

Upadek dotychczasowego modelu porządku świata spowodowany był między innymi przez indywidualizację, laicyzację i rozwój nauk medycznych oraz technicznych. Te trzy zjawiska przyczyniły się do powstania *śmierci na opak*. Jest to śmierć XX wieku, opaczna, samotna, w sali szpitalnej – całkowite zaprzeczenie śmierci oswojonej. Jest to śmierć wyparta zarówno ze świadomości indywidualnej, jak i społecznej. Skutkiem tego wyparcia jest coraz silniejszy strach współczesnego człowieka przed śmiercią. Optymizm technologiczny dawał nadzieję na ujarzmienie natury. Rozpoczęty już proces medykalizacji choroby, a wraz z nim medykalizacji umierania i śmierci, stał się czynnikiem sprawczym powstania tzw. *ideologii szpitalnej*. W tej walce o zdrowie nie było miejsca na człowieka. Liczyła się tylko walka lekarza z chorobą. Śmierć pacjenta była najgorszą rzeczą, jaka mogła mu się zdarzyć. Stanowiła ona widoczny znak niepowodzenia procesu leczenia. Zamknięcie w szpitalu odbierało jednostce prawo do własnej choroby, cierpienia, a wreszcie śmierci. Ciągły postęp technologiczny i naukowy czynił tę walkę coraz bardziej intensywną. Doskonalenie technik resuscytacyjnych, możliwość utrzymywania „przy życiu” osób w śpiączce, doprowadziły do narodzin transplantologii, jako działu medycyny.

Philippe Ariès swoją analizę wzorców umierania w książce *Człowiek i śmierć* doprowadza do połowy lat siedemdziesiątych XX wieku. W obrębie śmierci zdziczałej kształtują się wówczas dwie kolejne postawy: *śmierci zracjonalizowanej* oraz *śmierci na uzgodnienie*. Człowiek lat osiemdziesiątych dwudziestego wieku poczuł się pozbawiony prawa do własnej śmierci. W wyniku tej sytuacji pojawił się wzorzec, charakterystyczny dla epoki komputerowej, *śmierci zracjonalizowanej*. Człowiek, prezentujący taką postawę „bierze” śmierć we własne ręce i ze szczegółami ją planuje. Racjonalnie przygotowany plan obejmuje poszukiwanie i wybór lekarza, zakup odpowiedniej porcji leku, załatwienie wszelkich formalności związanych z podziałem majątku, przygotowanie miejsca pochówku, a nawet wybór stroju na ostatnią drogę. Ma on zakończyć swoje życie w sposób zaplanowany, niezawodny i elegancki. Inaczej mówiąc, w *śmierci zracjonalizowanej*, człowiek planuje jakby swoje samobójstwo, w pedantycznie dokładny sposób. Dzięki temu osiąga poczucie pełnej kontroli nad śmiercią, oswaja strach i nadaje życiu, a także śmierci nowy sens. Relacja jednostki do własnej śmierci uległa także procesowi estetyzacji. Śmierć zracjonalizowana bardzo silnie przesuwana się w kierunku śmierci na uzgodnienie. W praktyce różni je tylko bariera przyzwolenia prawnego. Śmierć na uzgodnienie jest zatem powrotem do ideologii szpitalnej⁵.

Wiara w medycyny profesjonalizm spowodowana jest niezwykle silnym lękiem przed niepowodzeniem śmierci: „Eutanazja nie powinna być sprawą zemocjonowanych amatorów,

⁵ K. Szewczyk, *Lęk, nicość...*, dz. cyt., s. 14- 61.

powierzmy ją fachowcom, lekarzom...”⁶. Współcześnie, mamy do czynienia z następującymi „stylami” śmierci:

- bardzo rozpowszechnionym, charakterystycznym dla ideologii szpitalnej, styl śmierci opacznej,
- złagodzoną formą ww. stylu, gdzie dobro i potrzeby pacjenta stawiane są na pierwszym miejscu,
- śmiercią na uzgodnienie.

W Polsce zdecydowanie najbardziej rozpowszechniony jest styl śmierci opacznej. Nie ma on jednak cech tak silnej zмовы milczenia, jaką przedstawiał Philippe Ariès. Polski model śmierci opacznej ma, zatem, cechy śmierci oswojonej⁷.

1.2. Stosunek współczesnego człowieka do śmierci

Wraz z podniesieniem się poziomu wykształcenia społeczeństwa, procesami laicyzacyjnymi, postępem technologicznym i umocnieniem się przekonania, że wiedza może zawładnąć wszelkimi zjawiskami, także śmiercią, człowiek zaczął coraz bardziej odchodzić od naturalnego rytmu życia. Wyparcie śmierci jest wynikiem strachu przed nią samą, lęku przed nieznanym. Wśród współcześnie żyjących, bardzo mało jest ludzi nieodczuwających strachu przed śmiercią. Wydaje się, że wyjątkiem są zakonnicy, którzy niezachwialnie wierzą w nieśmiertelność duszy, myślą o śmierci bez trwogi, mówią o niej spokojnie, pogodnie. W postawie człowieka współczesnego występuje niemożność pogodzenia się ze śmiercią. Niemożność ta, jest najprawdopodobniej wynikiem lęku przed nieznanym i utraty wiary w nieśmiertelność. Strach przed śmiercią człowieka Zachodu objawia się na różne sposoby. Człowiek w wyniku pędu za dobrami materialnymi zatracił zdolność duchowego obcowania z samym sobą, zadumy, czynienia swego rodzaju podsumowań. A ta właśnie zdolność jest naszym ludzkim wyróżnikiem. Człowiek współczesny źle czuje się sam z sobą. Całą swoją energię koncentruje na jakiejś pracy. Czas niewykorzystany na pracę, sen czy jedzenie, spędza korzystając z różnych form rozrywki. Spotyka się z przyjaciółmi, znajomymi, pozostając sam nie znosi ciszy. Ogląda telewizję, korzysta z Internetu, słucha muzyki. Robi wszystko, by nie dopuścić do obcowania z sobą, wręcz się tego boi. Nawet słowo „śmierć” ma obecnie niekorzystny wydźwięk i przywołuje negatywne emocje. W pewnych kręgach kultury amerykańskiej, wymawianie tego słowa jest niepoprawnością polityczną. Czasownik „umierać” zamieniono na „odchodzić”, by wywoływać jak najmniej niekorzystnych skojarzeń⁸. Wokół zagadnienia samej śmierci budowany jest negatywny wydźwięk społeczny. Człowiek, który w nocy

⁶ H.R. Wolff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, PWN, Warszawa 1993, s. 239.

⁷ K. Szewczyk, *Lęk, nicłość...*, dz. cyt., s. 59- 61

⁸ A. Toynbee, A.K. Mant, N. Smart, J. Hinton, S. Yudkin, *Człowiek wobec śmierci*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1973, s. 208-211.

umrze w domu jest natychmiast zabierany przez pracowników zakładu pogrzebowego. Ciało zmarłego, mimo że członka rodziny, traktowane jest już od momentu śmierci, jak obce.

Wstręt do trupa doprowadził, w wyniku procesu estetyzacji śmierci, do rozwinięcia się tanatopraksji. Zajmuje się ona upiększaniem zwłok, nadaniem im bardziej „żywego” oblicza. Krótko mówiąc trup ma wyglądać jakby spał, czyli żył. I tak estetyczne, poddane zabiegom kosmetycznym ciało, widzi się na krótki moment przed pogrzebem. Do zmarłych członków rodzin nie dopuszcza się także dzieci, nie pozwala im się oglądać martwych twarzy babć czy dziadków, nie pozwala się im na pożegnanie. Wszystko to odbywa się w trosce o nienaruszenie delikatnej dziecięcej psychiki. Swojej psychiki nie chcą naruszać także dorośli członkowie współczesnych społeczeństw. Na pożegnanie ze zmarłym przeznaczane są krótkie chwile, nie dajemy sobie prawa do przeżywania żalu. A pożegnanie ze zmarłym i przeżywanie żałoby stanowi niezmiernie ważny element człowieczeństwa. Bez nich grozi nam patologia pamięci⁹.

* * *

Wszystkie te przemiany w obrębie postaw wobec śmierci i stosunku do zmarłego, doprowadziły do przejścia z postawy akceptującej do omijającej lub wręcz wyparcia się śmierci. Wyparcie odbywa się na płaszczyźnie irracjonalnej, bowiem na poziomie racjonalnym człowiek zdaje sobie sprawę ze swojej śmiertelności. Ponieważ jednak uświadamianie sobie tego faktu wywołuje negatywne emocje oraz budzi lęk, obawy czy strach, to człowiek współczesny odsuwa od siebie myśl o nieuchronności śmierci własnej i bliskich. Można powiedzieć, że współczesna cywilizacja zachodnioeuropejska robi wszystko, by śmierć, a nawet samo starzenie się, wyprzeć ze świadomości i rzeczywistości. Starość jest przecież nieestetyczna, *demodé*, więc coraz popularniejsze staje się korzystanie z gabinetów medycyny estetycznej, które w swoim założeniu mają poprawiać wygląd, odmładzać, uszczęśliwiać. Często przybiera to karykaturalne rozmiary. Nie można oprzeć się wrażeniu, iż świat zaczyna w jakiejś części przypominać kasty uprzywilejowane z powieści Aldousa Huxleya *Nowy wspaniały świat*, gdzie wręcz wymagana była dozgonna młodość, gdzie społecznie nieakceptowane były żadne objawy starości.

Śmierć we współczesnej kulturze w krajach rozwiniętych stała się tabu. Wiesław Łukaszewski w swojej książce *Udręka życia. Jak ludzie radzą sobie z lękiem przed śmiercią* przeprowadził bardzo spójną segregację reakcji ludzi na doświadczenie wyrazistości śmierci. Autor zaznacza, iż na skutek negatywnych czy nieprzyjemnych emocji, jakich doświadczamy w związku z tym zagadnieniem, generalnie mamy tendencje do unikania wyobrażenia sobie śmierci w ogóle czy nawet myślenia o niej. Skutki doświadczenia wyrazistości śmierci koncentrują się wokół kilku obszarów.

⁹ P. Morciniec, *Nasz zmarły, nasz obcy*, wywiad K. Ogiolda, *Angora* nr 44 (1011), s. 30.

Pierwszym z nich jest skupienie się na sobie i swoim obrazie. Dowiedziono, że im niższa samoocena tym dotkliwsze i częstsze są konsekwencje doświadczenia wyrazistości śmierci i dostępności myśli o niej. Zatem dobre mniemanie o sobie i przekonanie o swojej wysokiej wartości pełnią rolę bufora przed negatywnymi konsekwencjami dostępności myśli o śmierci. Spadek samooceny w sposób wyraźny predysponuje do nasilenia się myśli o śmierci i większej wrażliwości na jej oznaki. Podsumowując, ludzie z niską samooceną i brakiem poczucia własnej wartości są w sposób szczególny usposobieni do dostępności myśli o śmierci, wrażliwości na tą tematykę, a także szczególnie dotkliwie odczuwają negatywne skutki tych myśli.

Drugim obszarem, wokół którego koncentrują się skutki doświadczenia wyrazistości śmierci jest silna identyfikacja i utożsamianie się z wyznawanymi przekonaniami. Konfrontacja ze śmiercią w sposób szczególny wzmacnia identyfikację z systemem przekonań wyznaczanych w danym społeczeństwie. Pozwala to na umocnienie poczucia własnej wartości i przekonania, że jest się godnym przedstawicielem społeczności. W takiej sytuacji nasilają się także postawy konserwatywne, co w sposób wyraźny dzieli członków społeczności na swoich (wyznających ten sam światopogląd) i obcych. Wraz ze wzrostem postaw konserwatywnych nasila się także brak tolerancji dla wszelkiej inności i odmienności. Wzmocnieniu ulegają także religijność, patriotyzm i postawy konformistyczne.

Trzecim obszarem jest dążenie do zażyłości i bliskich relacji z innymi ludźmi. Doświadczenie wyrazistości śmierci prowadzi do wzmocnienia pragnienia obecności innych ludzi i dążenie do bliskości. W takiej sytuacji osłabieniu ulega odbieranie sygnałów odrzucenia, a wzmocnieniu sygnały wsparcia i pomocy. Obniżają się również oczekiwania wobec potencjalnych partnerów.

Czwartym obszarem jest skupienie się na sobie w ujęciu hedonistycznym. Ten obszar zagadnienia obejmuje w sobie różnorodne zachowania, których wspólnym mianownikiem jest dbałość o atrakcyjność fizyczną. Mieszczą się tutaj zachowania zarówno te tzw. prozdrowotne, czyli dbanie o ruch fizyczny, odpowiednią dietę i prawidłowe funkcjonowanie organizmu w wymiarze biologicznym. Mieszczą się też praktyki prowadzące do podwyższenia własnej fizycznej atrakcyjności poprzez zabiegi pielęgnacyjne, upiększające, a także korzystanie z usług medycyny estetycznej. Dbanie o wygląd zewnętrzny staje się celem samym w sobie. Przekonanie i świadomość swojej atrakcyjności daje w pewnym sensie ochronę przed negatywnymi konsekwencjami konfrontacji ze śmiercią, natomiast przekonanie o własnej nieatrakcyjności te konsekwencje wzmacnia. Inny wymiar tego zagadnienia koncentruje wokół zachowań konsumpcyjnych nastawionych na osiągnięcie względnie możliwie najwyższego stanu przyjemności. Mieszczą się tutaj zachowania polegające na nabywaniu dóbr luksusowych, wyszukanych, będących ucieleśnieniem marzeń. W obrębie tych zachowań można ob-

serwować także zachowania ryzykowne, wyzwalające adrenalinę, które w konsekwencji mają także służyć odczuwaniu przyjemności¹⁰.

Usunięcie chorych z przestrzeni publicznej i izolowanie ich w specjalnie wydzielonych instytucjach, wynika zdaniem Michela Foucaulta właśnie z obawy przed śmiercią¹¹. Ludzi, którzy umierali dotąd w otoczeniu bliskich przeniesiono do szpitali, przekazano pod opiekę specjalnie wyszkolonego sztabu ekspertów, by tam w otoczeniu aparatury i obcych dokonali żywota. W ten sposób zarówno umieranie jak i sama śmierć stała się nadzorowana¹².

Odrębnym zagadnieniem w obszarze śmierci stała się jej medialność i rosnący popyt na makabryczne widowiska. Maciej Woroch, dziennikarz stacji TVN, stwierdza:

(...) faktem jest, że widzowie są bardzo ciekawi, jak wygląda prawdziwa śmierć. Nie taka z filmów fabularnych, bo tej mają pod dostatkiem, tylko śmierć prawdziwego człowieka. To wzbudza ich ogromną fascynację.¹³

Potwierdzeniem tych słów jest liczba wyświetleń filmów, zamieszczonych w Internecie, przedstawiających wymierzanie kary śmierci. Spore zainteresowanie wzbudzają także zdjęcia ofiar katastrof komunikacyjnych, czy „świeżego” trupa. To, co w innych warunkach budzi w nas odrazę, tutaj wzbudza dreszcz emocji. Profesor SGGW, socjolog Andrzej Jędrzejko, zauważa, że:

Ludzie, zwłaszcza młodzi, wciąż powagi śmierci nie rozumieją. Nie rozmawiali o niej z rodzicami, nie widzieli umierających dziadków, bo oni z reguły odchodzili w szpitalu. Przestaliśmy przekazywać kolejnym pokoleniom ważne kody kulturowe, dajemy dzieciom laptopy i nowe oprogramowania do nich. Informujemy je, w jakim terminie pojedziemy na wakacje do Tunezji, ale nie rozmawiamy o życiu i umieraniu. Nie chodzimy z nimi na groby bliskich.¹⁴

Doktor Joanna Heidtman z UJ, socjolog i psycholog, tak opisuje ten nurt podejścia do śmierci:

Odsuwamy ją od siebie, nie chcemy patrzeć na odchodzenie, wysyłamy naszych bliskich do domu starców lub szpitala, by ich śmierci nie widzieć. A to jest prawdziwe doświadczenie bliskości śmierci. Patrzenie na film z nagraniem śmiercią kogoś obcego wcale nas do zrozumienia i zaakceptowania tego procesu nie przybliża.¹⁵

Śmierć, z jednej strony, kiedy dotyczy nas samych lub bliskich, wzbudza niechęć, odrazę i lęk, z drugiej zaś strony, kiedy dotyczy innych, budzi niepohamowaną wręcz ciekawość.

¹⁰ W. Łukaszewski, *Udręka życia. Jak ludzie radzą sobie z lękiem przed śmiercią*, Wydawnictwo Smak Słowa, Sopot 2011, s. 189-191.

¹¹ M. Foucault, *Narodziny kliniki*, przeł. Paweł Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999, s. 35.

¹² M. Zawiła, *Religia i śmierć. Trajektoria umierania i jej religijne elementy na przykładzie środowisk hospicyjnych w Polsce*, Wydawnictwo Nomos, Kraków 2008, s. 46.

¹³ Cyt. za: R. Kim, A. Szulc, *Śmierć na żywo*, Wprost nr 44 z 2011, s. 38.

¹⁴ Cyt. za: R. Kim, A. Szulc, *Śmierć...*, dz. cyt., s. 41.

¹⁵ Cyt. za: R. Kim, A. Szulc, *Śmierć...*, dz. cyt., s. 41.

1.3. Redefinicja kryteriów orzekania o śmierci człowieka

Problem odpowiedniego zdefiniowania śmierci, jako końca życia jest niezmiernie trudny ze względu na wielowymiarowość zagadnienia. Zazębiają się tutaj aspekty biologiczne, medyczne, społeczne, filozoficzne i moralne. Na tym niezwykle szerokim polu, musi dojść do takiego sprecyzowania kryteriów śmierci, które w sposób jasny i pewny pozwolą na jej zdiagnozowanie. Zatem definicja, mimo olbrzymiego obszaru analizy, musi być czytelna i na tyle jednoznaczna, by nie dochodziło do błędnych interpretacji i nadużyć i by była zrozumiana w społeczeństwie.

Przyglądając się historii medycyny można stwierdzić, iż pierwsze próby reanimacji czy też resuscytacji życia zaczęto podejmować w drugiej połowie XVII wieku. Działaniom tym bacznie przyglądały się kościoły katolickie i protestanckie przypominając i podkreślając jednocześnie, iż jedynie Bóg może, i decyduje o początku oraz końcu życia ludzkiego.

Próby udzielania pierwszej pomocy odbywały się na osobach, które utonęły. W Holandii w 1767 roku powstało Towarzystwo Resuscytacji Topielców, a w Wielkiej Brytanii Królewskie Towarzystwo Humanitarne zainicjowało działalność na rzecz *ratowania osób pozornie utopionych*. Użycie słowa „humanitarny” miało na celu pokazanie kościołom, iż ludzie pracujący w takich organizacjach spełniają chrześcijański obowiązek ratowania bliźniego, w żaden sposób nie kwestionując prawd wiary. Wtedy właśnie pojawiło się pojęcie „resuscytacji”, czyli zespołu czynności stosowanych u poszkodowanego, u którego wystąpiło podejrzenie nagłego zatrzymania krążenia, czyli ustanie czynności serca z utratą świadomości i bezdechem.

Natomiast „reanimacja” była ówczesnie postrzegana, jako zbiór czynności, które mają na celu wskrzeszenie zmarłych. Aby jeszcze dosadniej zaznaczyć różnice pomiędzy obydwojma pojęciami w 1809 roku brytyjskie Królewskie Towarzystwo Humanitarne oznajmiło, iż resuscytacja jest nieskuteczna, kiedy rozpocznie się proces rozkładu. Zatem, zgodnie z tym oświadczeniem, można było stosować różne techniki ratowania życia, nie obawiając się oskarżeń ze strony Kościołów. Pierwsze próby reanimacyjne były, z dzisiejszej perspektywy, i straszne, i śmieszne. Podejmowano, bowiem próby ratowania życia poprzez wpuszczanie dymu tytoniowego do odbytu, przetaczanie ciała w beczce czy wieszanie głową w dół, a następnie drażnieniu gardła piórem¹⁶.

Jeszcze do lat sześćdziesiątych XX wieku śmierć nie była trudna do zdefiniowania, zarówno pod względem medycznym, jak i prawnym. Wszystkie najistotniejsze funkcje życiowe, to jest oddychanie, krążenie i czynność mózgu, ustawały, jak się wydawało, niemalże w tym samym momencie. Wkrótce nadeszły czasy, kiedy to śmierć nie wydawała się taka oczywista. Okazało się, że zatrzymane serce można uruchomić, a brak naturalnego oddechu można wymusić za pomocą maszyny. Wydarzenia te całkowicie zrewolucjonizowały pojęcie i obraz

¹⁶ K. Hillman, *Oznaki życia. Przypadki z intensywnej terapii*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2011, s. 50-51.

śmierci, a także zachwiały dotychczasowym jej rozumieniem. Wykazano bowiem, że moment śmierci można przesunąć.

Rozwój techniki medycznej, a przede wszystkim wprowadzenie respiratorów i aparatów mechanicznie wspomagających krążenie, doprowadził do sytuacji, kiedy możliwe stało się długotrwałe utrzymywanie organizmu, w przypadkach, kiedy przestał funkcjonować jeden, a nawet dwa życiowo ważne układy: oddechowy i krążenia. Dodatkowo wprowadzono pojęcie śmierci mózgu. Wydarzenia te z całą pewnością wywołały powszechne poruszenie, będące wynikiem pozbawienia swego fundamentu, jakim był klasyczny obraz śmierci z jej nieodwracalnością i ostatecznością.

Obecnie na całym świecie, zarówno medycy, jak i prawnicy są zgodni, iż za zmarłą można uznać osobę, u której stwierdzono śmierć mózgu definiowaną jako nieodwracalna utrata jego funkcji. Koncepcja uznania śmierci mózgu za śmierć osobniczą jest swoistą konsekwencją postępu medycznego i ewolucji klinicznego obrazu procesu umierania. Sformułowanie nowych, czyli mózgowych kryteriów śmierci wynikało z następujących sytuacji:

- możliwości zaprzestania nieefektywnych terapii u chorych, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne zmiany w mózgu wykluczające szansę podjęcia samostnej akcji oddechowej oraz wyjścia z głębokiej śpiączki, (czyli przerwanie tzw. terapii daremnej i uporczywej poprzez odłączenie od respiratora),
- stworzenie podstaw prawnych do pobierania narządów ze zwłok z bijącym sercem¹⁷.

W Załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu czytamy:

„Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje dezintegrację ustroju, jako całości funkcjonalnej i kolejno trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje układów lub ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych już wcześniej obumarłych”¹⁸.

Zatem już w ogólnym założeniu zawarta jest informacja, iż zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną, śmierć nie dotyka organizmu ludzkiego w jednym momencie, w jednej chwili. Jest to zjawisko rozciągnięte w czasie, co ma kluczowe znaczenie dla nowych kryteriów definicji śmierci.

Definicja mówiąca o tym, iż śmierć człowieka, jako zintegrowanej całości następuje po całkowitym ustaniu pracy serca jest nadal obowiązująca, jednak niewystarczająca w przypadkach, kiedy skutek śmierci mózgu, nadal funkcjonuje układ krwionośny. Nowa i klasyczna definicja śmierci wskazuje na ten sam fakt, iż stwierdzenie śmierci człowieka, jako całości, niezależnie od tego czy zastosowano kryterium krążeniowe czy mózgowe, nie

¹⁷ Z. Kruszyński, *Intensywna terapia stanu astmatycznego. Przygotowanie dawcy narządów. Wykłady z Anestezjologii i Intensywnej terapii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 60-61.

¹⁸ Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r., Kryteria i sposób stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej. (M.P. z 2007 r. Nr 46, poz. 547).

powoduje w chwili jej orzekania, że wszystkie komórki, tkanki czy narządy stają się automatycznie martwe.

Wprowadzenie nowych kryteriów przy orzekaniu o śmierci człowieka, było podyktowane nowymi metodami leczniczymi. Do lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku śmierć człowieka orzekano w oparciu o kryterium krążeniowo-oddechowe. W latach sześćdziesiątych wraz z zastosowaniem nowych technik medycznych, pojawiła się potrzeba sformułowania nowej definicji śmierci. Okazało się bowiem, iż rozwój technik resuscytacyjnych pozwolił na ratowanie pacjentów, których wedle klasycznych kanonów uznano by za martwych. Kluczowym stało się opracowanie nowych standardów i kryteriów zaniechania resuscytacji, które pozwoliłyby na dokładne sprecyzowanie, kiedy należy bądź nie należy podtrzymywać funkcje życiowe, szczególnie u pacjentów pozostających bardzo długo w stanie nieodwracalnej śpiączki.

Kolejną ważną przyczyną do przedefiniowania kryteriów śmierci, było rozwianie wątpliwości moralnych dotyczących kwalifikacji tych pacjentów, jako potencjalnych dawców. Transplantologia i rewolucja w resuscytacji umożliwiły zintensyfikowanie badań nad zjawiskiem śmierci mózgowej i kryteriami, które pozwalają o niej mówić¹⁹.

W 1902 roku Harvey Cushing (1869-1939) po raz pierwszy opisał kliniczny przypadek pacjenta, który na skutek guza mózgu przestał samoistnie oddychać, a jego serce pracowało jeszcze 23 godziny. W 1959 roku dwaj francuscy neurologowie, Pierre Mollaret (1898-1987) i Maurice Golon (1919-2008) posłużyli się terminem *coma dépassé* (śpiączka przekroczona), dla opisanego zjawiska głębokiej śpiączki z brakiem aktywności bioelektrycznej mózgu, przy zachowanym krążeniu i brakiem samodzielnego oddechu. Pacjenci dotknięci tym rodzajem śpiączki, tracili zdolność reagowania na bodźce zewnętrzne. Pojęcie *coma dépassé* nie przyjęło się w terminologii międzynarodowej, jednak spełniało kryteria harwardzkie opublikowane 10 lat później²⁰. Był to kamień milowy w nowym ujęciu postrzegania śmierci.

W 1968 roku opublikowano Raport Komisji Nadzwyczajnej Wydziału Medycznego Uniwersytetu Harvarda do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej *A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*. Wydarzenie to miało olbrzymie znaczenie dla dalszego postrzegania kryteriów orzekania o śmierci człowieka. Zmodyfikowało bowiem dotychczasowy punkt widzenia i rozszerzyło o inne niż kryteria krążeniowe. Dokument ten powstał pod patronatem Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy oraz Amerykańskiego Stowarzyszenia Adwokatów, rozpoczynając prawne umocowanie kryteriów śmierci mózgowej. Zaproponowano wówczas zalegalizowanie pobierania narządów od zmarłych w wyniku śmierci mechanizmu mózgowego. Dokument ten wywołał jedną z najbardziej gorących debat o człowieczeństwie, angażujący filozofów, socjologów i społeczeństwo²¹.

¹⁹ A. Szczęsna, *Wokół medycznej definicji śmierci*, [w:] M. Gałuszka & K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Łódź 1996, s. 75-76.

²⁰ A. Szczęsna, *Wokół...*, dz. cyt., s. 76-77.

²¹ W. Iwańczuk, *Harwardzkie kryteria śmierci mózgu*, *Anestezjologia i Ratownictwo* 2/2008, s. 265.

Papież Pius XII na spotkaniu z przedstawicielami środowiska medycznego w Innsbrucku w 1957 roku, stwierdził, iż ustalenie kryteriów śmierci i podanie momentu śmierci człowieka leży w kompetencji lekarzy, a nie teologów.

Pod koniec lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku transplantologia była intensywnie rozwijającą się dziedziną medycyny. Lekarze przeprowadzający ówczesnie przeszczepianie narządów narażali się na zarzut zabójstwa (japoński kardiochirurg Juro Wada, po dokonaniu pierwszego przeszczepu serca został oskarżony o morderstwo). W 1968 roku podczas Światowego Zjazdu Towarzystw Medycznych w Sydney przyjęto zasadę o zdysocjowanym charakterze śmierci, według której nie można precyzyjnie określić ani początku ani końca tego zjawiska, ale można w dowolnym momencie jego trwania podać medyczne kryteria, które z całkowitą pewnością potwierdzą nieodwracalność tego procesu. Jednakże, aby mówić o śmierci mózgowej, należało spełnić następujące warunki: istnienie pewnych i wiarygodnych kryteriów oraz prostych i praktycznych testów diagnostycznych w sytuacji prawnej akceptacji w warunkach społecznego przyzwolenia na ich stosowanie. Powstanie raportu Ad Hoc Committee było ważnym wydarzeniem w ewolucji kryteriów śmierci człowieka. Określił on kryteria diagnostyczne orzekania o śmierci mózgu na kilkanaście lat. Raport ten uznaje następujące okoliczności za warunki zaistnienia śmierci mózgowej:

- śpiączka, o znanej etiologii, wyrażająca się brakiem percepcji zmysłowej oraz brakiem reakcji na jakiegokolwiek bodźce,
- brak aktywności oddechowej i ruchowej,
- brak odruchów z pnia mózgu²².

W 1970 roku dwaj amerykańscy neurochirurdzy Mohandas i Chou, stwierdzili, iż uszkodzenie pnia mózgu, poparte badaniami klinicznymi, to punkt bez powrotu (*point of no return*). Wydarzenie to stało się podstawą do tzw. nowej, zmodyfikowanej definicji śmierci mózgu, jako całości w następstwie śmierci pnia mózgu²³. W 1981 roku powołana na potrzeby legislacji amerykańska Prezydencka Komisja do Zbadania Problemów Etycznych w Medycynie i Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych opublikowała po raz pierwszy formalne wytyczne rozpoznawania śmierci mózgu. Wytyczne te miały jedynie charakter doradczy, bowiem nie były aktem prawnym. Od tego czasu pracowano nad doprecyzowaniem kryteriów śmierci mózgu i w 1995 roku ukazała się ważna publikacja Amerykańskiej Akademii Neurologicznej, gdzie na naukowych dowodach, oparto kryteria i sposoby rozpoznawania śmierci mózgowej. Zalecenia te stały się fundamentem wielu instytucjonalnych procedur rozpoznawania śmierci mózgu w wielu krajach świata²⁴.

Pomimo faktu, iż koncepcja śmierci mózgu była już koncepcją powszechnie aprobowaną, w USA dopiero w 1997 roku doszło do uchwalenia Jednolitego Aktu Orzekania Śmierci

²² Z. Kruszyński, *Intensywna terapia...*, dz. cyt., s. 62.

²³ R. Bohatyrewicz, A. Makowski, S. Kępiński, *Rozpoznawanie śmierci mózgu*, [w:] W. Rowiński, J. Wałaszewski, L. Pączek (red.), *Transplantologia kliniczna*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 50.

²⁴ Z. Kruszyński, *Intensywna terapia ...*, dz. cyt., s. 63.

(UDDA – *Uniform Determination of Death Act*). W akcie tym stworzono podstawę legislacyjną śmierci mózgu, uznając dwa rodzaje śmierci za równoważne: 1) śmierć mózgu oraz 2) śmierć orzecaną według klasycznych kryteriów. W dokumencie tym, odróżnia się ciężkie uszkodzenie mózgu od śmierci mózgu, akcentując różnice pomiędzy nimi. Podkreślono w nim także, iż podtrzymywanie życia u pacjenta z orzeczoną śmiercią mózgu jest bezcelowe i bezużyteczne, niezależnie od faktu potencjalnego pobrania narządów²⁵.

W Polsce, pierwsze przeszczepiania narządów odbywały się wbrew ówczesnie obowiązującemu prawu. Rozporządzenie Prokuratora Generalnego Polski z 1948 roku o pobieraniu tkanek od osób zmarłych (stosowane jedynie do przeszczepiania rogówki) było aktem prawnym obowiązującym do roku 1995. W wyniku prac zespołów lekarzy i prawników w 1995 roku uchwalono pierwszą Ustawę o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, gdzie uznano śmierć pnia mózgu za podstawę orzeczenia śmierci osobniczej. W 2005 roku ustawę znowelizowano, przyjmując koncepcję śmierci mózgu jako całości, co w praktyce klinicznej nie oznacza żadnej różnicy.

Regulacje prawne dotyczące śmierci mózgu nieodmiennie budziły kontrowersje odnośnie tego, którą część mózgu należy uznać za decydujące ogniwo w trakcie orzekania o śmierci. Ewolucję poglądów dotyczących koncepcji (a właściwie kryteriów) śmierci, podsumował Marek Sych, w komentarzu do przepisów dotyczących rozpoznawania śmierci mózgu, w sposób następujący:

Przebyła ona trzy etapy różniące się w zakresie czynników kwalifikujących i sformułowań:

1. Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza ono natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała (definicja klasyczna).
2. Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów (definicja tzw. nowa).
3. Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu (definicja tzw. nowa zmodyfikowana)²⁶.

I dalej:

Zmodyfikowane ujęcie śmierci człowieka na podstawie śmierci mózgu jako całości, w której czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego, jest wynikiem poszerzenia wiedzy medycznej w zakresie tanatologii, doświadczenia lekarskiego i badań statystycznych. Stanowi ono dalszy postęp w taktyce intensywnej terapii, której wyznacza granice rozsądnej stosowalności. Czyni z niej zatem działania medyczne nie tylko bardziej rozsądne ale i bardziej moralne, albowiem kładzie kres praktyce sztucznego wentylowania zwłok, stosowanej aż do wystąpienia spontanicznego zatrzymania krążenia krwi. Zaprze-

²⁵ Z. Kruszyński, *Intensywna terapia ...*, dz. cyt., s. 63.

²⁶ R. Bohatyrewicz, A. Makowski, S. Kępiński, *Rozpoznawanie śmierci ...*, dz. cyt., s. 50-51.

stanie terapii w odpowiednim momencie pozwala nie tylko uniknąć marnotrawstwa leków, sprzętu i sił ludzkich, ale także wcześniej i lepiej wykorzystać te możliwości do ratowania żyjących²⁷.

Obecnie obydwie koncepcje dotyczące orzekania o śmierci mózgu stanowią równoprawną podstawę o orzekaniu śmierci osobniczej. Wybór jednej z nich, wraz z instrukcją odnośnie jej rozpoznawania, jest w każdym kraju cyklicznie poddawany procedurze weryfikacyjnej. W aspekcie prawnym i medycznym śmierć mózgu jako stwierdzenie śmierci osobniczej jest równoważna śmierci orzekanej według kryteriów klasycznych.

Wszystkie obowiązujące procedury prawne rozpoznawania śmierci mózgu są w większości krajów podobne. Wymagają udowodnienia trwałego i nieodwracalnego uszkodzenia mózgu na podstawie surowych procedur.

1.4. Współczesne koncepcje śmierci mózgu²⁸

Klasyczna definicja mówi, iż śmierć człowieka następuje wtedy, kiedy dochodzi do zatrzymania pracy serca i oddechu. W taki sposób rozpoznaje się większość zgonów, zarówno szpitalnych, jak i pozaszpitalnych. Dla zwykłego człowieka, śmierć jest postrzegana w układzie 0-1. Albo człowiek żyje, albo nie. Nie ma żadnych stanów przejściowych, czy też wątpliwych. Inaczej ujmując, człowiek może być tylko w jednym z nich: albo w stanie życia, albo w stanie śmierci. Jednak z punktu widzenia nauk biologicznych śmierć jest procesem, w którym poszczególne narządy, tkanki, komórki, obumierają w różnym czasie. Na tym właśnie polega proces zdysocjowania śmierci.

Nowe kryteria śmierci pozostające, jako alternatywne do klasycznych, wyrażają trzy odmienne koncepcje śmierci mózgu:

1. śmierć mózgu jako całości (śmierć półkul mózgu i pnia mózgu),
2. nieodwracalna utrata wyższych funkcji mózgu (w uproszczeniu: śmierć półkul mózgu),
3. śmierć pnia mózgu.

Ad. 1. Śmierć mózgu jako całości

Formuła ta należy do najczęściej stosowanych na świecie i jest fundamentem wykładni prawa w większości krajów świata (wyjątkiem pozostaje Wielka Brytania, gdzie stosowana jest formuła śmierci pnia mózgu). Obowiązujące kryteria śmierci mózgu mówią o:

²⁷ R. Bohatyrewicz, A. Makowski, S. Kępiński, *Rozpoznawanie śmierci...*, dz. cyt., s. 51.

²⁸ Podrozdział ten jest fragmentem mojego artykułu pt. *Spoleczne konsekwencje medycznych i prawnych kryteriów orzekania o śmierci. Współczesne społeczeństwo wobec śmierci*, w: M. Malikowski (red.), *Socjologia 7, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego* Nr 62, Seria Socjologiczno-Historyczna, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2010, s. 209-211.

- braku reakcji na każdą stymulację – utrata funkcji integracyjnej mózgu,
- braku odruchów z pnia mózgu,
- braku aktywności oddechowej.

Formuła śmierci mózgu jako całości, oznacza nieodwracalną utratę czynności półkul mózgu i pnia mózgu. W takich przypadkach mózg, jako centrum kierujące wszelkimi procesami ustroju, nie jest w stanie pełnić swojej funkcji. Nienaruszony pień mózgu jest jedynym gwarantem integralności większości mechanizmów regulujących i homeostatycznych organizmu. Półkule mózgu, wzgórze i twór siatkowaty odgrywają rolę w tworzeniu świadomości. Zatem zniszczenie tych struktur tworzy podstawę do rozpoznania śmierci całego mózgu²⁹.

Ad. 2. Nieodwracalna utrata wyższych funkcji mózgu

Koncepcja ta pojawiała się w połowie lat 70-tych XX wieku i była później twórczo rozwijana przez kilku autorów. Według niej śmierć człowieka zachodzi w momencie utraty osobowości, która jest identyfikowana, jako suma przytomności, samoświadomości i zdolności poznawczych. W kategoriach patofizjologicznych zniszczenie kory mózgowej jest równoznaczne ze śmiercią człowieka. Od początku takie pojmowanie śmierci wzbudzało liczne protesty. Kryteria tej śmierci można byłoby zastosować u ludzi w przetrwałym stanie wegetatywnym. Co jakiś czas podnoszone są głosy za uprawomocnieniem tych wskaźników. Często same rodziny, chcące wymusić usankcjonowanie takich przepisów, w trakcie medialnych rozpraw sądowych, dążą do „legalnego” przerwania długoletnich i uporczywych terapii u chorych z ciężkim uszkodzeniem, ale nie śmiercią mózgu³⁰.

Ad. 3. Śmierć pnia mózgu

Formuła śmierci pnia mózgu, jako śmierci mózgu, wymaga nieodwracalnego ustania funkcjonowania pnia mózgu. Kliniczna ocena tych struktur jest identyczna z oceną śmierci mózgu jako całości. Często wyrażane są opinie, iż koncepcja śmierci mózgu jako całości jest jedynie merytoryczną ucieczką przed koncepcją śmierci pnia mózgu, wynika bowiem jedynie z konformizmu, w celu uniknięcia dyskusji z etykami oraz przedstawicielami świata politycznego i mediów³¹.

²⁹ Z. Kruszyński, *Intensywna terapia ...*, dz. cyt., s. 65.

³⁰ Z. Kruszyński, *Intensywna terapia ...*, dz. cyt., s. 66.

³¹ Z. Kruszyński, *Intensywna terapia ...*, dz. cyt., s. 67.

1.5. Społeczne aspekty śmierci mózgu

Problem definiowania, diagnozowania i rozumienia śmierci mózgowej wykracza poza ramy medycyny. Ani biologia, ani medycyna, ani żadna inna nauka nie jest bowiem w stanie opisać tajemnicy śmierci. Spojrzenie na to zagadnienie, tylko z medycznego punktu widzenia, jest zbyt redukcjonistycznym ujęciem. Ważne są tutaj założenia i argumenty prawne, socjologiczne, filozoficzne i teologiczne. Od samego początku pojawienie się nowych (mózgowych) kryteriów orzekania o śmierci wzbudzało wiele kontrowersji.

Dosyć spore zamieszanie wywołał James L. Bernat, który w swoim dziele *Ethical issues in neurology* wyraził przekonanie, iż każdy organizm musi znajdować się w jednym z dwóch fundamentalnych stanów: życia lub śmierci. Przywrócił on tym samym koncepcję śmierci, jako zdarzenia, a nie procesu. Zdaniem Bernata, śmierć jest pojęciem przede wszystkim społecznym, opartym na doktrynach filozoficznych i religijnych. Z tego względu ujednoczenie definicji śmierci jest bardzo trudne, ponieważ różne społeczności wykorzystują odmiennie, subiektywnie dobrane elementy³².

Hans Joachim Türk wyraził, z pozycji fenomenologii ciała ludzkiego, wiele zastrzeżeń wobec dysocjacyjnej koncepcji śmierci³³. Zjawisko dysocjacji oznacza, bowiem pewien proces, zachodzenie reakcji. Często przytaczanymi argumentami w tym przypadku są te, iż w dosłownym rozumieniu jest to czas między życiem a śmiercią, chory ani nie żyje, ani nie żyje. Niektórzy autorzy dla bardziej obrazowego, schematycznego ujęcia, przedstawiają tę sytuację w ten sposób: A – jest życiem, C – śmiercią, B – stanem między A i C. W rozumieniu procedury orzekania o śmierci, jest to moment wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu. Człowiek w momencie B nie jest jeszcze martwy, ale nie jest już żywy. Zarzutami wysuwanymi w kierunku diagnozowania śmierci mózgu jest sam fakt rozpoczęcia tej procedury. Jest to moment uznaniowy, bowiem stan pacjenta jest względnie stabilny, ani się nie polepszył, ani się nie pogorszył. W organizmie człowieka przez cały okres od wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu, po złożenie podpisów na protokole orzekającym o jego śmierci nie zachodzą *de facto* żadne zmiany. Śmierć w świetle kryteriów mózgowych następuje w momencie uznania pacjenta za zmarłego. Zatem, śmierć ta, nie jest faktem biologicznym, lecz jest faktem społecznym, mającym określone konsekwencje prawne³⁴. Od złożenia podpisów lekarzy na protokole orzekającym o śmierci mózgu pacjent zostaje uznany za zmarłego i staje się z prawnego punktu widzenia nieboszczykiem ...z bijącym sercem. Zgodnie z takim rozumo-

³² J.L. Bernat, *Ethical issues in neurology*, wyd. 2, Butterworth Heinemann, Boston 2002, s. 243-281.

³³ H.J. Türk, *Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym*, [w:] A Marcol (red.), *Etyczne aspekty transplantacji narządów: materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim w dniach 15-16.04.1996*, Opole, WT UO, 1996.

³⁴ J.M. Norkowski, *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, Polwen Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2011, s. 183.

waniem, zaproponowanym przez Shewmona, można mówić o społecznej naturze śmierci mózgu. Biologicznie, bowiem ciało człowieka z orzeczoną śmiercią mózgu jeszcze żyje, a społecznie i prawnie jednostka uznana została za zmarłą.

1.6. Etyczne aspekty śmierci mózgu

Diagnoza śmierci osobniczej na podstawie kryteriów mózgowych wiąże się nieodmiennie z bardzo intensywnymi emocjami, dotyczącymi rodziny zmarłego. Z całą pewnością niezmiernie trudno jest najbliższym pogodzić się z faktem śmierci członka rodziny, szczególnie wtedy, kiedy jego ciało nie nosi na sobie znamion śmierci. To właśnie ciało, jako środek komunikacji niewerbalnej, mówi i pokazuje, że śmierć nie nadeszła. H.J. Türk nie godzi się na to, by tylko wyniki badań wskazywały, kiedy człowiek ma być uznany za zmarłego. Bardzo wyraźne zastrzeżenia, co do nowych (mózgowych) kryteriów orzekania o śmierci człowieka, wysuwane są z punktu widzenia antropologii filozoficznej. Osobę zawiąza się do funkcjonowania mózgu. Kościół Katolicki, już od 1957 roku, przyjmuje aprobujące stanowisko, co do nowych kryteriów orzekania o śmierci mózgu jako kresie życia. Przekazuje medycynie, jako nauce, wszelkie kompetencje, co do ustalania kryteriów śmierci człowieka, jako całości. Jan Paweł II w swoim przemówieniu do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie w 2000 roku powiedział: „W tym miejscu można orzec, że przyjęte w ostatnim okresie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, a mianowicie całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii”³⁵.

Znany teolog i bioetyk Piotr Morciniec ujął to zagadnienie tak: „Śmierć mózgowa oznacza dezintegrację i niezdolność organizmu do dalszego życia. Przy pomocy tego wskaźnika można – na podstawie danych biologicznych opartych na doświadczeniach intensywnej terapii – w sposób wystarczający orzekać, że ten dotąd żywy organizm, istniejący do tej pory, jako ludzkie indywiduum, rozpada się na swoje elementy składowe, tzn. następuje jego dezintegracja i destrukcja”³⁶.

³⁵ Jan Paweł II, *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty*, przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego, Rzym, 29.08.2000, L'Osserv, Roma, 11-12/2000, s. 228;

http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/transplantologia_29082000.html

³⁶ P. Morciniec, *Legalny kanibalizm?: transplantacja organów pojedynczych: problem ustalenia kryterium śmierci*, [w:] M. Machinek (red.), *Śmierć i wiara w życie pośmiertne w świetle nauk przyrodniczych i humanistycznych*, wyd. Hosianum, Olsztyn 2003, s. 203.

ROZDZIAŁ II

Narodziny transplantologii

W XX wieku, człowiek doszedł do umiejętności, które umożliwiły mu wymienianie dysfunkcyjnych, zmienionych chorobowo części ciała na inne, pobrane od zmarłych. Rozpoczęła się nowa era, którą możemy nazwać „erą składaków”. Pierwsze, na masową skalę przeszczepienia narządów miały miejsce w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku rozpoczynając dynamiczny rozwój medycyny transplantacyjnej. Zanim jednak rozpoczęto stosować tego typu rozwiązania u ludzi, przez dziesiątki lat testowano je na zwierzętach. Po pierwszych epizodach z przeszczepami, cała transplantologia ponownie zatrzymała się prawie na dwadzieścia lat. Okazało się bowiem, że lekarze nie potrafili poradzić sobie z ochroną immunologiczną organizmu odrzucającą przeszczepy.

Pragnienie nieśmiertelności było jednym z napędów rozwoju całej medycyny i na przestrzeni setek lat, ale głównie po II wojnie światowej, gdy w ciągu dwóch-trzech pokoleń można było zauważyć nagły przyrost długości życia, wzmogło się. Należy podkreślić, iż to pragnienie nie było jedynie domeną medyków czy filozofów. Wątki takie pojawiały się też w literaturze, i zmiennym tego przykładem jest powieść Mary Shelley z 1818 roku *Frankenstein, czyli współczesny Prometeusz*.

Pewien szalony naukowiec był opętany wizją stworzenia istoty, złożonej z ciał osób zmarłych. Swoją obsesję urzeczywistnił i stworzył byt, który został ożywiony elektrycznie, a swoją fizycznością przeraził nawet swojego konstruktora. Stwór został przez niego wyklęty. Odrzucony „składak”, przeobraził się w niszczyciela i okrutnie zemścił się na swoim stwórcy. W tej konwencji użycie trupów, jako surowców wtórnych do tworzenia nowych nadludzkich jednostek, jawi się jako zamach na człowieczeństwo.

Idea zwalczania starości, niepełnej sprawności i chęć bycia nieśmiertelnym przyświeca człowiekowi od zawsze. Historię postępu medycyny stanowią niezwykle barwne, i z dzisiejszego punktu widzenia, często nieprawdopodobne opowieści. Nie zawsze były to działania etyczne, ale do dzisiaj człowiek w swojej ekspansji władzy nie tylko stara się zwalczyć choroby, lecz także, nie potrafi radzić sobie ze śmiertelnością i próbuje przejąć nad nią władzę.

2.1. Rys historyczny

Liczne legendy i przekazy historyczne dotyczące prób przeszczepiania narządów pobranych z ciał zmarłych ludzi świadczą o dużym zainteresowaniu medyków tymi zagadnieniami. Można przypuszczać, iż już w starożytnych Chinach i Indiach następowały pierwsze próby przeszczepiania narządów. W hinduskiej księdze *Sushruta Samhita* z IV-III wieku p.n.e. znajdują się opisy przeszczepiania autologicznego skóry. Nadprzyrodzone zdolności przyszywania utraconych kończyn, lub innych części ciała często przypisywano świętym.

W 280 roku – jak głosi legenda – święci Kosma i Damian przeszczepili nogę pobraną ze zwłok Justynianowi cierpiącemu na gangrenę, późniejszemu cesarzowi bizantyjskiemu. Obydwaj święci zostali uznani za patronów medycyny, a obecnie uważa się ich za patronów właśnie medycyny transplantacyjnej. Sam zabieg przeszczepienia kończyny, wykonany przez tychże świętych, został uwieczniony przez wielu artystów. Najśłynniejszymi z tych dzieł jest obraz *Przeszczep nogi* z XV wieku Guido di Pietro da Mugello, zwanego Fra Angelico (1387-1455) znajdujący się w Muzeum Narodowym San Marco we Florencji oraz obraz z XVI w. przypisany szkole Meistera des Stettenera i Schnaitera Altarretabelsa z Württembergisches Landesmuseum w Stuttgarcie.

Istnieje wiele innych legend na temat przeszczepiania narządów, których prawdziwości nie dowiedziono, zatem skupię się na czasach bardziej współczesnych i na materiałach udokumentowanych.



Rycina 1. Fra Angelico: przeszczepienie nogi muzeum narodowe San Marco we Florencji³⁷



Rycina 2. Württembergisches Landesmuseum w Stuttgarcie³⁸

³⁷ <http://www.wikipaintings.org/en/fra-angelico/the-healing-of-justinian-by-saint-cosmas-and-saint-damian-1440>.

³⁸ http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Beinwunder_Cosmas_und_Damian.jpg.

Pierwszym unaczynionym narządem, jaki przeszczepiono była nerka. Stało się tak z powodu stosunkowo prostej budowy anatomicznej, łatwego dostępu, oraz możliwości szybkiej oceny sprawności jej działania oraz faktu, iż jest to narząd parzysty. Pierwsze próby przeszczepienia tego narządu podejmowano już w 1902 roku. Dopiero przeprowadzona przez Josepha Murraya w 1954 roku operacja przeszczepienia nerki wśród bliźniąt jednojajowych zakończyła się sukcesem. Lekarz ten, za to dokonanie, otrzymał w 1999 roku nagrodę Nobla. Szybko okazało się jednak, że ludzki organizm pozostawiał w tej kwestii nadal wiele niewiadomych. Operacje, choć proste do przeprowadzenia z chirurgicznego punktu widzenia, nie kończyły się sukcesem. Chorzy najczęściej umierali niedługo po zabiegu. Okazało się, że ten mały narząd powodował niezwykle silne reakcje odrzuceniowe, co zmuszało do zintensyfikowania wysiłków nad rozszyfrowaniem zagadki, jaką była odpowiedź immunologiczna biorcy.

Lekarze nie znając jeszcze właściwości i fizjologii reakcji odrzuceniowej otwarcie mówili o tajemniczych siłach, jakie drzemą w człowieku³⁹. Jak zawsze, w przypadkach pionierskich przedsięwzięć, olbrzymią rolę odegrał udział zwierząt w eksperymentach medycznych. Przeszczepianie serca praktykowane było na szeroką skalę głównie na psach labradorach, ze względu na podobieństwa anatomiczne narządu, później na świniach, szympanсах i innych małpach człekokształtnych. Po pierwszych przeszczepieniach organów okazało się, że po pierwsze występują cechy odrzucenia przeszczepionej tkanki, a po drugie, że hamowanie tych reakcji wcale nie jest takie proste i możliwe do opanowania. Lekarze nie dawali jednak za wygraną. Najważniejsze było to, że przeniesienie narządu z jednego ciała do drugiego technicznie jest możliwe, a to dawało nadzieję.

Zintensyfikowane wysiłki naukowców z całego świata doprowadzały do opracowywania coraz to nowych preparatów farmakologicznych hamujących reakcje odrzucania, które po krótkich testach wprowadzano do leczenia. Ich działanie było jednak zbyt słabe i mało skuteczne. Pod koniec 1957 roku pojawiły się doniesienia, że badania na zwierzętach wykazały, iż reakcje te można zniwelować po naświetlaniu olbrzymimi dawkami promieni Roentgena. Przeszczepy skóry u poddawanych tej kuracji zwierzętom przyjmowały się. Informowano także o dużej ilości powikłań po tych zabiegach, wynikających z gwałtownego zniszczenia układu odpornościowego (immunologicznego). Przeniesienie tego sposobu leczenia na ludzi wydawało się zbyt ryzykowne, jednak naiwnością byłoby myślenie, że nikt nie dopuści się takich praktyk. Wszelki postęp medyczny zawsze okupiony jest cierpieniem, okrucieństwem, czasem nawet śmiercią. Wliczone jest to w ryzyko postępu. Rozpoczęto zatem przygotowania do specjalnej ochrony pacjentów poddawanych naświetlaniom. W ramach struktur architektonicznych szpitala wyodrębniano specjalnie izolowane sale, z odpowiednimi filtrami i lampami bakteriobójczymi, oddzielane śluzą sterylizacyjną. Osoby zakwalifikowane do przeszczepu poddawane były wielogodzinnym naświetlaniom promieniami Rentgena. Ponieważ urządzenia emitujące z reguły znajdowały się w innych ośrodkach medycznych, pacjentów przewo-

³⁹ J. Thorwald, *Pacjenci*, przeł. M. Oziębowski, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1995, s. 155.

żono w specjalnych plastikowych skrzyniach podłączonych do butli tlenowych. Pojemniki te wzbudzały lęk wśród chorych, ponieważ przypominały przezroczyste trumny. Po zakończonej ekspozycji i pomiarze poziomu napromieniowania, wracali do izolatek zmagając się z niedyspozycjami, jakie towarzyszą tego typu zabiegom. Nadrzędnym celem było zniszczenie układu odpornościowego, by po przeszczepieniu narządu wystąpiła jak najslabsza reakcja z jego strony. Zatem pacjentów tych wyniszczała nie tylko choroba podstawowa, ale również niezwykle agresywna terapia. Po tych żmudnych przygotowaniach przeszczepiano im narząd.

Rzeczywistość nie pozostawiała złudzeń, pacjenci ci umierali z reguły w krótkim okresie po operacji, niektórym udawało się przeżyć kilka miesięcy. Nie można jednak mówić o daremnych, niepotrzebnych zgonach. Wszystkie te bolesne i trudne doświadczenia były szczegółowo analizowane i umożliwiały dalszy postęp naukowy, który w konsekwencji doprowadził do opanowania reakcji odrzucania. Oczywiście, częste były zarzuty o braku respektowania etyki i poszanowaniu godności człowieka. Należy jednak pamiętać, że pacjenci wybierani do tego typu pionierskich dokonań chirurgicznych byli już w tak zaawansowanych stadiach chorób, iż nie było dla nich żadnego innego ratunku.

Wszelkie historyczne doniesienia naukowe mówiące o przeszczepianiu narządów odnoszą się jedynie do medycznego aspektu zagadnienia. Pozostają, jako zbiór suchych faktów, mówiących o tym, w którym roku i przez kogo zostało dokonane takie, a nie inne działanie.

Tabela 1. Pierwsze przeszczepienia narządów na świecie⁴⁰

PRZESZCZEPY			
Rok	Organ	Kierownik zespołu lekarzy przeszczepiających	Kraj
1954	nerka	J.E. Murray	USA
1966	nerka i trzustka	R. Lillehei & W. Kelly	USA
1967	wątroba	T. Starzl	USA
1967	serce	C. Barnard	RPA
1968	trzustka	R. Lillehei	USA
1981	serce i płuca	B. Reitz	USA
1983	płuco	J. Cooper	Kanada
1986	płuca	J. Cooper	Kanada
1989	płat wątroby od żywego dawcy	C. Broelsch	USA
1990	płat płuca od żywego dawcy	V.A. Starnes	USA
1998	przedramię	J.M. Dubernard	Francja
2005	częściowy przeszczep twarzy	J.M. Dubernard	Francja
2010	całkowity przeszczep twarzy	J.P. Barret	Hiszpania

W tych medycznych działaniach nie było brane pod uwagę początkowo otoczenie społeczne. Informacje na temat reakcji społecznych można było uzyskać z nienaukowych opracowań i artykułów prasowych. O ile przeszczepienia nerki czy wątroby nie wywołały masowych reakcji społecznych, tak transplantacja serca wyzwoliła ich prawdziwą lawinę. Środo-

⁴⁰ W. Rowiński, *Wprowadzenie. Historia medycyny transplantacyjnej* [w:] W. Rowiński, J. Wałaszewski, L. Pączek (red.), *Transplantologia kliniczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 24.

wisko lekarskie przez długi czas żyło w przeświadczeniu, iż ludzkie serce jest takim organem, którego w żadnym wypadku nie należy dotykać. W świecie medycznym panowało powszechne przekonanie, iż dotknięcie tego narządu spowoduje zatrzymanie jego pracy. Dopiero w latach trzydziestych XX wieku obalono to twierdzenie i rozpoczęto zabiegi operacyjne ratujące życie osób z chorobami serca.

Początkowo obejmowały one jedynie drobne korekty wad anatomicznych, z czasem zaczęto przeprowadzać bardziej skomplikowane operacje. O przeszczepieniu serca zaczęto myśleć mniej więcej od drugiej połowy lat pięćdziesiątych XX wieku. Początkowe próby przeprowadzano wyłącznie na zwierzętach doświadczalnych. Często dochodziło do ich śmierci już w trakcie zabiegu lub krótko po nim, jednak dla chirurgów najważniejszy był fakt, iż przeszczepione serce podejmowało swoją pracę.

Większość specjalistów i ekspertów ze świata medycyny była przeciwna przeszczepieniu serca. Kiedy na sympozjach naukowych omawiano efekty przeszczepień tego narządu u zwierząt, często padały argumenty marnotrawienia pieniędzy na rzeczy absolutnie fantastyczne, absurdalne, nierokujące, w gruncie rzeczy bezsensowne. Mimo tego, do procesu przeszczepienia serca przygotowywało się w jednym czasie kilka zespołów chirurgów w różnych częściach globu. W 1964 roku dr James Hardy, amerykański chirurg, był wraz ze swoim zespołem doskonale przygotowany do przeszczepienia ludzkiego serca. Jednak na skutek braku odpowiedniego dawcy podjął się przeszczepienia umierającemu pacjentowi szympaniego serca. Kiedy do prasy podawano komunikat o wykonaniu operacji, nie zwrócono uwagi na pochodzenie tego narządu. Po kilku godzinach nadesłano sprostowanie, ale nie znaczyło ono już nic, wskutek szeroko rozpowszechniającej się fali entuzjazmu. Fala ta nie trwała jednak zbyt długo, bowiem w Ameryce wybuchł skandal dotyczący zarażania pacjentów komórkami rakowymi. W jego następstwie powstał potężny ruch przeciwny dokonywaniu eksperymentów medycznych. Sparaliżował on także działalność transplantacyjną w Stanach Zjednoczonych na kilka następnych lat⁴¹.

Osobą, która w sposób szczególny przysporzyła sławy i chwały transplantologii był Christiaan Barnard. Ten ambitny lekarz z Republiki Południowej Afryki dzięki swojemu zacięciu w poszerzaniu wiedzy, zdobył subsyduum na dwuletnie stypendium w USA. Był tam edukowany przez najlepszych na świecie chirurgów, którzy przekazali mu, opartą na wieloletnich doświadczeniach, wiedzę merytoryczną i praktyczną na temat przeszczepienia serca i nowych technik operacyjnych. Bogatszy o te umiejętności, które Amerykanie zdobywali przez 10 lat, wrócił do swego kraju z aparatem płucoserca i od razu rozpoczął przygotowania do wykonania pierwszego przeszczepienia serca. Barnardowi sprzyjały wszystkie okoliczności. Błyskawicznie skompletował dwa zespoły podstawowe: pobierający i przeszczepiający oraz trzy pomocnicze i z niecierpliwością oczekiwał na odpowiedniego pacjenta. Noc z 2 na 3 grudnia 1967 stała się przełomowym momentem w jego życiu i całej transplantologii. Doko-

⁴¹ J. Thorwald, *Pacjenci*, dz. cyt., s. 280-292.

nując pierwszej transplantacji serca przełamał nie tylko psychologiczną barierę, ale także pokazał światu, iż przeszczepienie serca jest możliwe. Wielokrotnie zastanawiano się, dlaczego tak poważnej operacji dokonał w małym szpitalu w Kapsztadzie, nie mający doświadczenia i nikomu nieznany, lekarz z Republiki Południowej Afryki. Sam Christiaan Barnard w swojej książce *Godne życie, godna śmierć* tak odpowiedział na to pytanie:

Przypomnę, że gdzie indziej mógłby on być wykonany jedynie w nagłym przypadku, w którym odpowiedni dawca znalazłby się przypadkiem dokładnie wtedy, gdy operowany pacjent byłby ciągle jeszcze podłączony do płucoserca. Podstawowe znaczenie miała tu właśnie ta okoliczność. Chirurdzy w innych krajach obawialiby się przeprowadzić taką operację w jakichkolwiek innych okolicznościach, gdyż jej ewentualne niepowodzenie mogłoby ich narazić na wytoczenie sprawy o zaniedbanie lub błąd w sztuce. W Afryce Południowej nie było powodu do aż takich obaw, jako że prawo podchodzi tam inaczej do zaniedbań i błędów w sztuce medycznej⁴².

Nie tylko prawodawstwo sprzyjało Barnardowi. Jego cechy charakteru, takie jak niezłomność, upór, bezwzględność oraz żądza sukcesu, pragnienie by przodować, być pierwszym umożliwiły i ułatwiły mu podjęcie decyzji o dokonaniu przeszczepu serca. Nie wszystkie wątpliwości udało się jednak rozwiązać. Jednym z pierwszych i najważniejszych pytań, jakie musiał sobie Barnard zadać w trakcie operacji było to, kiedy należy pobrać serce, kiedy będzie odpowiedni moment, by otworzyć klatkę piersiową i wyciągnąć z niej serce dawcy. Po wyłączeniu respiratora, odczekał 15 minut i dał znak do pobrania serca. W wywiadzie dla „Polityki” wspominał: „Z uwagi na to, iż był to pierwszy taki zabieg, obawiając się oskarżeń nie otworzyłem klatki piersiowej wcześniej (...) To nie był krok stawiany po omacku ani gra w pokera (...) Nie sądzę, abym mógł być wtedy do tej transplantacji lepiej przygotowany, niż faktycznie byłem”⁴³.

W ciągu doby od przeszczepienia serca profesor Christiaan Barnard stał się najsłynniejszym lekarzem na świecie, a jego pacjent Louis Washkansky najodważniejszym pacjentem. To, czego obawiał się w USA dr James Hardy, a więc oburzenia i skandalu, stało się udziałem jedynie wąskiej grupy ludzi, z reguły specjalistów świata medycyny i zostało odsunięte na całkowicie boczny tor. Cały świat dosłownie oszalał na punkcie profesora Barnarda i jego pacjenta. Ta akceptacja została w sposób naturalny przeniesiona na transplantologię. Milionom osób z niedomogami narządowymi dawało to nadzieję na nowe życie. Począwszy do drugiego dnia po pierwszym na świecie przeszczepie serca, prasa światowa rozpisywała się o wielkim sukcesie. Gazety codziennie szczegółowo informowały o stanie zdrowia Louisa Washkansky’ego. Ten skromny kupiec z żydowskiej rodziny stał się symbolem cudu w medycynie, nadziei na „wieczne” życie. Sam siebie określił zresztą nowym Frankensteinem. Jego zdjęcie wyparło z okładki amerykańskiego tygodnika *Life*, samą Audrey Hepburn, aktorkę, która stała się gwiazdą światowej kinematografii za rolę w filmie *Śniadanie u Tiffany’ego*.

⁴² C. Barnard, *Godne życie, godna śmierć*, Wydawnictwo Jacek Santorski & CO, Warszawa 1996, s. 79.

⁴³ <http://archiwum.polityka.pl/art/czarodziej-serc,361608.html>, 02.02.2012, godz. 12:05.



Rycina 3. Gazeta *The Russell Daily News* z 4 grudnia 1964 roku ⁴⁴

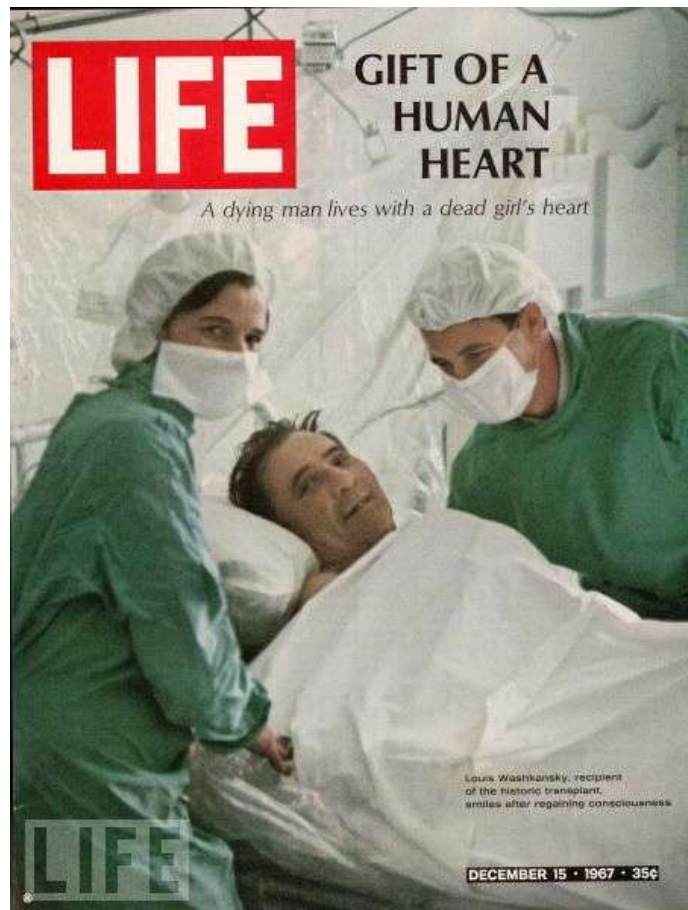


Rycina 4. Gazeta *Fitchburg Sentinel* z 4 grudnia 1967 roku ⁴⁵

Dziennikarze dotarli do ojca dziewczyny, która została dawcą serca dla Louisa Washkansky'ego, szczegółowo donosząc jak zginęła, kim była, komu zostały darowane jej narządy. Zorganizowano także spotkanie ojca dawcy z żoną pacjenta z przeszczepionym sercem, które zostało uwiecznione na zdjęciach i później opublikowane.

⁴⁴ http://www.rarenewspapers.com/view/570070?list_url=%2Flist%3Fq%25Bquery%25D%3Dkansas,06.05.2011, godz. 13:11.

⁴⁵ http://www.rarenewspapers.com/view/560388?list_url=%2Flist%3Fq%25Bquery%25D%3Dheart%2Btransplant%26q%25Bsearch_method%25D%3DAll%2BWords,06.05.2011, godz. 13:24.



Rycina 5. Okładka z magazynu *Life* z 15 grudnia 1967 roku⁴⁶

Pozytywny wizerunek i oprawę dla zagadnień transplantologicznych niewątpliwie nadał sam Christiaan Barnard. W sposób umiejętny stopniował i kierował zainteresowaniem mediów, czyniąc z dziennikarzy swoich popleczników. W owym czasie stał się gwiazdą mediów, dzisiaj nazwalibyśmy go celebrytą. Spotykał się z prezydentami państw, członkami rodzin królewskich, gwiazdami świata publicznego. Jeździł po całym świecie propagując dawstwo, wskazując na możliwości i korzyści wynikające z transplantologii. Nic nie robił sobie z krytyki płynącej ze strony środowisk medycznych i już dzień po swoim pierwszym przeszczepieniu serca zapowiedział kolejne tego typu zabiegi. Christiaan Barnard, jako pierwszy przekroczył niewidzialną moralno-etyczną barierę, co stało się impulsem dla innych lekarzy zajmujących się transplantologią.

⁴⁶ [32](http://www.google.pl/imgres?imgurl=http://cache4.asset-cache.net/xc/85704948.jpg%3Fv%3D1%26c%3DIWSAsset%26k%3D2%26d%3D77BFBA49EF8789215ABF3343C02EA54830773017F1196ED099CF042A8443A0ADFD1CBB85FC7A943BE30A760B0D811297&imgrefurl=http://www.life.com/image/85704948&usq=__Kto4NfnMDAajP_FOv6FRR6T-zfc=&h=594&w=455&sz=45&hl=pl&start=0&zoom=0&tbnid=VmSldT6k-kc28M:&tbnh=135&tbnw=103&ei=8cPDTeHqKpGaOuG3iIAE&prev=/search%3Fq%3Dok%25C5%2582adka%2BLife%2Bgrudzie%25C5%2584%2B1967%26um%3D1%26hl%3Dpl%26sa%3DN%26biw%3D1419%26bih%3D615%26tbnid%3Disch&um=1&itbs=1&iact=rc&dur=171&page=1&ndsp=25&ved=1t:429,r:21,s:0&tx=68&ty=66,06.05.2011, godz. 11:51.</p></div><div data-bbox=)

Her Husband Got the Heart... His Daughter Gave It



Rycina 6. Zdjęcie ze spotkania Ann Washkansky, żoną biorcy serca, z ojcem dawczyni Edwardem Darvallem⁴⁷

Christiaan Barnard do samego końca walczył o swojego pierwszego i najważniejszego pacjenta, który jednak zmarł na zapalenie płuc osiemnaście dni po przeszczepieniu. Serce do samego końca pracowało bez zarzutu. Po śmierci Washkansky'ego fala entuzjazmu nie opadła. Podczas podróży do USA Barnard był witany i traktowany jak bohater narodowy. Nie zważając na powściągliwość kolegów po fachu brał udział w programach telewizyjnych zjednując sobie kolejnych zwolenników. Po powrocie do Kapsztadu, przy aplauzie społeczeństwa i mediów, dokonał kolejnego przeszczepienia serca. Tym razem pacjentem był Philip Blaiberg. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na fakt, iż Barnard na swoich pierwszych biorców serca, wybrał potomków żydowskich emigrantów z dawnej Rosji⁴⁸. Poza tym, w owych czasach, właśnie w rasistowskiej RPA stosującej formalnie politykę apartheidu, białoskórzy mogli pozwolić sobie na wiele więcej niż gdziekolwiek indziej na świecie. Dość powiedzieć, że wszelkie eksperymenty medyczne były przeprowadzane na czarnoskórych, bez pytania ich o zgodę.

Ilustruje to historia, która dotyczyła właśnie Philipa Blaiberga. Ponieważ dawcą serca był Murzyn, profesor Barnard zapytał swojego pacjenta, czy nie będzie mu przeszkadzało, że przeszczepi mu serce Czarnego.

Innym przykładem segregacji rasowej była historia Hamiltona Naki (1926-2005), szpitalnego ogrodnika, bez formalnego wykształcenia medycznego, samouka i niezwyklego operatora, wręcz specjalistę kardiochirurgii. Był on bliskim współpracownikiem profesora Christiana Barnarda, jego mentorem i oddanym naukowcem. Podczas pierwszego przeszczepu serca pełnił funkcję głównego, pierwszego operatora zespołu pobierającego serce od Denise Darvall, białej

⁴⁷ <http://www.flickr.com/photos/hilton-t/5449026162/sizes/o/in/photostream/>, 06.05.2011, godz. 12:09.

⁴⁸ J. Thorwald, *Pacjenci*, dz. cyt., s. 327.

dziewczyny, dla Louisa Washkansky. Było to wydarzenie absolutnie bezprecedensowe w czasach głębokiej segregacji rasowej. W tym systemie niedopuszczalna była już sama obecność Czarnoskórych na salach operacyjnych, nie mówiąc o kontakcie z Białymi pacjentami czy też posiadaniu kwalifikacji medycznych⁴⁹. Rolę jaką spełnił dla postępu transplantacji serca czarnoskóry Hamilton Naki doceniono dopiero po jego śmierci.

Drugi przeszczep serca wykonany przez Christiaana Barnarda był wydarzeniem jeszcze bardziej nagłośnionym. Po nim na świecie zapanowała moda na oddawanie narządów, wszyscy pragnęli okryć się zasłużoną glorią chwały. Rodziny dawców stawały się punktem centralnym zainteresowania dziennikarzy, w gazetach pełno było wzruszających historii z życia dawców narządów. Nikt nie dbał o anonimowość, wręcz przeciwnie, organizowano spotkania biorców narządów z rodzinami dawców, a wszystkie te działania były szczegółowo planowane i monitorowane przez media. Pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku światowa transplantologia przeżywała powszechną i niekłamaną akceptację. Głównym inicjatorem i animatorem tej fali był właśnie Christiaan Barnard. Bez niego, niezależnie od tego, co mówiło się na temat jego cech charakteru, nie byłoby wtedy tak bezwarunkowej akceptacji, mimo wszystko, dla pionierskich działań.

2.2. Transplantacje w świetle dzisiejszych możliwości medycznych

Obecnie, przy dzisiejszym stanie wiedzy i umiejętności, możemy przeszczepić wszystkie części ciała ludzkiego z wyjątkiem mózgu i głowy⁵⁰, a więc nerki, trzustkę, wątrobę, serce, płuco, jelito cienkie, naczynia, nerwy, kości, skórę, całe kończyny lub ich fragmenty, komórki i tkanki. Oprócz pojedynczych narządów unaczynionych jednorazowo możliwe jest przeszczepianie ich rozmaitych i niemalże nieograniczonych konfiguracji. Poniżej omówię najbardziej kontrowersyjne przeszczepienia z ostatnich lat.

2.2.1. Przeszczep macicy

Pomimo faktu, iż w większości krajów przeszczepianie narządów rozrodczych jest zabronione to w ostatnich latach podejmowane są pojedyncze próby ich transplantowania. Po przeprowadzeniu prób kontrolnych na zwierzętach, jak dotąd dwukrotnie dokonano przeszczepienia macicy kobietom, które urodziły się bez tego narządu. Pierwszym zespołem, któ-

⁴⁹ C. Kapp, *Hamilton Naki*, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)66811-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)66811-0/fulltext), 17.07.2012, godz. 22:10.

⁵⁰ W 1999 roku amerykański chirurg Robert J. White ogłosił gotowość przeszczepienia głowy człowiekowi z umierającym ciałem na korpus człowieka z orzeczoną śmiercią mózgu. Gotowość tą oparł na 25 letnim doświadczeniu w przeszczepianiu głów małp, zobacz M. Nowacka, *Etyka a transplantacje*, PWN, Warszawa 2003, s. 12.

ry podjął się wykonania tego zabiegu, była grupa chirurgów z Arabii Saudyjskiej. W 2002 roku przeszczepiła ona macicę 26-letniej kobiecie, jednak po trzech miesiącach ze względu na martwicę i powikłania zatorowe przeszczep usunięto. Na początku sierpnia 2011 roku w Turcji, macicę pobraną ze zwłok przeszczepiono 21-letniej kobiecie, która urodziła się bez tego narządu. Przeszczep wykonano po to, aby młoda kobieta mogła urodzić swoje dziecko. Na razie jednak nie wiadomo, czy w ogóle rozpoczęto proces zapłodnienia.

W Europie także czynione są przygotowania do przeprowadzenia tego typu zabiegu. Szwedzcy chirurdzy zgłosili gotowość jego wykonania w 2012 roku. Zebrano już 10 par matek i córek, gdzie pierwsze będą dawczyniami, a drugie biorczyniami macicy⁵¹. We wrześniu 2012 roku w Goeteborgu przeprowadzono pierwsze dwie operacje pomiędzy matkami a córkami, jednak ostatecznie o sukcesie będzie można mówić, kiedy młode kobiety zajdą w ciążę. Na pewno nie nastąpi to szybciej niż rok po przeszczepieniu⁵².

2.2.2. Przeszczep prącia

We wrześniu 2005 roku chińscy lekarze przeszczepili 44-letniemu pacjentowi prącie, pobrane od zmarłego dawcy. Mężczyzna poddany operacji utracił ten narząd na skutek nieszczęśliwego wypadku. Operacja przebiegła pomyślnie, udało się zachować odpowiednie ukrwienie i w okresie pooperacyjnym nie dochodziło do żadnych niepokojących objawów. W 10 dniu po zabiegu pacjent zaczął samodzielnie oddawać mocz. Wystąpiły jednak problemy psychiczne, zarówno ze strony biorcy organu, jak i ze strony jego małżonki. Wskutek tego, pacjent odmówił przyjmowania leków zapobiegających odrzutowi i zażądał odjęcia transplantu. Ostatecznie w 14 dniu po przeszczepieniu spełniono życzenie biorcy i przeprowadzono jego amputację. Ten przypadek pokazuje konsekwencje zaniedbania przygotowania psychologicznego oraz nieodpowiedni dobór biorcy⁵³. Transplantacja prącia była pionierską operacją, bowiem jak dotąd dochodziło tylko do przyszywania własnego narządu utraconego na skutek jakichś nieszczęśliwych okoliczności. Istnieją także plany, by pozyskiwać prącie nie tylko od zmarłych dawców, lecz także od żywych, na przykład mężczyzn, którzy przygotowują się do operacji zmiany płci. Te narządy mogłyby być przeszczepiane kobietom, które także planują zmianę płci⁵⁴.

⁵¹ *Turcja: drugi na świecie przeszczep macicy. Czy udany?*, <http://fakty.interia.pl/nauka/news/turcja-drugi-na-swiecie-przeszczep-macicy-czy-udany,1680538,14>, 21.07.2012, godz. 18:35.

⁵² *Córkom przeszczepiono macice ich matek*, <http://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/686573,Corkom-przeszczepiono-macice-ich-matek>, 23.01.2013, godz. 23:12.

⁵³ M. Karolkiewicz, *Bo nie spodobał się żonie*, *Przegląd* 39/2006, <http://www.przegląd-tygodnik.pl/pl/artykul/bo-nie-spodobał-sie-zonie>, 21.07.2012, godz. 20:12.

⁵⁴ Z. Wojtasiński, *Płeć z odzysku*, *Wprost* 42/2002 (1038), <http://www.wprost.pl/ar/?O=14213>, 21.07.2012, godz. 22:15.

2.2.3. Przeszczep twarzy i kończyn

Można powiedzieć, że wraz z rozwojem wiedzy i wzrostem możliwości wykorzystania przeszczepów, zmienia się profil medycyny transplantacyjnej. Przeszczepianie pojedynczych narządów czy tkanek stało się już rutynową procedurą leczniczą. Obecnie można obserwować „nurt” polegający na tym, iż wykonuje się coraz więcej operacji jednoczesnego przeszczepienia kilku narządów temu samemu pacjentowi. Poza tym są to operacje nie tylko ratujące życie, ale także je ułatwiające czy też umożliwiające społeczne funkcjonowanie. W tej grupie mieszczą się operacje przeszczepiania kończyn czy twarzy.

Samo przeszczepienie twarzy mając na myśli społeczny odbiór zabiegu można porównać do przeszczepienia serca. Operacje te dzieli prawie pół wieku różnicy w czasie, stąd możliwe było wyciągnięcie odpowiednich wniosków i odpowiednie przygotowanie się do tego rodzaju zabiegu. Mam tutaj na myśli przygotowanie nie tylko medyczne, ale przede wszystkim etyczne, psychologiczne i społeczne. Na przestrzeni lat, kiedy możliwe stało się przeszczepianie narządów, komórek i tkanek było wiele sytuacji, które *post factum* wskazywały obszary niedopracowane, pochopne posunięcia, które w konsekwencji prowadziły do zachwiania prastarej maksymy *primum non nocere*.

Takim przykładem jest przypadek pierwszego udanego przeszczepienia dłoni z fragmentem przedramienia, który odbył się w Lyonie 25 września 1998 roku. Międzynarodowy zespół medyczny pod kierownictwem doktora Jean-Michela Dubernarda, Earla Owena z Sydney i Nadeya Hakima z Londynu przyszył dłoń, pobraną od zmarłego dawcy, byłemu recydywiście, Clintowi Hallanowi z Australii. Biorca przeszczepu stracił swoją kończynę w trakcie wykonywania zleconych prac porządkowych (cięcie piłą) podczas pobytu w więzieniu w Nowej Zelandii. Skomplikowana operacja przeszczepienia trwała czternaście godzin i była jak na owe czasy spektakularnym osiągnięciem. Można przypuszczać, iż nie dokonano żadnego profilu psychologicznego biorcy, bowiem po dwóch latach od zabiegu, wrócił on do jednostki przeszczepiającej prosząc o odcięcie przeszczepionej dłoni. Lekarze z Lyonu nie podjęli się tego zadania, ale zrobili to w 2001 roku angielscy lekarze. Trzy lata po przeszczepie w szpitalu St. Mary's w Londynie doktor Nadey Hakim w trakcie trwającego dziewięćdziesiąt minut zabiegu obciął, na wyraźne życzenie Hallana, przeszczepioną dłoń⁵⁵. Biorca świadomie zaniedbywał przyjmowanie leków immunosupresyjnych, a o samej dłoni mówił: *to nie moja ręka, tylko trupa*⁵⁶.

⁵⁵ M. Siemionow, *Twarzą w twarz. Moja droga do pierwszego pełnego przeszczepu twarzy*, przekł. B. Markiewicz, Wydawnictwo Znak, Kraków 2010, s. 70.

⁵⁶ D. Korytko, J. Watoła, *Maria prosi o rękę. Przeszczepy dłoni*, Gazeta Wyborcza, Duży Format, 24.07.2003, <http://wyborcza.pl/1,75480,1587831.html>, 12.07.2012, godz. 14:14.



Rycina 7. Clint Hallam po operacji przeszczepienia ręki⁵⁷.

Po tym epizodzie okazało się, iż w przypadku przeszczepiania narządów w ogóle, a już w przypadku przeszczepiania całych zespołów tkanek takich jak ręce, nogi czy twarz, które przecież pacjent będzie oglądał do końca swoich dni, bardzo ważna jest konstrukcja psychiczna biorcy. Pomimo faktu, iż wiadano jak ważny jest to element, nikt tak do końca nie traktował kwestii psychiki priorytetowo. Dopiero epizod z Clintem Hallanem wykazał, iż proces kwalifikacji potencjalnego biorcy tkanek należy rozpocząć właśnie od ustalenia profilu psychologicznego biorcy. Takie historie niestety, najdokładniej i najdobitniej wskazują obszary niedociągnięć i najskuteczniej uczą, w jak wielu dziedzinach należy dokonywać konsultacji po to, by nie dochodziło do zawinionych porażek. Ma to znaczenie szczególnie ważne w przypadkach wykonywania zabiegów, których nikt nigdy wcześniej nie wykonywał.



Rycina 8. Richard Norris przeszedł operację przeszczepienia twarzy 19 marca 2012 roku. Przed wypadkiem, po wypadku, tydzień po przeszczepieniu, pół roku po operacji⁵⁸.

Nie wiadomo, jak wiele osób na świecie cierpi na znaczną deformację czy zniekształcenie twarzy. Taka dysfunkcja może być wynikiem nie tylko chorób wrodzonych, ale również wypadków, takich jak postrzelenie, poparzenie, wybuch, pogryzienie przez zwierzę. Można sobie

⁵⁷ <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8939022/Britains-first-hand-transplant-in-2012.html#>, 12.07.2012, godz. 13:40; <http://getdefault.com/2012/01/27/arm-amputee-options-spare-parts-for-lost-limbs/>, 12.07.2012, godz. 13:31.

⁵⁸ <http://www.fakt.pl/Niesamowity-przeszczep-twarzy-Richard-Lee-Norris-oszpecony-ukrywal-sie-przed-ludzmi-ale-przeszedl-operacje-Lekarze-przeszczepili-mu-nowa-twarz-,artykuly,182504,1.html>, 23.01.2013, godz. 16:49.

jedynie wyobrazić jak wielkie obciążenie niesie za sobą taka ułomność. Osoby takie skazane są na społeczną izolację, wykluczenie i stygmatyzację. Swoje jestestwo utożsamiamy w sensie fizycznym głównie ze swoją twarzą. Nie mówię, że inne elementy ciała nie są ważne, ale to twarz jest dla większości z nas najważniejsza. W sposób niezwykle trafny wizerunek twarzy ujęli twórcy reklamy Gillette Mach 3, którą poniżej zacytuję⁵⁹:

*Masz tylko jedną twarz
I jedną twarz, by powiedzieć światu, kim jesteś
I jedną twarz, która czyni Cię wyjątkowym
To Twoja wizytówka
Ona mówi wszystko
Bez słów
Twoja twarz to Twój największy kapitał
(...) Twoja twarz zasługuje na najwyższy szacunek.*



Dallas Wiens, before and after, the full face transplant procedure performed at Brigham and Women's Hospital in March 2011. Left image courtesy of Parkland Health and Hospital System in Dallas, Texas. Right image by Lightchaser Photography

Rycina 9. Dallas Wiens przed i po operacji oraz ze swoją córką⁶⁰.

W opracowaniach socjologicznych i psychologicznych poświęcono sporo miejsca roli, jaką odgrywa twarz. Osoby o pięknym i symetrycznym licu nie tylko mogą liczyć na większe powodzenie u płci przeciwnej, ale także mają, co naukowo stwierdzono, większe prawdopodobieństwo bycia obdarzonym zaufaniem i otrzymania lepszej pracy. Twarz jest tą częścią ciała, na której koncentrujemy najwięcej uwagi w stosunkach międzyludzkich. Ważna jest nie tylko komunikacja werbalna, ale także mimika, która potrafi oddać wielokrotnie więcej niż niejedno słowo. Czym zatem jest zeszpecona twarz dla jej posiadacza? Doktor Frances Cooke Macgregor, jako pierwsza zajęła się badaniem funkcjonowania społecznego i psychologicznego osób oszpeconych i tak mówi o swoich obserwacjach:

Próbując wykonywać codzienne obowiązki, ci ludzie narażeni są na wzrokowe i słowne zniewagi, obcy pozwalają sobie na pewną poufałość, której by nie okazywali w innej sytuacji: jawne przyglądanie się,

⁵⁹ http://reklamy.wrzuta.pl/film/4UtjR5xdtwm/gillette_mach_3_-_szanuj_swoja_twarz, 13.07.2012, godz. 20:25.

⁶⁰ <http://fakty.interia.pl/galerie/nauka/pokazal-sie-z-nowa-twarza/zdjecie/duze,1455488,1,329>, 12.07.2012, godz. 14:28; <http://www.przeszczep.pl/?a=tekst&id=1519>, 13.07.2012, godz. 22:59

zdziwienie, ukradkowe spojrzenia, szepty, uwagi, ciekawość, zadawanie osobistych pytań, rady, śmiech i jawne unikanie. Bez względu na formę, takie zachowanie wywołuje w poszkodowanych uczucie wstydu, bezsilności, złości i poniżenia⁶¹.

Przeszczep twarzy to nie tylko olbrzymie przedsięwzięcie medyczne, ale także niezwykła odpowiedzialność spoczywająca po stronie wykonujących zabieg, ale także po stronie biorcy przeszczepu. Selekcja kandydatów pretendujących do takiej operacji jest bardzo surowa, po to, by w perspektywie długofalowej, nie doszło do powtórzenia sytuacji, która miała miejsce z pierwszym biorcą przeszczepu ręki.



Rycina 10. Pacjentka Profesor Marii Siemionow, Connie Culp przed i po przeszczepieniu twarzy⁶²

Profesor Maria Siemionow, Polka pracująca w Klinice Kolegium Medycyny w Cleveland w stanie Ohio, przez długie lata przygotowywała się do przeszczepienia twarzy. Działania te na początku koncentrowały się głównie wokół zagadnień medycznych i możliwości technicznych. Po przejściu tego etapu trzeba było uzyskać zgodę na wykonanie operacji wyrażoną przez różnych ekspertów działających w organizacji *Institutional Review Board* IRB (Niezależny Komitet Etyki). Przedstawienie planu transplantacji twarzy i uzyskanie zgody na jej wykonanie profesor Siemionow porównuje do obrony pracy doktorskiej, przy czym obrona ta, zamiast jednego popołudnia, trwała prawie dziewięć miesięcy. Po uzyskaniu zgody IRB na wykonanie tego rodzaju operacji, istniało zagrożenie nieodpowiedniej reakcji mediów na zamiar wykonania takiego zabiegu. Profesor Siemionow tak mówi o tej sytuacji:

Obawiałam się, że operacja transplantacji twarzy będzie zbyt udratyzowana przez prasę. Jeśli informacja zostanie błędnie podana albo nasze zamierzenia źle zrozumiane – wtedy będzie łatwo spuścić z uwięzi coś, co nazywa się syndromem Frankenstein: chorobliwy lęk przed nauką i uczonymi. Przecież prasa mogła się skupić na ogromnych zmianach kosmetycznych zamiast na problemach socjologicznych, psychologicznych i zdrowotnych, które muszą być rozwiązane. (Po ogłoszeniu zgody IRB skontaktowali się ze mną ludzie z Hol-

⁶¹ M. Siemionow, *Twarzą w twarz...*, dz. cyt., s. 158-159.

⁶² <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/42989>, 12.07.2012, godz. 14:31.

lywood. Chcieli się dowiedzieć, czy byłabym zainteresowana rolą doradcy przy kręceniu *Face Off II*, kolejnej części filmu z Johnem Travoltą i Nicolasem Cage'em, w której obydwaj handlują twarzami. Nie byłam zainteresowana)⁶³.

Zatem, nadrzędnym celem było także takie poinformowanie opinii publicznej, aby nie doszło do skrzywienia obrazu i idei transplantacji twarzy, by nie zniechęcać rodzin dawców, a także po to, aby tchnąć nadzieję i chęć odmiany swojego losu wśród potencjalnych biorców. Wszystko przebiegło pomyślnie i w konsekwencji doprowadziło do szczęśliwego zakończenia. W grudniu 2008 roku Maria Siemionow zobaczyła uśmiech na przeszczepionej twarzy swojej pacjentki.

⁶³ M. Siemionow, *Twarzą w twarz...*, dz. cyt., s. 154.

ROZDZIAŁ III

Przeszczepianie narządów w odbiorze społecznym

3.1. Typologia dawców narządów

Przeszczepianie komórek, tkanek i narządów jest obecnie skuteczną i uznaną metodą leczenia. Ogólnie przeszczepianie można podzielić na kilka sposobów, jednak najczęściej stosowany podział dotyczy dawców żywych i martwych.

W obliczu znacznych dysproporcji pomiędzy dostępną pulą narządów, a liczbą osób oczekujących na nie, potrzebne jest zintensyfikowanie działań mających na celu zwiększenie pozyskiwania narządów od osób zmarłych oraz zwiększenie przeszczepień od dawców żywych. Narządy do przeszczepienia pobiera się najczęściej od osób zmarłych w wyniku śmierci mózgu lub po ustaniu pracy serca. O wiele rzadsze są także przeszczepienia od osób żywych. Na świecie przeszczepianie od żywych dawców stanowią 30% wszystkich przeszczepień, a w Polsce 3%. Przeszczepienia narządów od zwierząt postrzegane są nadal w kategoriach eksperymentu medycznego, ze względu na ryzyko powikłań, jakie za sobą niosą.

3.1.1. Żywy dawca narządów. System DOMINO

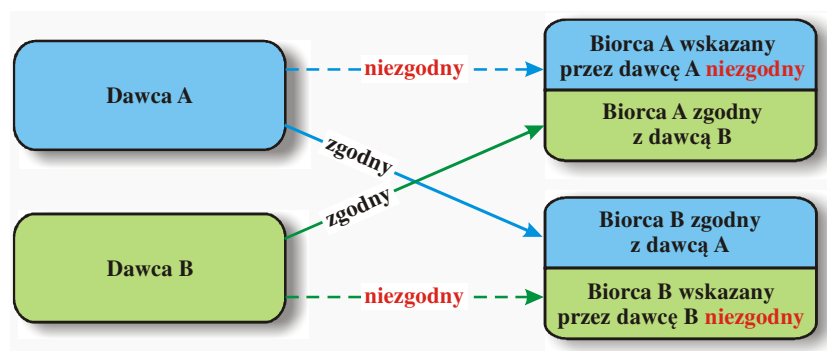
W odpowiedzi na niedobór organów do przeszczepienia bliscy, przyjaciele, krewni, a nawet w niektórych krajach osoby zupełnie niespokrewnione z dawcą mogą oddawać narządy do przeszczepienia. Żywy dawca może uratować albo znacznie poprawić jakość życia osobie chorej, zakwalifikowanej do transplantacji. Od żywych dawców można pobrać następujące narządy:

- nerka (cały organ),
- wątroba (segment),
- płuco (płat),
- jelito (część),
- trzustka (część).

Pobrania i przeszczepienia trzech ostatnich typów tkanek odbywają się niezwykle rzadko, wymagają, bowiem niezwykle warunków i grożą licznymi powikłaniami pooperacyjnymi.

Żywy dawca narządu musi cieszyć się nienagannym stanem zdrowia fizycznego i psychicznego. Ponieważ część nawyków zdrowotnych ewentualnego dawcy może wpływać na powodzenie przeszczepienia, należy szczególnie uczulić dawcę na konieczność udostępnienia wszystkich informacji dotyczących zdrowia i choroby, we wszystkich wymiarach tych pojęć. Dawca musi zostać poinformowany o możliwym ryzyku i grożących mu powikłaniach. Decyzja dawcy musi być całkowicie suwerenna, podjęta bez żadnych nacisków. Prawnie zakazane jest kupowanie organów. Praktyki w tym zakresie często są jednak inne i na czarnym rynku narządy stają się drogocennym towarem. Czasami zdarza się, że najbliżsi wywierają presję na członka rodziny, by oddał swój organ lub jego część innemu członkowi rodziny.

W niektórych krajach (głównie Stany Zjednoczone, Kanada, Szwajcaria) stosuje się tak zwany system domino. System polega na zgłoszeniu się w szpitalu dawcy nerki i wskazanego przez niego biorcy tego organu (najczęściej są to osoby spokrewnione, narzeczeni, przyjaciele, koledzy z pracy, sąsiedzi lub całkiem obce osoby chcące oddać swoją nerkę komuś kto jej potrzebuje). Szpital przeprowadza niezbędne badania pod względem zgodności przeszczepu i jeśli parametry zgodności są wysokie dochodzi do przeszczepu. Jeśli dane dawcy i biorcy wskazują na możliwość konfliktu przeszczepowego informacje te są umieszczane w banku danych. Podobne zgłoszenia przyjmowane są w innych szpitalach, do których zgłosili się inni dawcy i biorcy nerki⁶⁴.



Rycina 11. Dobieranie par w systemie Domino (cross-over)

Następnie specjalny program komputerowy wyszukuje w banku danych najbardziej zgodnych dawców i biorców nerki. Po uzgodnieniu wszystkich niezbędnych formalności, uzyskaniu zgody dawców i biorców, przygotowaniu ekip i sal operacyjnych dokonuje się przeszczepów.

Do programu może dołączyć każda osoba, potencjalny biorca, wpisana na krajową listę oczekujących na przeszczepienie (nie musi być dializowana) z dawcą, który może i chce od-

⁶⁴ http://www.unos.org/docs/Living_Donation_KidneyPaired.pdf, 09.02.2012, godz. 20:26.

dać swoją nerkę osobie bliskiej, ale nie może ze względu na niezgodność wymaganych parametrów medycznych.

Oddanie narządu wymaga od żywego dawcy poddania się rozległej operacji w znieczuleniu ogólnym, co zawsze niesie za sobą pewne ryzyko wystąpienia powikłań. Komplikacje mogą obejmować różne obszary ciała i mogą manifestować się nie tylko bólem, ale także innymi dolegliwościami. Wszystkie dane dotyczące stanu zdrowia i przebiegu okresu pooperacyjnego żywych dawców są zbierane, gromadzone i przetwarzane, w celu objęcia ich kompleksową opieką medyczną, ale także po to, by w sposób jak najtrafniejszy móc określić ryzyko związane z zabiegiem. Obecnie ryzyko związane z zabiegiem pobrania nerki uznaje się za niskie, porównywalne do operacji usunięcia wyrostka robaczkowego. U żywych dawców negatywne objawy psychologiczne występują z reguły we wczesnym okresie pooperacyjnym i związane są z odczuwaniem bólu czy dyskomfortem fizycznym. Niekiedy te negatywne reakcje są obecne przez wiele lat po oddaniu narządu. Dawca może mieć poczucie żalu, złości, a ze względu na blizny zmienić postrzeganie własnego ciała i nawet mieć napady lęku czy epizody depresji.

Przekazanie za życia narządu do przeszczepienia może być także bardzo pozytywnym doświadczeniem, między innymi dzięki poczuciu, że przywróciło się zdrowie, a nawet uratowało życie chorej osobie. Większość żywych dawców ocenia swój czyn w kategoriach pozytywnego doświadczenia, które z pewnością powtórzyliby ponownie. Przeszczepianie nerek od żywych dawców daje doskonałe wyniki. Narząd ten, przeszczepiony od żywej osoby, o wiele lepiej i dłużej funkcjonuje. Przeszczepianie wątroby obarczone jest dosyć dużym ryzykiem powikłań pooperacyjnych, dlatego najczęściej przeszczepienie płata wątroby dokonywane jest między rodzicami i dziećmi. Żywe dawstwo wątroby jest popularne w krajach Dalekiego Wschodu i daje dobre wyniki.

3.1.2. Martwy dawca narządów

Martwy dawca narządów stanowi główne „źródło” pozyskiwanych do przeszczepienia „części zamiennych”. Na świecie podejmowane są usilne starania w celu zwiększenia puli narządów. Pomimo, iż wydaje się, że pełne wykorzystanie tej grupy zmarłych pokryłoby zapotrzebowanie na organy, to o wiele trudniejsze jest przełamanie szeregu mocno zakorzenionych barier społecznych. Pobieranie organów od zmarłych możliwe jest w następujących sytuacjach:

- orzeczonej śmierci mózgowej przy bijącym sercu. W tej sytuacji możliwe jest pobranie wszystkich narządów unaczynionych, rogówek, fragmentów skóry, nerwów, naczyń krwionośnych i kości.

- orzeczonej śmierci krążeniowej po zatrzymanej akcji serca. W tej sytuacji możliwe jest pobranie nerek, wątroby, rogówek, fragmentów skóry, nerwów, naczyń krwionośnych i kości.

W Polsce usankcjonowane prawnie i dopuszczalne jest pobieranie narządów zarówno w jednej jak i drugiej sytuacji. Niemniej jednak zarówno społeczeństwo polskie jak i lekarze wydają się nie być gotowi na pobieranie narządów od dawców zmarłych, mających orzeczoną śmierć krążeniową. Zatem zapis ten w ustawie transplantacyjnej, póki co, funkcjonuje jako martwy.

Obecnie zmienia się nieco profil transplantologii, i sięga ona po coraz szerszy zakres działań chirurgicznych. Oprócz pojedynczych narządów unaczynionych przeszczepia się całe kończyny i konglomeraty tkanek, na przykład przy przeszczepianiu twarzy. Zakres tych operacji w sposób trudny do określenia kaleczy ciało zmarłego dawcy. Jest to z całą pewnością niezwykle wyzwanie dla rodzin. Może to bowiem rodzić kolejne opory, obawy i bariery.

3.2. Społeczne aspekty przeszczepiania narządów

Transplantologia, obiektywnie rzecz ujmując, jest jedyną taką gałęzią medycyny, która istnieje i ma rację bytu dzięki akceptacji społecznej. Tylko w niej bowiem, lekiem i jedynym warunkiem przywrócenia zdrowia jest przeszczepienie tkanki, która została pobrana z ciała innego człowieka, najczęściej od osoby zmarłej. Zatem, tylko dzięki udzielonej najczęściej przez rodzinę zmarłego zgodzie na pobranie, możliwe jest uratowanie życia innej chorej osobie. W sposób szczególny przeplata się tutaj tragedia śmierci z radością życia. Wydaje się, że słuszna ze wszech miar idea ratowania życia staje się kontrowersyjna właśnie ze względu na obecność pierwiastka śmierci, czyli wykorzystywanie nieboszczyka, jako swoistego magazynu „części zamiennych”. Kulturowe i religijne uwarunkowania wskazują przecież, iż zmarłemu ciału należy się szczególny szacunek. Transplantologiczne postrzeganie zmarłego ciała doprowadziło do zachwiania tej orientacji i zmieniło sposób patrzenia na nie.

Dotychczas otoczony dogmatem nietykalności trup staje się niezastąpionym, unikalnym i jedynym dostępnym „lekarstwem”. W tej perspektywie, wykorzystanie tego cennego rezerwuaru jest możliwe podczas eksplantacji, czyli naruszenia niepisanej, kulturowo uwarunkowanej zasady nietykalności ciała zmarłego. Obecnie – w daje się – i ten element jest jedną z najpoważniejszych barier występujących w społeczeństwie nie tylko polskim.

Ponieważ medycyna cały czas dynamicznie się rozwija, możliwe staje się pokonywanie kolejnych barier, a wraz z poprawą jakości życia i zwiększaniem się społecznej świadomości, wzrasta średnia długość życia. Fakt ten determinuje także częściową zmianę profilu medycyny i rozwoju geriatry, zajmującej się schorzeniami wieku podeszłego. W odniesieniu do medycyny transplantacyjnej oznacza to tyle, że w związku z wydłużaniem się życia ludzkiego, przesunęła

się także granica wieku osób, którym przeszczepiane są narządy. Jeszcze do niedawna mieliśmy do czynienia ze swoistym ageizmem, bowiem osobom po 60 roku życia nie chciano przeszczepiać organów. Tłumaczono to, brutalnie rzecz ujmując, marnotrawieniem drogocennych tkanek. Obecnie nie ma górnej granicy wieku, powyżej której nie przeszczepia się już organów. Ten fakt determinuje jedynie ogólny stan fizyczny biorcy. Zatem zwiększyła się pula organów jak i liczba oczekujących na przeszczepienia narządu i dzisiaj jest to metoda leczenia dostępna dla wszystkich, bez względu na wiek. Można śmiało stwierdzić, że w interesie wszystkich jest proklamowanie idei transplantacji, gdyż prawdopodobieństwo tego, że będziemy potrzebować przeszczepu jest wielokrotnie wyższe, niż że sami zostaniemy dawcami.

Problem niedostatecznej liczby dostępnych organów do przeszczepienia staje się coraz poważniejszy. Pomimo licznych akcji społecznych i kampanii proklamujących dawstwo, a także apeli środowisk transplantologicznych, pula organów jest wciąż niewystarczająca. Wzorowanie się na modelu hiszpańskim w całej Unii Europejskiej, przyczyniło się co prawda, do zwiększenia liczby przeszczepianych narządów, jednak w dalszym ciągu problem jest olbrzymi. Używając nomenklatury ekonomicznej, kiedy podaź nie zaspokaja popytu, pojawiają się głosy proponujące zadośćuczynienie dla rodziny zmarłego z orzeczoną śmiercią mózgu. Zwolennicy urynkowienia transplantacji podkreślają, iż odwoływanie się tylko do altruizmu jest niewystarczające. Należy, ich zdaniem użyć innych rozwiązań, które w sposób ewidentny przełożą się na wyniki przeszczepiania. Ich zdaniem człowiek jest właścicielem i jedynym prawnym dysponentem swojego ciała i może z nim robić co chce, także czyniąc go przedmiotem handlu. Natomiast sprzeciw wobec urynkowieniu usług związanych z wykorzystaniem ciała po śmierci, wynika głównie z tradycji kulturowych. Ta tradycyjna koncepcja rozporządzania ciałem jest ich zdaniem przestarzała i nieaktualna, a przy obecnym poziomie wiedzy, *de facto*, prowadzi do skazywania na śmierć nieuleczalnie chorych. Dodatkowo zauważają, iż wszyscy biorący udział w procedurze pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek czy narządów „zarabiają” na tej usłudze, tylko nie dawca, który skądinąd jest najważniejszym ogniwem całego procesu transplantacji. Poza tym wskazują na swoisty paradoks, polegający na tym, iż z niektórych części ludzkiego ciała uczyniono już przedmiot handlu (włosy, krew, nasienie, komórki jajowe), dlatego zatem zapłata czy rekompensata za pobranie organów jest czymś moralnie nagannym? Powstaje tylko pytanie, jak wycenić narządy zmarłych dawców i komu za nie zapłacić? Nieoficjalne wyceny na nielegalnych rynkach handlu narządami, wskazują, iż zdrowy młody człowiek w przeliczeniu na pieniądze, wart jest około miliona dolarów⁶⁵.

Przeciwnicy urynkowienia przeszczepiania narządów odwołują się do altruizmu i obdarowywania. W świetle tego projektu oddawanie organów do przeszczepienia nie może być oparte na pobudkach materialistycznych. Tylko darowanie, czyli bezinteresowne oddanie narządu jest wyrazem człowieczeństwa i w pełni wkomponowuje się w ideę międzyludzkiej

⁶⁵ M. Nowacka, *Etyka a transplantacje*, PWN, Warszawa 2003, s. 26-27.

solidarności i miłości bliźniego. Krytycy czy sceptycy takiego spojrzenia akcentują jednak fakt, iż jeżeli mówi się o darze to w istocie sam dar wymaga wzajemności, a trudno mówić o wzajemności w odniesieniu do zmarłego. Ponieważ sytuacja zwiększenia liczby dawców, a co za tym idzie, ilości przeszczepianych narządów jest niezwykle trudna i wielopłaszczyznowa, (co widać w polityce poszczególnych państw) najbardziej zdrowe i sprawiedliwe wydaje się być zmodyfikowane podejście Singapuru. Otóż w tym kraju, tylko te osoby, które odpowiednio wcześniej zgłoszą gotowość darowania swoich narządów po śmierci, mogą w razie potrzeby zostać wpisani na listę oczekujących na przeszczepienie i w konsekwencji poddani przeszczepieniu. Takie rozwiązanie wymusza oczywiście stosowanie odpowiednich rozwiązań legislacyjnych, takich jak termin zgłoszenia gotowości dawstwa i określenie momentu krytycznego, czyli takiego, który uniemożliwiłaby wpisywanie się na listy dawców potrzebującym przeszczepienia. Taki system prawny wydaje się być najbardziej sprawiedliwym i budującym kulturę solidarności dawców i biorców. W zamian za deklarację pośmiertnego oddania narządów, zdeklarowany dawca uzyskałby w razie potrzeby, gwarancję dostępności w takiej formie leczenia. Maria Nowacka bardzo trafnie określiła tę sytuację: „Mamy tu więc do czynienia z pewnego rodzaju umową społeczną, która zdaje się być wyjątkowo korzystna: w zamian za gotowość poświęcenia niewielkiego dobra po śmierci uzyskują możliwość zyskania wielkiego dobra za życia”⁶⁶.

3.2.1. Krytycy i „rewizjoniści” pobierania i przeszczepiania narządów

Przeszczepianie narządów pobranych ze zmarłych ciał ma wielu zwolenników i równie wielu przeciwników. Pomimo nadziei, jaką niosą ze sobą te metody leczenia, wciąż w różnych dyskusjach i polemikach wskazuje się na ich okrucieństwo i brak humanizmu. Głosy te są często bardzo ostre i w sposób jednoznaczny wskazują wręcz na zdegenerowanie społeczne i brak poszanowania dla świętości zmarłego człowieka. Poniżej przeanalizuję dwa krytyczne stanowiska polskie odnoszące się do pobierania i przeszczepiania narządów od zmarłych. Pierwsze prof. Wolniewicza ma na celu przywołanie logicznego myślenia i „nazywania spraw po imieniu”, nie zaś konstrukcję nowo-mowy dla potrzeb transplantacyjnych, drugi jest niejawnym wywodem lekarza, a równocześnie teologa katolickiego dr Norkowskiego.

Stanowisko Bogusława Wolniewicza

Emerytowany profesor filozofii i logiki Uniwersytetu Warszawskiego Bogusław Wolniewicz jest autorem pojęcia *neokanibalizm* w odniesieniu do transplantacji. Uważa on bowiem, iż zbyt mało jest debaty publicznej i wszelakich dyskusji poruszających wątpliwości

⁶⁶ M. Nowacka, *Etyka...*, dz. cyt., s. 34.

i problemy czy bariery mentalne w odniesieniu do pobierania organów z ciał osób zmarłych i późniejszego ich przeszczepiania. Zdaniem Profesora, o transplatacji mówi się wyłącznie jednostronnie, koncentrując się jedynie na obszarze medycznym albo prawnym, w dodatku językiem bardzo skomplikowanym i niezrozumiałym dla ogółu. W dyskursie tym, nie dotyka się najważniejszych obszarów powodujących poczucie zagrożenia wobec naruszania korzeni kultury duchowej. Wolniewicz podaje wiele przykładów mówiących o wyrafinowanym, wielostopniowym manipulowaniu społeczeństwem będącym w stanie niewiedzy. Tego typu praktykami są między innymi zabiegi lingwistyczne, które za pomocą triku językowego dokonują zafałszowania rzeczywistości. Przykładem takiego zabiegu jest mówienie o pobraniu organu z ciała osoby zmarłej, co dzięki stylistyce językowej wychodzi na to, że w rzeczywistości organ pobierany jest od jakiejś „osoby” a nie od trupa, czym wprowadza się słuchaczy w błąd. Otóż, trup czy też zwłoki nie są już osobami, a pobieranie z nich narządów trzeba nazwać „po imieniu” nowoczesnym kanibalizmem, czyli *neokanibalizmem*, czy też bardziej dosadnie żerowaniem na trupach. Wolniewicz akcentuje, iż nie jest pierwszym, który to zauważył. Krzysztof Teodor Toeplitz (1933-2010) mówił o wtórnym wykorzystywaniu zwłok w ten sposób: „Idea nienaruszalności, »świętości« zwłok ludzkich jest jedną z najstarszych idei ludzkości. (...) Człowiek zawsze, odkąd stał się człowiekiem, pragnął, aby zwłoki wracały do ziemi lub przez spalenie zamieniały się w popiół, wracając w ten sposób do natury. (...) Dlaczego? Nie wiadomo. Ale jest to część naszej kultury, element naszej tożsamości na przestrzeni wieków”⁶⁷.

Wolniewicz uważa, iż najbardziej niepokojący jest fakt braku sprzeciwu ze strony społeczeństwa, na naruszanie zwłok używanych do tego rodzaju leczenia. Wszelkie głosy przeciwnie są traktowane i odbierane jako wyraz zacofania. Usiłując przybliżyć swój tok myślenia, tłumaczy swoje porównanie do kanibalizmu. W ludożerstwie celem magicznym jest przeniesienie na konsumenta siły, witalności, zdrowia czy urody osoby zjadanej. W transplatacji wraz z organem dawcy przywracane jest zdrowie, a także siła i witalność. Wolniewicz nie pojmuje skąd się wzięła taka rozbieżność w moralnej ocenie społecznej, między ludźmi, którzy w ekstremalnych warunkach w obozach śmierci pod wpływem głodu zjadali swoich zmarłych braci, a ludźmi, którzy w bardziej humanitarny sposób, przy pomocy sztuki medycznej, wykorzystują fragmenty ciał osób zmarłych do ratowania życia i zdrowia innych ludzi. Stawia pytanie, dlaczego jedne sytuacje wykorzystujące zmarłe ciało są moralnie obojętne, a inne są oceniane negatywnie? Zdaniem Wolniewicza stosowanie różnych miar do oceniania takiej samej sprawy jest nie do przyjęcia. Albo zgadzamy się na przeszczepianie i akceptujemy zarówno transplatacje jak i kanibalizm głodowy, albo nie godzimy się na wykorzystywanie trupów czy to dla celów gastronomicznych czy chirurgicznych⁶⁸. Sama redefinicja śmierci

⁶⁷ Z punktu widzenia dawcy, *Polityka* 1985, nr 47, [w:] B. Wolniewicz, *Filozofia i wartości. Rozprawy i wypowiedzi*, Wyd. Filozofii i Socjologii UW, Warszawa 1993, s. 260.

⁶⁸ B. Wolniewicz, *Filozofia i wartości. Rozprawy i wypowiedzi*, Wyd. Filozofii i Socjologii UW, Warszawa 1993, s. 259-263.

i wprowadzenie kryteriów mózgowych jest jego zdaniem pretekstem do szybszego wykorzystania trupa, jako materiału do wtórnego przetworzenia⁶⁹.

Wolniewicz nie kwestionuje i nie neguje transplantacji, jako takiej. Przeciwstawia się jedynie *zmowie milczenia*, która dotyczy tak ważnej sprawy jak kulturowy, wrodzony instynkt ochrony nieboszczyka. Samo traktowanie zwłok, jako surowca wtórnego powoduje zniszczenie dotychczasowego porządku społecznego. Autor ten twierdzi, iż należy znaleźć złoty środek, gdzieś pomiędzy całkowitym negowaniem a racjonalną utylizacją zwłok. Wtórne wykorzystywanie ciała trupa zdaniem Wolniewicza jest dopuszczalne, czy to pod postacią kanibalizmu czy też *neokanibalizmu*, ale należy o tym mówić, a nie udawać, że transplantologia jest normalną medycyną⁷⁰.

Stanowisko Bogusława Wolniewicza jest raczej głosem w dyskusji na temat medycznej „nowo-mowy” (choć nigdzie jej tak nie nazywa). Innymi słowy, jest to jego sprzeciw wobec „upiększaniu tragedii”, apel, by używać odpowiednich desygnatów logicznych, a nie próba zmiany rzeczywistości społecznej przez zabiegi typu *political correctness*.

Stanowisko Jana Marii Norkowskiego

Dominikanin Jacek Maria Norkowski jest doktorem nauk medycznych, który ukończył studia medyczne, ale nigdy nie pracował jako lekarz. Po studiach na wydziale lekarskim, wstąpił do zakonu i studiował teologię i filozofię. Odbywając zagraniczny staż naukowy zainteresował się kryteriami śmierci, a także zdolnościami regeneracji mózgu. Jego opublikowany doktorat nosi tytuł *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*⁷¹. Cała, bardzo rozbudowana teoretycznie praca neguje zasadność pojęcia śmierci mózgu. Zdaniem autora, mózg człowieka ma nieograniczone zdolności samoregeneracji i nawet przy najcięższych urazach istnieje możliwość przywrócenia wszystkich jego funkcji. Dodatkowo jest to narząd tajemniczy i do dzisiaj nie do końca poznany, zatem fakt ten mówi sam za siebie. Autor w swym dziele przeplata wątki śmierci mózgowej ze stanem wegetatywnym w taki sposób, że odnosi się wrażenie, iż są to dwa tożsame stany. Wprowadza to czytelnika w błąd, bowiem między wierszami, daje poczucie czy wręcz przekonanie, że ludzie z najbardziej rozległymi urazami mózgu mogą żyć, a nawet więcej, mogą wrócić do pełnej sprawności.

Czymże jest zatem pojęcie śmierci mózgu i transplantologia w ujęciu dominikanina? Po przeczytaniu całej pracy, odnoszę wrażenie, że śmierć mózgu jest jedynie medycynoprawnym wytrychem dla medyków, którzy zajmują się przeszczepianiem narządów. W ten uzasadniony merytorycznie sposób chcą skorzystać z organów osób najsłabszych, zamknię-

⁶⁹ B. Wolniewicz, *Filozofia i wartości II*, Wyd. Filozofii i Socjologii UW, Warszawa 1998, s. 316.

⁷⁰ B. Wolniewicz, *Filozofia i wartości II*, dz. cyt., s. 295-299.

⁷¹ J. M. Norkowski, *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2011.

tych we własnych ciałach, niemogących się komunikować. Choć praca Norkowskiego jest starannie opracowana, niesie fałszywy i zakłamany wniosek.

Należy podkreślić, iż głosów przeciwnych transplantacjom jest obecnie coraz mniej i są one coraz słabsze. Wniosek z tego płynie taki, że współczesne społeczeństwo doszło do przekonania, iż medycyna transplantacyjna jest konieczna i potrzebna. Rolą autorytetów moralnych, jest nie tylko propagowanie dawstwa, ale także zwracanie bacznej uwagi na możliwość działań niegodziwych uwłaczających człowieczeństwu. Jak dotąd, nikt nie podjął się takich zadań.

Stanowisko Jana Marii Norkowskiego jest nieklarowne, przeplecione jakąś specjalną logiką tajemnicy istnienia, która gdzieś rozmywa się w specyficznej teologii uprawianej przez tego zakonnika.

ROZDZIAŁ IV

Spoleczno-kulturowe i prawne uwarunkowania transplantacji

Medycyna transplantacyjna, na przełomie lat, z nieakceptowanej formy ratowania życia stała się ofiarą własnego sukcesu. Wszystkie kraje na świecie zmagają się z niedoborem narządów do przeszczepienia. Z pewnością jest to dylemat teoretyczny, gdyż w rzeczywistości nie brak dawców, natomiast brak możliwości pozyskania od nich organów. Przeszczepianie narządów stopniowo stawało się problemem społecznym. Oprócz relacji lekarz ↔ pacjent, potrzebna jest wola osoby trzeciej, która nieprzymuszenie zgodzi się na oddanie swoich narządów po śmierci, a tu na przeszkodzie staje najczęściej rodzina. Przeszczepianie narządów, pomimo że jest społecznie niezbędną częścią opieki medycznej, wymaga specyficznej logistyki psychologiczno-socjologicznej, doboru odpowiednich specjalistów oraz ich szkolenia. Można powiedzieć, że współczesna transplantologia pokonała bariery medyczne, ale wciąż jeszcze nie pokonała barier społecznych.

Celem tego rozdziału jest przedstawienie społeczno-kulturowych i prawnych uwarunkowań medycyny transplantacyjnej w niektórych krajach europejskich i azjatyckich oraz w Stanach Zjednoczonych. Staram się przybliżyć specyfikę każdego omawianego kraju w obrębie poruszanej tematyki, jego problemy i proponowane rozwiązania. Ważnym podrozdziałem tej części pracy jest kwestia handlu narządami i wyzysku pewnych grup społecznych w ubogich krajach świata. Rozdział kończy się spojrzeniem na religijne uwarunkowania w kontekście śmierci oraz pobierania i przeszczepiania narządów.

4.1. Modele rozwiązań prawnych regulujących pobranie narządów

Biorąc pod uwagę kwestię uregulowań prawnych dotyczących pośmiertnego dawstwa komórek, tkanek i narządów, możliwe są trzy rozwiązania stosowane w różnych państwach: model zgody, sprzeciwu lub wyższej konieczności stosowane.

4.1.1. Model zgody

Model ten funkcjonuje w dwóch wariantach: zgody wprost lub zgody rozszerzonej. Zgoda wyrażona wprost, to dokument w postaci tzw. karty dawcy, który jest prawnym potwierdzeniem akceptacji na pobranie komórek, tkanek i narządów po śmierci, lub z odpowiednimi adnotacjami w dokumentach typu parowo jazdy, a także z odpowiednią deklaracją składaną przy przyjęciu do szpitala. Takie rozwiązania są stosowane w Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie. Zgoda rozszerzona ma miejsce wtedy, kiedy brak jest dokumentu wyrażającego aprobatę na donację potencjalnego dawcy. W takim przypadku jednostką decydującą staje się rodzina⁷².

4.1.2. Model sprzeciwu

Model sprzeciwu może być wyrażony w następujących formach: sprzeciw ścisły, sprzeciw rozszerzony i rozwiązanie informacyjne. Sprzeciw ścisłego można dokonać poprzez wpisanie się do rejestru sprzeciwów, które funkcjonują w większości państw lub poprzez ustną deklarację złożoną w obecności dwóch świadków. Sprzeciw rozszerzony ma miejsce wówczas, kiedy nie ma pewności, co do wyraźnego sprzeciwu dawcy, a wówczas decydentami staje się najbliższa rodzina zmarłego. Rozwiązanie informacyjne polega na poinformowaniu pacjenta (późniejszego potencjalnego dawcy) lub jego rodziny o przysługującym prawie do wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów. W przypadku braku zgody lub sprzeciwu na donację wyrażonego za życia, wyznacza się kolejny termin na podjęcie decyzji, po którym w przypadku jej braku zgody, pobranie zostanie przeprowadzone. W literaturze rozwiązanie to często jest utożsamiane z zgodą rozszerzoną lub sprzeciwem rozszerzonym⁷³.

4.1.3. Model stanu wyższej konieczności

W rozwiązaniu tym zakłada się, iż dobrem o najwyższej wartości jest życie ludzkie, zatem dopuszczalne jest pobranie narządów od dawcy zmarłego, nawet w sytuacji zgłoszonego przez niego sprzeciwu⁷⁴.

⁷² E.M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium porównawcze*, Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2008, s. 34-35.

⁷³ Tamże.

⁷⁴ Tamże.

4.2. Rozwiązania prawne w wybranych państwach europejskich

4.2.1. Konfederacja Szwajcarska

W Szwajcarii obowiązuje *Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules*, czyli ustawa federalna dotycząca przeszczepiania narządów, tkanek i komórek z dnia 8 października 2004 roku.

Zastosowanym rozwiązaniem dla pośmiertnej donacji jest zgoda rozszerzona. Po orzeczeniu śmierci sprawdza się, czy zmarły, za życia wyraził aprobatę na pobranie. Jeśli nie jest znane stanowisko potencjalnego dawcy, wtedy pyta się o nie rodzinę zmarłego. Wola zmarłego ma zawsze pierwszeństwo przed wolą rodziny. Jeżeli nie jest znane stanowisko zmarłego oraz nie jest możliwe skontaktowanie z jego najbliższymi, nie może dojść do pobrania. Zachęca się do posiadania karty dawcy przy sobie. Jest to dokument potwierdzający zgodę na dawstwo wyszczególnionych komórek, tkanek i narządów. Każda osoba powyżej 16 roku życia może wypełnić takie oświadczenie, a sama zmiana stanowiska jest możliwa przez zniszczenie karty lub zmianę zakresu zgody. Osoby poniżej 16 roku życia mogą zadeklarować gotowość oddawania krwi. Pobranie komórek, tkanek i narządów może nastąpić po stwierdzeniu śmierci według kryteriów mózgowych lub krążeniowych. Śmierć mózgu jest orzekana przez dwóch lekarzy specjalistów w świetle kryteriów zgodnych z wymogami Szwajcarskiej Akademii Nauk Medycznych⁷⁵. Lekarze orzekający o śmierci mózgu, nie mogą uczestniczyć w żadnym z kolejnych etapów pobierania czy też przeszczepiania komórek, tkanek i narządów. Od pacjenta z orzeczoną śmiercią mózgu można pobrać większość narządów unaczynionych. Dawca zmarły wskutek kryteriów krążeniowych (nagłe zatrzymanie krążenia) musi być natychmiast poddany procesowi schładzania i można od niego pobrać jedynie nerki. Dawstwo żywe jest prawnie dopuszczalne, ale tylko w zakresie pobrania nerki lub segmentu wątroby. W takim przypadku organy najczęściej pobierane są od członków rodzin na rzecz chorego bliskiego, niemniej jednak istnieje także dawstwo altruistyczne, gdzie dawca oddając narząd nie ma wpływu na to, do kogo trafi jego organ. W Szwajcarii przeprowadzane są także przeszczepiania nerek w systemie domino. Warunkiem kwalifikacji żywego dawcy do pobrania narządu jest jego pełnoletniość, sama zaś zgoda na zabieg musi być wyrażona na piśmie. Dawca żywy powinien być uprzedzony o wszystkich zagrożeniach operacyjnych i pooperacyjnych oraz o skutkach dotyczących życia z jednym organem. Pobranie narządu może nastąpić tylko wtedy, kiedy operacja nie zagraża życiu i zdrowiu dawcy. Potencjalny żywy dawca (szczególnie altruistyczny) jest poddawany także bardzo szczegółowym badaniom psychologicznym. Dawstwo osób małoletnich jest dopuszczalne za zgodą przedstawiciela ustawowego i może odbywać się na rzecz rodzica, dziecka lub rodzeństwa, a w niektórych przypadkach

⁷⁵ <http://translate.google.pl/translate?hl=pl&langpair=fr%7Cpl&u=http://www.swisstransplant.org/12/don-organe-transplantation/don-organe-transplantation-donneur-receveur-altruiste-carte-de-donneur.php>, 16.01.2012, godz. 22:08.

konieczna jest zgoda komisji etycznej. Dawcy żywi muszą być dodatkowo ubezpieczeni od niepożądanych konsekwencji donacji. Szwajcarska Rada Federalna ustala kryteria takich ubezpieczeń i alokacja narządów leży w gestii tej instytucji. W ustawie kładzie się nacisk na brak jakichkolwiek cech dyskryminacji przy wyborze biorcy. Decydującymi kryteriami mają być pilność przeszczepu, dopasowanie biologiczne biorcy i czas oczekiwania. Organizacja o nazwie *Service national des attributions* prowadzi listę oczekujących na przeszczepienie, przydziela narządy biorcom, po wcześniejszych konsultacjach z ośrodkami przeszczepiającymi, organizuje i koordynuje pobrania oraz współpracuje z podobnymi jednostkami w innych krajach. Narządy mogą być przeszczepiane jedynie w ośrodkach, które uzyskały pozwolenie Urzędu Federalnego i zobligowane są do rejestrowania, oceniania i publikowania wyników swoich działań. Archiwizacja wszelkich dokumentów z podjętych czynności na każdym etapie procesu diagnostycznego, pobierania, oznakowania, wyboru biorcy, transportu i przeszczepienia wynosi 20 lat. W porozumieniu z rządami kantonalnymi Rada Federalna może ograniczyć liczbę ośrodków transplantacyjnych. Przeszczepienia komórek, tkanek i narządów pochodzenia zwierzęcego można dokonać po uzyskaniu zgody Urzędu Federalnego. W dalszych częściach Ustawy jest mowa o zakresach obowiązków kantonów, procesie postępowania z dawcą i jego rodziną, koordynacji i poufności danych. Reguluje również kwestie jakiegokolwiek dyskryminacji, kładzie nacisk na zakaz handlu narządami, sprzeciwia się komercjalizacji medycyny i przewiduje sankcje za nieprzestrzeganie przepisów ustawy⁷⁶.

4.2.2. Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej

W Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, w odniesieniu do pobierania narządów zastosowano model rozszerzonej zgody, przy czym są również stosowane niektóre rozwiązania odrębne dla Anglii, Szkocji czy Walii. Powszechnie prawnym potwierdzeniem stanowiska jest posiadanie karty dawcy, lub wpisanie się na specjalną listę potencjalnych dawców. W przypadku braku takich rozwiązań, po śmierci osoby, o stanowisko i wyrażenie zgody na pobranie narządów pytana jest rodzina zmarłego. Przepisy dotyczące transplantacji reguluje *Human Tissue Act 2004*⁷⁷ obowiązujący w Anglii, Walii, Irlandii Północnej i części Szkocji oraz *Human Tissue (Scotland) Act 2006*⁷⁸, który otrzymał aprobatę królewską 16 marca 2006 roku⁷⁹.

W Wielkiej Brytanii funkcjonuje specjalny rejestr dawców *Organ Donor Register* (NHS). Zgłoszenie swoich danych jest jednocześnie akceptacją na pośmiertne pobranie narządów dla celów transplantacyjnych. Zwraca się uwagę na to, by każda decyzja była przemyślana i suwerenna. Akcentuje się także konieczność powiadomienia najbliższych o swoim

⁷⁶ <http://www.admin.ch/ch/e/rs/8/810.21.en.pdf>, 16.01.2012, godz. 21:53.

⁷⁷ <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/30/contents/enacted>, 16.01.2012, godz. 17:56.

⁷⁸ <http://www.legislation.gov.uk/asp/2006/4/contents>, 18.01.2012, godz. 21:34.

⁷⁹ <http://polemi.co.uk/poradniki/zdrowie-w-wielkiej-brytanii/rejestr-dawcow-narzadow-w-anglii-szkocji-walii-irlandii-polnocnej-3630>, 18.01.2012, godz. 19:43.

stanowisku. Zarówno na karcie dawcy, jak i w rejestrze dawców, można wyszczególnić organy, które można pobrać, oraz te, które należy zachować. Na listę NHS wpisało się ponad 18 milionów osób (marzec 2012)⁸⁰.

Od żywych dawców możliwe jest przeszczepienie jednej nerki, segmentu wątroby, płata płuca lub odcinka jelita cienkiego. Każdy przypadek dawstwa żywego jest indywidualnie rozpatrywany i obwarowany szeregiem restrykcji. *Human Tissue Act 2004* i *Human Tissue (Scotland) Act 2006* pozwalają na dwie nowe odmiany żywego dawstwa: w parach i w dawstwie altruistycznym. Dawcami żywymi, oprócz członków rodzin, mogą być osoby związane ze sobą emocjonalnie (przyjaciele, partnerzy). Możliwe jest także oddanie nerki dla kogoś z listy oczekujących w ramach altruistycznego gestu. Niemniej jednak ten rodzaj dawstwa nie jest popularny. W 2009 i 2010 roku były tylko 23 takie pobrania, ale ich dynamika jest rosnąca, bowiem w 2011 było ich już 40⁸¹.

W Wielkiej Brytanii każdego roku wykonuje się około trzech tysięcy operacji przeszczepiania narządów. Na przeszczep oczekuje ponad siedem tysięcy pacjentów. Każdego roku ponad tysiąc osób umiera nie doczekawszy się transplantacji. Aktualna liczba pacjentów zarejestrowanych i oczekujących na przeszczepienie wygląda następująco:

Tabela 2. Liczba osób oczekujących na przeszczepienie w Wielkiej Brytanii⁸²

Narząd	01.02.2011	16.02.2012	31.01.2013
Nerka	6638	6450	6284
Trzustka	54	38	43
Nerka i trzustka	262	197	224
Wyspy trzustkowe	22	22	21
Serce	115	162	210
Płuco	208	216	244
Serce i płuco	12	14	22
Wątroba	444	497	481
Inne (wielonarządowe)	35	47	40
RAZEM	7790	7643	7576

Wielka Brytania, jak wiele innych krajów, zmagą się z niedoborem narządów do przeszczepienia. Pobranie organów może nastąpić zarówno od dawców zmarłych śmiercią mózgową lub krążeniową. Współczynnik dawstwa za rok 2010 wynosił 16,4 dawcy na 1 milion mieszkańców, więc był nieco niższy niż w UE. Struktura dawców wyglądała następująco:

⁸⁰ <http://www.organdonation.nhs.uk/statistics/>, 05.02.2013, godz. 21:39.

⁸¹ M. Pemberton, *Kidney transplants: there is a need for more living donors*, <http://www.telegraph.co.uk/health/8870174/Kidney-transplants-there-is-a-need-for-more-living-donors.html>, 20.01.2012, godz. 22:46.

⁸² http://www.uktransplant.org.uk/ukt/statistics/downloads/weekly_stats.pdf, 17.02.2012, godz. 21:01, 05.02.2013, godz. 22:20.

Tabela 3. Liczba dawców w Wielkiej Brytanii w latach 2010-2013⁸³

Okres	01.04.10-12.02.11	01.04.11-12.02.12	01.04.12-10.02.13
Dawcy organów			
Zmarli dawcy (ogółem)	888	938	1037
- po śmierci mózgu	562	571	603
- po zatrzymaniu krążenia	326	367	434
Dawcy żyjący	793	807	846
Dawcy rogówkowi (ogółem)	2439	2544	2754
- dawcy tylko rogówki	2142	2239	2437
- dawcy rogówek i organów	297	305	317

Struktura przeszczepiania poszczególnych narządów nie odbiega znacząco od reszty wysokorozwiniętych krajów europejskich. Podkreślenia wymaga fakt, iż zaistniała stosunkowo duża liczba przeszczepiania wysp trzustkowych, które są swoistym, bardzo drogim *novum* w chirurgii transplantacyjnej. Na uwagę zasługuje duża liczba żywych przeszczepień nerki, stanowiąca niemal połowę liczby przeszczepień tego narządu od dawców zmarłych.

Tabela 4. Liczba przeprowadzonych transplantacji z wyszczególnieniem. Wielka Brytania 2010-2012⁸⁴

Okres	01.04.10-12.02.11	01.04.11-12.02.12	01.04.12-10.02.13
Przeszczepione narządy			
Zmarli dawcy			
Nerka	1345	1381	1491
Trzustka	38	33	32
Nerka i trzustka	134	149	143
Wysepki trzustkowe	10	26	27
Serce	114	121	121
Płuco(a)	146	148	161
Serce i płuco	3	4	2
Wątroba (płat)	593	626	664
Inne (wielonarządowe)	11	24	21
Razem	2394	2512	2662
Żywi dawcy			
Nerka	776	777	817
Wątroba	17	30	29
Płuco	0	0	0
Razem	793	807	846
Rogówka	3114	3078	3149

The Daily Telegraph w 2007 roku ujawnił, że między kwietniem 2002 a marcem 2007 ponad 459 organów pobrano od osób uzależnionych od leków lub substancji odurzających, co stanowiło ponad 3% ogólnej liczby przeszczepień, gdyż na przestrzeni tego okresu przeprowadzono łącznie ponad 14.261 transplantacji. W czternastu przypadkach serce było pobierane od pacjentów, którzy zmarli na skutek przedawkowania leków bądź narkotyków, w kilku in-

⁸³ http://www.uktransplant.org.uk/ukt/statistics/downloads/weekly_stats.pdf, 17.02.2012, godz. 21:22, 16.02.2013, godz. 21:02.

⁸⁴ http://www.uktransplant.org.uk/ukt/statistics/downloads/weekly_stats.pdf, 17.02.2012, godz. 21:42, 16.02.2013, godz. 21:05.

nych, od osób chorych na serce lub po zawale. Brytyjscy transplantolodzy podkreślają, iż w obliczu ciągłego niedoboru organów, w sytuacjach kiedy nie ma zdrowego narządu, muszą korzystać z organów pochodzących od narkomanów. Zaznaczają, iż takie sytuacje są wyjątkami, ale się zdarzają⁸⁵.

W listopadzie 2011 roku rząd Walii przedstawił propozycję nowelizacji rozwiązania zgody rozszerzonej na zgodę domniemaną. Obecnie w Wielkiej Brytanii funkcjonuje karta dawcy oraz specjalny rejestr, gdzie mogą zapisywać się osoby wyrażające zgodę na donacje po śmierci. W myśl nowego projektu do pobrania nie dochodziłoby tylko w przypadkach, kiedy dana osoba przed śmiercią wyraźnie zastrzegłaby swój sprzeciw wobec donacji. Propozycja ta spotkała się z uznaniem ze strony brytyjskiego ministra zdrowia Lesley'a Griffithsa. Anglikański arcybiskup Walii, dr Barry Morgan, stwierdził, że w myśl tej nowelizacji państwo chce stać się właścicielem narządów swoich obywateli⁸⁶.

W Wielkiej Brytanii pojawiają się częściej niż na kontynencie głosy dotyczące legalizacji sprzedaży organów.

4.2.3. Królestwo Hiszpanii

W Hiszpanii działa najlepiej zorganizowana sieć koordynatorów transplantacyjnych na świecie. Obecnie wszystkie kraje wzorują się na tym systemie. Parlament Europejski w maju 2010 roku przegłosował dyrektywę dotyczącą transplantacji, opierającą się właśnie na modelu hiszpańskim.

W 1989 roku powstała *Organización Nacional de Transplantes* (ONT), która poprzez swoje działania doprowadziła do powstania znakomicie funkcjonującego systemu identyfikowania dawców i koordynacji przeszczepiania. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku, działania tej organizacji skupiły się na stworzeniu krajowej siatki specjalnie wyszkolonych osób, tzw. koordynatorów transplantacyjnych. Od tej pory Hiszpania, z kraju o średnim wyniku pozyskiwania narządów od zmarłych dawców, stała się światowym liderem. Jest to jedyny kraj na świecie, który w ciągu osiemnastu lat wykazał 150% dynamikę w pozyskiwaniu od zmarłych organów i jednocześnie zwiększył swoje wyniki przeszczepiania wszystkich narządów miękkich. Podstawowym sukcesem modelu hiszpańskiego jest wprowadzenie do wszystkich szpitali koordynatorów transplantacyjnych. Podstawowe elementy tego systemu wyglądają następująco:

- stworzenie sieci koordynatorów na trzech poziomach: krajowym, regionalnym i szpitalnym,
- pierwsze dwa poziomy finansowane są przez krajową i regionalną administrację zdrowia; są to zespoły ludzi, którzy stanowią organizację komunikującą się z innymi

⁸⁵ <http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,4748349.html>, 13.01.2012, godz. 12:28.

⁸⁶ <http://www.piotrskarga.pl/ps,8250,2,0,1,I,informacje.html>, 18.01.2012, godz. 11:13.

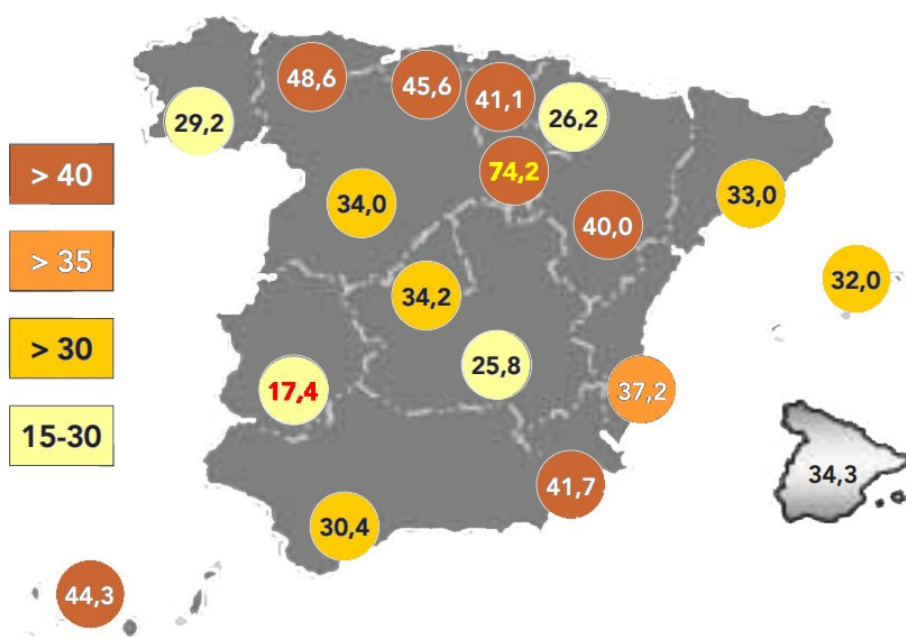
ekspertami na różnych szczeblach (na przykład administracyjnym, medycznym, prawnym, itp.),

- koordynatorzy szpitalni (lekarz lub przeszkolona pielęgniarka) pracują prawie zawsze w szpitalach. Administracyjnie są jednostkami podległymi dyrektorowi szpitala, współpracują z koordynatorami lokalnymi i krajowymi. Część koordynatorów, szczególnie w małych szpitalach, pracuje w niepełnym wymiarze godzin. Na pozostałej części etatu sprawują obowiązki lekarza lub pielęgniarki wynikające z zatrudnienia na oddziale szpitalnym,
- centrala ONT działa, jako wsparcie całego systemu. Odpowiada ona za podział organów, tkanek i komórek, organizację transportu, prowadzenie listy oczekujących na przeszczepienie. Zajmuje się także wszystkimi innymi problemami wynikającymi z koordynacji pobierania i przeszczepiania,
- duży nacisk kładzie się na ustawiczne szkolenie koordynatorów i całego personelu medycznego, na kursach ogólnych jak i szczegółowych z każdego etapu procesu transplantologicznego: identyfikacji dawców, aspektów prawnych, rozmów z rodziną, prawidłowej komunikacji i zarządzaniu,
- dba się o szybki zwrot kosztów za pobranie i przeszczepianie,
- wiele uwagi poświęca się budowaniu w społeczeństwie pozytywnego wizerunku transplantologii. Przyczynia się to także do podnoszenia poziomu wiedzy Hiszpanów w obrębie tej tematyki. Uruchomiono całodobową infolinię informacyjną. Bardzo szybko reaguje się na negatywne informacje dotyczące transplantologii. Wszystkie te działania podejmowane są po to, by wysiłek włożony w zbudowanie tak dobrze funkcjonującego systemu nie poszedł na marne.

Koncepcja koordynatora i koordynacji pobierania i przeszczepiania narządów narodziła się na początku lat osiemdziesiątych dwudziestego wieku. Spowodowana była powrotem do lat świetności w pozyskiwaniu martwych dawców oraz troską o zabezpieczenie odpowiedniej liczby narządów unaczynionych. Idea ta miała na celu zwiększenie wykorzystania potencjału dawstwa poprzez stworzenie całego systemu, opierającego się na przygotowaniu odpowiedniego zaplecza personalnego, logistycznego i organizacyjnego, w celu pobrania jak największej liczby organów, rozproszania ich po kraju i przeszczepienia oczekującym na nie pacjentom (biorcom).

W związku z tak ambitnymi planami konieczne było stworzenie specjalnej organizacji, umożliwiającej realizację tych zadań. Taką instytucją stała się właśnie ONT, która przyczyniła się do wyszkolenia całej rzeszy młodych ludzi, energicznych koordynatorów, entuzjastycznie nastawionych do idei transplantacji. Przed wprowadzeniem koordynatorów, wyszukiwaniem i kwalifikacją dawców narządów zajmowali się przy okazji lekarze lub pielęgniarki w trakcie wykonywania swojej pracy, nie będąc za to wynagradzani. Katalonia, jako pierwsza wprowadziła stanowisko koordynatora transplantacyjnego w połowie lat osiemdziesiątych

ubiegłego stulecia, później uczyniły to szpitale w Kraju Basków i w regionie Madryt. W ten sposób Hiszpania ze współczynnikiem dawstwa na średnim poziomie europejskim (14 dawców na milion mieszkańców w 1989 roku), stała się prawdziwym światowym liderem (35,1 dawców na milion mieszkańców w 2005 roku). Pomiędzy regionami widoczna jest znaczna różnica w efektywności pozyskiwania dawców. W 2008 roku najsłabszym regionem była Estremadura ze współczynnikiem pobrań na poziomie 17,4 dawców, natomiast najmniejsza prowincja tego kraju, La Rioja osiągnęła w tymże roku niespotykany na świecie wynik 74,2 dawców na milion ludności.



Rycina 12. Współczynnik dawstwa w hiszpańskich regionach autonomicznych w 2007 roku⁸⁷

Hiszpańscy specjaliści uważają, że główną przyczyną zbyt niskiego wskaźnika pobrań jest nieprawidłowo funkcjonujący system lub zupełny brak zaangażowania personelu medycznego w poszukiwanie potencjalnych dawców narządów. Dzięki obecności koordynatora w każdym szpitalu z oddziałem intensywnej terapii oraz specjalnymi standardami postępowania trudności te udało się wyeliminować. W Hiszpanii w 2008 roku działało 158 zespołów koordynacyjnych, w tym 199 lekarzy i 129 pielęgniarek. Pierwszym i nadrzędnym zadaniem koordynatora transplantacyjnego jest pozyskiwanie narządów. System działa sprawnie wtedy, kiedy wszystkie etapy procesu są dobrze znane, opisane i udokumentowane. Zauważono, że po zmianie koordynatora w szpitalu chwilowo zmniejsza się liczba pobrań. Jednak przyjmuje się, że 12-14% zmarłych na oddziale intensywnej terapii i 2% ogólnych zgonów szpitalnych to osoby zmarłe wskutek śmierci mózgu, czyli potencjalni dawcy. Pobieranie i przeszczepianie narządów zawsze wiąże się z ryzykiem, które z reguły występuje w najsłabszym ogniwie

⁸⁷ <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/modeloespanol.pdf>, 02.02.2012, 20:15.

systemu. W tym celu tworzone są specjalne programy, kursy i szkolenia by maksymalnie zminimalizować ryzyko występowania sytuacji niepożądanych.

Kluczowym elementem całego procesu jest rozmowa z rodziną potencjalnego dawcy o możliwości pobrania narządów. W Hiszpanii około 15% rodzin nie zgadza się na takie pobranie, dąży się jednak, by współczynnik odmów był nie wyższy niż 5%. Upublicznia się wyniki zespołów koordynacyjnych i organizuje wzajemne spotkania w celu wymiany doświadczeń. Stanowisko koordynatora transplantacyjnego wymaga szczególnych predyspozycji psychofizycznych przy wykonywaniu swoich obowiązków. Ciągłe obcowanie ze śmiercią, konieczność przeprowadzania trudnych rozmów, wysłuchiwanie różnych, często skrajnych reakcji ze strony rodziny zmarłego, wszystko to prowadzi w okresie około pięciu lat, do wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego. W Hiszpanii mówi się o tym otwarciu, a dotkniętym tym syndromem umożliwia się urlopy, czy też powrót na „normalne” stanowisko pracy⁸⁸.

Największe sukcesy w pozyskiwaniu narządów i ich przeszczepianiu odnoszą zespoły koordynatorów w Katalonii. *Organització Catalana de Trasplantaments* (OCATT) podlega jest bezpośrednio katalońskiemu rządowi autonomicznemu w Barcelonie, który zajmuje się ochroną zdrowia mieszkańców tego regionu. Stowarzyszenie powstało w 1994 roku, jest w pełni suwerenne i współpracuje z Narodową Organizacją Transplantacyjną. W skład OCATT wchodzi dyrektor i zespół wykonawczy: trzech lekarzy, pielęgniarka, pracownik administracyjny, dwie sekretarki oraz siedmiu studentów obsługujących techniczne obszary koordynacji na poziomie regionu. W obrębie organizacji działają także trzy komisje zajmujące się przeszczepami komórek, narządów i tkanek. Katalońscy specjaliści od pozyskiwania narządów pracują w szpitalach na pełnym lub niepełnym etacie. Uzależnione jest to od tego, czy szpital zajmuje się tylko pozyskiwaniem i kwalifikacją dawców czy też wykonuje transplantacje. Koordynatorzy mają do dyspozycji odpowiednio wyposażone biura koordynacyjne, podległe dyrektorowi szpitala i niezależne względem zespołów transplantacyjnych. Korzystają z zaplecza logistycznego i środków transportu. Zespoły o najlepszych wynikach posiadają do własnego użytku specjalistyczny sprzęt medyczny oraz odpowiednie środki finansowe. Niezwykle ważnym elementem decydującym o ostatecznych wynikach jest uznanie dla pracy koordynatorów transplantacyjnych, przychylne nastawienie ze strony dyrektorów i menadżerów szpitala, a także pomoc materialna i finansowa⁸⁹. Kluczem do sukcesu jest posiadanie licznej grupy koordynatorów, którzy każdego dnia wizytują pogotowia i oddziały intensywnej terapii, sprawdzają status pacjentów i prowadzą rokowania⁹⁰.

⁸⁸ R. Matesanz, *El modelo español de Coordinación y Trasplantes*, 2ª Edición, <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/modeloespanol.pdf>, 02.02.2012, godz. 21:44.

⁸⁹ R. Becler, *Czy warto odwiedzić Katalonię?*, *Poltransplant Biuletyn Informacyjny* 1/1998, s. 10-11.

⁹⁰ L. Hartwell, *Global organ donation policies around the world*, <http://www.lorihartwell.com/GlobalOrganDonationPolicies.pdf>, 02.02.2012, godz. 10:56.

4.2.4. Republika Federalna Niemiec

W Niemczech pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów regulowane jest przez ustawę transplantacyjną *Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Gewebe*. Ustawa ta została uchwalona 5 listopada 1997 roku i weszła w życie 1 grudnia, a jej znowelizowaną wersję opublikowano 4 września 2007 roku. Pobieranie narządów jest oparte o zasadę zgody rozszerzonej, tzn. eksplantacja jest możliwa tylko wtedy, kiedy zmarła osoba za życia wyraziła zgodę poprzez wypełnienie karty dawcy. W sytuacji braku takiego dokumentu, o opinię proszona jest rodzina. Śmierć mózgu musi być orzeczona, w świetle obowiązujących procedur, przez dwóch niezależnych specjalistów, którzy na żadnym etapie nie mogą być zaangażowani w proces pobierania i przeszczepiania.

Żywe dawstwo dopuszczalne jest w przypadku osób pełnoletnich, odpowiednio poinformowanych, świadomych konsekwencji swojego czynu, którzy wyrazili zgodę na pobranie narządu i spełnili wszystkie medyczne kryteria dopasowania do biorcy, a sam zabieg nie stanowi dla ich zdrowia żadnego ryzyka. Darowanie narządów, takich jak nerka czy fragment wątroby, może się odbywać między osobami spokrewnionym w pierwszym i drugim stopniu oraz narzeczonymi, partnerami życiowymi lub między osobami związanymi emocjonalnie. Przeszczepianie takich narządów jak serce, wątroba, trzustka, nerki czy jelita, musi podlegać procesowi alokacji i być przeprowadzane przez specjalne ośrodki transplantacyjne. Instytucje te zostały zobligowane do prowadzenia list pacjentów oczekujących na przeszczepienie. Nie wszyscy chorzy potrzebujący narządu są wpisywani na takie listy. W sytuacji, kiedy ryzyko związane z przeszczepieniem jest zbyt duże, lub istnieje mała szansa powodzenia, chorzy są automatycznie wykluczani z grupy potencjalnych biorców. Lekarze są zobowiązani do przestrzegania wytycznych *Bundesärztekammer* czyli niemieckiej izby medycznej w sprawie listy oczekujących. Ponadto muszą dokładnie udokumentować przyczyny wpisania każdego pacjenta lub wycofania tego wpisu z listy oczekujących na przeszczepienie oraz w sposób zrozumiały i odpowiedni poinformować o tym pacjenta. Pobrane narządy są alokowane na gruncie ogólnokrajowym zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. Osoby małoletnie od 14 roku życia mogą bez zgody rodziców (opiekunów) wnieść sprzeciw na donację, a od 16 roku życia również bez zgody rodziców mogą zadeklarować chęć donacji.

Handel organami jest zakazany. Ustawa zaznacza, że zwłaszcza trzy agencje muszą być zaangażowane w organizację pośmiertnej donacji: szpitale, *Deutsche Stiftung Organtransplantation* (DSO) oraz EUROTRANSPLANT. Zadaniem personelu szpitala jest orzeczenie o śmierci mózgu (zgodnie z obowiązującymi wytycznymi), kontakt z najbliższą rodziną osoby zmarłej, poinformowanie najbliższego centrum operacyjnego DSO, w przypadku, kiedy zgoda na pobranie została udokumentowana (karta dawcy), lub gdy krewny zmarłego potwierdził jego wolę. Po wykonaniu wszystkich powyższych czynności organizacją donacji zajmuje się DSO.

Po przeprowadzeniu wszystkich wymaganych badań powiadamia się EUROTRANSPLANT, który wyszukuje biorców kompatybilnych z dawcą (komputer wybiera tych najbardziej zgodnych). Kiedy biorcy zostaną wybrani, EUROTRANSPLANT wraz z DSO i zespołem koordynacyjnym szpitala organizują pobranie i transport. DSO zwraca koszty personalne i materiałowe szpitalowi, w którym nastąpiło pobranie. Koszty wynikające z wszystkich czynności dotyczących przeszczepienia pokrywane są z ubezpieczenia zdrowotnego biorcy. Dane dotyczące dawcy objęte są tajemnicą. W celu zapewnienia bezinteresowności gestu oddania narządu w ramach żywego dawstwa, a także wykluczenia możliwości wystąpienia nadużyć czy przypadków handlu, każdy przypadek żywego dawstwa jest wcześniej badany przez specjalną komisję ekspertów. Po cyklu badań medycznych i braku przeciwwskazań do pobrania, przeprowadzane są specjalne badania psychologiczne, które pozwalają ocenić więź panującą między dawcą i biorcą, motywacje dawcy i świadomość potencjalnych, dożywnych ograniczeń⁹¹.

Niemieckie społeczeństwo zmagają się z niewydolnością wielu organów, a dawstwo pozostaje na niskim poziomie (współczynnik dawstwa za rok 2010 wynosił 15,8). Federalny Minister Zdrowia Daniel Bahr chce, aby wszyscy mieszkańcy Niemiec zadeklarowali się czy chcą lub nie chcą oddać narządy do przeszczepienia po swojej śmierci. Jest to reakcja na brak organów do przeszczepienia. Z badań wynika, że społeczeństwo niemieckie docenia osiągnięcia medycyny transplantacyjnej i chciałoby oddać swoje narządy po śmierci. Pomimo tego faktu większość Niemców nie wypełnia stosownych dokumentów, które umożliwiłyby donację, a także nie rozmawia z rodzinami na temat dawstwa, czego skutkiem jest częsta odmowa pobrania. Minister Bahr chce, by informacje o dawstwie były zapisywane na chipach kart pacjenta, co umożliwiłoby szybkie sprawdzenie woli zmarłego⁹².

Z racji przynależności Niemiec do EUROTRANSPLANTU, statystyki dotyczące transplantacji w Niemczech, znajdują się w kolejnym podrozdziale.

4.2.5. EUROTRANSPLANT

EUROTRANSPLANT to organizacja *non-profit*, odpowiedzialna za alokację i przydział narządów, tkanek i komórek obejmująca początkowo swym działaniem państwa Beneluxu, Austrię i Niemcy. Celem jej jest zapewnienie jak najbardziej optymalnego wykorzystania dostępnych organów. Misją EUROTRANSPLANTU jest aspirowanie do optymalnego wykorzystania dostępnych narządów pobranych od dawców na terenie państw członkowskich.

Organizacja ta stawia sobie kilka celów:

⁹¹ <http://www.drze.de/in-focus/organ-transplantation/medical-aspects>, 14.02.2012, godz. 15:33.

⁹² *Niemcy chcą organów do przeszczepów*, http://wyborcza.pl/1,75477,10361100,Niemcy_chca_organow_do_przeszczepow.html, 13.01.2012, godz. 14:21.

- optymalne wykorzystanie narządów i tkanek dawcy,
- zapewnienie przejrzystego i obiektywnego systemu alokacji opartego na kryteriach medycznych i etycznych,
- ocena znaczenia czynników, które mają wpływ na śmiertelność oczekujących na przeszczepienie i wyniki transplantacji,
- wsparcie poprzez wzrost liczby dawców tkanek i narządów,
- dalszą poprawę wyników transplantacji poprzez badania naukowe i publikacje oraz prezentacje tych wyników,
- promocję, wsparcie i koordynację pobierania i przeszczepiania narządów w najszerszym tego słowa znaczeniu⁹³.

W 1959 roku francuski naukowiec Jean Dausset (1916-2009), odkrył na powierzchni ścian komórek genetyczne cechy leukocytów, które są cechą indywidualną każdego organizmu. W 1965 roku opisał pierwszą grupę antygenów, obecnie znaną, jako *human leucocyte antigens* (HLA). Młody holenderski lekarz, dr Jon J. van Rood, przeprowadził badania i udowodnił, że dopasowanie typu HLA dawcy do biorcy miało pozytywny wpływ na wyniki przeszczepienia. W 1967 roku założył on EUROTRANSPLANT. Pacjenci poddawani tym kryteriom doboru, mieli tak dobre wyniki przeżycia, że usługi EUROTRANSPLANTU były poszukiwane nie tylko przez ośrodki transplantacyjne w Holandii, ale i poza nią. Aż do połowy lat sześćdziesiątych XX wieku dopasowywanie narządów opierało się tylko na podstawie grup krwi. Doświadczenie Rooda pokazało, że przeszczepianie oparte na doborze HLA daje o wiele lepsze wyniki. Prawdopodobieństwa znalezienia biorcy i dawcy o podobnych antygenach zgodności tkankowej było jednak niemożliwe bez stworzenia odpowiedniej bazy danych. Ta idea przyświecała Roodowi przy tworzeniu EUROTRANSPLANTU. Dwanaście ośrodków transplantacyjnych z trzech krajów od razu dobrowolnie przekazało bazy danych swoich pacjentów oczekujących na przeszczepienie. Kolejno, każdorazowo zgłaszały dawców narządów, a EUROTRANSPLANT dokonywał najkorzystniejszego dopasowania zgodnie z nową wiedzą. Wyniki przeszczepiania nerek w tym czasie poprawiły się spektakularnie. To, co na początku było eksperymentem medycznym, stało się podstawą do stworzenia dobrze funkcjonującej organizacji, pomagającej chorym bez podziału na narodowości. W latach siedemdziesiątych rozpoczęto także alokację pobieranych wątrób, kolejno włączono w ten proces pobrane serca i trzustki. Pod koniec lat osiemdziesiątych włączono także płuca, a od 1999 roku jelito. Pod koniec 1970 roku EUROTRANSPLANT obsługiwał już bazy pacjentów z 68 ośrodków, usytuowanych w sześciu krajach: Austrii, Belgii, Luksemburgu, Niemczech, Holandii i Szwajcarii. Szwajcaria wystąpiła z tej organizacji w 1978 roku, a w 1991 roku (po obaleniu muru berlińskiego) przyłączyły się wschodnie landy byłej NRD, w 1999 Słowenia, w 2007 Chorwacja, a w 2011 Węgry. Wiele krajów Europy Wschodniej, w tym Polska, jest zainteresowana wstąpieniem do EUROTRANSPLANTU⁹⁴.

⁹³ <http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=aims>, 14.02.2012, godz. 16:27.

⁹⁴ <http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=history>, 14.02.2012, godz. 16:18.

EUROTRANSPLANT cały czas pracuje nad poprawą wyników przeszczepiania i najbardziej optymalnym doбором biorcy. W 1996 roku został uruchomiony specjalny system *Eurotransplant Kidney Allocation System* (ETKAS), wyjątkowo zaawansowany program wsparcia pacjentów zorientowany na alokację nerek, równoważący medyczne i etyczne zasady. W tym samym roku rozpoczął funkcjonowanie program *Acceptable Mismatch* mający na celu znalezienie dawcy dla wysokoimmunizowanych pacjentów. W 1999 roku rozpoczął się program znany, jako „old for old” *Eurotransplant Senior Program*, mający na celu wyszukiwanie starszych dawców (powyżej 65 roku życia) dla biorców z tej samej grupy wiekowej, nie biorąc pod uwagę typologizacji tkankowej⁹⁵.

Aktywność w zgłaszaniu dawców jest różna w każdym z krajów EUROTRANSPLANTU.

Tabela 5. Liczba zmarłych dawców narządów zarejestrowanych w 2011⁹⁶ i 2012⁹⁷ i narządów wykorzystanych do przeszczepu (EUROTRANSPLANT)

Rok	Kraj dawcy Wyszczególnienie	Kraj dawcy									Ogółem
		Austria	Belgia	Chorwacja	Niemcy	Węgry	Luksemburg	Holandia	Słowenia	Spoza	
2011	Dawcy	195	321	144	1176		9	221	31	93	2190
2012		193	320	147	1024	60	4	252	46	60	2106
2011	Pobranie wielonarządowe	137	245	116	969		8	156	24	4	1659
2012		140	226	128	865	14	3	176	39	7	1598
2011	Udział %	70,3	76,3	80,6	82,4		88,9	70,6	77,4	4,3	75,8
2012		72,5	70,6	87,1	84,5	23,3	75,0	69,8	84,8	11,7	75,9
2011	Nerka	183	258	130	1070		8	211	29	2	1891
2012		180	259	131	938	13	3	245	39	3	1811
2011	Serce	55	71	38	362		4	38	14	10	592
2012		61	77	53	319	20	2	38	24	13	607
2011	Wątroba	125	271	125	1014		9	143	24	16	1727
2012		126	257	138	899	8	4	152	38	18	1640
2011	Płuca	58	103	13	292		0	68	4	69	607
2012		48	118	19	324	36	2	79	8	34	668
2011	Trzustka	21	62	15	163		0	42	2	0	305
2012		16	46	21	142	0	2	45	4	0	276

Wśród pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu, zwraca uwagę fakt wzrastającej liczby przeszczepów wielonarządowych.

⁹⁵ <http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=history>, 14.02.2012, godz. 18:58.

⁹⁶ <http://www.eurotransplant.org/cms/mediaobject.php?file=Year-Statistics-20113.pdf>, 15.02.2012, godz. 15:45.

⁹⁷ http://www.eurotransplant.org/cms/mediaobject.php?file=year_2012.pdf, 10.02.2013, godz. 14:45.

Tabela 6. Lista osób na aktywnej liście EUROTRANSPLANTU, oczekujących na organy na dzień 31.01.2012⁹⁸ i 31.12.2012⁹⁹

Dane z 2012 roku na dzień	Kraj dawcy Organ(y)	Austria	Belgia	Chorwacja	Niemcy	Węgry	Holandia	Słowenia	Ogółem
		31 styczeń	Nerka	700	837	167	7636	7	889
31 grudzień	722	748		125	7645	17	829	65	10151
31 styczeń	Serce	69	57	18	989	1	57	35	1226
31 grudzień		68	72	21	972	6	64	32	1235
31 styczeń	Płuco	63	115	0	555	0	229	0	962
31 grudzień		82	81	0	459	0	193	0	815
31 styczeń	Wątroba	105	143	79	2071	0	124	7	2529
31 grudzień		102	166	73	1815	4	157	10	2327
31 styczeń	Trzustka	7	19	1	32	0	13	0	72
31 grudzień		8	26	0	40	0	15	0	89
31 styczeń	Nerka i trzustka	14	19	0	235	0	26	0	294
31 grudzień		18	26	4	210	0	20	2	280
31 styczeń	Serce i płuco	1	1	0	24	0	0	0	26
31 grudzień		4	0	0	21	0	0	0	25
31 styczeń	Nerka i serce	1	4	0	19	0	0	0	24
31 grudzień		4	4	0	17	0	0	0	25
31 styczeń	Nerka i wątroba	1	21	1	47	0	2	0	72
31 grudzień		1	13	1	45	1	6	0	67
31 styczeń	Nerka, wątroba i trzustka	0	0	0	1	0	0	0	1
31 grudzień		0	0	0	1	0	0	0	1
31 styczeń	Nerka i płuco	1	0	0	1	0	0	0	2
31 grudzień		0	0	0	1	0	0	0	1
31 styczeń	Wątroba i płuco	0	0	0	0	0	1	0	1
31 grudzień		0	0	0	2	0	1	0	3
31 styczeń	Wątroba i trzustka	0	4	0	3	0	0	0	7
31 grudzień		0	2	0	3	0	1	0	6
31 styczeń	Serce i wątroba	0	0	0	3	0	0	0	3
31 grudzień		0	0	0	2	0	0	0	2

W krajach należących i współdziałających z EUROTRANSPLANTEM, mamy do czynienia z dwoma rozwiązaniami prawnymi regulującymi dawstwo. System zgody domniemanej, obowiązuje w czterech krajach należących do tej organizacji, świadoma zgoda w trzech pozostałych. Jak widać, nie ma dominacji jednego rozwiązania. System zgody świadomej pozwala

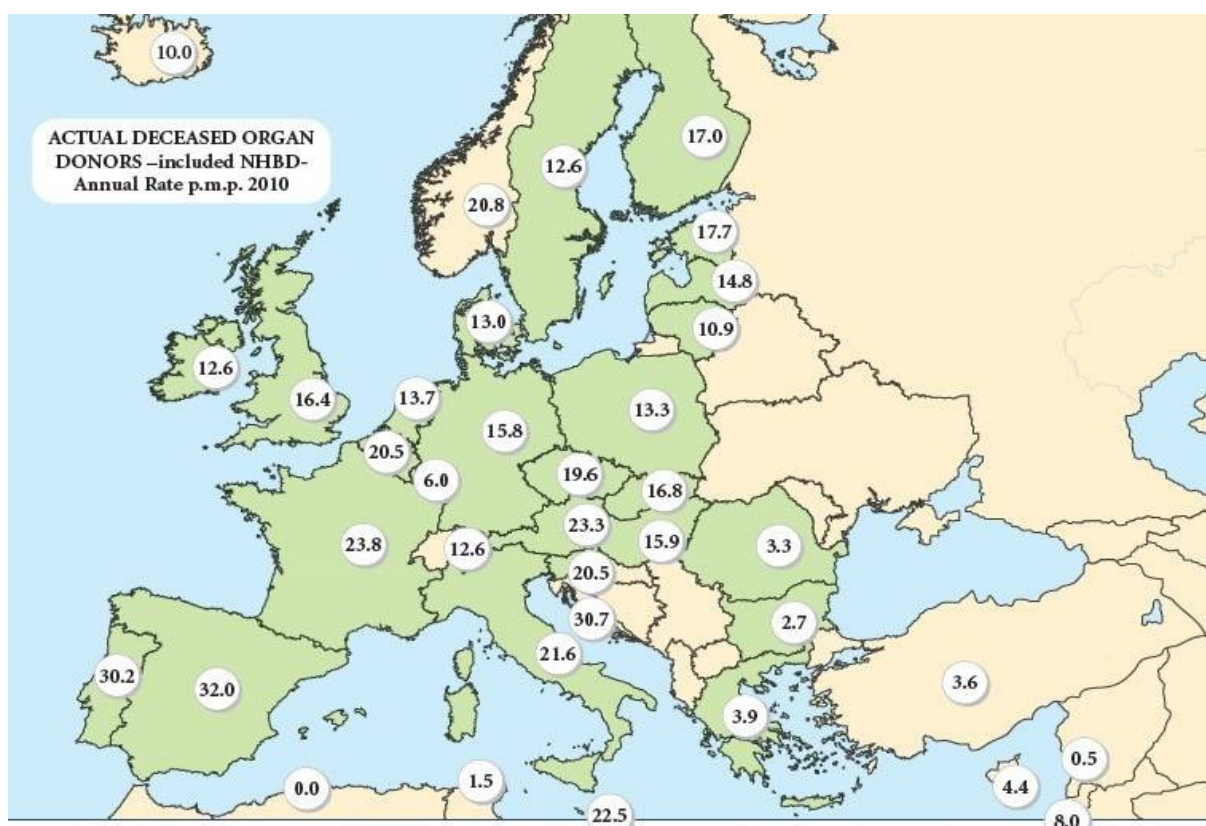
⁹⁸ http://www.eurotransplant.org/cms/mediaobject.php?file=2012_january1_january311.pdf, 14.02.2012, godz. 19:49.

⁹⁹ http://www.eurotransplant.org/cms/mediaobject.php?file=year_2012.pdf, 10.02.2013, godz. 20:50.

pobrać narządy za zgodą rodziny, często funkcjonujący ze specjalnymi kartami i rejestrami dawców. System zgody domniemanej, pozwala tylko teoretycznie, traktować każdego zmarłego jako dawcę. W rzeczywistości, niepraktykowane jest pobieranie narządów bez pytania rodziny o zgodę. Ten system z kolei, funkcjonuje z rejestrzem sprzeciwów, oświadczeniami woli, bądź kartami dawcy, oraz z rejestrkami dawców (każdy kraj wybiera sobie zakres proponowanych rozwiązań). Należy podkreślić, że system zgody domniemanej i świadomej w odbiorze społecznym różnią się niuansami, kluczową rolę w każdym z nich odgrywa decyzja rodziny.

Tabela 7. Rozwiązania prawne dotyczące dawstwa w krajach należących do EUROTRANSPLANTU¹⁰⁰

Kraj	System prawny dawstwa
Austria	zgoda domniemana
Belgia	zgoda domniemana
Chorwacja	zgoda domniemana
Niemcy	zgoda rozszerzona
Luxemburg	zgoda domniemana
Holandia	zgoda rozszerzona
Słowenia	zgoda rozszerzona



Rycina 13. Współczynnik dawstwa w Europie w 2010¹⁰¹

¹⁰⁰ <http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=legislation1>, 15.02.2012, godz. 17:44.

Tabela 8. Rozwiązanie prawne regulujące martwe dawstwo i współczynnik dawstwa w Europie w 2010

Państwo	Dawstwo martwe ¹⁰²	Współczynnik dawstwa 2010 ¹⁰³
Austria	Rejestr sprzeciwów	23,3
Belgia	Model sprzeciwu, centralny rejestr dawców	20,5
Bułgaria	Model stanu wyższej konieczności	2,7
Chorwacja	Rozwiązanie sprzeciwu	30,7
Cypr	Rozwiązanie informacyjne, w przypadku wątpliwości decyduje rodzina	4,4
Czechy	Model sprzeciwu	19,6
Dania	Model zgody rozszerzonej; donacja możliwa po orzeczeniu śmierci wg kryteriów mózgowych lub krążeniowych	13,0
Estonia	Komisja decyduje o pobraniu i przeszczepianiu	17,7
Finlandia	Model sprzeciwu rozszerzonego	17,0
Francja	Rozwiązanie informacyjne; rejestr sprzeciwów	23,8
Grecja	Model sprzeciwu rozszerzonego	3,9
Hiszpania	Model sprzeciwu	32,0
Holandia	Zgoda rozszerzona	13,7
Irlandia	Zgoda rozszerzona	12,6
Islandia	Zgoda rozszerzona	10,0
Litwa	Zgoda rozszerzona	10,9
Luksemburg	Model sprzeciwu	6,0
Łotwa	Rozwiązanie informacyjne	14,8
Malta	Zgoda rozszerzona	22,5
Mołdawia	brak danych	b.d.*
Niemcy	Zgoda rozszerzona	15,8
Norwegia	Rozwiązanie informacyjne	20,8
Polska	Model sprzeciwu	13,3
Portugalia	Model sprzeciwu. Rejestr sprzeciwów	30,2
Rosja	Sprzeciw rozszerzony	b.d.
Rumunia	Zgoda rozszerzona	3,3
Słowacja	Rozwiązanie sprzeciwu	16,8
Słowenia	Model sprzeciwu	20,5
Szwajcaria	Rozwiązanie informacyjne. Rejestr dawców	12,6
Szwecja	Rozwiązanie informacyjne. Rejestr dawców	12,6
Turcja	Formuła zgody rozszerzonej	3,6
Ukraina	brak danych	b.d.
Węgry	Model sprzeciwu. Śmierć mózgu orzekana jest przez trzech lekarzy	15,9
Wielka Brytania	Zgoda rozszerzona. Rejestr dawców narządów NHS	16,4
Włochy	Rozwiązanie sprzeciwu z trzymiesięcznym okresem po otrzymaniu zapytania o donację; funkcjonuje również rejestr dawców	21,6

*) b.d. – brak danych

¹⁰¹ <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Newsletter2011.pdf>, 18.02.2012, godz. 17:56.

¹⁰² E.M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, tkanek i ...*, s. 38-41.

¹⁰³ <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Newsletter2011.pdf>, 15.01.2012, godz. 18:09.

4.3. Rozwiązania prawne z wybranych państwach azjatyckich

4.3.1. Japonia

W Japonii, pomimo wysokiego poziomu życia i zaawansowania technologicznego, pobieranie komórek, tkanek i narządów od zmarłych występuje marginalnie, co daje jeden z najniższych na świecie wskaźników pośmiertnego dawstwa. Do 1997 roku eksplantacja z ciał osób zmarłych była prawnie zabroniona.

Nie ma drugiego tak wysokorozwiniętego technologicznie państwa na świecie, w którym czynniki społeczne, więc tradycje, przekonania religijne, zwyczaje, stanowiły o tak zdecydowanej barierze w transplantologii, i to pomimo permanentnych wysiłków rządowych w próbie przełamania tych barier.

Obecnie, mimo prawnej akceptacji i licznych kampanii społecznych zachęcających do donacji, pobieranie narządów od zmarłych jest zjawiskiem marginalnie występującym, a pacjenci oczekujący na jakąkolwiek transplantację często muszą wyjeżdżać za granicę, by tam poddać się operacji. Koszty takich wyjazdów oraz samego zabiegu są bardzo wysokie, dlatego na ulicach japońskich miast bardzo często widuje się zdjęcia dzieci z prośbą o wpłacanie pieniędzy na zabieg przeszczepienia narządu za granicą. Japońscy lekarze są bardzo dobrze wykształceni, często odbywają zagraniczne staże, i w związku z kulturowymi uwarunkowaniami dawstwa, opracowali najnowocześniejsze techniki pobierania części organów od osób żywych. Choć powikłania po takich operacjach się zdarzają, to jednak śmiertelność żywych dawców wątroby pozostaje na zerowym poziomie.

Do 1999 roku częstym zjawiskiem w środkach masowego przekazu, na skutek rządowej popularyzacji przeszczepów, było przerywanie programów telewizyjnych, by na żywo nadawać relacje z transportu przez helikoptery i karetki pobranych narządów do miejsca przeznaczenia. Japończycy od dawna sceptycznie są nastawieni do transplantologii i takie podejście utrzymuje się nadal.

Pierwsze próby przeszczepiania poszczególnych narządów w Japonii, miały miejsce w tym samym czasie, co inne tego typu operacje na świecie. W 1964 roku na Uniwersytecie w Tokio pierwszy raz przeszczepiono nerkę od żywego dawcy. W tym samym roku dokonano przeszczepienia wątroby na Uniwersytecie w Chiba. W 1968 roku, rok po pierwszej transplantacji serca w Kapsztadzie, profesor Juro Wada na Uniwersytecie Medycznym w Sapporo dokonał trzydziestego z kolei przeszczepu tego organu na świecie. Można powiedzieć, iż wówczas japońska transplantologia stała na równi z resztą świata i nic nie zapowiadało jej późniejszych problemów. Przeszczep serca wykonany przez prof. Wadę, zwrócił uwagę szerokiej publiczności i jednocześnie wywołał ostrą krytykę. Zarzucano prof. Wadzie przeprowadzenie przeszczepu serca w ścisłej tajemnicy oraz to, iż sam dokonał oceny śmierci mózgu i wyboru biorcy pobranego organu. Krytycy wytykali mu również

fakt, iż zapisy całego procesu kwalifikacji, pobrania i przeszczepienia wzbudzają wątpliwości i są niedokładne. Ostatecznie w 1970 roku wniesiony został przeciwko prof. Wadzie akt oskarżenia o morderstwo, jednak wszelkie zarzuty zostały wycofane z powodu braku dowodów. W rezultacie sprawa ta wywołała nieufność wobec koncepcji śmierci mózgu i pobierania narządów od zmarłych, co spowodowało zapaść i całkowity zastój w japońskiej transplantologii na kolejnych kilkadziesiąt lat. Od czasu przeszczepienia serca przez Juro Wadę w 1968 roku, wśród Japończyków zapanowało głębokie poczucie lęku wobec nowej koncepcji śmierci i przeszczepiania narządów¹⁰⁴.

W latach 1999-2006 pobrano organy od zaledwie 51 osób zmarłych wskutek śmierci mózgu. Jedno z badań wykazało, że 72% osób oczekujących na przeszczepienie serca w tych latach, nie otrzymało tego narządu, w wyniku czego zmarło 59 osób, czyli 7% pacjentów z tej grupy. Z tego też powodu część Japończyków starała się wyjechać za granicę, by tam otrzymać szansę na nowe życie. Według ankiety z 2006 roku, 522 Japończyków otrzymało przeszczep za granicą, na przykład w Stanach Zjednoczonych, w Chinach, na Filipinach. Filipińczycy, którzy sprzedawali swoje nerki Japończykom, otrzymywali za nie od 125 do 400 tysięcy jenów (1000 – 3500 euro). Policja japońska zamknęła instytucje, które pomagały w procederze nielegalnego pozyskiwania narządów. W październiku 2007 roku pewien Japończyk został zatrzymany w Chinach, pod zarzutem pośrednictwa handlu narządami ludzkimi dla swoich rodaków. Australia i Wielka Brytania przestały poszukiwać organów dla pacjentów przyjeżdżających z Japonii. Niemcy, często przyjmowały Japończyków na tego rodzaju zabiegi aż do 2009 roku, kiedy to zaprzestano tych działań, wskutek społecznych nacisków, iż narządy pozyskiwane w Niemczech należą do Niemców, a nie do przyjezdnych. Stany Zjednoczone, są jedynym krajem gdzie Japończycy mogą poddać się przeszczepowi, bowiem obowiązuje tam zasada, że 5% narządów z całej puli może być przeszczepiona nie Amerykanom¹⁰⁵.

Choć przeszczepy nerek pobranych od dawców zmarłych wskutek śmierci mózgu nie były wykonywane, to jednak pobieranie i przeszczepianie tego organu od dawców zmarłych wskutek zatrzymania akcji serca były przeprowadzane. Na skutek starzenia się społeczeństwa japońskiego liczba osób z cukrzycową niewydolnością nerek stale wzrasta. Aktualnie około 300 tysięcy Japończyków jest dializowanych. Jednak na liście oczekujących na przeszczepienie tego narządu jest jedynie trzynaście tysięcy osób. Początkowo alokacja nerek prowadzona była przez banki nerki, zlokalizowane w każdej prefekturze, a także przez szpitale uniwersyteckie. Wyniki przeszczepiania nerek nie były zadawalające, ponieważ przy wyborze biorcy nie brano pod uwagę wszystkich kryteriów zgodności. Dlatego też w kwietniu 1995 roku powstała organizacja o nazwie *Japan Kidney Transplant Network* (JKTNW), będąca pod kierownictwem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Pierwowzorem dla tej organizacji

¹⁰⁴ <http://www.jotnw.or.jp/english/01.html>, 14.02.2012, godz. 15:08.

¹⁰⁵ <http://factsanddetails.com/japan.php?itemid=837&catid=23&subcatid=151>, 14.02.2012, godz. 11:45.

była amerykańska UNOS, która to skutecznie wypromowała transplantologię. JKTNW stworzyła w Japonii specjalny system ograniczony tylko do pobierania i przeszczepiania nerek pobranych ze zwłok, gdzie zarówno dawcy jak i biorcy są monitorowani na szczeblu krajowym. Komputer wybiera najbardziej zgodnego dawcę z biorcą, a organ może być transportowany nawet na duże odległości. Ogólnokrajowa sieć składa się z siedmiu regionalnych bloków. Każdy blok jest swoistym centrum, które zatrudnia koordynatorów transplantacyjnych zajmujących się organizacją i nadzorowaniem całego procesu pobierania narządu, wyboru biorcy, na podstawie ustalonych kryteriów, transportu narządu i jego przeszczepienia. Są także odpowiedzialni za promowanie transplantologii wśród społeczeństwa¹⁰⁶.

Pierwotnie, JKTNW miała działać jako organizacja, która zajmuje się koordynacją pobierania i przeszczepiania wszystkich narządów, jednakże opóźnione przyjęcie ustawy transplantacyjnej spowodowało, iż jej działanie zostało zawężone jedynie do nerek. W 1988 roku *Japan Medical Association* uznało koncepcję śmierci mózgu, jako kryterium śmierci osobniczej. W 1990 roku powstała tymczasowa komisja do spraw badań nad śmiercią mózgu i przeszczepianiem organów. Projekt ustawy transplantacyjnej został złożony w 1994 roku. W rzeczywistości często miały miejsce niemerytoryczne debaty na jej temat, wobec czego sam projekt był wielokrotnie zawieszany celem dalszej weryfikacji. Ustawa transplantacyjna, *Organ Transplant Law*, weszła w życie 16 października 1997 roku i zalegalizowała pobieranie i przeszczepianie narządów od dawców zmarłych w wyniku śmierci mózgu. Japonia, jako jeden z ostatnich krajów na świecie uznała nowe kryteria śmierci i wreszcie, z kilkudziesięcioletnim opóźnieniem, możliwe stało się to, co w innych już dawno było normalną i uznaną procedurą leczniczą.

W społeczeństwie japońskim i wśród badaczy tej kultury mówi się, że przeszczepianie narządów nie może być i nigdy nie będzie realizowane powszechnie, ze względu na wyjątkowy stosunek Japończyków do życia, śmierci, etyki i religii. Istnieje wiele kulturowych przeszkód dla pobierania narządów z ciał zmarłych. Wielu Azjatów twierdzi, iż ciało i dusza są ze sobą powiązane. Wierzą, że utracone części ciała sprawią, iż będą niekompletni w przyszłym wcieleniu. Szintoizm przeciwstawia się dawstwu narządów. Istniały także obawy, iż lekarze będą zbyt agresywni w pozyskiwaniu organów i nie będą przestrzegali wszystkich procedur przy orzekaniu o śmierci mózgu i mogą przedwcześnie uznawać ludzi za zmarłych. To właśnie dlatego, pierwsze pobranie od martwego dawcy miało miejsce dopiero dwa lata po wejściu ustawy akceptującej pobieranie narządów, od dawców ze stwierdzoną śmiercią mózgu.

Po wejściu w życie ustawy transplantacyjnej, JKTNW zostało przekształcone w *Japan Organ Transplant Network* (JOTNW). Samo uchwalenie ustawy było bardzo oczekiwane, szczególnie przez osoby, czekające na przeszczep. Spodziewano się, iż to nowe prawo będzie miało duży wpływ na wzrost przeszczepiania, jednak przepisy okazały się zbyt rygorystyczne. Do pobrania narządów w świetle tej ustawy mogło dojść jedynie w sytuacji, kiedy dawca przed śmiercią, złożył pisemne oświadczenie, iż zgadza się na pobranie narządów, na orzeczenie

¹⁰⁶ <http://www.jotnw.or.jp/english/04.html>, 12.02.2012, godz. 20:21.

o śmierci mózgu, oraz że członkowie najbliższej rodziny nie wniosą obiekcji do pobrania. Inny przepis zakazywał osobom poniżej 15 roku życia, wyrażania swojej woli na eksplantację. Zapis ten utrudnił pobieranie narządów od małoletnich pacjentów. Przeszczepy serca u dzieci stały się praktycznie niemożliwe. W odpowiedzi na sugestie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) o wprowadzeniu nowych wytycznych dotyczących transplantacji, kwestia restrykcyjnych przepisów została omówiona w parlamencie i ustawa transplantacyjna została zmieniona w lipcu 2009 roku. W 2010 roku WHO przyjęła nowe wytyczne w sprawie przeszczepiania narządów i wezwała każdy kraj do wzmocnienia struktur transplantacyjnych. W styczniu 2010 roku, w Japonii zmieniono tylko niektóre unormowania dotyczące dawstwa na rzecz rodziny. Zasady dotyczące pobierania narządów po śmierci mózgu zostały złagodzone. W sytuacji, kiedy brak jest wiedzy na temat stanowiska osoby zmarłej, decyzję o donacji może podjąć rodzina. Możliwe stało się także pobieranie narządów z ciał zmarłych dzieci, poniżej 15 roku życia. Ponadto, wraz z deklaracją dawstwa, wprowadzono zasadę pierwszeństwa przeszczepienia narządów członkom rodziny. Po nowelizacji tej ustawy ilość pobrań od dawców po śmierci mózgu wzrosła¹⁰⁷.

Dawstwo z przeznaczeniem dla członków rodzin musi spełnić wszystkie trzy warunki:

- osoba (w wieku powyżej 15 lat) zgadzająca się na donację, musi wyrazić na piśmie swój zamiar przyznania pierwszeństwa dla członków rodziny,
- w przypadku dawstwa organów dla członków rodziny (współmałżonek, dzieci, rodzice), procedura wpisania na listę oczekujących na przeszczepienie została zakończona,
- medyczne uwarunkowania (zgodność dawcy i biorcy) zostały spełnione¹⁰⁸.

Dawstwo na rzecz rodziny podlega także następującym warunkom:

- jeżeli członkowie rodziny, nie kwalifikują się do przeszczepienia z przyczyn medycznych lub pozamedycznych, pobrane narządy zostaną przeszczepione innym osobom z listy oczekujących,
- jeżeli ograniczy się donację do wskazania jednej osoby z rodziny, pobrane narządy po spełnieniu warunków, zostaną przeszczepione tylko wskazanemu biorcy,
- aby zapobiec niekorzystnemu biegowi wypadków, donacja ze wskazaniem priorytetu rodziny, nie zostanie wykonana w przypadku samobójców¹⁰⁹.

W Japonii orzeczenie śmierci mózgu jest wykonywane tylko u tych pacjentów, u których brane jest pod uwagę pobranie narządów. Cała procedura jest przeprowadzana, przez co najmniej dwóch lekarzy specjalistów, dwukrotnie potwierdzana w wymaganych odstępach czasu. Koncepcja śmierci mózgu nie jest w Japonii powszechnie akceptowana. Dla większości Japończyków objawy śmierci nadal są tożsame z klasyczną definicją, gdzie występuje tak zwana triada śmierci, czyli: zatrzymanie bicia serca, zaprzestanie oddychania i brak reakcji źrenic na światło.

Pogodzenie się z faktem śmierci jest często nie do przyjęcia, nawet gdy akcja serca i oddech są sztucznie utrzymane. Zachęca się społeczeństwo japońskie do wyrażenia swojej

¹⁰⁷ <http://www.jotnw.or.jp/english/04.html>, 11.02.2012, godz. 21:08.

¹⁰⁸ <http://www.jotnw.or.jp/english/04.html>, 12.02.12, godz. 22:08.

¹⁰⁹ <http://www.jotnw.or.jp/english/04.html>, 12.02.2012, godz. 22:48.

akceptacji na eksplantację poprzez zarejestrowanie się na specjalnej liście. Wpisu na listę można dokonać przez telefon komórkowy, na stronie internetowej lub pocztą e-mail.

Możliwe jest także pisemne wyrażenie swojej woli czy to w deklaracjach ubezpieczenia zdrowotnego czy też innych dokumentach, jak na przykład prawo jazdy. Rejestracja na liście dawców jest możliwa dla wszystkich osób mieszkających w Japonii bez względu na narodowość¹¹⁰.

Należy zaznaczyć, iż ofiarodawca może na karcie dawcy wyszczególnić narządy czy też inne substancje cielesne, których nie życzy sobie, by po jego śmierci były pobierane. Ważne jest to, że osoba wyrażając intencję dawstwa może także wyrazić zgodę na pobranie narządów po śmierci mózgowej lub sercowej, a także nie zgodzić się na orzekanie śmierci mózgu i zgodzić się na pobranie po śmierci w klasycznym rozumieniu. Po śmierci mózgowej mogą być pobrane: serce, płuca, trzustka, jelito, wątroba, nerki i gałki oczne, natomiast po śmierci krążeniowej wyżej wymienione, a także nerki i trzustka. Jak wcześniej zaznaczyłam donator może wybrać narządy, których nie pozwala pobrać. Oprócz wymienionych organów może wyrazić zgodę na pośmiertne pobranie innych tkanek, jak na przykład zastawki serca, naczyń, nerwów, skóry czy kości z możliwością indywidualnej specyfikacji. Jest też miejsce na wpisanie priorytetu dla rodziny w przeszczepianiu pobranych narządów.

Liczba dawców narządów zmieniała się na przestrzeni lat. Dostępne są statystyki od 1999 roku, i w perspektywie 12 lat należy zaznaczyć, iż pobrania narządów od dawców po stwierdzeniu śmierci mózgu wzrosły jedenastokrotnie. Szczegółowe dane obrazuje tabela:

Tabela 9. Dawstwo narządów w Japonii¹¹¹

Rok	1999	2001	2003	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Dawcy po									
stwierdzeniu śmierci mózgu	4	8	3	9	13	7	32	44	45
zatrzymaniu krążenia	85	71	75	82	96	98	81	68	65
Razem	89	79	78	91	109	105	113	112	110

Liczba przeszczepionych narządów wyglądała w tym czasie następująco:

Tabela 10. Liczba przeszczepionych narządów w Japonii¹¹²

Rok	1999	2001	2003	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Organ(y)									
Serce	3	6	0	7	11	6	23	31	28
Serce i płuco	brak danych	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	1	0	0	0
Płuco	0	6	2	5	14	9	25	37	33
Wątroba	2	6	2	4	13	7	30	41	40
Trzustka	0	6	2	6	10	0	2	6	9
Nerka i trzustka	0	6	1	5	6	7	23	29	18
Nerka (ogólnie)	158	151	136	160	210	182	186	182	174
Nerka (od dawców ze śmiercią mózgową)	8	16	4	16	26	7	39	57	58
Jelito	b.d.	1	0	0	1	1	4	3	0
Razem	163	176	142	182	259	213	293	329	303

¹¹⁰ <http://www.jotnw.or.jp/english/08.html>, 13.02.2012, godz. 9:46.

¹¹¹ <http://www.jotnw.or.jp/english/data.html>, 11.02.2012, godz. 19:57, 12.02.2013, godz. 21:29.

¹¹² <http://www.jotnw.or.jp/english/data.html>, 11.02.2012, godz. 20:18, 12.02.2013, godz. 21:28.

4.3.2. Chińska Republika Ludowa

W marcu 2006 roku, chińskie władze podpisały rozporządzenie zakazujące handlu narządami ludzkimi. Precedensem do stworzenia takiego uregulowania prawnego były liczne oskarżenia ze strony międzynarodowych organizacji, o wykorzystywanie do przeszczepienia organów pobranych od więźniów skazanych na karę śmierci. Zarzuty takie były stawiane w związku ze zjawiskiem turystyki transplantacyjnej. Chiński rząd w specjalnym oświadczeniu dotyczącym penalizacji handlu narządami, stanowczo zaprzeczył międzynarodowym doniesieniom. Ze względu na przekonania religijne w Chinach jest niewielu dawców. Pomimo zapewnień rządowych i uwarunkowań kulturowych, istnieją specjalne kanały, umożliwiające cudzoziemcom kupowanie narządów. Organizacje broniące praw człowieka oraz uciekinierzy z Chin informują międzynarodową opinię publiczną o dokonywaniu egzekucji więźniów, jeśli jest zapotrzebowanie na jego organ. Liczba wyroków śmierci wykonywana w chińskich więzieniach nie jest znana i pozostaje w sferze domysłów. Organizacja *Amnesty International* udowodniła, iż tylko w 2005 roku wykonano w Chinach, co najmniej 1770 wyroków śmierci, choć inne doniesienia mówią o liczbie 10 tysięcy. Nieoficjalnie podejrzewa się, że 99% narządów przeszczepianych w Chinach pochodzi od skazanych więźniów. W Internecie dostępne są cenniki zabiegów transplantacyjnych z gwarancją szybkiego dopasowania dawcy.

Prześladowany przez Pekin *quasi* religijny ruch Falun Gong, kilkakrotnie informował, iż jego zwolennicy są przetrzymywani w obozach pracy, nieoficjalnie zwanymi obozami śmierci. Dziennikarz radia Sound of Hope powiązany z Falun Gong, będąc w Warszawie mówił: „Prawda o przeszczepach w Chinach jest jak Holokaust. Tak straszna, że nikt nie chce w nią uwierzyć”¹¹³. Po tych doniesieniach chiński rząd zaczął interesować się tym, co dzieje się w szpitalach, które przeprowadzają transplantacje. Okazało się, że instytucje te działają w porozumieniu z władzami więzień. Wspólnie wyszukują najbardziej zgodnego z biorcą skazanego i zmuszają go do podpisania zgody na donację. Skazaniec otrzymuje strzał w głowę, po czym jest błyskawicznie przenoszony do stojącej na poboczu karetki, gdzie wycina mu się narządy. Po wprowadzeniu w 2007 roku nowego prawa zakazującego handlu organami i turystyki transplantacyjnej, żywymi dawcami mogą zostać jedynie osoby z rodziny lub emocjonalnie związane z biorcą. Przestępcze organizacje wyszukują ubogich Chińczyków, którym wyrabiane są dokumenty świadczące o rodzinnych lub emocjonalnych więzach. Na tym tle dochodzi także do porwań ludzi. Przez wiele lat chińskie władze dementowały wszystkie informacje dotyczące nielegalnego pozyskiwania narządów od więźniów. Dopiero w 2009

¹¹³ K. Godlewski, *Chiny: Organy skazańców na zamówienie*, <http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,3650467.html>, 19.01.2012, godz. 22:04.

roku wiceminister zdrowia tego kraju Huang Jiefu oświadczył, iż skazańcy „nie są właściwym źródłem organów do transplantacji”¹¹⁴.

W Chinach w 2003 roku zaledwie 130 osób zgodziło się na donację. Taka postawa wynika z kulturowych uwarunkowań do czci zmarłego oraz przekonania, iż człowiek powinien być pochowany w całości. Do zmiany tego stanowiska oraz zniwelowania nielegalnych praktyk transplantacyjnych uruchomiono ogólnokrajowy program, w który zaangażowany został między innymi Czerwony Krzyż. Pilotażowym projektem zostało objęte dziesięć prowincji. Chińskie władze szacują, iż projekt ten uda im się wprowadzić w czasie krótszym niż 20 lat (tyle, bowiem czasu zajęło to Stanom Zjednoczonym)¹¹⁵.

4.3.3. Republika Singapuru

Singapur posiada unikalny w skali świata system rozwiązywania problemów wynikających z niedoborów narządów. To miasto-państwo, z liczbą ludności przekraczającą 5 milionów obywateli w sposób niezwykle skuteczny poradziło sobie z problemem braku dawców, z którym nie potrafił poradzić sobie cały świat.

Pierwsze przeszczepienie nerki od martwego dawcy miało w tym kraju miejsce w 1970 roku, pierwsze przeszczepienie serca i wątroby w 1990 roku. Obecnie singapurskie szpitale transplantacyjne przeszczepiają wszystkie możliwe organy, tkanki czy komórki. W latach 1998-2003 liczba osób oczekujących na przeszczepienie nerki wzrosła o prawie 20%. Wzrost liczby programów transplantacji narządów doprowadził do stworzenia w Ministerstwie Zdrowia specjalnej jednostki *National Organ Transplant Unit*, która zajmuje się szeroko rozumianą koordynacją pobierania i przeszczepiania, szkoleniami personelu medycznego i promocją dawstwa wśród społeczeństwa. Prowadzi także rejestr dawców *Organ Donor Registry*, który z kolei zarządza następującymi rejestrami:

- ludzi, którzy chcą oddać po śmierci swoje narządy lub ciała do transplantacji, badań naukowych lub w celach edukacyjnych, w ramach *Medical (Therapy, Education and Research) Act (MTERA)*,
- ludzi, którzy rejestrują swój sprzeciw wobec pobrania narządów po śmierci do celów transplantacyjnych, w ramach *Human Organ Transplant Act (HOTA)*¹¹⁶.

W Singapurze przed 2009 rokiem dawstwo odbywało się na zasadach dobrowolności. Jednak okazało się ono niewystarczające wobec ciągle rosnącej liczby pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu. Między 1970 a 1978 rokiem wykonano jedynie 22 transplantacje nerki, natomiast w latach 1979-1981 nie było żadnego przeszczepienia.

¹¹⁴ M. Kruczkowska, *Skaz na śmierć swojego dawcę nerki*, http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,6968533,Skaz_na_smierc_swego_dawce_nerki.html, 18.01.2012, godz. 22:53.

¹¹⁵ P. Kościński, *Nie zabiorą więźniom organów?*, <http://archiwum.rp.pl/artukul/887528.html>, 06.01.2012, 14:46.

¹¹⁶ http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/policies-and-issues/human_organ_transplantacthota/National_Organ_Transplant_Unit.html, 10.02.2012, godz. 11:45.

Od 1 listopada 2009 roku wszyscy obywatele Singapuru oraz rezydenci przebywający w tym kraju, po ukończeniu dwudziestego pierwszego roku życia objęci są ustawą transplantacyjną. Oznacza to, że ich narządy po stwierdzeniu śmierci zostaną pobrane wtedy, kiedy zostaną spełnione następujące warunki:

- zmarli w szpitalu,
- nie wyrazili sprzeciwu wobec pobrania narządów,
- ich organy nadają się do przeszczepienia,
- znajdują się osoby, dla których te narządy są odpowiednie¹¹⁷.

Śmierć mózgu orzekana jest przez dwóch lekarzy, którzy nie biorą udziału w procesie leczenia, a po orzeczeniu śmierci w żadnym z późniejszych etapów pobierania i przeszczepiania narządów.

Wiele kontrowersji wywołał zapis zatwierdzony w 2009 roku, dotyczący zwrotu kosztów poniesionych przez żywych dawców z tytułu oddania narządu (na przykład za utratę zarobków i innych wydatków, w tym medycznych i ubezpieczeniowych). Przepis ten, wywołał żywą dyskusję w parlamencie, podczas której zarzucono autorom możliwość wykorzystania zapisu w procedurze handlu narządami¹¹⁸.

Obecnie w Singapurze około 600 osób czeka na przeszczepienie narządu. Każdego roku umiera około piętnastu osób oczekując na wątrobę oraz trzy osoby czekające na przeszczep serca. Niedobór rogówki do przeszczepienia powoduje sytuację, iż korzysta się z zagranicznych źródeł, jednak nie zawsze mogą być one dostępne w odpowiednim czasie¹¹⁹.

Dodatkowo unikalność systemu (nigdzie poza Singapurem prawnie usankcjonowana), tym samym jego skuteczność, polega na tym, że transplantologia singapurska premiuje, gdy znajdzie taka konieczność, te osoby priorytetem na listach oczekujących na przeszczep, które zgodziły się wcześniej oddać swoje narządy do celów transplantacyjnych (tym samym nie wyraziły sprzeciwu), przesuwa na koniec listy, te które wyraziły sprzeciw.

4.4. Rozwiązania prawne w Stanach Zjednoczonych

W Stanach Zjednoczonych, z ponad 300 milionową liczbą ludności, obowiązuje zasada zgody wyrażonej wprost, czyli konieczności wpisania się do specjalnego rejestru dawców. Najczęściej dzieje się to w sytuacji uzyskiwania lub odnawiania prawa jazdy, choć oczywiście dostępne są strony rejestrów państwowych z możliwością rejestracji on-line.

¹¹⁷ http://infopedia.nl.sg/articles/SIP_1401_2009-01-08.html, 10.02.2012, godz. 20:10.

¹¹⁸ V. Chew, *Human Organ Transplant Act (HOTA)*, http://infopedia.nl.sg/articles/SIP_1401_2009-01-08.html, 10.02.2012, godz. 21:08.

¹¹⁹ http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/policies-and-issues/human_organ_transplantacthota.html, 09.02.2012, godz. 20:59.

Na dzień 7 lutego 2012 na liście oczekujących na narząd znajdowało się 112 904 kandydatów¹²⁰ (średnio, co dziesięć minut dopisuje się do listy kolejna osoba). Codziennie osiemnaście osób umiera nie doczekawszy przeszczepu. Od stycznia do listopada 2011 roku miało miejsce 26 245 przeszczepień, a liczba dawców w tym okresie wyniosła 12 957¹²¹.

W 2010 roku 62% żywych dawców stanowiły kobiety, natomiast wśród dawców zmarłych, dominowali mężczyźni, z których 67% to osoby rasy białej, 16% czarnej, 13% Latynosi, 2,3% Azjaci. W grudniu 2011 roku krajowa lista oczekujących na przeszczepienie w Stanach Zjednoczonych składała się z 45% osób rasy białej, 29% czarnej, 18% Latynosów, 7% Azjatów. Aby pokazać skalę zjawiska, należy zaznaczyć, że w 2007 roku było w Stanach Zjednoczonych prawie dwa i pół miliona zgonów¹²². Z powodu dużego zróżnicowania ras i narodowości, zarejestrowanie się potencjalnych dawców, ujawniło wielką rozbieżność w odniesieniu do poszczególnych reprezentantów społeczeństwa amerykańskiego. Potrzeby w niektórych grupach są nieproporcjonalnie wysokie, często ze względu na charakterystyczną dla danej rasy wysoką zapadalność na określone schorzenia, jak na przykład nadciśnienie tętnicze czy cukrzycę. Oba te schorzenia mogą prowadzić do konieczności przeszczepienia nerki. Afroamerykanie, Azjaci, Latynosi i mieszkańcy wysp Pacyfiku (ponad 1/3 społeczeństwa) trzy razy częściej, niż ludzie rasy białej, cierpią z powodu schyłkowej niewydolności nerek, choroby będącej rezultatem między innymi wysokiego ciśnienia krwi, powodującego uszkodzenie nerek. Prawie 35% z ponad 80 tys. osób oczekujących na przeszczepienie nerki to Afroamerykanie. Pomimo, iż narządy nie są dopasowywane pod względem rasy czy pochodzenia etnicznego, to w świetle badań ludzie tej samej rasy mają większą zgodność pod względem tkankowym i grupowym. Wynika z tego, że wszystkie osoby czekające na przeszczep będą miały większą szansę na operację, kiedy liczba dawców każdej grupy etnicznej czy rasowej będzie proporcjonalna pod względem liczebnym. Przyczyniłoby się to nie tylko do wzrostu dawców w ogóle, ale i zwiększyłoby prawdopodobieństwo zgodności genowej wśród członków tej samej grupy etnicznej¹²³.

Latynosi mieszkający w USA mają wysoki wskaźnik zapadalności na choroby serca i cukrzycę. Meksykańscy Amerykanie (Mexican Americans) w większości cierpią na otyłość, która przyczynia się do powstawania cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i chorób serca. Latynosi stanowią 16% populacji w Stanach Zjednoczonych, a 18% z nich czeka na nerkę i 17% na przeszczep wątroby¹²⁴.

Azjaci, rdzenni Hawajczycy i inne grupy wysp Pacyfiku znacznie częściej cierpią na choroby wątroby, trzy razy częściej niż ludzie rasy białej zapadają na choroby nerek. Grupa ta, stanowi 7,5% oczekujących na przeszczepienie, a tylko 3% z nich to dawcy narządów. Aż

¹²⁰ <http://www.unos.org/>, 07.02.2012, godz. 21:42.

¹²¹ <http://www.unos.org/>, 07.02.2012, godz. 21:45.

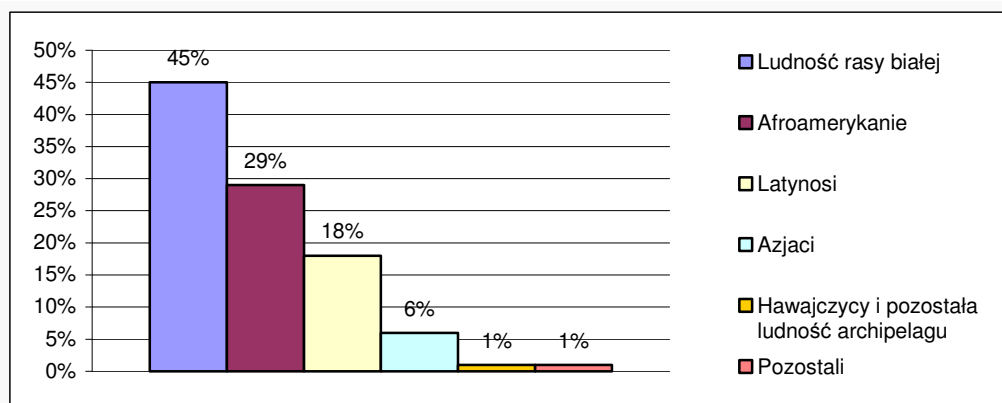
¹²² <http://organdonor.gov/about/data.html>, 07.02.2012, godz. 21:41.

¹²³ <http://organdonor.gov/whydonate/minorities.html>, 08.02.2012, godz. 14:10.

¹²⁴ http://organdonor.gov/awareness_day/minorityhisp.html, 08.02.2012, godz. 14:36.

88% Azjatów, rdzennych Hawajczyków i mieszkańców wysp Pacyfiku znajduje się na amerykańskiej liście na przeszczepienie nerki¹²⁵.

Afroamerykanie są predysponowani do podwyższonego poziomu cukru we krwi oraz wyższych wartości ciśnienia tętniczego i stanowią najliczniejszą grupę mniejszości etnicznych w zakresie potrzeb przeszczepiania organów. Ogólnie grupa ta stanowi 13% populacji mieszkańców Stanów Zjednoczonych, z czego 32% osób tej mniejszości czeka na przeszczep nerki, a 20% na przeszczep serca. W ogólnej liczbie osób czekających na przeszczepienie jakiegokolwiek narządu, 29,2% stanowią Afroamerykanie¹²⁶.



Rycina 14. Lista oczekujących na przeszczepienie narządu w USA wg kryteriów etnicznych¹²⁷

W Stanach Zjednoczonych narządy mogą być pobrane po orzeczeniu śmierci mózgu. Po wyczerpaniu wszelkich dostępnych metod leczenia wysuwa się podejrzenie śmierci w oparciu o kryteria cerebralne. Lekarze, neurologi lub neurochirurdzy, przeprowadzają serię testów, zgodnie z wytycznymi powtarzanych kilkakrotnie. W oparciu o regulacje federalne, szpital przekazuje informacje o potencjalnym dawcy do lokalnego oddziału *Organ Procurement Organization* (OPO). Jeśli pacjent jest wpisany na listę potencjalnych dawców, lokalny przedstawiciel OPO jedzie do szpitala. Tam sprawdzana jest zgoda pacjenta na pobranie, w przypadku jej braku kontaktuje się z najbliższą rodziną w celu zasięgnięcia jej opinii. Po otrzymaniu akceptacji, przechodzi się do kolejnego etapu kwalifikacji i wykonywania wszystkich niezbędnych badań wynikających z procedury. Przedstawiciel OPO kontaktuje się z *Organ Procurement and Transplantation Network* (OPTN) w celu poszukiwania odpowiednich biorców. OPTN prowadzi krajową bazę danych oczekujących na przeszczepienie w całych Stanach Zjednoczonych. Jest on obsługiwany przez *United Network for Organ Sharing* (UNOS) w ramach umowy z *U.S. Department of Health and Human Services*. Specjalny program komputerowy oznacza biorców narządów w oparciu o takie kryteria jak: grupa krwi, zgodność tkankowa, wzrost, waga, czas oczekiwania, stan zdrowia biorcy (stopień nasilenia cho-

¹²⁵ http://organdonor.gov/awareness_day/minorityanhopi.html, 08.02.2012, godz. 15:10.

¹²⁶ http://organdonor.gov/awareness_day/minorityaa.html, 08.02.2012, godz. 15:34.

¹²⁷ Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN) 24.06.2011; http://organdonor.gov/awareness_day/minorityhisp.html, 08.02.2012, godz. 16:07.

roby) i odległość między szpitalem, w którym znajduje się, lub będzie się znajdował, biorca. Nie są brane pod uwagę takie kryteria jak rasa, płeć, uwarunkowania społeczno-ekonomiczne. Komputer przy pomocy specjalnego programu opracowuje listę potencjalnych biorców organów, przyznając je osobom będącym na pierwszym miejscu według wyżej wymienionych kryteriów. Lista trafia do lekarzy, którzy osobiście decydują czy zgadzają się z propozycjami, czy zmieniają listę biorców, w oparciu o inne przesłanki medyczne. Większość narządów, bo aż 75% trafia do lokalnych pacjentów, pozostałe 25% jest dzielone między pacjentów z innych części kraju. Przedstawiciel OPO organizuje i koordynuje odbiór poszczególnych organów przez zespoły transplantacyjne¹²⁸.

Średni czas oczekiwania w Stanach Zjednoczonych na narząd (dane z 2008 roku):

- nerka – 1219 dni,
- serce – 113 dni,
- wątroba – 361 dni,
- jelito – 159 dni,
- płuca – 141 dni,
- trzustka – 260 dni.

Pacjenci zakwalifikowani do zabiegu przeszczepiania narządu szczegółowo informowani są o wszystkich możliwych powikłaniach i problemach. Szczególny nacisk kładziony jest na stronę finansową. Zachęca się pacjentów do kontaktu ze swoim agentem ubezpieczenia medycznego w celu szczegółowego zapoznania się z warunkami ubezpieczenia. Informuje się biorców o wszystkich kosztach poszczególnych etapów, od diagnostyki, poprzez hospitalizację, operację i koszty terapii farmakologicznej po operacji.

Opłaty czynności przed i pooperacyjne oraz samego organu, mogą być różne w poszczególnych częściach kraju.

Tabela 11. Szacunkowy, średni koszt przeszczepienia poszczególnych narządów w Stanach Zjednoczonych w 2011 roku w dolarach amerykańskich¹²⁹

Narząd	Procedury 30 dni przed zabiegiem	Organizacja i odbiór narządu do przeszczepienia	Operacja i procedury szpitalne	Lekarz podczas zabiegu	Procedury 180 dni po zabiegu	Immuno-supresja	Razem
Serce	47 200	80 400	634 300	67 700	137 800	30 300	997 700
Jedno płuco	10 300	73 100	302 900	33 500	117 700	23 700	561 200
Dwa płuca	21 400	90 300	458 500	56 300	142 600	28 200	797 300
Serce i płuco	56 800	130 500	777 700	81 000	169 100	33 300	1 148 400
Wątroba	25 400	71 000	316 900	46 600	93 900	23 300	577 100
Nerka	17 000	67 200	91 200	18 500	50 800	18 200	262 900
Trzustka	17 000	65 000	108 900	17 800	61 400	19 300	289 400
Jelito	55 100	78 500	787 900	104 100	146 600	34 600	1 206 800

¹²⁸ <http://organdonor.gov/about/organdonationprocess.html#process1>, 07.02.2012, godz. 14:55.

¹²⁹ <http://transplantliving.org/beforethetransplant/finance/costs.aspx>, 07.02.2012, godz. 15:29.

Pacjentom podawane są adresy mailowe instytucji finansowych, które mogą pośredniczyć w tego typu konsultacjach. Zachęca się do planowania finansowego przy współudziale takich podmiotów jak: pracownicy socjalni, koordynatorzy finansowi i różne inne organizacje pomagające finansowo w tego typu przedsięwzięciach. Warto podkreślić, iż koordynator finansowy jest członkiem zespołu transplantacyjnego mającym szczegółowe informacje i doświadczenie z finansowaniem opieki zdrowotnej i opłatami szpitalnymi. Namawia się pacjentów do konsultacji z taką osobą, ponieważ pomaga ona rozpatrzyć każdy przypadek indywidualnie, zapoznać się ze szczegółami ubezpieczenia zdrowotnego, utworzyć fundusz na medyczny i pozamedyczny koszt operacji, a także pomóc znaleźć dodatkowe źródła utrzymania¹³⁰.

W Stanach Zjednoczonych, w ciągu ostatnich pięciu lat 6.200 przeszczepów odbyło się dzięki hojności żywych dawców¹³¹. Dawstwo żywe może odbywać się na następujących zasadach:

- darowizna dedykowana, pod warunkiem, gdy zaistnieje:
 - pokrewieństwo biologiczne (więzy krwi), to jest rodzice, dzieci, rodzeństwo,
 - pokrewieństwo społeczne (osoby, których łączy jakiś rodzaj więzi społecznej), na przykład mąż/zona, przyjaciel, współpracownik, znajomy, lub obcy, który o biorcy dowiedział się z gazet, radia, telewizji czy Internetu.
- darowizna niededykowana (dawstwo altruistyczne)
 - osoby zakwalifikowane do pobrania narządu, nie mający żadnego wpływu na to, komu zostanie on przeszczepiony. W tej sytuacji dawca i biorca mogą się spotkać po operacji, jednak wymaga to zgody obu stron¹³².

Dopasowanie dawcy i biorcy w przypadku przeszczepienia narządów jest niezwykle trudne szczególnie w przypadku nerki. W Stanach Zjednoczonych organizuje się dobór tego narządu także w systemie domino.

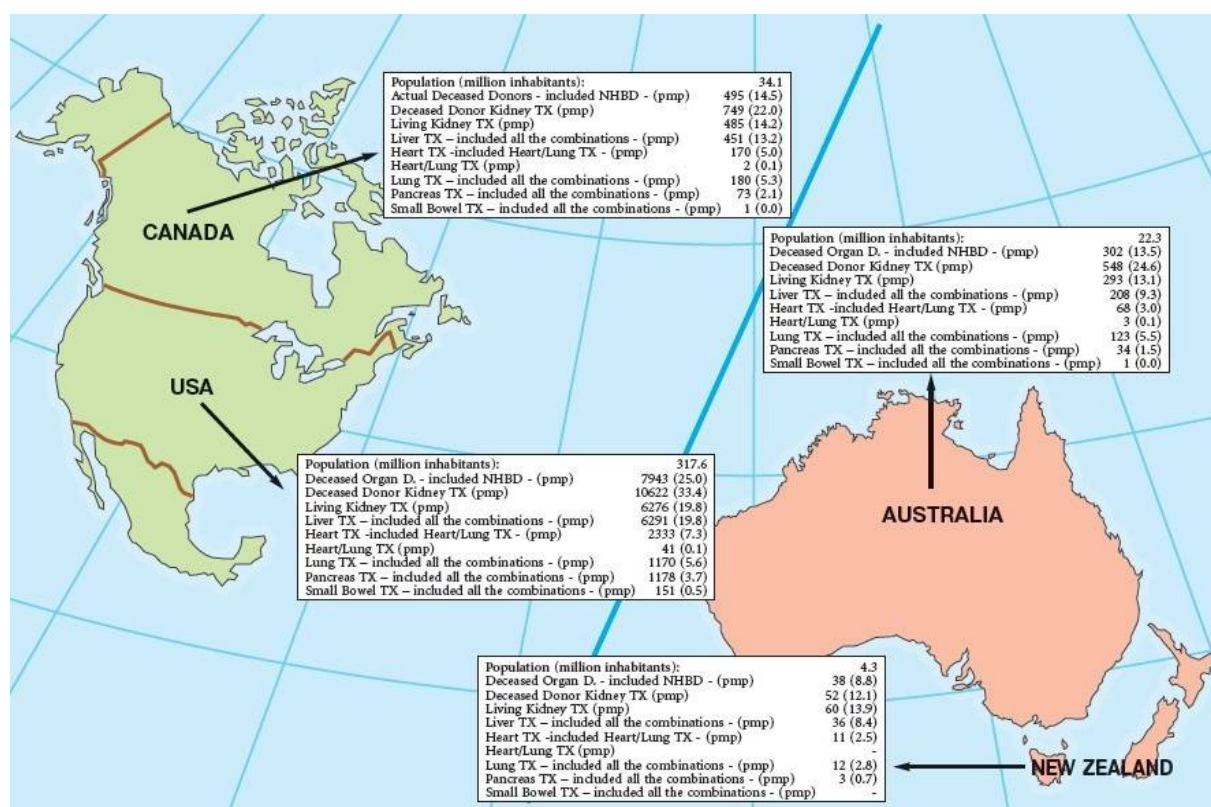
W świetle przepisów prawa, w Stanach Zjednoczonych wynagradzanie żywych dawców narządów w jakikolwiek materialny sposób jest zabronione. Jednak dawca może otrzymać zwrot niektórych wydatków związanych z procesem oddania narządu. Każdy ośrodek dokonujący przeszczepów musi sporządzić pisemne protokoły dokumentujące poszczególne fazy procesu oddawania narządu. W ramach tych wymogów każdemu potencjalnemu dawcy zostaje przyporządkowany niezależny doradca donacyjny – *independent donor advocate* (IDA). Osoba taka nie jest w żaden sposób związana z procedurą przeszczepu. Jej rolą jest przedstawienie dawcy przysługujących mu praw i obowiązków, pomoc w ich zrozumieniu, a także dbanie o zaspokojenie jego interesów. Wydatki związane z badaniami, diagnostyką i pobraniem narządu od dawcy pokrywane są przez ubezpieczenie biorcy. Natomiast, wszystkie ewentualne powikłania po operacji pobrania narządu, występujące u dawcy tuż po operacji czy później są już w gestii jego ubezpieczenia zdrowotnego. Dlatego zachęca się do szczegó-

¹³⁰ <http://organdonor.gov/about/transplantationprocess.html#process3>, 07.02.2012, godz. 13:25.

¹³¹ http://www.unos.org/donation/index.php?topic=living_donation, 08.02.2012, godz. 18:21.

¹³² http://www.unos.org/docs/Living_Donation.pdf, 08.02.2012, godz. 18:45.

lowego zapoznania się dawcy ze swoją polisą i poszukiwania ewentualnych, alternatywnych źródeł finansowania późniejszego leczenia. Informuje się żywych dawców, o możliwościach skorzystania z usług osób zatrudnionych w ośrodkach transplantacyjnych, które udzielają wszelkich informacji i dysponują danymi instytucji, które w razie potrzeby mogą pomóc w uzyskaniu środków na pooperacyjne powikłania związane z dawstwem. Organizacja *National Living Donor Assistance Center* pomaga takim dawcom w pokryciu kosztów niepokrywanych przez ubezpieczenie biorcy, a związanych z transportem, zakwaterowaniem i wyżywieniem oraz innymi niemedycznymi wydatkami poniesionymi na ocenę, operacją i kontynuacją pewnych zobowiązań medycznych do 90 dni po zabiegu¹³³.



Rycina 15. Współczynnik dawstwa w Ameryce Północnej, Australii, Nowej Zelandii w 2010¹³⁴

¹³³ http://www.unos.org/docs/Living_Donation.pdf, 09.02.2012, godz. 15:28.

¹³⁴ <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Newsletter2011.pdf>, 18.02.2012, godz. 17:55.



Rycina 16. Współczynnik dawstwa w Ameryce Południowej w 2010¹³⁵

¹³⁵ <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Newsletter2011.pdf>, 18.02.2012, godz. 17:55.

ROZDZIAŁ V

Handel ludzkimi narządami

Należy przyjąć ponad wszelką wątpliwość, że handel organami ludzkimi istnieje. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że nawet 15% przeszczepów nerek przeprowadzane jest nielegalnie. W obliczu deficytu narządów część chorych nie chce lub nie może czekać na organ. Takie czekanie bowiem, może zakończyć się śmiercią, więc oczekujący biorca „bierze” sprawę w swoje ręce. W procedurze handlu organami zainteresowanych jest kilka stron, które dążą do sfinalizowania transakcji kupna-sprzedaży. Są to: nabywca, dawca, pośrednik i personel szpitala pobierający i przeszczepiający organ. Taką transakcję można utożsamiać z grupą handlującą narkotykami, gdzie trzy strony nie mogą istnieć bez najważniejszego ogniwa, czyli nabywcy, i odwrotnie, nabywca jest zdany na łaskę dawcy i pozostałych uczestników transakcji.

Przyczyn takiego stanu rzeczy należy szukać, między innymi w uregulowaniach prawnych dotyczących możliwości pobierania organów. Niektóre państwa ustanowiły bardzo niewydolny i nieskuteczny system pozyskiwania narządów do przeszczepiania. Większość osób zakwalifikowanych do przeszczepienia i wpisanych na listę musi całymi latami oczekiwać na organ. Oblicza się, iż w Europie co trzecia osoba, umiera nie doczekawszy się przeszczepienia. Zatem w obliczu pogarszającego się stanu zdrowia, niepewności, lęku przed śmiercią, chorzy decydują się na nielegalne kroki i na własną rękę szukają narządów do przeszczepienia. Ryzyko jest zarówno po stronie kupującego jak i sprzedającego. Należy podkreślić, iż osoby kupujące organ dokonały ryzykownego wyboru decydując się na popełnienie przestępstwa. Natomiast możliwość legalnego osiągnięcia celu, który jest społecznie, prawnie i moralnie akceptowany, pozostaje nieosiągalny przez niewydolny system¹³⁶.

¹³⁶ B. Hołyst, *Kryminologia*, wyd. IX rozszerzone, LexisNexis, Warszawa 2007, s. 582-586.

5.1. Ciało ludzkie jako towar

Ciało ludzkie stało się produktem, niezwykle cennym surowcem, a powstałe z niego „części zamienne” nie tylko poprawiają jakość życia, ale często je ratują. Z jednych zwłok uzyskuje się około dwustu preparatów leczniczych, od nerwów, więzadeł, stawów, kości po całe narządy. Przepisy prawa regulujące transplantacje stają się coraz bardziej rygorystyczne. Na skutek nacisku organizacji międzynarodowych w większości krajów wprowadzono zakaz handlu narządami, co spowodowało wzmożony ruch na czarnym rynku. Jednak chorzy nie chcą czekać na śmierć, szukają ratunku nielegalnie spychając na dalszy plan moralność i etykę, bowiem życie jest dla nich bezcenne. Dopóki popyt będzie większy od podaży, nielegalny handel będzie istniał, ponieważ ciało ludzkie stało się bardzo ekskluzywnym towarem.

Podobnie jak w przypadku handlu ludźmi w celach wyzysku, ofiary handlu organami do przeszczepiania pochodzą z najbiedniejszych warstw społecznych różnych krajów, a osoby zajmujące się tym procederem działają w międzynarodowych grupach przestępczych. Ludzie ci, kuszą biednych fałszywymi obietnicami dobrze płatnej pracy za granicą. Tam przekonują lub zmuszają swoje ofiary do oddania narządów w celu ich dalszej odsprzedaży. Natomiast osoba kupująca narząd musi zapłacić o wiele wyższą kwotę, niż w konsekwencji otrzymuje zmuszony do takiego czynu dawca. W proceder uzyskania narządu jest zaangażowanych bardzo wiele osób, od werbujących ofiary, przez dyrektorów i pracowników szpitali, zespoły pobierające i przeszczepiające, pracowników biur podróży, kierowców karetek, pracowników kostnic i wielu innych. Każda z tych osób otrzymuje wynagrodzenie, stosowne do roli jaką odegrała w tym procederze.

Nerki z reguły pochodzą od osób z krajów rozwijających się i przeznaczone są dla chorych z krajów rozwiniętych. Profesor antropologii na Uniwersytecie Berkley Nancy Scheper-Hughes tak pisze o tym procederze: „Obieg nerek przebiega po ustalonych trasach, drogach kapitału, z południa na północ, ze wschodu na zachód, od biednych do bardziej zamożnych, od ludzi czarnych i brązowych do białych i od kobiet do mężczyzn lub od biednych o niskim statusie mężczyzn do bardziej zamożnych mężczyzn. Kobiety rzadko są odbiorcami zakupionych organów gdziekolwiek na świecie”¹³⁷.

Profesor Scheper-Hughes zaproponowała metodę „czterech C” dotyczącą konceptualizacji bioetycznych wyzwań związanych z przeszczepami:

- konsumpcja (consumption) – na jakich warunkach jest dozwolona „konsumpcja” ciała drugiej osoby,
- zgoda (consent) – wykorzystywanie osób (biedni, chorzy, umierający, więźniowie), jako dawców narządów, kiedy uzyskanie pełnej świadomej zgody jest trudne lub niemożliwe do osiągnięcia,

¹³⁷ N. Scheper-Hughes, *Keeping an eye on the global traffic in human organs*, The Lancet, Vol. 361, 10.05.2003, s. 1645.

- przymus (coercion) – zapotrzebowanie na ofiarność, często podszyte przemocą; poświęcenie ciała dla potrzeby wykonania gestu altruistycznego, przetrwania rodziny (rodu) czy z pobudek czysto ekonomicznych dla podniesienia poziomu życia,
- utowarowienie (commodification) – podział ciała i jego elementów na „części” służące manipulacji, w celu ich dystrybucji i sprzedaży¹³⁸.

W kontekście handlu ludźmi, w celu pozyskiwania organów, mogą występować różne *modus operandi* pozyskiwania dawców lub narządów:

- porwania, zabójstwa i sprzedaż ludzi, zwłaszcza dzieci dla uzyskania narządów,
- usunięcie nerki pod przymusem lub w wyniku oszustwa. Scenariusze oszustów są bardzo różne. Werbuje się ludzi do dobrze płatnej pracy za granicą, wywozi, wycina się im narządy i porzuca bez opieki, pieniędzy i dokumentów. W innych przypadkach w trakcie rutynowych wizyt u lekarza, wmawia się pacjentom konieczność przeprowadzenia nagłej operacji, ze względu na zagrożenie życia (na przykład raka nerki). Niczego niepodejrzewające osoby poddają się proponowanej metodzie „leczenia” tracąc narządy,
- ofiary zgadzają się na pobranie narządów, za określony ekwiwalent pieniężny, lecz nie uzyskują za nie zapłaty, lub zapłata jest tylko częściowa,
- organy są pobierane od osób, którym przedwcześnie orzeciono śmierć mózgu. Nie dba się o przestrzeganie procedur, a części pacjentów będących w śpiączce podawane są leki imitujące śmierć mózgu. W niektórych krajach lekarze chętnie angażują się w takie procedury, ze względu na równoczesne zaangażowanie w przestępczość zorganizowaną¹³⁹.

W sierpniu 2009 roku największa szwedzka gazeta codzienna *Aftonbladet*, opublikowała artykuł pt. „Grabią organy naszych synów”, w którym opisano akcje zabijania Palestyńczyków, przez żołnierzy armii izraelskiej. Autor, Donald Bostrom, przytaczał rozmowy przeprowadzone z rodzinami zmarłych i wezwał do międzynarodowego śledztwa w tej sprawie. Publikacja nawiązywała do aresztowania obywateli amerykańskich pochodzenia żydowskiego w związku z zarzutami o korupcję, pranie brudnych pieniędzy i handel ludźmi. Izrael natychmiast odpowiedział na zarzuty, oskarżając, zarówno autora jak i gazetę, o antysemityzm.

W lipcu 2009 roku FBI zatrzymało kilkadziesiąt osób w kilku krajach świata (USA, Szwajcaria, Izrael), oskarżając ich o korupcję, pranie brudnych pieniędzy i handel ludzkimi organami. Aresztowano między innymi kilku polityków stanu New Jersey, prawników, burmistrza oraz czterech rabinów. Wśród zatrzymanych był także rabin Levy Isaak Rosenbaum z Brooklynu, o którym profesor Nancy Scheper-Hughes mówiła: „Rosenbaum należał do ogromnej, zorganizowanej siatki przestępczej trudniącej się handlem organami ludzkimi,

¹³⁸ N. Scheper-Hughes, *Illegal Organ Trade: Global Justice and the Traffic in Human Organs*, <http://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2008/BP011HumanTraffickingfortheRemovalofOrgans.pdf>, 04.02.2012, godz. 18:51.

¹³⁹ *Human Trafficking for the Removal of Organs*, <http://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2008/BP011HumanTraffickingfortheRemovalofOrgans.pdf>, 04.02.2012, godz. 20:43.

z główną siedzibą w Izraelu, odpowiedzialnej za tysiące transakcji kupna-sprzedaży nerek rocznie. (...) Rosenbaum to była właśnie ta osoba, której poszukiwałam przez ponad dziesięć lat. To ja podałam jego nazwisko do FBI”¹⁴⁰.

Rosenbaum kupował nerki za dziesięć tysięcy dolarów, sprzedając je za sto sześćdziesiąt tysięcy. Określał się mianem „swata” (ang. *matchmaker*). Swoich klientów informował, że może wysłać próbkę krwi dawcy do Izraela w celu znalezienia odpowiedniego biorcy. Akcentował swoją pozycję mówiąc, że tylko on jest w stanie najszybciej załatwić przeszczepienie. Zalecał przyjazd biorcy do Nowego Jorku, pomagając mu w uzyskaniu wizy, aranżował spotkanie dawcy i biorcy, dokładnie objaśniając, co mają mówić w trakcie kwalifikacji przedoperacyjnej. Był bezwzględny, często werbował ludzi pod pretekstem łatwej i dobrze płatnej pracy, na przykład malarza czy pomocy domowej, następnie zmuszał ich do oddania narządu groźbą porzucenia lub wręcz zabicia. Profesor Scheper-Hughes uważa, iż Rosenbaum był „głównym pośrednikiem międzynarodowego handlu ludźmi”¹⁴¹. Powołuje się na zeznania człowieka, który współpracował z Rosenbaumem i widział jak ludzie przyjeżdżający z zagranicy, na przykład z Mołdawii, czy Rosji, nie wiedzieli co ich czeka, do momentu, gdy zostali zmuszeni groźbami do oddania narządu. W sprawę zaangażowane były także duże szpitale amerykańskie. Do wykrycia tego procederu doszło w wyniku współpracy FBI z jednym z przestępców, Salomonem Dweck, synem rabina. Został on oskarżony o działalność korupcyjną na szkodę banku PNC na kwotę ponad pięćdziesięciu milionów dolarów. By zmniejszyć wymiar kary został informatorem. Przez wiele lat Izrael był oskarżany o handel organami pochodzącymi od Palestyńczyków. Palestyńczycy nie mają absolutnie żadnych wątpliwości, że była i jest to powszechna praktyka. W przypadku takich zarzutów Izrael zawsze sięga po argument antysemityzmu. Warto zauważyć, iż żadne inne kraje oskarżane o handel narządami, jak Chiny czy Indie, nie odwołują się do argumentu nienawiści względem ich nacji. Odwoływanie się do antysemityzmu nie może stać się przyczynkiem do braku obiektywności i sprawiedliwości w ocenie procederu trwającego już dziesiątki lat¹⁴².

Nancy Scheper-Hughes, założycielka organizacji *Organs Watch* powiedziała, że istnieją dwa powody, dla których izraelscy przestępcy zajmują się handlem narządami: pieniądze i restytucja za Holokaust. Organizacja *Organs Watch* powstała w 1999 roku i zajmuje się między innymi ujawnianiem przypadków handlu narządami. Nie wiadomo ile osób na świecie sprzedaje swoje organy, nie ma na ten temat żadnych oficjalnych danych, dlatego powstało bardzo wiele nieprawdziwych informacji na ten temat. Faktem jest, że osobami najbardziej narażonymi na ryzyko handlu narządami są ludzie ubodzy, zmarginalizowani, pochodzący z najbiedniejszych warstw społecznych w krajach rozwijających się. Za pieniądze, które umożliwią im wyżywienie rodziny czy spłatę długów, pozwalają okaleczać swoje ciała. Profesor

¹⁴⁰ <http://www.bibula.com/?p=12975>, 19.01.2012, godz. 9:53.

¹⁴¹ J. Cannon *Butchers: The hidden truth about Israel's kidney theft ring*, http://axisoflogic.com/artman/publish/Article_56512.shtml, 05.02.2012, godz. 15:30.

¹⁴² J. Cannon *Butchers: The hidden truth about Israel's kidney theft ring*, http://axisoflogic.com/artman/publish/Article_56512.shtml, 05.02.2012, godz. 15:30.

Scheper-Hughes przytacza opowieść, kiedy w Manili, mężczyzna proponował jej sprzedaż oka, nogi, lub cokolwiek, co u człowieka występuje w parze. Na Filipinach ludzie z ubogich dzielnic całymi rodzinami po kolei sprzedają nerki, a kiedy bieda dalej doskwiera proponują kolejną część ciała do sprzedaży¹⁴³. Ludzie, którzy namawiają biednych do sprzedaży swoich narządów często obiecują niezwykle wysokie kwoty. Sprzedający, po operacji zostają pozostawieni sami sobie, bez wsparcia, należytej opieki i kontroli medycznej. Po paru miesiącach czy latach od sprzedaży organu są w gorszej sytuacji materialnej, psychicznej czy społecznej niż przed operacją. Według *Organs Watch* rokrocznie nielegalnie przeszczepianych jest 15 tysięcy nerek. Profesor Scheper-Hughes twierdzi, że te dane są niedoszacowane. Według niej w latach 1990-2003 w samych tylko Stanach Zjednoczonych liczba dawców wzrosła o 33%, a liczba oczekujących na przeszczepienie o 250%. Prowadzi to do olbrzymich dysproporcji pomiędzy potrzebami a możliwościami. Taka sytuacja spowodowała, że powstały biura podróży organizujące wyjazdy do miejsc, gdzie możliwe jest przeprowadzenie przeszczepu¹⁴⁴.

Problem nielegalnego kupna i sprzedaży narządów nie jest tylko problemem Azji czy Ameryki Południowej. W niektórych krajach europejskich jak w Rosji, Rumuni, Estonii, Ukrainie, Mołdawii czy Turcji również nasila się proceder handlu ludźmi i organami do przeszczepienia.

W sierpniu 2010 roku Polska Agencja Prasowa doniosła, iż ukraińskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zdemaskowało międzynarodową grupę przestępczą zajmującą się handlem ludzkimi narządami. Na czele tej organizacji stał obywatel Izraela, a współtworzyło ją czterech znanych chirurgów z Instytutu Chirurgii i Transplantologii im. Szalimowa w Kijowie. Namawiali oni mieszkańców Ukrainy, Białorusi, Rosji, Mołdawii i Uzbekistanu do sprzedaży nerek. Operacje przeprowadzane były w Kijowie, lub z udziałem ukraińskich lekarzy za granicą. Po dokonanej operacji dawca otrzymywał „wynagrodzenie” w wysokości 10 tysięcy dolarów. Dawcami w większości były młode, zdrowe kobiety w wieku od 18 do 25 lat. Następnie nerki były przeszczepiane w Izraelu, krajach Unii Europejskiej lub Azji. Osoba, której przeszczepiono nerkę płaciła od 100 do 200 tysięcy dolarów. Odbiorcami narządów byli przeważnie obywatele Izraela. Ukraińscy chirurdzy otrzymywali od 5 do 10 procent tej kwoty. Grupa przestępcza na swej działalności zarobiła około 40 milionów dolarów¹⁴⁵.

Mołdawia to jeden z najbiedniejszych krajów Europy. Przeciętna miesięczna pensja wynosi tam pięćdziesiąt dolarów. W obliczu braku pracy i jakichkolwiek perspektyw wielu Mołdawian decyduje się na sprzedanie nerki. Handlarze narządów nie tylko nie informują dawców o dożywotnich konsekwencjach tego czynu oraz zasadach funkcjonowania po opera-

¹⁴³ A. Lawless, *Dispelling the myth. The realities of organ trafficking. Professor Nancy Scheper- Hughes in interview.*, <http://www.threemonkeysonline.com/dispelling-the-myth-the-realities-of-organ-trafficking-professor-nancy-scheper-hughes-in-interview/2/>, 05.02.2012, godz. 19:00.

¹⁴⁴ M. Piwowar, *Nerki na sprzedaż*, <http://archiwum.rp.pl/artukul/1063882.html>, 06.01.2012, godz. 14:21.

¹⁴⁵ *Ukraina: znani chirurdzy zamieszani w nielegalne transplantacje*, http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,8219446,Ukraina__znani_chirurdzy_zamieszani_w_nielegalne_transplantacje.html, 13.01.2012, godz. 12:34.

cji, ale wręcz utwierdzają w przekonaniu, iż operacja w żaden sposób nie pogorszy ich jakości życia. Z Mołdawii prowadzą dwa szlaki transplantacyjne: do Turcji lub do Niemiec. W Niemczech dawca i biorca, zgodnie z obowiązującymi procedurami, są szczegółowo badani przez psychologa, pod kątem ustalenia typu więzi jaka pomiędzy nimi istnieje. W przypadku braku zgody psychologa na przeszczepienie, organizuje się wyjazd na operację do Rumunii lub do Austrii. W Turcji, dawcy na drugi dzień po operacji wywożeni są do prywatnych mieszkań, bez leków znieczulających, i po kolejnym dniu często zostają bez mieszkania, dokumentów, jedynie z pieniędzmi za pobrany narząd.

5.2. Turystyka transplantacyjna

W obliczu dysproporcji, jakie powstały pomiędzy liczbą osób oczekujących na przeszczep a liczbą dostępnych narządów rozwija się nielegalny handel narządami. Obywatele krajów biednych sprzedają swoje organy bogatym Amerykanom lub Europejczykom. Procedury te są organizowane przez tzw. mafie organowe. Kwitnie turystyka transplantacyjna.

Indie są krajem cieszącym się coraz większą popularnością zagranicznych turystów. Każdego roku coraz więcej pacjentów przyjeżdża do tego kraju, by poddać się diagnostyce i leczeniu. Indyjskie szpitale mają bardzo szeroką ofertę usług medycznych dla zagranicznych gości. Możliwe jest przeprowadzenie większości operacji plastycznych i chirurgicznych. Zabiegi te są zdecydowanie tańsze niż w Europie czy Ameryce Północnej. Opieka zdrowotna jest w Indiach na coraz wyższym poziomie i cieszy się uznaniem, dobrymi wynikami i skutecznością, choć nie zawsze tak było. Na początku ery turystyki transplantacyjnej wielu pacjentów wracało ze źle dopasowanym lub zakażonym narządem.

W Indiach narodził się proceder sprzedaży nerek za pieniądze od dawców żywych. Szpitale oficjalnie na swoich stronach internetowych informują o możliwości dokonania przeszczepu nerki, przy czym należy samemu znaleźć dawcę i uzyskać zgodę indyjskiego rządu na przeprowadzenie transplantacji¹⁴⁶. Przed szpitalami jest wielu pośredników, którzy „pomagają” zagranicznym turystom znaleźć odpowiedniego dawcę. Indie, w ramach turystyki transplantacyjnej, przeszczepiają około dwóch tysięcy nerek rocznie. Za przeszczep trzeba zapłacić od 20 do 40 tysięcy dolarów, z czego około 500 dolarów dostaje dawca. Dawców nie brakuje, ponieważ siedemset milionów obywateli tego kraju żyje za równowartość czterdziestu dolarów miesięcznie. Przedmieścia dużych indyjskich miast pełne są biedaków, mieszkających w slumsach, którzy potracili dorobek swojego życia podczas tsunami. Dawcy z reguły nie są informowani o wszystkich konsekwencjach zabiegu, szybko wracają do pracy, co odbija się na ich późniejszym stanie zdrowia. Przegrany jest zawsze sprzedający narząd, gdyż

¹⁴⁶ <http://www.medicaltourisminindia.net/medical-treatments-india/kidney-transplantation-india.html>, 20.01.2012, godz. 20:28.

jest to transakcja jednorazowa i wielu z nich żałuje, że poddało się takiej operacji. W samym Madrasie (4,6 mln) jest trzydzieści klinik zajmujących się przeszczepami nerek. Jest tam nawet „ulica nerek” gdzie pośrednicy, w imieniu obcokrajowców, negocjują z lekarzami cenę, warunki i termin operacji. Transplantacja wątroby jest operacją, która zyskuje coraz większą popularność w tym kraju. Lekarze dokonujący tej operacji mają wysokie kwalifikacje, zdobyte podczas szkoleń i staży zagranicznych przy wykonywaniu takich operacji. Koszty wykonania przeszczepu wątroby, jak zapewniają szpitale, są o połowę niższe niż w krajach zachodnich. Choć w 1994 roku rząd Indii oficjalnie zakazał handlu narządami, to niedawno rozpoczął procedurę łatwiejszego wydawania wiz medycznych dla zagranicznych pacjentów¹⁴⁷. Turystyka medyczna, w tym transplantacyjna, nie jest specjalnością tylko Indii. Na świecie takie usługi proponuje ponad pięćdziesiąt państw. Można do nich zaliczyć Pakistan, Indie, Chiny, Iran, Brazylię, Filipiny, a nawet niektóre kraje Wschodniej Europy. Z raportu Organizacji Narodów Zjednoczonych wynika, że przeszczep nerki w Pakistanie kosztuje około 14 tysięcy dolarów. W Chinach za taką samą operację trzeba zapłacić 70 tysięcy dolarów, jeżeli jest przeprowadzana oficjalnie to kosztuje ponad 100 tysięcy¹⁴⁸. Sami dawcy otrzymują tylko niewielki procent tych kwot: w Republice Południowej Afryki dawca dostaje 470 euro, w Pakistanie 700, w Mołdawii 1.800, w Iraku 2.000, w Wietnamie 2.600, a w Kolumbii 6.000¹⁴⁹.

W związku z nowym rynkiem usług, powstają wyspecjalizowane biura podróży, które organizują atrakcyjne cenowo wyjazdy medyczne. Jest to nowy sektor zarówno turystyczny jak i medyczny. W trosce o dobro klientów-pacjentów, od 2005 roku firmy ubezpieczeniowe zaczęły sprzedawać nowe rodzaje ubezpieczenia. Przewiduje się, że ten rodzaj działalności przyniesie w 2015 roku około 70 miliardów dolarów w samych tylko Stanach Zjednoczonych¹⁵⁰.

Iran jest jedynym krajem na świecie, gdzie sprzedaż organów jest legalna i usankcjonowana prawnie. W państwowych szpitalach można sprzedać swoje narządy, nerka kosztuje około półtora tysiąca dolarów¹⁵¹. Cena jest oczywiście zmienna i jest wypadkową praw rynkowych, popytu i podaży.

¹⁴⁷ <http://www.medicaltourisminindia.net/medical-treatments-india/liver-transplant-in-india.html>, 20.01.2012, godz. 20:46.

¹⁴⁸ M. Kuźmich, *Co roku ma świecie przeszczepia się 15 tys. nielegalnie pobranych nerek*, <http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,4935526.html>, 13.01.2012, godz. 13:10.

¹⁴⁹ M. Piwowar, *Nerki na sprzedaż...*, dz. cyt.

¹⁵⁰ *Nerki na sprzedaż*, dokument France Television, Francja 2009.

¹⁵¹ M. Karolkiewicz, *Nerka na sprzedaż*, <http://www.przeglad-tygodnik.pl/pl/artykul/nerka-na-sprzedaz>, 18.01.2012, godz. 16:05.

5.3. Dyskusje wokół komercjalizacji dawstwa organów

Pobieranie i przeszczepianie narządów na całym świecie stanowi nie lada wyzwanie nie tylko dla lekarzy, ale także dla ustawodawców. Żaden kraj rozwinięty nie wypracował modelu optimum, który byłby w stanie sprostać oczekiwaniom coraz liczniejszej grupie osób oczekujących na przeszczepianie. Jeżeli nic się nie zmieni, problem ten będzie narastał. Rozwiązania prawne korzystające czy to modelu zgody czy sprzeciwu są niewydolne. Oparcie się na altruizmie i miłości bliźniego nie daje znaczącej poprawy wskaźników. Wyjścia są dwa. Można udawać, że wszystko jest w porządku, bo współczynniki dawstwa „idą” do góry, więc nie ma się czym martwić. Prawda jest taka, że za kilka lat, bardzo optymistycznie zakładając, wskaźnik dawstwa na poziomie 30 dawców na milion mieszkańców nadal nie rozwiąże problemów z dostępnością narządów do przeszczepienia. Społeczeństwa się starzeją, długość życia się wydłuża i powoli zmienia się profil medycyny jako takiej. Wiek predysponuje do pewnych schorzeń, które długotrwale leczone w konsekwencji mogą prowadzić do konieczności przeszczepienia narządów, głównie nerek.

Antonina Ostrowska sformułowała to zagadnienie najdelikatniej i najtrafniej: „Także idealistyczne zasady zapewniające równą opiekę medyczną każdemu pacjentowi stają się mniej realistyczne. Wzrastające koszty nowoczesnej, technologicznej medycyny stają się przyczyną reglamentowania niektórych usług medycznych, co powoduje frustracje i sprzyja napięciom między pacjentami a lekarzami. Sytuacja ta wskazuje na adekwatność teoretycznego modelu relacji pacjent – lekarz wskazującego na istnienie konfliktu u jej podłoża”¹⁵².

Socjolożka Sue Rabbitt Roff na łamach *British Medical Journal* zaapelowała o zgodę na komercjalizację nerek¹⁵³. Jej zdaniem takie rozwiązanie pozwoliłoby przynajmniej w jakiejś części uporać się z ciągle wydłużającą się listą oczekujących na przeszczepienie narządu. Działania te byłyby alternatywą dla nielegalnego rynku zajmującego się kupowaniem i sprzedażą organów. Proponowany przez socjolożkę Sue Rabbitt Roff system, powinien być kontrolowany przez władze. Za nerkę można by było uzyskać wartość rocznych średnich dochodów w Wielkiej Brytanii. Kwota 28 tysięcy funtów za ten narząd byłaby też w jakimś sensie zachętą dla ludzi o niskich czy średnich dochodach. Cenę można by było negocjować. Oczywiście życiowo ważne narządy nie podlegałyby sprzedaży. Sue Rabbitt Roff twierdzi, iż większość państw wzdriada się przed akceptacją sprzedaży organów, ponieważ istnieją obawy przed wyzyskiem ludzi biednych.

¹⁵² A. Ostrowska, *Modele relacji pacjent – lekarz*, s. 257, [w:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, pod red. A. Ostrowskiej, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009.

¹⁵³ Sue Rabbitt Roff, *We should consider paying kidney donors*, „British Medical Journal” 2 August 2011.

Dr Paweł Okołówski, adiunkt w Instytucie Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, w 1998 roku sformułował „Dziewięć tez o przeszczepach”¹⁵⁴. Pozwolę sobie przytoczyć kilka z tych tez, by zobrazować punkt widzenia autora:

- Przeszczepy są zawsze złem, choć czasem dopuszczalnym, w imię uniknięcia zła straszniejszego. Takim złem tragiczniejszym byłoby, na przykład osierocenie i zatracenie małych dzieci.
- Przeszczepy są autocentryczne i ergocentryczne.
- Przeszczepy są zabiegiem elitarnym, nie dla wszystkich.
- Przeszczepy powinny być zalegalizowane, skomercjalizowane i kontrolowane. Podobnie jak broń i domy publiczne; inaczej niż narkotyki.

Uregulowany prawnie handel narządami, w opinii dra Pawła Okołówskiego, jest dopuszczalny i mniej szkodliwy od obecnie funkcjonującego. Rozwiązaniem prawnym umożliwiającym pobieranie narządów powinna być zgoda wyrażona wprost, a w przypadku braku jasnej decyzji potencjalnego dawcy, decydujące zdanie powinna mieć rodzina, która mogłaby także czerpać korzyści finansowe ze sprzedaży narządów zmarłego członka rodziny. Byłby to zdaniem Okołówskiego, rozumny kompromis społeczny między względem na dobro powszechne, a czyimś interese osobistym.

Ze stanowiska Pawła Okołówskiego można wywieść, że jest on zwolennikiem jakiegoś skrajnego liberalizmu, czy ekonomizmu, w którym każdy czyn, akt, postępek ludzki można zamienić na pieniądź, tym samym daje się go precyzyjnie wycenić, co umożliwiłoby kontrolę instytucjonalną i społeczną. Tak jak da się wycenić usługę seksualną, tak da się wycenić poszczególne organy człowieka.

Innym, znacznie mniej kontrowersyjnym sposobem zachęcenia ludzi do dawstwa, jest pomysł całkowitej lub częściowej rekompensaty kosztów pochówku. Naukowcy ze szwedzkiego uniwersytetu w Linköping, przeprowadzili na południu kraju badania, z których wynikało, iż ludzie częściej zgadzaliby się na oddanie organów, gdyby państwo pokrywało koszty pogrzebu. Autorzy badań twierdzą, iż dotychczasowa formuła dawstwa oparta na altruizmie nie sprawdza się i konieczne jest podjęcie dodatkowych działań, by zintensyfikować wysiłki w celu zwiększenia liczby donacji. Naukowcy ci obliczyli, że równowartość dwóch średnich miesięcznych pensji (30-45 tysięcy koron) wypłacana po śmierci dawcy, na pokrycie kosztów pogrzebu spowodowałoby wzrost liczby pobrań. Jak dotąd w parlamencie szwedzkim nie odbyła się na ten temat debata¹⁵⁵. Ta kwestia również była poruszana w Wielkiej Brytanii. Brytyjscy badacze zastanawiali się jak zachęcić swoich rodaków do wpisywania się na listę potencjalnych daw-

¹⁵⁴ P. Okołówski, *Dziewięć tez o przeszczepach*, Rzeczypospolita 29.06.1998, http://archiwum.rp.pl/artukul/181845_Dziewiec_tez_o_przeszczepach.html, 06.01.2012, godz. 14:13.

¹⁵⁵ <http://fakty.interia.pl/swiat/news/szwecja-darmowy-pogrzeb-zacheci-do-oddawania-organow,1625934,4>, 20.01.2012, godz. 13:35.

ców. Po 18 miesiącach badań doszli do wniosku, iż pogrzeb dawcy organów powinien być finansowany przez państwo¹⁵⁶.

Profesor Jan Hartman z UJ, uważa, iż społeczeństwo jest w stanie zgodzić się na sprzedaż organów do przeszczepów w sytuacji całkowitej transparentności procedur dotyczących tego zagadnienia. Potencjalni żywi dawcy powinni cieszyć się doskonałym zdrowiem i mieć pełną świadomość konsekwencji swego czynu. Warunkiem koniecznym byłoby objęcie ich dożywotnią opieką i monitoringiem stanu zdrowia. „Nie możemy się obrażać na rzeczywistość. Zawsze będą jacyś biedni chcący sprzedać nerkę i bogaci potrzebujący tego organu. Teraz udajemy, że wszystko jest OK i czekamy na ofiary wypadku motocyklowego. A to nie jest przecież OK”¹⁵⁷.

¹⁵⁶ *Niech państwo płaci za pogrzeb dawców organów – pomysł Brytyjczyków*, http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,10461297,Niech_panstwo_placi_za_pogrzeb_dawcow_orганow___pomysl.html, 17.02.2012, godz. 23:48.

¹⁵⁷ J. Pawlicki, *Brytyjskie nerki na sprzedaż?*, *Gazeta Wyborcza* 06.08.2011, http://wyborcza.pl/1,76842,10073151,Brytyjskie_nerki_na_sprzedaz_.html, 18.01.2012, godz. 22:35.

ROZDZIAŁ VI

Stanowiska wybranych Kościołów, wyznań i mniejszości etnicznych

Intensywny rozwój medycyny transplantacyjnej w ciągu ostatnich dziesięcioleci oraz rozpowszechnienie jej, jako skutecznej metody ratowania życia postawiło szereg nowych pytań dotyczących bioetycznych aspektów leczenia. W swej idei ratowania życia transplantologia nie budzi sprzeciwu, problem pojawia się przy zagadnieniu śmierci mózgu, stąd też omawiając stanowiska wybranych Kościołów na świecie należy zwrócić uwagę także na tę kwestię. Religie bowiem, mają własny punkt odniesienia co do śmierci. Lęk przed nią wpisany jest w człowieczeństwo, a wizja życia pośmiertnego w pewnym stopniu pozwala zmniejszyć jego ciężar. Poniżej przedstawiłam stanowiska dotyczące transplantacji, głównie tych wyznań, które są praktykowane lub znane w Polsce, mając świadomość, że jest to jedynie przyczynek do analizy tego zagadnienia.

6.1. Kościoły chrześcijańskie

6.1.1. Kościół Katolicki

W nauczaniu społecznym Kościoła katolickiego zawsze podkreśla się, iż najwyższym dobrem i wartością nadrzędną jest życie ludzkie. Kościół ten wyraża zdecydowane poparcie dla idei transplantacji. Zgadza się na przeszczepianie wszystkich organów z wyjątkiem gonad, narządów płciowych oraz tkanki mózgowej. Jednocześnie zaznacza, iż narządy przekazane do przeszczepienia nie mogą być obiektem handlu. W systemie alokacji muszą być zachowane jasne reguły oparte na sprawiedliwości i braku jakichkolwiek cech dyskryminacji. Kościół katolicki apeluje do ustawodawców o uprawomocnienie tzw. zgody wprost, która umożliwiłaby łatwą identyfikację dawców i oszczędziłaby rodzinom trudnych decyzji. Nie sprzeciwia się także pobieraniu i przeszczepieniu komórek, tkanek i narządów pochodzących od zwierząt.

Papież Pius XII (1876-1958) na spotkaniu z przedstawicielami środowiska medycznego, jako pierwszy przedstawiciel Kościoła katolickiego odniósł się do nowej definicji śmierci. 24 listopada 1957 roku w przemówieniu *Problemy religijne i moralne reanimacji*, stwierdził: „ustalenie kryteriów śmierci i podanie momentu śmierci człowieka leży w kompetencji lekarzy, a nie teologów”. Zgodził się także z poglądem, że stosowanie nadzwyczajnych metod leczniczych u ludzi krytycznie chorych (gdzie nie ma już możliwości odwrócenia niekorzystnego przebiegu choroby) jest przedłużaniem procesu umierania¹⁵⁸. Takie stanowisko głowy Kościoła katolickiego było jednym z najbardziej znaczących w kreowaniu pozytywnego odbioru, jakże kontrowersyjnej na owe czasy, nowej koncepcji, mózgowej śmierci człowieka. Słowa papieża zostały również przytoczone w raporcie harwardzkiej komisji, w odniesieniu do chorych z nieodwracalnie i całkowicie uszkodzonym mózgiem, jako akceptujące konieczność wyznaczenia nowych kryteriów zdefiniowania śmierci¹⁵⁹.

Mimo znanego od dawna stanowiska papieża dopiero w 1995 roku stosowna Komisja Papieskiej Akademii Nauk zredefiniowała kryteria śmierci człowieka uwzględniając śmierć mózgu i potwierdzając jednocześnie, że „osobę uważa się za zmarłą, kiedy utraciła w sposób nieodwracalny wszelką zdolność integrowania i koordynowania funkcji fizycznych i umysłowych ciała”¹⁶⁰. Uznano tym samym, iż nieodwracalna dysfunkcja mózgu polegająca na braku koordynacji w kierowaniu procesami fizjologicznymi oraz umysłowymi stwierdzona według ustalonych kryteriów, jest jednoznaczna ze śmiercią człowieka jako całości. Po uznaniu śmierci człowieka według kryteriów mózgowych możliwe jest pobranie narządów, a stosowanie wymuszonego oddechu jest tylko narzędziem umożliwiającym utrzymanie zwłok w należytej kondycji do momentu eksplantacji. Dokument zaznacza ponadto, iż samo pobranie nie jest równoznaczne z zadaniem śmierci człowiekowi, ponieważ od momentu orzeczenia o śmierci mamy do czynienia ze sztucznie wentylowanymi zwłokami.

W *Katechizmie Kościoła Katolickiego* czytamy, iż „oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały; należy do niego zachęcać, ponieważ jest wyrazem wielkodusznej solidarności”¹⁶¹.

Papież Benedykt XVI, jeszcze jako kardynał, pod koniec lat siedemdziesiątych XX wieku podpisał kartę dawcy, jednak z chwilą wyboru na papieża, dokument ten został unieważniony. Papieski sekretarz ksiądz Georg Gaenswein oświadczył publicznie, iż ciało papieża po jego śmierci należy do Kościoła i musi pozostać pochowane w stanie nienaruszonym. Watykan obawiał się także sytuacji, kiedy to osoby, którym przeszczepiono by papieskie organy,

¹⁵⁸ Pius XII, *The Prolongation of Live, Pope Speaks* 1958.

¹⁵⁹ S. Chmiel, *Společne konsekwence medycznych i prawnych kryteriów orzekania o śmierci. Współczesne społeczeństwo wobec śmierci*, [w:] M. Malikowski (red.), *Socjologia* 7, Wydawnictwo UR, Rzeszów 2010, s. 205.

¹⁶⁰ Pontificio Consiglio „*Cor unum*”, *Alcune questioni etiche relative ai malati e ai Moretti*, Roma 1985, s. 503. [w:] J. Wróbel, *Dawstwo organów w perspektywie teologiczno moralnej i pastoralnej. Wybrane aspekty*, „Roczniki Teologiczne 44/1997, z. 3, s. 65.

¹⁶¹ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, wyd. II poprawione, Wydawnictwo Pallottinum 2009, s. 531, p. 2296.

mogłyby zostać otoczone kultem religijnym¹⁶². Tłumaczenie to wydaje się być zbyt pochopne, bowiem ciała papieży przed pochówkiem poddawane są procesowi balsamowania, który łączy się przecież z naruszaniem powłok cielesnych.

6.1.2. Kościół Prawosławny

Ze względu na autokefalię poszczególnych Cerkwi, prawosławie nie wyraziło jednej powszechnie obowiązującej doktryny w sprawach transplantacji, jakkolwiek wszystkie Cerkwie zgadzają się co do akceptacji pobierania i przeszczepiania organów oraz uznają kryteria śmierci mózgowej. W przypadku pobierania narządów od osób zmarłych niedopuszczalne jest przyspieszanie śmierci chorego, czy jakakolwiek inna działalność prowadząca do zaniedbań przy orzekaniu o śmierci. Dawstwo żywe jest akceptowane pod warunkiem, że ryzyko uszczerbku na zdrowiu biorcy jest minimalne i dobrze oszacowane. Niedopuszczalne jest wymuszanie dawstwa żywego u członków rodzin osób chorych. Niektórzy przedstawiciele tej religii dopuszczają także użycie pobranych narządów do eksperymentów medycznych, który miałby służyć możliwości poprawy leczenia w przyszłości¹⁶³.

Mimo aprobaty i akceptacji dla transplantologii w Rosji i na Ukrainie można zaobserwować bardzo niski odsetek przeszczepień. Brak zgody na donację wynika z braku zaufania mieszkańców tych regionów do instytucji państwowych i pracowników tych urzędów, w tym także do pracowników służby zdrowia. Te obawy raczej są uzasadnione, bowiem Polska Agencja Prasowa w 2010 roku informowała o rozbiciu nielegalnej organizacji, która zajmowała się kupnem i sprzedażą nerek na Ukrainie¹⁶⁴.

6.1.3. Kościoły protestanckie

Kościół Ewangelicko-Augsburski (luterński)

Kościół Ewangelicko-Augsburski nie wydał oficjalnego dokumentu w sprawie pobierania i przeszczepiania narządów. Luteranie zdecydowanie popierają oddawanie i przeszczepianie narządów i promują zarówno krwiodawstwo jak i dawstwo organów. Podkreślany jest fakt, iż decyzja o donacji musi być suwerenna, nie może być mowy o wywieraniu nacisku. Od

¹⁶² *Papież był dawcą organów. Ale już nie jest*, Gazeta Wyborcza, 05.02.2011, http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,9059453,Papiez_byl_dawca_organow__Ale_juz_nie_jest.html, 15.02.2012, godz. 20:47.

¹⁶³ A. Modlińska, P. Krakowiak, *Stanowisko Kościoła katolickiego oraz innych religii wobec przeszczepiania narządów*, [w:] B. Rutkowski, P. Kaliciński, Z. Śledziński, M. Wujewicz, A. Mielecka (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Via Medica, Gdańsk 2009, s. 34.

¹⁶⁴ http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,8219446,Ukraina__znani_chirurdzy_zamieszani_w_nielegalne_transplantacje.html, 13.01.2012, godz. 12:34.

lekarzy wymaga się przestrzegania prawa, kierowania się zasadą sprawiedliwości i szacunku wobec dawców zarówno żywych jak i martwych. Kościół ten zachęca wiernych do rozmów z najbliższymi na temat dawstwa i przedstawienia swojego stanowiska rodzinie. Zachęca także do uprawomocnienia swoich działań poprzez noszenie karty dawcy, oświadczenia woli, czy zgłoszenie w zależności od stanowiska do rejestru sprzeciwów lub dawców¹⁶⁵. Kościół ten akceptuje pobieranie i przeszczepianie komórek pobranych od zwierząt, jednak zabrania przeszczepiania całych organów od nich pochodzących¹⁶⁶.

Kościół Chrześcijan Baptystów

W myśl tej religii oddanie swoich narządów do przeszczepienia jest kwestią indywidualną, do rozpatrzenia we własnym sumieniu. Kościół ten akceptuje kryteria śmierci mózgowej oraz zachęca wiernych do solidarności, empatii i gotowości oddania potrzebującym własnych organów zarówno za życia lub po śmierci. Przedstawiciele tego kościoła nawołują także do zaufania do pracowników służby zdrowia. Apelują także do lekarzy by w sytuacjach „ostatecznych rozstrzygnięć” nie bali się rozmawiać z rodzinami o ewentualnym dawstwie¹⁶⁷.

Kościół Ewangelicko-Metodystyczny

W dokumencie *Zasady socjalne. Społeczne nauczanie Zjednoczonego Kościoła Metodystycznego* w rozdziale *Społeczeństwo*, w punkcie R możemy przeczytać: „przeszczepianie i darowanie organów ciała jest działaniem charytatywnym, czynem miłości agape, aktem samo-ofiarowania. Dostrzegamy życiodajne korzyści płynące z ofiarowania własnych organów i innych tkanek, zachęcamy, więc wszystkich ludzi wiary do ofiarowania swych organów i tkanek, jako wyrazu miłości i służby dla dobra ludzi, którzy znaleźli się w potrzebie. Nalegamy, aby działało się to w atmosferze szacunku dla zmarłego czy też żyjącego ofiarodawcy, dla dobra biorcy oraz w zgodzie z regulacjami prawnymi w celu zapobieżenia nadużyciom wobec dawców i ich rodzin”¹⁶⁸.

¹⁶⁵ A. Modlińska, P. Krakowiak, *Stanowisko...*, dz. cyt., s. 33.

¹⁶⁶ M Smolińska, *Czy Panu Bogu podobają się transplantacje?*, Gazeta Wyborcza, 03.03.2011, http://wyborcza.pl/1,76842,9195796,Czy_Panu_Bogu_podobaja_sie_transplantacje_.html?as=2&startsz=x, 13.01.2012, godz. 14:02.

¹⁶⁷ A. Modlińska, P. Krakowiak, *Stanowisko...*, dz. cyt., s. 34.

¹⁶⁸ E. Puślecki, *Zasady socjalne. Społeczne nauczanie Zjednoczonego Kościoła Metodystycznego*, Rozdział III *Społeczeństwo*, litera R, dostęp: <http://www.metodyscy.pl/KEM.html>, 13.01.2012, godz. 18:00.

Adwentyści Dnia Siódmego

W imię miłości bliźniego i solidarności kościoł ten akceptuje i pochwała „dar życia”. Duchowni zwracają uwagę na znaczenie uświadamiania wiernych i proklamowania dawstwa. Procedura orzekania o śmierci mózgu nie budzi zastrzeżeń.

6.1.4. Chrześcijański Zbór Świadców Jehowy

Świadkowie Jehowy w sytuacji dysfunkcji zdrowotnych zawsze szukają pomocy u specjalistów. Z reguły godzą się na proponowany im sposób leczenia i stosują się do zaleceń. Wewnątrz tej organizacji powołano specjalne komitety łączności ze szpitalami, które umożliwiają wzajemne zrozumienie pomiędzy pacjentem a lekarzem. Pomagają także lekarzom w wyborze odpowiedniego sposobu leczenia zgodnego z wyznawaną doktryną¹⁶⁹.

Członkowie tego wyznania nie zgadzają się na przetaczanie pełnej krwi zarówno własnej jak i obcej. Nie przyjmują także gotowych preparatów krwinek czerwonych, białych, płytek krwi i osocza. Kierują się w tej kwestii przekonaniem religijnym, powołując się na Biblię. Świadkowie Jehowy poddają się zabiegom chirurgicznym, aprobując na przykład: stosowanie sztucznej nerki, płucoserca, czy śródoperacyjnej autotransfuzji, przy założeniu, że obieg krwi jest cały czas zamknięty i ani na moment nie zostaje przerwany. W środowisku tym istnieje przyzwolenie na stosowanie preparatów krwiozastępczych, przyjmowanie albumin, immunoglobulin czy czynników krzepnięcia. Świadkowie wierzą, iż krew po opuszczeniu organizmu człowieka musi zostać usunięta, dlatego też nie zgadzają się na przyjmowanie nawet własnej krwi¹⁷⁰.

Stanowisko przedstawicieli tego wyznania zmieniało się na przestrzeni lat. Do lat sześćdziesiątych XX wieku transplantacje nie były tak rozpowszechnione jak później, stąd podchodzono do niej indywidualnie, kierując się własnym sumieniem. Przez kolejne dwadzieścia lat zabiegi te były dla Świadców Jehowy zabronione, wręcz uznano je za formę ludobójstwa. Na początku lat osiemdziesiątych stanowisko to uległo zmianie¹⁷¹. Obecnie przedstawiciele tej religii uważają, iż Biblia nie mówi nic na temat przeszczepiania narządów i każdy członek ich wspólnoty decyzję o poddaniu się takiemu zabiegowi musi podjąć indywidualnie, zgodnie z własnym sumieniem. Warunkiem przeszczepienia jakiegokolwiek organu jest bardzo dokładne jego oczyszczenie z zalegającej krwi.

Każdy Świadek Jehowy nosi przy sobie dokument, który nazywa się „Dyspozycje i pełnomocnictwo w sprawie opieki zdrowej”, który w pierwszym rzędzie mówi o sprzeciwie wo-

¹⁶⁹ M. Kózka, *Świadkowie Jehowy*, [w:] E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 58.

¹⁷⁰ http://www.watchtower.org/p/hb/article_06.htm, 12.01.2012, godz. 11:19.

¹⁷¹ P. Małkowski, *Kulturowe uwarunkowania w transplantologii*, [w:] E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 333-334.

bec przyjmowaniu środków krwiopochodnych. Na dokumencie tym można wskazać osoby kontaktowe oraz informacje dotyczące zakazu reanimacji czy informacje o woli dawstwa narządów, z ich wyszczególnieniem. Odnosząc się do kwestii pobierania narządów, Świadkowie nie chcą obciążać swych rodzin decyzjami dotyczącymi ewentualnego dawstwa. Wszystkie informacje odnoszące się do zgody w tej kwestii umieszczają na dokumencie krwi. W przypadku braku takich informacji decyzje należą do najbliższej rodziny.

6.2. Islam

W religii muzułmańskiej życie ludzkie jest największym dobrem i podlega najwyższej ochronie. Wewnątrz tego wyznania istnieje duża różnorodność stanowisk dotycząca przeszczepiania narządów. Nie zaleca się odmowy dawstwa organów do przeszczepienia, jednak żadne ze środowisk religijnych do tego nie namawia i nie przekonuje¹⁷². Pobranie narządów od człowieka martwego i ich przeszczepienie jest dopuszczalne, kiedy życie biorcy zależy od takiej operacji, lub jego funkcjonowanie byłoby mocno upośledzone w sytuacji, kiedy dawca przed śmiercią wyraził zgodę na pobranie swych narządów lub uzyskano pozwolenie ze strony jego spadkobierców, a także w sytuacji, kiedy tożsamość człowieka zmarłego nie jest znana i uzyska się zgodę lokalnego autorytetu Muzułmanów. Zabronione jest przeszczepianie gonad a także przeszczepianie narządów życiowo ważnych od dawców żywych, oraz w sytuacjach, kiedy pobranie pogorszyłoby jego stan zdrowia¹⁷³.

Część teologów Islamu uznała definicję śmierci mózgu za kryterium orzekające o śmierci osobniczej. Inni nie traktują tych kryteriów, jako definitywnych. Twierdzą, że nawet po stwierdzeniu trwałej i nieodwracalnej dysfunkcji mózgu, kiedy ciało podlega czynnościom fizjologicznym, przyjmuje leki i pożywienie, nie może być mowy o śmierci człowieka. Teksty Koranu mówią jasno, że dopóki trwa życie człowiek musi być traktowany jak żywy. Zatem pobranie organów nie jest w takiej sytuacji możliwe. Pobranie organów jest możliwe dopiero wtedy, kiedy życie ustanie, czyli kiedy serce się zatrzyma, a krew przestanie krążyć oraz kiedy wystąpią na ciele zmarłego cechy śmierci¹⁷⁴. Wyklucza to oprócz pobrania nerek po zatrzymaniu krążenia, pobranie innych narządów do przeszczepienia. Prawo islamskie zabrania także handlu narządami. Niemniej jednak, to czy osoba potrzebująca narządu może wydać pieniądze aby go zdobyć, a także czy może okazać wdzięczność dawcy lub rodzinie dawcy za przekazany mu narząd, jest nadal kwestią, którą rozważają uczeni islamscy¹⁷⁵. Dawstwo żywe

¹⁷² M. Smolińska, *Czy Panu Bogu podobają się transplantacje?*, Gazeta Wyborcza, 03.03.2011, http://wyborcza.pl/1,76842,9195796,Czy_Panu_Bogu_podobaja_sie_transplantacje_.html?as=2&startsz=x, 13.01.2012, godz. 14:02.

¹⁷³ http://www.przeszczep.pl/print/do_druku_pl.php?id=313, 07.01.2012, godz. 12:03.

¹⁷⁴ <http://www.rada-imamow.pl/zbior-fatw/4-dwie-fatwy-o-transplantacji>, 07.01.2012, godz. 12:13.

¹⁷⁵ http://www.przeszczep.pl/print/do_druku_pl.php?id=313, 07.01.2012, 13:10.

jest dopuszczalne w sytuacjach, kiedy ryzyko utraty zdrowia dawcy zostało oszacowane i pozostaje na niskim poziomie.

Polska Agencja Prasowa doniosła, iż w sierpniu 2008 roku Egipski Związek Lekarzy zdecydował, iż narządy pochodzące od muzułmanów mogą być przeszczepiane tylko przedstawicielom tej religii. Ma to w zamyśle autorów ograniczyć handel organami. Lekarze łąmiący tą dyrektywę mają być karani. Zapis ten został szeroko skomentowany i skrytykowany, między innymi przez Kościół Koptyjski i Egipski Związek Praw Człowieka. Ten ostatni oskarżył Bractwo Muzułmańskie o rasizm i chęć dokładnego kontrolowania lekarzy¹⁷⁶.

Wielu Muzułmanów uważa jednak, że pobranie narządów jest bezczeszczeniem zwłok i brakiem powagi w obliczu śmierci. Stopień akceptacji dla transplantacji jest wprost proporcjonalny do pozycji społecznej i statusu społecznego. Im wyższe są te wartości tym większe przyzwolenie na pobieranie i przeszczepianie narządów. Wyższe wskaźniki obserwuje się w Arabii Saudyjskiej i Kuwejcie. Bardzo niska aprobatą tej metody leczenia jest w Pakistanie i Iranie, gdzie do dzisiejszego dnia organizacje typu *Organs Watch* odnotowują handel narządami¹⁷⁷.

6.3. Judaizm

Dla Żydów śmierć człowieka jest naturalnym następstwem życia doczesnego. Śmierć w tej religii nie jest jakąś wielką tragedią, nawet wtedy, kiedy przychodzi nieoczekiwanie lub zbyt wcześnie. Żydzi wierzą, że dusza ludzka jest nieśmiertelna. Dusza po oddzieleniu się od ciała staje przed sądem ostatecznym, gdzie jest oceniana za swoje dobre i złe uczynki. Żydowskie rytuały żałobne są bogate i mają na celu wyrażenie żalu, pogodzenie się ze śmiercią osoby bliskiej, okazanie wsparcia tym, którzy tego potrzebują i powolny powrót do rzeczywistości¹⁷⁸. Stary Testament mówi, że żałoba i smutek winien być okazywany do momentu pochówku, a po nim należy przejść do normalnego życia, pamiętając o zmarłym, ale nie smucąc się.

W religii tej nie ma jednolitego stanowiska w sprawie pobierania i przeszczepiania narządów. Należy przypuszczać, iż większość Żydów akceptuje pobieranie i przeszczepianie narządów, kierując się w tym względzie przekonaniem o miłości bliźniego. Rabin Moses Tendler, Przewodniczący Komisji Bioetyki Rabinicznej Rady Ameryki powiedział: „Jeżeli ktoś, oddając organ, może uratować komuś życie, to musi to zrobić, nawet jeśli nie wie kto jest biorcą”¹⁷⁹. Dawstwo żywe jest indywidualną kwestią każdego, ale zabronione jest wymuszanie takiej formy darowizny.

¹⁷⁶ http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,5606029,Egipt__Bez_mieszania_organow.html, 13.01.2012, godz. 12:39.

¹⁷⁷ P. Małkowski, *Kulturowe...*, dz. cyt., s. 333.

¹⁷⁸ J. Zalewska-Puchała, *Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi judaizm*, [w:] A. Majda, J. Zalewska-Puchała. B. Ogórek-Tęcza (red.), *Pielęgniarstwo transkulturowe*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 77.

¹⁷⁹ P. Małkowski, *Kulturowe...*, dz. cyt., s. 333.

Tora zabrania przecinania skóry zmarłego, a także zakazuje czerpania korzyści z ciała zmarłego i opóźniania pochówku. Jest to często bardzo dosłownie przestrzegane. W społeczności tej funkcjonuje także przesąd mówiący o tym, iż warunkiem koniecznym do zamrtwychwstania jest posiadanie wszystkich części ciała. Nie ma on umocowania w świętych księgach. Wyżej wymienione fakty sprawiają, iż duża część środowisk żydowskich podchodzi do transplantologii jednostronnie. Zgadzają się na przeszczepianie, nie wyrażając zgody na pobieranie narządów.

Człowieka konającego należy traktować ze szczególną troską i szacunkiem. Nie może on zostać ani na chwilę sam. W judaizmie moment śmierci wyznacza ustanie oddychania. Nakaz nieopóźniania pochówku determinuje szybkie przygotowanie zwłok do pogrzebu. We wrześniu 2009 roku, izraelski rabinat, po 30 latach obrad, uznał definicję śmierci mózgu i zgodził się z jej kryteriami, jako decydującymi o śmierci człowieka. Dzięki tej decyzji możliwe jest pobieranie narządów od członków społeczności żydowskiej, u których po stwierdzeniu śmierci mózgu nie ustała akcja serca. Specjaliści liczą na poprawę wskaźników izraelskiej transplantologii. Jak dotąd połowa rodzin izraelskich zapytana o możliwość pobrania narządów wyrażała zgodę, natomiast jedna trzecia odmawiała uzasadniając to względami religijnymi¹⁸⁰.

6.4. Buddyzm

W myśl tej doktryny religijnej każda istota jest odpowiedzialna za siebie. Jednostka w swoim życiu powinna kierować się empatią, współczuciem, altruizmem, a przede wszystkim szczodrością, odnoszącą się nie tylko do wymiaru materialnego. Zatem dla buddystów oddawanie krwi i organów jest, jak mówi Lama Rinzen, „odruchem naturalnym”¹⁸¹. Fundamentalną zasadą jest zasada nienaruszalności życia (*ahinsa*). Stanowisko Buddystów do definicji śmierci jest podzielone. W japońskim buddyzmie w większości przypadków nie akceptuje się kryteriów mózgowych przy orzekaniu o śmierci człowieka, co uniemożliwia pobranie narządów do przeszczepienia. Dawstwo żywe jest natomiast akceptowane¹⁸². Akt darowania swoich narządów po śmierci jest nazywany miłosierdziem najwyższej wartości. Zwierzchnik i założyciel Świątyni Buddy w Chicago, Gyomay Masay podkreślał, iż tacy ludzie darzeni są wielkim szacunkiem w społeczności¹⁸³. Pobranie narządów po śmierci możliwe jest tylko wtedy, kiedy jednostka za życia wyraziła na to zgodę. W przeciwnym razie nie ma mowy o eksplantacji. Należy podkreślić, iż w buddyzmie „prawdziwa śmierć” następuje w trzy dni

¹⁸⁰ http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,7074160,Izraelscy_rabini_uznali_smierc_mozgu_za_smierc_czlowieka.html, 12.01.2012, godz. 17:58.

¹⁸¹ M. Smolińska, *Czy Panu Bogu...*, dz. cyt.

¹⁸² I. Wrońska, B. Dobrowolska, *Buddyzm*, [w:] E. Krajewska-Kułał, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 20-22.

¹⁸³ K. Pabisiak, *Transplantacja jestem na TAK. Podziel się swoją decyzją. Program edukacyjny na temat dawstwa i transplantacji narządów oraz tkanek*, Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie”, wyd. II 2008, s. 40.

po zgonie, wtedy bowiem dusza opuszcza ciało¹⁸⁴. Proces umierania i sama śmierć są w tej religii niezwykle doniosłym wydarzeniem. Po zaprzestaniu oddychania w człowieku trwa jeszcze „wewnętrzny oddech”. W tym czasie, trwa jeszcze świadomość. Długość trwania tego etapu jest zależny od stopnia religijności zmarłego. Im wyższy, tym dłużej trwa. W tym czasie nie powinno się dotykać zmarłego, ani dokonywać żadnych manipulacji w obrębie jego ciała. W obecnych czasach, kiedy ludzie umierają w szpitalach, buddyjski lama nie może precyzyjnie określić długości trwania „wewnętrznego oddechu”. Jednak podkreśla się, że nawet zbyt wczesne pobranie (przed ustaniem procesu „wewnętrznego oddechu”), nie prowadzi do szkód dla duszy, pod warunkiem, iż zmarły był sumiennym wiernym. W przeciwnym wypadku, dusza doznaje krzywdy, może się zbuntować i odrodzić w piekle¹⁸⁵. Pobieranie i przeszczepianie transplantów od zwierząt jest w świetle większości przedstawicieli tej religii moralnie niedopuszczalne.

6.5. Hinduizm

Mitologia hinduska bogata jest w przypowieści z przeszczepianiem struktur ciała. Jedną z nich jest ta, mówiąca o tym, że Bóg Śiwa obciął głowę Ganesa a następnie implantował mu głowę słonia¹⁸⁶. Starożytny indyjski lekarz Sushruta opracował technikę korekty nosa i przyszywania skóry. Wszystko opisał w monumentalnym dziele *Sushruta Samhita*, napisanym około VI w. p.n.e.

Ze względu na fakt, iż hinduizm łączy w sobie wiele odmian religijnych brak jest jednorodnego stanowiska wobec zdrowia. Sama śmierć, przez Hindusów jest postrzegana, jako naturalny element bytu i absolutnie nie wiąże się z końcem życia. Po śmierci dusza w procesie reinkarnacji odradza się w nowym życiu. Wyznawcy tej religii kierują się szlachetnością, bezinteresownością i cnotą. Oddawanie narządów traktują, jako akt poświęcenia i miłości. Nie ma nakazu oddawania narządów, jest to indywidualna kwestia każdego człowieka. Jednocześnie zachęca się do oddawania krwi, co najmniej raz do roku.

W niektórych odłamach hinduizmu nadal trwałe jest przekonanie, że ciało, by przejść w kolejne wcielenie musi zostać w całości spalone. Zmarły nie może być dotykany przez osoby obce. W czynnościach higienicznych i przygotowaniach zmarłego do spalenia mogą uczestniczyć tylko członkowie najbliższej rodziny. W świadomości tych grup niepojęte jest noszenie w sobie obcego organu, czy też oddawanie narządów po śmierci¹⁸⁷.

¹⁸⁴ P. Małkowski, *Kulturowe...*, dz. cyt., s. 334.

¹⁸⁵ M. Smolińska, *Czy Panu Bogu...*, dz. cyt.

¹⁸⁶ <http://www.indiaguide.pl/india/ganesa.html>, 10.10.2012, godz. 17:19.

¹⁸⁷ A. Modlińska, P. Krakowiak, *Stanowisko Kościoła katolickiego oraz innych...*, s. 39.

6.6. Szintoizm

Szintoizm jest wciąż w pewnym sensie religią narodową Japończyków. Wynika to z długiej i wszechobecnej tradycji imperialnej, jednak wyraźnie zminimalizowanej prawnie po II wojnie światowej. Szintoizm traktuje zmarłe ciało, jako niebezpieczne i brudne. Naruszenie struktur cielesnych zmarłego może objawić się zakłóceniem więzi z żyjącymi członkami rodziny i jest to działanie wysoce naganne. Duchy przodków są, bowiem dla Japończyków bóstwami¹⁸⁸. Do dzisiejszego dnia szintoiści nie zezwalają nawet na autopsje. Wszystko to tłumaczy stałą zapaść transplantacyjną w Japonii.

6.7. Stosunek Romów do śmierci i transplantacji

Środowisko Romów cechuje przywiązanie do tradycji i wiele zwyczajów, zabobonów i niepisanych reguł życia codziennego funkcjonuje w tej społeczności poprzez przekazywanie z pokolenia na pokolenie. W literaturze przedmiotu można odnaleźć informacje dotyczące dawstwa narządów, które mówią, że Romowie sprzeciwiają się badaniu sekcyjnemu i pobieraniu narządów od zmarłych¹⁸⁹. W społeczności tej uznaje się, że dusza ludzka oddziela się od ciała przez rok i przybiera jego kształt, stąd imperatyw pozostawienia zmarłego w spokoju. Przy braku zgody na pobieranie narządów od zmarłych, coraz więcej Romów zgadza się na przeszczepianie narządów¹⁹⁰. Należy podkreślić, iż społeczność ta unika zabiegów chirurgicznych, ze względu na fakt, iż znieczulenie powoduje w ich mniemaniu „małą śmierć”¹⁹¹.

¹⁸⁸ <http://www.religie.424.pl/sintoizm,1003,article.html>, 10.01.2012, godz. 14:30.

¹⁸⁹ I. Wrońska, *Romowie*, [w:] E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 55.

¹⁹⁰ M. Bielicka, *Rozmowa [z Markiem Karczewskim] o życiu przed przeszczepem i po nim*, <http://poznan.gazeta.pl/poznan/1,36024,3803056.html>, 07.01.2012, godz. 16:37.

¹⁹¹ I. Wrońska, *Romowie...*, dz. cyt., s. 54.

CZEŚĆ DRUGA

ROZDZIAŁ VII

Prawne, instytucjonalne i ekonomiczne uwarunkowania medycyny transplantacyjnej w Polsce

Poprzednie rozdziały pozwoliły nam zapoznać się z terminologią, unormowaniami prawnymi, zagadnieniami społeczno-kulturowymi i etycznymi transplantacji oraz organizacją transplantologii na świecie. Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie społecznych i prawnych uwarunkowań oraz społecznych barier w polskiej medycynie transplantacyjnej.

7.1. Cywilnoprawne regulacje transplantologiczne

Polska medycyna transplantacyjna przez szereg lat działała w oparciu o archaiczny akt prawny, który w swojej treści nie przystawał do realiów. Do 7 marca 1996 roku w naszym kraju, wszystkie zabiegi pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów wykonywane były w oparciu o rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o zakładach leczniczych z dnia 22 marca 1928 roku¹⁹². Dokument ten nie odnosił się oczywiście do transplantologii, ale regulował okoliczności dokonywania pośmiertnej eksplantacji. Czyn taki był dozwolony na mocy artykułu 40 tegoż rozporządzenia, który mówił, że zwłoki osób, które zmarły w szpitalu mogą być poddawane badaniom sekcyjnym. Autopsji zgodnie z literą prawa, można było dokonać nie wcześniej niż w 12 godzin po stwierdzeniu zgonu. W szczególnych przypadkach, takich jak na przykład pobranie tkanek do przeszczepienia, można było dokonać podczas sekcji zwłok

¹⁹² Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz.U. Nr 38 z 1928 r., poz. 382 ze zmianami).

po uzyskaniu zgody ordynatora lub kierownika kliniki czy oddziału. Taka sytuacja wymagała orzeczenia śmierci przez specjalnie powołaną komisję składającą się z lekarza dyżurnego i dwóch innych lekarzy. Procedura ta polegała na wykonywaniu szeregu prób i czynności, zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, które w konsekwencji miały dać pewność, iż badana osoba na pewno nie żyje. Po komisyjnym orzeczeniu zgonu sporządzano specjalny protokół, który pozostawał w aktach oddziału. W świetle tegoż artykułu dokonywanie sekcji zwłok zmarłych w szpitalu było obowiązkowe, choć w szczególnych przypadkach za zgodą ordynatora, istniała możliwość odstąpienia od tej procedury. Na przestrzeni lat, zapis ten podlegał licznym modyfikacjom, po części wymuszonym przez pewne środowiska oraz przez wzmożone zapotrzebowanie na przeszczepianie tkanek i narządów. W tym samym w 40 artykule wspomnianego rozporządzenia była mowa jedynie o pobieraniu „tkanek”. W związku z taką a nie inną nomenklaturą trwała długoletnia dyskusja nad rozumieniem terminów „tkanka” i „narząd”. Ostatecznie w 1979 roku na konferencji Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej ustanowiono, iż pod zawartym w rozporządzeniu pojęciem „tkanki”, należy rozumieć zarówno tkanki, jak i narządy¹⁹³.

Brak współczesnych rozwiązań legislacyjnych i narzędzi wykonawczych wzbudzał niepokój i zniecierpliwienie prawników i lekarzy. Szczególnie istotną, a jednocześnie wyjątkowo wrażliwą społecznie kwestią było zdefiniowanie śmierci, a dokładnie samego momentu, kiedy umiera człowiek. Kryteria krążeniowe w świetle nowych, naukowych, doniesień stały się już niewystarczające. Wprowadzenie nowych, mózgowych wskaźników było, w ówczesnej rzeczywistości (lata sześćdziesiąte, siedemdziesiąte XX wieku), niezwykle problematyczne i kontrowersyjne. Kwestie śmierci mózgu były regulowane jedynie Wytycznymi Krajowych Zespołów Specjalistycznych opracowanymi przez ekspertów anestezjologii, intensywnej terapii, neurochirurgii, neurologii i medycyny sądowej¹⁹⁴. Obowiązujące przepisy prawa, pochodzące z okresu międzywojennego, w żaden sposób nie pasowały do ówczesnej rzeczywistości.

1 lipca 1995 roku uchwalono *Ustawę o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek tkanek i narządów*¹⁹⁵, która weszła w życie 7 marca 1996 roku. Można powiedzieć, że dokument ten stał się swoistym kamieniem milowym dla polskiej medycyny transplantacyjnej. Po raz pierwszy, w historii naszego kraju, prawnie uregulowano pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów pobieranych zarówno od dawców żywych, jak i zmarłych. Ustawa ta stała się bazowym dokumentem obecnej ustawy transplantacyjnej. Najważniejszą i bardzo istotną różnicą, było uregulowanie dotyczące warunków pobrania narządów od zmarłych dawców. W ustawie z 1995 roku dopuszczalne było pobranie komórek, tkanek i narządów od dawców z orzeczoną śmiercią pnia mózgu. Polska była jednym z nielicznych krajów, w których obowiązywała nowa, zmodyfikowana koncepcja śmierci. Wytyczne dotyczące orzekania śmierci-

¹⁹³ E.M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów...*, dz. cyt., s. 273-275.

¹⁹⁴ G. Rejman, *Problemy prawa karnego w związku z definicją „śmierci mózgowej”*, Palestra 1987, nr 10-11, s. 149.

¹⁹⁵ Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 138 poz. 682).

ci według nowych kryteriów w sposób znaczący nie odbiegały od dzisiejszych założeń. Śmierć orzekana była przez specjalną komisję, złożoną z trzech lekarzy specjalistów, w tym jednego specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii i jednego specjalistę neurologii lub neurochirurgii. Decyzja orzekająca o śmierci człowieka według tych przepisów, musiała być jednomyślna, a żaden z lekarzy wchodzący w skład tej komisji, nie mógł brać udziału w żadnym z kolejnych etapów pobierania lub przeszczepiania komórek, tkanek i narządów. Ustawa ta wprowadziła formułę zgody domniemanej, zdefiniowała formy wyrażania sprzeciwu, uregulowała zakresy przeszczepiania żywego i martwego, penalizowała jakiekolwiek formy komercjalizacji pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, a także uregulowała szereg innych kwestii związanych z całym procesem transplantacyjnym. Trzeba podkreślić, iż na owe czasy była to ustawa dobra i wystarczająca. Jednym z czynników, które spowodowały konieczność wprowadzenia nowej ustawy, było wstąpienie Polski do Unii Europejskiej, a co za tym idzie konieczność dostosowania rozwiązań legislacyjnych do standardów unijnych¹⁹⁶.

Po wcześniejszych konsultacjach społecznych z licznymi podmiotami z różnych środowisk 1 lipca 2005 roku Sejm Rzeczypospolitej Polskiej przyjął nową ustawę regulującą kwestie przeszczepiania komórek, tkanek i narządów¹⁹⁷. Nowa ustawa wdrożyła także dyrektywę Parlamentu Europejskiego 2004/23/WE w sprawie zachowania odpowiednich norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich. Ustawa została znowelizowana ustawą z 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹⁹⁸.

Bardzo ważnym aspektem społecznym tej ustawy jest penalizacja jakichkolwiek form komercjalizacji. Ustawa ta, podobnie jak poprzednia, kładzie nacisk na zasadę *non profit*, przyjętą przez Radę Europy i Światową Organizację Zdrowia, w celu nieodpłatnego oddawania do przeszczepienia komórek, tkanek i narządów. Zgodnie z art. 43 tej Ustawy rozpowszechnianie ogłoszeń o sprzedaży, chęci kupna lub pośredniczeniu w przeszczepieniu komórek, tkanek czy narządów podlega karze grzywny lub pozbawienia wolności do roku. Kupno, sprzedaż lub współuczestnictwo w tych działaniach dla korzyści materialnych lub osobistych jest zagrożone karą pozbawienia wolności od sześciu miesięcy do pięciu lat, a osoby, które uczyniły z wcześniej wymienionych działań stałe źródło dochodu podlegają karze od roku do dziesięciu lat więzienia (art. 44). Osoby, które bez pozwolenia pobierają komórki, tkanki lub narządy z przeznaczeniem do przeszczepienia, albo je przeszczepiają, na mocy artykułu 46 ustawy podlegają grzywnie, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat trzech. Osoby, które bez zezwolenia wwożą na teren Rzeczypospolitej Polskiej komórki, tkanki, narządy lub je z kraju wywożą zagrożone są karą grzywny, ograniczenia lub pozbawienia wolności do lat

¹⁹⁶ E. M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów...*, dz. cyt., s.276-283.

¹⁹⁷ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 169, poz. 1411 ze zm.)

¹⁹⁸ J. Duda, *Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej*, Lex a Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 17-18.

trzech (art. 46a). Grzywnie lub karze pozbawienia wolności podlegają także osoby, które nie zgłaszają potencjalnych biorców na krajowe listy oczekujących oraz nie rejestrują dokonanych zabiegów przeszczepienia (art. 46b).

Nadzór nad przestrzeganiem przepisów wynikających z ustawy transplantacyjnej sprawuje Minister Zdrowia. Szczegółowe zakresy kontroli poszczególnych instytucji zapisane są w ustawie. Minister Zdrowia zobligowany jest ustawą, do przedstawiania co trzy lata Komisji Europejskiej, sprawozdań z zakresu czynności podejmowanych na terenie kraju w celu propagowania idei dawstwa oraz sposobu wdrażania i realizacji przepisów unijnych (art. 42).

7.2. Dane statystyczne dotyczące aktywność w zgłaszaniu dawców według województw

Analizując aktywność w zgłaszaniu martwych dawców narządów w poszczególnych województwach obserwuje się znaczne dysproporcje pomiędzy rejonami Polski. Najwyższy współczynnik donacyjny w kraju występuje w województwach północno-zachodnich (zachodniopomorskie, lubuskie, wielkopolskie) najniższe zaś w województwach południowo-wschodnich (świętokrzyskie, lubelskie, małopolskie i podkarpackie).

Szczegółowe wskaźniki pobrań obrazuje poniższa tabela:

Tabela 12. Aktywność w zgłaszaniu martwych dawców narządów według województw, w latach 2005-2011¹⁹⁹

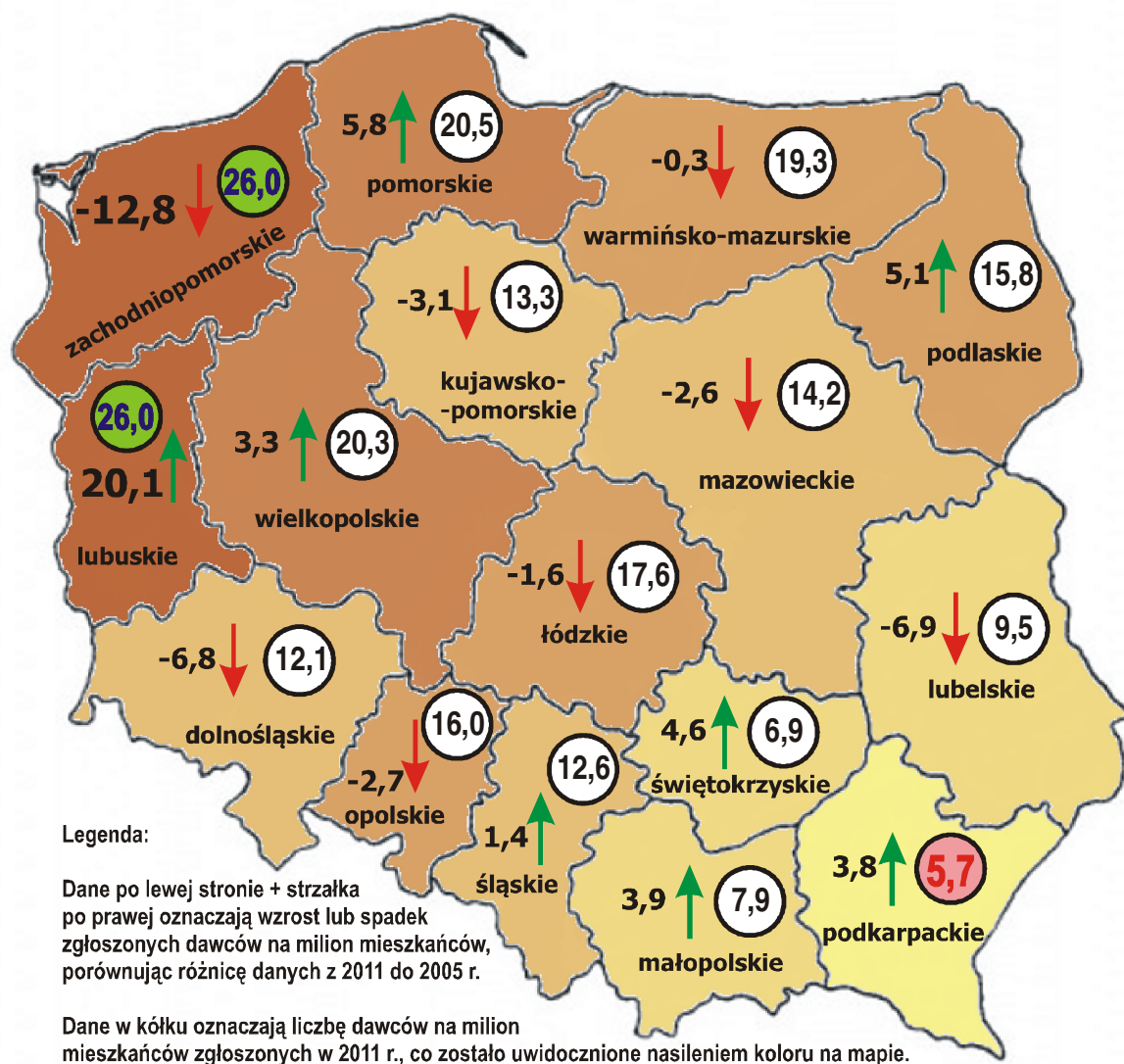
Województwo	Rok	Ludność [mln] ²⁰⁰	Dawcy na 1 milion ludności						
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie		2,9	18,9	12,5	6,5	10,6	9,7	12,8	12,1
Kujawsko-pomorskie		2,1	16,4	13,5	12,6	11,7	13,3	14,8	13,3
Lubelskie		2,2	16,4	9,6	4,6	4,6	5,5	4,5	9,5
Lubuskie		1,0	5,9	7,9	8,0	8,0	9,0	20,0	26,0
Łódzkie		2,5	19,2	11,2	7,0	9,4	10,4	19,2	17,6
Małopolskie		3,3	4,0	3,1	0,9	0,6	1,5	3,9	7,9
Mazowieckie		5,3	16,8	12,8	8,7	10,5	8,3	9,4	14,2
Opolskie		1,0	18,7	23,8	12,5	15,4	4,0	13,0	16,0
Podkarpackie		2,1	1,9	0,5	0,9	2,4	1,9	3,3	5,7
Podlaskie		1,2	10,7	20,0	7,6	7,6	15,8	17,5	15,8
Pomorskie		2,3	14,7	14,2	13,1	13,6	15,9	15,5	20,5
Śląskie		4,6	11,2	9,6	8,6	8,2	7,8	12,6	12,6
Świętokrzyskie		1,3	2,3	1,6	0,8	4,7	7,8	7,7	6,9
Warmińsko-mazurskie		1,5	19,6	21,7	12,6	14,1	14,3	15,7	19,3
Wielkopolskie		3,5	17,0	24,0	16,9	25,5	24,1	26,2	20,3
Zachodniopomorskie		1,7	38,8	34,3	31,9	40,8	34,7	27,6	26,0
POLSKA		38,5	14,5	13,0	9,2	11,2	11,0	13,3	14,5

¹⁹⁹ K. Antoszkiewicz, J. Czerwiński, *Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2011 r.*, Poltransplant Biuletyn Informacyjny, nr 1 (20) marzec 2012, s. 22,

http://www.poltransplant.pl/Download/Biuletyn2012/Biuletyn_2012.pdf, 24.02.2013, godz. 15:52.

²⁰⁰ *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym* (stan w dniu 30.06.2011), L. Nowak (red.), GUS, Warszawa 2012, s. 12, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_ludnosc_stan_struktura_30062011.pdf, 15.09.2013, godz. 20:18.

Analizując dane z roku 2005 i 2011 zaprezentowane w powyższej tabeli wynika, że 8 województw odnotowało spadek i 8 wzrost zgłoszeń. Dane z tabeli zostały zaprezentowane na poniższej mapie Polski z podziałem na województwa, gdzie strzałką w kolorze czerwonym zaznaczono spadek, a strzałką w kolorze zielonym wzrost liczby zgłoszeń na milion mieszkańców. Liczba znajdująca się po lewej stronie strzałki oznacza wielkość tego spadku lub wzrostu. Dane w kółku oznaczają liczbę zgłoszeń na milion mieszkańców w 2011 roku, co zostało odzwierciedlone nasileniem barwy poszczególnych województw.



Rycina 17. Aktywność w zgłaszaniu martwych dawców narządów według województw.

Niewątpliwym liderem w zgłaszaniu dawców jest województwo zachodniopomorskie. Wieloletnia tradycja transplantacyjna w tym regionie umożliwiła wypracowanie takich standardów, których efektem są wskaźniki donacyjne zbliżone do wyników hiszpańskich. Powody tak dużych różnic w aktywności poszczególnych województw w zgłaszaniu zmarłych dawców profesor Romuald Bohatyrewicz, ordynator Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, wyjaśnia następująco:

W całej Polsce ludzie chorują i umierają tak samo. Można przyjąć, że statystyczna liczba pacjentów w oddziałach intensywnej terapii, u których wystąpi śmierć mózgu, jest wszędzie podobna. Nie ma, więc medycznych powodów tych różnic. Obecna sytuacja ma podłoże po części personalne, a po części kulturowe. W województwach z dużą liczbą pobrań znaleźli się po prostu ludzie, którym na tym zależało, którzy zrozumieli, jak bardzo ważne jest to dla nas wszystkich. Ci lekarze wprowadzali procedury, szkolili medyków, przekonywali do idei przeszczepów swoje otoczenie. W innych miejscach Polski takich ludzi po prostu zabrakło.

Drugi powód to chyba względy geograficzne. Gdy popatrzymy na mapę, widzimy, że najczęściej pobrań jest na tzw. Ziemiach Odzyskanych, na Zachodzie. Wydaje mi się, że dużą rolę odegrał tu fakt, że przez lata mieliśmy – i to zarówno lekarze, jak i całe społeczeństwo – znacznie bliższy kontakt z Europą Zachodnią. Kolejna sprawa, to fakt, że po wojnie na Zachodzie osiedliła się ludność w wyniku wymuszonych migracji, a to trochę jak w Ameryce najbardziej niespokojne jednostki, otwarte na postęp i zmiany. Ta populacja nie miała utrwalonej tradycji. Na Wschodzie jest większy tradycjonalizm i większa niechęć do nowości²⁰¹.

Pomijając wszystkie inne czynniki, mimowolnie rzuca się w oczy mapa wyborcza Polski. Województwa najmniej sprzyjające dawstwu to te, w których zwyciężało w wyborach Prawo i Sprawiedliwość. „Prawie dwie trzecie (64%) potencjalnych wyborców PiS to osoby o prawicowych poglądach politycznych, prawie trzy czwarte (72%) uczestniczy w praktykach religijnych przynajmniej raz w tygodniu. Ludzie mniej zamożni to też potencjalny elektorat PiS. Ogólnie 49% elektoratu to mężczyźni, 51% – kobiety. Na partię Jarosława Kaczyńskiego chce głosować 23% Polaków w wieku 65 lat i więcej, 42% mieszkańców wsi i 38% z wykształceniem średnim. PiS-u nie można nazwać partią klasową. Jego zwolenników łączą raczej ideologiczne przekonania, a nie pozycja społeczna i sytuacja ekonomiczna” – zauważa CBOS²⁰².



Rycina 18. Wyniki wyborów prezydenckich i samorządowych w 2010 r. oraz parlamentarnych w 2011 r.

²⁰¹ M. Adamowska, *Trudne pytania*, <http://wyborcza.pl/1,75476,3132422.html>, 22.02.2012, godz. 14:17.

²⁰² http://wyborcza.pl/wybory2011/1,115569,10386466,Prawicowy_niezamozny_katolik_to_wyborca_PiS.html, 28.05.13.

²⁰³ http://pl.wikipedia.org/wiki/Wybory_prezydenckie_w_Polsce_w_2010_roku, 25.02.2012, godz. 22.30.

²⁰⁴ <http://www.dziennikpolski24.pl/pl/aktualnosci/kraj/1088623-wybory-samorzadowe-2010.html>, 25.02.2012, godz. 22.48.

²⁰⁵ http://pl.wikipedia.org/wiki/Wybory_parlamentarne_w_Polsce_w_2011_roku, 25.02.2012, godz. 23.30.

7.3. Organizowanie procesu pobierania i przeszczepiania

Tylko sprawne i dynamiczne przeprowadzenie akcji transplantacyjnej jest warunkiem sukcesu, czyli osiągnięcia pożądanego efektu końcowego, jakim jest przeszczepienie narządu. Akcja transplantacyjna to wieloetapowy, niezwykle złożony proces, w który zaangażowane są dziesiątki osób, a każdej z nich, oprócz profesjonalizmu musi przyświecać jeden cel. Zespoły biorące udział w tym postępowaniu są wielodyscyplinarne i pochodzą z różnych ośrodków w różnych częściach kraju. W skład takiej grupy wchodzi lekarze i pielęgniarki opiekujący się dawcą, lekarze konsultanci, pracownicy laboratoriów analityki medycznej i zakładów radiologicznych, bakteriologicznych, personel bloku operacyjnego, zespoły pobierające narządy (często z kilku ośrodków), a także pracownicy POLTRANSPLANTU.

Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji POLTRANSPLANT, z siedzibą w Warszawie, jest jednostką budżetową założoną w 1996 roku podlegającą Ministrowi Zdrowia. Główne cele i zadania POLTRANSPLANTU są zawarte w artykule 38 Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 1 lipca 2005 r.²⁰⁶ (dalej ustawa transplantacyjna).

Do zadań POLTRANSPLANTU należy między innymi:

- prowadzeniem centralnego rejestru sprzeczów,
- prowadzeniem krajowej listy oczekujących na przeszczepienie,
- koordynowaniem pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w Polsce,
- prowadzeniem rejestru przeszczepień,
- prowadzeniem rejestru żywych dawców,
- prowadzeniem rejestru szpiku i krwi pępowinowej²⁰⁷.

Mówiąc w skrócie POLTRANSPLANT to organizacja, która pozostaje w stałym kontakcie z koordynatorami (szpitalnymi i regionalnymi), mająca dostęp do szeregu informacji, odpowiadająca za sprawny przebieg akcji transplantacyjnej.

Wszystkie działania nadzorują i koordynują koordynatorzy transplantacyjni na szczeblach: lokalnym (szpital zgłaszający dawcę), regionalnym (ośrodek przeszczepiający) i centralnym (POLTRANSPLANT). Osobą, zgłaszającą potencjalnego dawcę narządów, jest z reguły szpitalny koordynator transplantacyjny, a w szpitalach gdzie nie ma takiego stanowiska, lekarz dyżurny z oddziału intensywnej opieki medycznej. Osoba zgłaszająca fakt istnienia możliwości pobrania w pierwszej kolejności zawiadamia regionalnego koordynatora transplantacyjnego, lub koordynatora POLTRANSPLANTU²⁰⁸.

²⁰⁶ Ustawa z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 169 poz. 1411, ze zm.).

²⁰⁷ Tamże.

²⁰⁸ A. Mielecka, W. Wenski, E. Grygianiec, I. Skóra, B. Dytkowska, *Zasady oceny, kwalifikacji oraz zgłaszania dawcy narządów – rola „Poltransplantu”*, [w:] B. Rutkowski, P. Kaliciński, Z. Śledziński, M. Wujtewicz, A. Mielecka (red.), *Wtyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Via Medica, Gdańsk 2009, s. 57.

Przed zgłoszeniem potencjalnego dawcy należy wykonać następujące czynności:

- ustalić przyczynę śmierci,
- wysunąć podejrzenie śmierci mózgu,
- zapoznać się z historią i przebiegiem choroby, a także z historią przebytych chorób i zabiegów operacyjnych, w celu wykluczenia przeciwwskazań względnych i bezwzględnych, a także uzależnień,
- zebrać i zgromadzić informacje na temat dawcy: dane personalne, parametry hemodynamiczne, rodzaj stosowanych leków,
- wykonać niezbędne i wymagane badania²⁰⁹.

Lista przeciwwskazań do pobrania narządów, tkanek i komórek nie jest zbyt długa, niemniej jednak jest niezmiernie istotna. Ilustruje to poniższa tabela:

Tabela 13. Przeciwwskazania po stronie dawcy do pobrania narządów²¹⁰

Przeciwwskazania bezwzględne do pobrania narządów	Przeciwwskazania względne do pobrania narządów
<ol style="list-style-type: none"> 1. Stwierdzenie w wywiadzie jak i podczas badania procesu nowotworowego z wyłączeniem: <ol style="list-style-type: none"> a) pewnych rodzajów nowotworów mózgu oraz niebędących czerniakami, b) nowotworów skóry bez przerzutów, c) nowotworu <i>in situ</i> szyjki macicy. 2. Dawca HIV dodani, lub pochodzący ze środowiska o dużym ryzyku zakażenia. 3. Nieleczona lub oporna na leczenie posocznica lub posocznica o nieznanym etiologii. 4. Obecność antygeny zapalenia wątroby typu B (HBV Ag). 5. Obecność przeciwciał przeciw antygenowi zapalenia wątroby typu C (anty-HCV) jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do wszczepienia takiej nerki biorcy anty-HCV (-). Narząd taki może być przeszczepiony biorcy HCV (+) pod warunkiem jego zgody. 6. Uogólniona miażdżycy. 7. Choroby układowe powodujące uszkodzenia narządów (kolagenozy, choroby naczyń, twardzina, amyloidoz). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obecność schorzeń sercowo-naczyniowych (choroba niedokrwienna serca, choroby naczyń obwodowych, wcześniejsze zaburzenia sugerujące schorzenia naczyniowe mózgu, np. przemijające ataki niedokrwienne, niedowład czy wylew). 2. Zaawansowany wiek dawcy (ponad 70 lat). 3. Stwierdzenie długotrwałej cukrzycy wraz z jej narządowym oddziaływaniem. 4. Naciśnienie tętnicze. 5. Dawcy z grup zagrożenia zakażeniem wirusem HIV (prostytutki obojga płci zarówno homoseksualne i heteroseksualne, alkoholicy, narkomani). W takich przypadkach oprócz oznaczenia przeciwciał anti-HIV, zaleca się oznaczenie antygeny HIV. 6. Przeciwciała anti-HBc. 7. Długotrwałe przyjmowanie leków toksycznych dla poszczególnych narządów. 8. Alkoholizm (wątroba, trzustka, serce, rzadziej nerki).

Ustalenie przyczyny zgonu pacjenta, a także określenie stopnia i rodzaju uszkodzenia mózgu jest istotnym i ważnym elementem całego procesu. W pierwotnym uszkodzeniu mózgu czas obserwacji pacjenta wynosi 6 godzin, natomiast we wtórnym uszkodzeniu 12 godzin, co ma niewątpliwie znaczenie w dalszym postępowaniu i planowaniu rozwoju akcji transplantacyjnej. Po tym okresie czasu i wykluczeniu odwracalności uszkodzenia mózgu wysuwa się podejrzenie śmierci cerebralnej i rozpoczyna procedurę orzekania o śmierci,

²⁰⁹ A. Mielecka i in., *Zasady oceny...*, dz. cyt., s. 57-58.

²¹⁰ A. Mielecka i in., *Zasady oceny...*, dz. cyt., s. 59.

według ustalonych standardów. Jednocześnie należy poczynić starania w celu nawiązania kontaktu z rodziną dawcy. Koordynator szpitalny, a w przypadku braku takiej osoby, lekarz zgłaszający kontaktuje się z koordynatorem regionalnym z najbliższego ośrodka przeszczepiającego i wspólnie z nim, szczegółowo analizują wyniki badań pacjenta, a także historię hospitalizacji zawartą w dokumentacji medycznej pod kątem możliwości pobrania. Ważne jest także ustalenie, z jakiego środowiska pochodzi zmarły. Jeżeli dany pacjent jest ofiarą wypadku, należy ustalić z lekarzem pogotowia, w jakich okolicznościach do niego doszło, a także skontaktować się z prokuratorem w celu wykluczenia ewentualnego wszczęcia postępowania prokuratorskiego. Koordynator szpitalny zgłaszający koordynatorowi regionalnemu dawcę, musi dysponować, oprócz danych dotyczących parametrów biochemicznych pacjenta, także jego dokładnymi danymi personalnymi i numerem PESEL. Jest to konieczne do sprawdzenia czy zmarły pacjent nie zgłosił za życia sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów (CRS). Jeżeli mamy do czynienia z pacjentem o nieznanym tożsamości nie może dojść do pobrania narządów. W takim przypadku należy podjąć próbę ustalenia tożsamości zmarłego, poprzez skontaktowanie się z policją. Po uzyskaniu wszystkich niezbędnych informacji, koordynator szpitalny przekazuje dane dotyczące stanu pacjenta koordynatorowi regionalnemu lub bezpośrednio do POLTRANSPLANTU²¹¹. Zakres niezbędnych informacji obrazuje poniższa tabela:

Tabela 14. Zakres informacji na temat dawcy, jakie musi posiadać koordynator szpitalny lub inna osoba zgłaszająca regionalnemu koordynatorowi transplantacyjnemu²¹²

Dane ogólne dawcy	Dane hemodynamiczne	Podawane leki
<ul style="list-style-type: none"> Dane personalne (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, adres zamieszkania) Przyczyna zgonu; Dane z wywiadu rodzinnego; Wykluczenie bezwzględnych przeciwwskazań do pobrania narządów; Data i godzina przyjęcia do szpitala; Data i godzina rozpoczęcia oddechu kontrolowanego; Temperatura ciała; Wzrost, masa ciała, obwód brzucha i klatki piersiowej; Data i godzina komisyjnego orzeczenia o śmierci mózgu. 	<ul style="list-style-type: none"> Ciężenie tętnicze i okresy niedociśnienia; Częstość akcji serca, obecność zaburzeń rytmu serca; Badanie EKG z oceną zapisu; Nagłe zatrzymanie krążenia, (kiedy i jak długo trwało); Aktualne wartości ośrodkowego ciśnienia żylnego; Rodzaj, dawka podawanych amin presyjnych; Diureza w ostatniej dobie oraz aktualna; RTG klatki piersiowej. 	<ul style="list-style-type: none"> Leki moczopędne: rodzaj, dawka; Antydiuretyka: od kiedy, dawka; Antybiotyki: rodzaj, dawka Insulina: dawka; Podawanie krwi i osocza: ilość Koloidy: rodzaj; Leki przyjmowane przez chorego przed hospitalizacją (rodzaj, dawka, czas przyjmowania)

²¹¹ A. Mielecka i in., *Zasady oceny...*, dz. cyt., s. 57-60.

²¹² A. Mielecka i in., *Zasady oceny...*, dz. cyt., s. 60.

Dawcy należy także wykonać następujące badania:

Tabela 15. Badania wymagane przy zgłaszaniu dawców²¹³

Grupa badań	Badania szczegółowe
Badania wirusologiczne	Przeciwciała anti-HIV Antygen HBsAg Przeciwciała anti-HCV Przeciwciała anti-HBc Przeciwciała anti-CMV Przeciwciała przeciw toksoplazmozii (w miarę możliwości) Kiła – VDRL
Badania ogólne	Grupa krwi Morfologia z płytkami krwi Stężenia Na, K, Ca w surowicy krwi Gazometria krwi tętniczej (przy znanych warunkach wentylacji, np. FiO ₂ , PEEP)
Badania bakteriologiczne	Moczu i krwi Wydzieliny z drzewa oskrzelowego Wydzieliny z ewentualnej rany (np. urazowej, operacyjnej)
Markery nowotworowe	CEA, AFP, CA19.9, CA 125, PSA, βHCG
Badania dla poszczególnych narządów	
Trzustka	Glukoza, amylaza w surowicy krwi i w moczu, lipaza w surowicy krwi
Wątroba	Bilirubina, AspAT, ALAT, fosfataza alkaliczna, APTT, czas protrombinowy, Wskaźnik Quicka, INR, fibrynogen, AT3, białko całkowite, albuminy, GGTP, LDH, sód
Nerki	Mocznik, kreatynina, USG, badanie ogólne moczu, badanie dna oka oraz badanie okulistyczne rogówek pod kątem przeszczepienia
Serce	EKG, ECHO, RTG klatki piersiowej, troponina, CPK, CKMB
Wymiary ciała	Masa ciała, wzrost, obwód brzucha na wysokości pępka, obwód klatki piersiowej na wysokości wyrostka mieczykowatego

W sytuacji, kiedy szpital zgłaszający dawcę nie ma możliwości wykonania wszystkich wymaganych badań, wówczas koordynator szpitalny, w porozumieniu z regionalnym, przygotowuje stosowne próbki pobranych materiałów, w celu ich przebadania w Rejonowym Ośrodku Transplantacyjnym.

Ekipy transplantacyjne często kierują się indywidualnymi kryteriami doboru, stąd decyzje do wykorzystania konkretnego narządu pozostawia się lekarzom kierującym poszczególnymi zespołami. Akcja transplantacyjna jest procesem dynamicznym, dlatego także przekazywanie informacji odbywa się na trzech poziomach: szpitalnym, regionalnym i centralnym. Nadrzędnym celem przyświecającym wszystkim osobom biorącym udział w tym procesie jest pobranie i przeszczepienie narządów. Każda z ekip transplantacyjnych ma godzinę na potwierdzenie chęci pobrania na podstawie kryteriów udostępnionych przez koordynatora z POLTRANSPLANTU. Jeżeli nie ma zgody, wówczas przedstawiciel POLTRANSPLANTU, dzwoni do kolejnej jednostki przeszczepiającej. Czas oczekiwania na przyjazd ekip pobierających jest różny i może trwać od 6 do 12 godzin. Precyzowanie i ustalanie godziny pobrania przez koordynatora POLTRANSPLANTU przebiega w oparciu o następujące kryteria:

²¹³ A. Mielecka i in., *Zasady oceny...*, dz. cyt., s. 61.

- stan dawcy i stopień nasilenia się zmian ogólnoustrojowych,
- odległość ośrodka przeszczepiającego od szpitala zgłaszającego dawcę,
- warunki atmosferyczne,
- dostępność bloku operacyjnego w szpitalu dawcy i organizacji pracy tej jednostki,
- wymagania i oczekiwania ze strony rodziny dawcy,
- możliwości organizacyjne (zorganizowanie kilku pobrań wielonarządowych),
- konieczność zawiadomienia i przybycia biorcy serca czy wątroby do szpitala przeszczepiającego²¹⁴.

Kiedy już zapadnie decyzja, jakie narządy zostaną pobrane i o której godzinie to następuje organizacja transportu. Koordynator POLTRANSPLANTU powiadamia o uzgodnionych szczegółach koordynatora szpitalnego. Ten z kolei, informuje o poczynionych ustaleniach zespół opiekujący się dawcą, a także personel bloku operacyjnego. Koordynator znajdujący się w szpitalu musi zadbać o skompletowanie dokumentacji, wszystkich wyników badań tak, aby poszczególne zespoły pobierające miały możliwość szybkiego wglądu do tych materiałów. Jeżeli zabieg ogranicza się tylko do pobrania nerek, godzina operacji ustalana jest między koordynatorem regionalnym i szpitalnym. Dawca jest przewożony na salę operacyjną dopiero po przybyciu wszystkich zespołów transplantacyjnych. Kolejność pobierania wygląda następująco:

- serce i płuca,
- narządy jamy brzusznej (wątroba, trzustka, nerki),
- naczynia biodrowe,
- węzły chłonne,
- śledziona,
- rogówki i inne tkanki²¹⁵.

W przypadku pobrania wielonarządowego, w szpitalu, w którym znajduje się dawca, w tym samym czasie przebywa kilka ekip pobierających, stąd niezmiernie istotna jest znajomość procedury przeprowadzania całej akcji. Praktyczne zasady współpracy poszczególnych zespołów przedstawia tabela.

²¹⁴ A. Mielecka i in., *Zasady oceny...*, dz. cyt., s. 62.

²¹⁵ A. Mielecka i in., *Zasady oceny...*, dz. cyt., s. 64.

Tabela 16. Praktyczne wytyczne dotyczące organizacji operacji pobrania narządów na bloku operacyjnym²¹⁶

Ekipa pobierająca (każda)	Blok operacyjny szpitala dawcy	Dokumentacja dawcy do wglądu zespołów transplantacyjnych
Skład zespołu pobierającego narządy: <ul style="list-style-type: none"> • 1-2 chirurgów • instrumentariuszka • perfuzjonista • anestezjolog (czasem) 	Skład zespołu: <ul style="list-style-type: none"> • anestezjolog • pielęgniarka anestezjologiczna • instrumentariuszka „brudna” • salowa 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokument potwierdzający tożsamość dawcy • Karty obserwacji na oddziale intensywnej terapii • Historia choroby • Oryginał grupy krwi • Protokół komisyjnego orzeczenia śmierci mózgu • Wyniki badań • Potwierdzenie braku sprzeciwu na pobranie narządów (wyciąg z CRS) • Brak sprzeciwu prokuratora na pobranie narządów
Sprzęt: <ul style="list-style-type: none"> • obłożenie jednorazowe • narzędzia chirurgiczne • płyny do perfuzji narządów • jałowe worki na narządy • 4 litry zimnej soli fizjologicznej • jałowy lód • mały pojemnik na fragmenty śledziony • próbówka na krew • przenośne lodówki na narządy i płyny 	Sprzęt i materiały udostępnione na bloku: <ul style="list-style-type: none"> • diatermia 2x • ssak 2x • stojaki 2x • drobny sprzęt (igły, kaniule, strzykawki, plastry) • ubrania operacyjne (fakultatywnie) 	

Ekipa pobierająca nerki ma za zadanie zeszyć ciała dawcy i nadanie mu estetycznego wyglądu. Wszystkie zespoły mają obowiązek sporządzenia dokładnych protokołów opisujących zabieg pobrania z precyzyjnym objaśnieniem, jakie komórki, tkanki czy narządy zostały przez nich pobrane. Dokument ten podpisuje operator. Protokół operacyjny jest jednocześnie potwierdzeniem pobrania dla POLTRANSPLANTU²¹⁷.

Akcja transplantacyjna jest niezwykle skomplikowanym i wieloetapowym procesem angażującym wiele zespołów. Niezmiernie ważne jest, aby wszystkie osoby biorące w nim udział znały zakres swoich obowiązków i były zaznajomione z istotą zagadnienia. W tym miejscu należy podkreślić wagę szkoleń dla personelu medycznego w celu wyjaśniania zagadnień związanych ze śmiercią mózgu i obowiązkiem odpowiedniej opieki nad dawcą. Na oddziałach intensywnej opieki medycznej, neurologii i neurochirurgii powinny odbywać się planowane szkolenia personelu.

Inną istotną kwestią jest powoływanie komisji orzekającej śmierć mózgu. Jej skład personalny jest zatwierdzany przez dyrektora szpitala. Ważnym zagadnieniem, często kluczowym, jest szybkie zebranie jej członków. W przypadku trudności w jej powołaniu można zwrócić się z prośbą do koordynatora regionalnego. Akcja transplantacyjna jest procesem dynamicznym, podczas którego należy wziąć pod uwagę możliwość zmiany godzin poszczególnych jej etapów. Zatem szybka komunikacja pomiędzy koordynatorami jest warunkiem absolutnie koniecznym. Sam zabieg pobrania również może się wydłużać, co powoduje konieczność zarezerwowania sali operacyjnej na dłuższy czas. Koordynator sprawuje pieczę nad wszystkimi etapami akcji transplantacyjnej, a więc także nad nadaniem zwłokom należytego

²¹⁶ A. Mielecka i in., *Zasady oceny...*, dz. cyt., s. 65.

²¹⁷ A. Mielecka i in., *Zasady oceny...*, dz. cyt., s. 64-65.

wyglądu²¹⁸. Po zakończonym zabiegu pobrania przeprowadzane jest także badanie sekcyjne, które umożliwi dalszą patomorfologiczną diagnostykę i wykrycie ewentualnych zmian chorobotwórczych²¹⁹.

7.4. Koordynatorzy transplantacyjni

Koordinator transplantacyjny to specjalnie przeszkolona osoba, posiadająca wykształcenie medyczne, która organizuje, kieruje i dokumentuje całość działań wszystkich zespołów transplantacyjnych. Obejmują one identyfikację, kwalifikację i opiekę nad dawcą, pobranie, alokację, transport, przeszczepianie, oraz opiekę nad biorcą we wczesnym i późnym okresie. Ważną funkcją koordynatora transplantacyjnego jest misja edukacyjna i kształtowanie pozytywnego wizerunku transplantologii. W Polsce koordynacja pobierania i przeszczepiania odbywa się na trzech etapach: lokalnym, regionalnym i centralnym²²⁰ i na każdym z tych etapów nieodzowny jest koordynator.

Koordinator lokalny (szpitalny) jest zatrudniony w szpitalu, w którym istnieje możliwość identyfikacji zmarłego dawcy i pobrania narządów. W zasadzie każdy szpital z salą operacyjną i oddziałem intensywnej terapii zatrudniający dwóch lekarzy specjalistów z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii oraz specjalistę neurologa powinien zatrudniać także koordynatora transplantacyjnego.

W Polsce pracuje kilkunastu regionalnych koordynatorów transplantacyjnych. Z reguły są to osoby zatrudnione w ośrodkach transplantacyjnych, pełniące dodatkowo funkcję koordynatora. Praca ta wymaga niezwyklej dyspozycyjności, odporności na stres i szybkości działania, a także umiejętności pracy w zespole. Najważniejsze jest bowiem, utrzymywanie bliskich relacji z koordynatorami szpitalnymi, co umożliwi pełniejsze wykorzystanie potencjału dawstwa. Zakresy czynności koordynatora szpitalnego i regionalnego mogą być modyfikowane. Wynika to w zasadzie ze specyfiki pracy i regionu, możliwości diagnostycznych oraz doświadczenia osób zaangażowanych w koordynację.

²¹⁸ Musi sprawdzić czy ekipy pobierające (na przykład kości, rogówki, ręce) posiadają odpowiednie protezy.

²¹⁹ A. Mielecka i in., *Zasady oceny...*, dz. cyt., s. 65-67.

²²⁰ A. Mielecka, J. Czerwiński, *Rola i zadania koordynatora transplantacji*, [w:] B. Rutkowski, P. Kaliciński, Z. Śledziński, M. Wujtewicz, A. Mielecka (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Via Medica, Gdańsk 2009, s. 45.

Poniższa tabela przedstawia zakres obowiązków każdego z koordynatorów:

Tabela 17. Zadania koordynatorów transplantacji²²¹

Koordynator lokalny	Koordynator regionalny	Koordynator POLTRANSPLANTU
<ul style="list-style-type: none"> • Wysuwa podejrzenie śmierci mózgu • Przeprowadza stosowną procedurę i powołuje komisję orzekającą o śmierci mózgu • Informuje rodzinę o zamiarze pobrania narządów • Zleca oznaczenie grupy krwi, organizuje pobranie badań wirusologicznych oraz innych badań, a także niezbędnych konsultacji • Wyklucza zakażenie wirusem HIV • W razie potrzeby organizuje pobranie węzłów chłonnych • Zawiadamia i przesyła informacje o potencjalnym dawcy najbliższemu ośrodkowi transplantacyjnemu • Organizuje pobranie narządów (powiadomienie personelu bloku operacyjnego i zespołu opiekującego się dawcą) 	<ul style="list-style-type: none"> • Akceptuje dawcę • Zleca POLTRANSPLANTOWI sprawdzenie oświadczenia dawcy w CRS • Organizuje oznaczenie antygenów transplantacyjnych u dawcy • Pomaga w wykonaniu badań wirusologicznych w sytuacji, niemożliwości ich wykonanie w szpitalu, w którym znajduje się dawca • Pomaga w uzyskaniu informacji od prokuratora o jego stanowisku wobec dawcy • Powiadamia POLTRANSPLANT o zgłoszeniu dawcy narządów i przekazuje wszystkie niezbędne informacje w kontekście pobrania narządów (pozanerkowych) • Wspólnie z koordynatorem szpitalnym i z POLTRANSPLANTU ustala godzinę pobrania • Organizuje zespół chirurgiczny do pobrania nerek • Organizuje składy zespołów przeszczepiających nerki • Prowadzi korespondencję ze szpitalem zgłaszającym dawcę po pobraniu narządów 	<ul style="list-style-type: none"> • Przyjmuje zgłoszenia i gromadzi pełną informację medyczną o potencjalnym dawcy narządów • Sprawdza dawcę w CRS • Kwalifikuje dawcę i ocenia przydatność narządów do przeszczepienia • Przeprowadza wstępne rozdysonowanie narządów do przeszczepienia ze szczególnym uwzględnieniem pilnych pobrań • Koordynuje i sprawuje nadzór nad przebiegiem procesu pobrania wielonarządowego • Informuje właściwe jednostki o możliwości pobrania komórek, tkanek i narządów od zmarłych dawców • Ustala datę i godzinę pobrania wielonarządowego • Organizuje centralne typowanie biocrców

Podsumowując, rola koordynatora transplantacyjnego jest niezmiernie istotna w całym procesie dotyczącym pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów. Trudno jednak nie odnieść wrażenia, iż pewne zakresy czynności dublują się (szczególnie dotyczy to koordynatora szpitalnego i regionalnego) i w takich sytuacjach, nie do końca jasne jest kto, za co odpowiada. W mojej opinii najskuteczniejsze działanie byłoby wówczas, gdyby koordynator szpitalny zgłaszał dawcę bezpośrednio do POLTRANSPLANTU, a ta instytucja (w stałej łączności ze szpitalem, w którym znajduje się dawca) przejęłaby całość dowodzenia akcją transplantacyjną. W Polsce, według raportu NIK z 2011 roku, nadal jest wiele szpitali, które nie zatrudniają koordynatorów transplantacyjnych, co w niektórych jednostkach medycznych skutkuje bardzo niską aktywnością lub jej brakiem w zgłaszaniu martwych dawców narządów²²². A tylko dobrze funkcjonująca siatka koordynatorów na terenie całego kraju może poprawić skuteczność i efektywność dawstwa.

²²¹ A. Mielecka i in., *Zasady oceny...*, dz. cyt., s. 63.

²²² J. Watoła, *Przeszczepy z przeszkodami*, http://wyborcza.pl/1,75478,9982014,Przeszczepy_z_przeszkodami.html, 13.01.2012, godz. 14:16.

7.5. System alokacji narządów. Kryteria przyznania organu(ów) biorcy

Wskazanie określonej osoby do przeszczepienia odbywa się w oparciu o ściśle określone wytyczne i wynika między innymi z zapisów ustawy transplantacyjnej. Alokacja wymaga przestrzegania kryteriów medycznych (pilność przeszczepienia, parametry biologiczne i chemiczne), pozamedycznych (czas oczekiwania, odległość od ośrodka przeszczepiającego) i immunologicznych (grupa krwi, antygeny HLA, stopień immunizacji i wynik próby krzyżowej). W Europie system alokacji jest stale monitorowany i kontrolowany. Nieprzestrzeganie ogólnie przyjętych zasad może skutkować utratą licencji przez ośrodek, który się tego dopuścił.

System alokacji często wzbudza najwięcej kontrowersji, bowiem ostatecznej kwalifikacji biorcy dokonuje nie komputer, lecz człowiek. Tutaj upatruje się możliwości „nieczystych” działań, skutkujących na przykład brakiem obiektywizmu, czy też wywołanych przez naciski osób trzecich. Osoba dokonująca ostatecznego wyboru biorcy ma każdorazowo niełatwe zadanie, powinna bowiem obiektywnie i z pełną odpowiedzialnością dokonać analizy osób oczekujących na narząd, przy jednoczesnej świadomości, iż wybór tego a nie innego biorcy, kogoś innego może skazać na śmierć. Jeżeli kandydaci do jednego organu mają podobny czas oczekiwania, taką samą grupę krwi, są podobnie zbudowani, to zachodzi pytanie, jakie w pojęciu sprawiedliwego podziału dodatkowe kryteria mogą być brane pod uwagę?

Profesor Marian Zembala, kardiochirurg i transplantolog z Zabrze tak mówi o omawianej sytuacji:

Dzisiaj w komputerze mamy 163 osoby. Dwie trzecie z nich ma szansę na przeszczep w ciągu roku. To dobrze. (...) Jeszcze dziesięć lat temu aż 60 procent ludzi z listy umierało, bo nie mogli się doczekać dawcy. Teraz umiera najwyżej 20 procent. To dowód, że nowe serca dostają ci, którzy ich najbardziej potrzebują. W tej sprawie nie ma żadnego kumoterstwa. Pytamy o nałogi. Osoba uzależniona od alkoholu nie ma szans²²³.

Profesor Antoni Działkowiak, krakowski kardiochirurg tak opisuje swoje kryteria:

Palacz papierosów serca u mnie nie dostanie. Przeważnie osobiście kwalifikuję pacjentów do przeszczepienia. Z listy biorę najcięższego chorego, ale nie takiego, co ma chorą wątrobę albo nerkę. Szkoda serca. Następny na liście ma 30 lat i serce jak kalosz. Ale w domu trójka dzieci. Kogo wybieram? Młodego. A jak mam pijaka z dołów społecznych i człowieka wykształconego, to jak myślicie, kogo wybiorę? (...) Wykształconego. Bo on to nowe serce uszanuje. W pewnym sensie decyduję o życiu i śmierci, więc obciążenie jest ogromne. Jak sobie z tym radzę? Trzeba być wobec siebie uczciwym. Lepiej dać serce człowiekowi myślącemu, bo on będzie brał leki i przeżyje²²⁴.

Racjonalny wywód profesora Działkowiaka odsłania całe okrucieństwo sytuacji. Powstaje zatem pytanie, czy pacjenci z grup „nierokujących” na skutek takich czy innych nawy-

²²³ D. Korytko, J. Watóła, *Na szczycie...*, dz. cyt., s. 17.

²²⁴ D. Korytko, J. Watóła, *Na szczycie...*, dz. cyt., s. 10.

ków, uzależnień, czy społecznych uwarunkowań, są informowani o mniejszej szansie na otrzymanie narządu?

Z innej zaś strony, przy niedoborze organów, nie można wymagać przeszczepienia narządu wszystkim bez patrzenia przez pryzmat tychże społecznych uwarunkowań. Oczywiście wszystkim zależy, aby przeszczepiony narząd był szanowany i doceniany przez pacjenta, który go otrzymał. Powstaje zatem nowe kryterium, według którego lekarze wybierają biorcę organu. Tym kryterium jest odpowiedzialność.

Zatem powstaje dylemat, jakimi kryteriami oceny należałoby szacować pacjentów oczekujących na przeszczep z punktu widzenia odpowiedzialności za otrzymane narządy. Czy wystarczającymi kryteriami odpowiedzialności są: poziom wykształcenia, ilość dzieci czy status ekonomiczny? Czy człowiek popełniający błędy, popadający w nałogi czy niezbyt należycie prowadzący się powinien być wyeliminowany już na „starcie”? Jeśliby zastosować takie lub podobne kryteria, to należałoby odmówić również leczenia szeregu innych chorób, które są powodowane przez te czynniki.

Człowiek w obliczu zagrożenia życia, śmierci „czekającej za rogiem”, ma czas i powody do przemyśleń, definiowania wniosków i nowych postanowień. Z całą pewnością większość czyni takowe, targując się często z samym Bogiem, o następną szansę na dalsze, lepsze życie. Nie jest moją intencją ocenianie lekarzy, ale zwrócenie uwagi na obszar, wymagający wyjątkowej transparentności procedur i powierzania decyzyjności dotyczącej przyznania organu osobom o absolutnie nienagannych postawach moralnych.

W związku z wymaganiami dotyczącymi sposobu prowadzenia się biorców przeszczepu, być może naiwnością jest liczenie na zmianę sposobu życia po przeszczepieniu narządu. Bardzo znamienym przykładem jest historia uzależnionej od alkoholu kobiety, której w zarzańskim ośrodku przeszczepiono serce. Jej losy są udokumentowane w kilku odcinkach serialu telewizyjnego *Operacja życie*. Sam profesor Marian Zembala zdecydował, aby chorej dano szansę na nowe życie. Sytuacja społeczna chorej była bardzo trudna, trójka jej dzieci przebywała w domu dziecka, a sama kobieta mieszkała w niezwykle ciężkich warunkach. Kobieta została poddana operacji przeszczepienia serca, a profesor Zembala, dzięki swoim znajomościom, umożliwił jej zamieszkanie w nowym spółdzielczym mieszkaniu, o odpowiednich warunkach sanitarnych. Kobieta, po wyjściu ze szpitala wróciła do nałogu i starego, brudnego mieszkania. Na kontrolnych wizytach dotyczących stanu zdrowia, profesor Zembala był bardzo zaniepokojony jej ignorancją i dalszymi perspektywami życia. Odwiedzał jej dzieci w domu dziecka, sprawdzał stan higieniczny mieszkania. Wszelkie próby wymuszenia zmiany dotychczasowego stylu życia, mimo wcześniejszych obietnic poprawy ze strony kobiety, nie dały żadnego efektu. Pacjentka, na skutek zaniedbywania przyjmowania leków immunosupresyjnych, złego stanu higienicznego i powrotu do nałogu, zmarła. Sam profesor Zembala był wstrząśnięty tym faktem, dokonując podsumowania stwierdził, iż ich praca po-

szła na marne, że serce zostało zmarnowane i jedną z cech wymaganych u biorcy musi być wcześniej wspomniana odpowiedzialność biorcy: za siebie, za narząd, za swoje życie.

7.6. Aspekt ekonomiczny pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów

Wycena świadczeń transplantologicznych jest w Polsce skomplikowana i finansowana z różnych źródeł. Poza tym część kosztów jest objęta tajemnicą i jest dostępna dla wąskiego grona osób.

Obecnie obowiązująca ustawa transplantacyjna w sposób szczegółowy rozwiązuje kwestie rozliczania się i zapłaty za koszty poniesione na poszczególnych etapach procedury transplantacyjnej. W rozumieniu ustawy, koszty pobierania komórek, tkanek i narządów są związane z:

- koordynacją pobrania,
- badaniami i wydawanymi na ich podstawie opiniami lekarskimi,
- identyfikacją i kwalifikacją potencjalnego dawcy,
- procedurą komisyjnego stwierdzenia śmierci mózgu,
- hospitalizacją i podtrzymywaniem funkcji czynności narządów od momenty orzeczenia śmierci mózgu do pobrania narządów,
- wszystkimi badaniami laboratoryjnymi przed pobraniem komórek, tkanek i narządów, a także badaniami kwalifikującymi do przeszczepienia po ich pobraniu,
- zabiegiem pobrania komórek, tkanek i narządów, ze szczególnym uwzględnieniem kosztów poniesionych przez ośrodek, w którym je pobrano oraz ośrodki, w których je przeszczepiono²²⁵.

Poza wymienionymi kosztami, w przypadku pobierania komórek lub tkanek ze zwłok ludzkich do wyżej wymienionych dolicza się także wydatki związane z:

- kosztami osobowymi, materiałowymi, rzeczowymi i organizacyjnymi niezbędnymi w związku z pobraniem tkanek i/lub komórek,
- transportem pobranych elementów do banku tkanek i komórek,
- testowaniem, przetwarzaniem, konserwowaniem, sterylizacją, przechowywaniem i dystrybucją tychże²²⁶.

Koszty kwalifikacji dawcy, wykonania szeregu niezbędnych badań oraz sama procedura pobrania komórek, tkanek i narządów są szczegółowo zapisane w załącznikach do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 roku²²⁷.

²²⁵ Ustawa z dnia 1 lipca 2005... dz. cyt., art. 3.

²²⁶ Ustawa z dnia 1 lipca 2005... dz. cyt., art. 5.

Tabela 18. Stałe koszty osobowe w procedurze orzekania o śmierci, opieki nad dawcą i zabiegiem pobrania (personel szpitala dawcy)²²⁸

	Czynności	Koszt jednostkowy [zł]	Koszty ogółem [zł]
I	Identyfikacja zmarłego dawcy		
1.	Lekarz – wstępna ocena kwalifikacji potencjalnego dawcy	300	300
2.	wykonanie serii badań	2 x 250	500
3.	komisja orzekająca śmierć mózgu	3 x 400	1200
	Razem		2000
II	Opieka nad dawcą od stwierdzenia śmierci (mózgu lub krążeniowej) do momentu pobrania komórek, tkanek, narządów		
1.	lekarz	600	600
2.	pielęgniarka	350	350
3.	konsultacja specjalistyczna	200	200
	Razem		1150
III	Zabieg pobrania komórek, tkanek, narządów		
1.	lekarz anestezjolog	700	700
2.	pielęgniarka	2 x 350	700
3.	salowa	250	250
	Razem		1650
	Ogółem koszty osobowe		4800

Koszty osobowe, o których mowa w załączniku nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 roku, są tak *de facto*, a przynajmniej powinny być, dodatkami do wynagrodzenia dla osób zatrudnionych w szpitalu, za wykonanie dodatkowej pracy. Niemniej jednak, zdarza się, że pieniądze za wykonane czynności księgowane są na koncie szpitala, bez dalszych przesunięć²²⁹.

Koszty pobrania narządów wyglądają następująco:

Tabela 19. Koszty pobrania narządów²³⁰

L.p.	Rodzaj pobrania	Koszt pobrania narządów [w zł]		
		dwóch nerek	kolejnego narządu	z kosztami osobowymi
1.	Pobranie tylko nerek	7 000		7 000
2.	Pobranie nerek i jednego innego narządu	3 900	3 900	7 800
3.	Pobranie nerek i 2 innych narządów	2 800	2 900	8 600
4.	Pobranie nerek i 3 innych narządów	2 350	2 350	9 400
5.	Pobranie nerek i 4 innych narządów	2 040	2 040	10 200

²²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 roku w sprawie szczegółowego ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek tkanek i narządów, (Dz.U. Nr 53, poz. 319 ze zm.).

²²⁸ Załącznik nr 2, Koszty czynności związanych z pobieraniem komórek, tkanek i narządów od dawcy, u którego stwierdzono śmierć mózgu lub zgon wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czynności związanych z pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej oraz ich przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją, do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 53, poz. 319 ze zm.).

²²⁹ M. Kasperska, *Tylko nerki się nie marnują*, Gazeta Wyborcza 18.11.2010, http://wyborcza.pl/1,76842,8679592,Tylko_nerki_sie_nie_marnuja.html?as=1&startsz=x, 23.02.2012, godz. 15:19.

²³⁰ Załącznik nr 2, *Koszty...*, dz. cyt.

Z kolei koszty związane z pobieraniem szpiku lub komórek krwiotwórczych przedstawiają się następująco:

Tabela 20. Koszty ośrodka dokonującego pobranie szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej²³¹

L.p.	Rodzaj pobrania	Koszty [w zł]		
		osobowe	materiałowe jednostkowe dla jednego pobrania	ogółem
1.	Pobranie szpiku w warunkach sali operacyjnej	4 800	3 000	7 800
2.	Pobieranie komórek krwiotwórczych krwi obwodowej metodą cytoforezy	4 800	7 000	11 800

Tabela 21. Koszty czynności związanych z pobieraniem tkanek i komórek od zmarłych dawców

L.p.	Czynności	Koszt pobrania [w zł]
1.	Konsultacje specjalistyczne przed pobraniem tkanek i komórek	125
2.	Pobranie jednej kości długiej z kończyny	95
3.	Pobranie innych kości na zamówienie (w tym pokrywy czaszki)	65
4.	Pobranie mostka z chrząstkami żebrowymi	60
5.	Pobranie żebra	30
6.	Pobranie jednostronne talerza biodrowego	60
7.	Pobranie ścięgna, więzadła	60
8.	Pobranie zastawek serca	130
9.	Pobranie osierdzia	50
10.	Pobranie naczynia krwionośnego rozgałęzionego min. 10 cm	250
11.	Pobranie naczynia krwionośnego min. 10 cm	160
12.	Pobranie naczynia krwionośnego do 10 cm	100
13.	Pobranie rogówki	160
14.	Pobranie owodni	50
15.	Pobranie dermatomem skóry o pow. 100 cm ²	30
16.	Pobranie błony łącznotkankowej o pow. 100 cm ²	40
17.	Pobranie komórek	100
18.	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu jednej kości długiej z kończyny	30
19.	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu dwóch kości długich z jednej kończyny	50
20.	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu mostka	30
21.	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu żeber	40
22.	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu talerza kości biodrowej	40
23.	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu kości na indywidualne zamówienie	40
24.	Kosmetyka zwłok po pobraniu rogówki	40
25.	Kosmetyka zwłok po pobraniu skóry dermatomem	40

Wśród procedur wysokospecjalistycznych, finansowanych przez Ministra Zdrowia znajdują się następujące procedury transplantacyjne:

- przeszczepienie serca,
- przeszczepienie płuca,
- przeszczepienie wątroby,
- przeszczepienie serca i płuca,
- przeszczepienie komórek wysp trzustkowych,
- przeszczepienie komórek przytarczyc.

²³¹ Załącznik nr 2, *Koszty...*, dz. cyt.

Koszty przeszczepienia ww. komórek i organów przedstawia poniższa tabela:

Tabela 22. Procedury transplantacyjne finansowane przez Ministerstwo Zdrowia

L.p.	Procedura	Średni zakontraktowany koszt świadczenia w 2010
1.	Przeszczepienie wątroby	209 875 zł
2.	Przeszczepienie serca	133 800 zł
3.	Przeszczepienie płuca	167 857 zł
4.	Przeszczepienie serca i płuca	183 916 zł
5.	Przeszczepienie komórek wysp trzustkowych	135 460 zł
6.	Przeszczepienie komórek przytarczyc	28 000 zł

Czasami z różnych pozamedycznych środowisk, pojawiają się głosy nad sensem inwestowania w kosztowne praktyki transplantacyjne. Choć procedury związane z całą organizacją pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów nie należą do najtańszych, to z całą pewnością są warte swojej ceny. Po pierwsze, dlatego że istnieje ponad 80% szansy na pełne wyleczenie chorego. Po drugie, osoba po transplantacji w ciągu roku po operacji wraca do pracy i tym samym staje się „pełnowartościowym” obywatelem. Koszty samego zabiegu transplantacji są wysokie, niemniej jednak w odniesieniu do kosztów uporczywej dializoterapii czy leczenia w schyłkowym stadium niewydolności wątroby, serca czy płuc są kilkakrotnie niższe. Istnieje wiele innych obszarów w medycynie, których koszty leczenia są często o wiele wyższe, a szansa powodzenia niższa. Nikt nie śmie odmawiać leczenia chorym onkologicznie, dzieciom przedwcześnie urodzonym, czy chorym psychicznie. W medycynie, bowiem najwyższą wartością powinno być zdrowie chorego, choć coraz częściej spotykamy się z sytuacjami, kiedy to rachunek ekonomiczny jest równie ważny.

Nie ma większego sensu zastanawianie się nad opłacalnością zabiegów transplantacyjnych, bowiem jest to jedyna procedura lecznicza, która prowadzi do całkowitego wyzdrowienia. Ludzie po przeszczepieniu narządów, wcześniej niepełnosprawni na skutek swojej choroby, wracają do pełnienia swoich ról społecznych. Zyskując drugie życie, realizują się na wielu płaszczyznach w życiu rodzinnym i zawodowym. Zaciągnięty kredyt zaufania starają się spłacać poprzez aktywność i udzielanie się we wszelkich akcjach proklamujących dawstwo, stają się aktywnymi członkami stowarzyszeń osób po przeszczepieniu, biorą udział w rozmaitych kampaniach społecznych, chcąc pokazać, że osoba po transplantacji może normalnie żyć i funkcjonować w społeczeństwie.

ROZDZIAŁ VIII

Psychospołeczne uwarunkowania dawstwa organów

8.1. Polskie medyczne i prawne kryteria śmierci mózgu

Kryteria i sposób stwierdzania śmierci mózgu są regulowane obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 roku. Dokument ten został opracowany przez grono praktyków i autorytetów medycznych, w oparciu o badania i zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Jest w nim zawarta szczegółowa instrukcja postępowania diagnostycznego, aby pewność stwierdzenia zgonu była stuprocentowa.

Śmierć każdego organizmu jest procesem zdysocjowanym, co w uproszczeniu oznacza, iż różne struktury ciała, komórki, tkanki, narządy obumierają w różnym czasie. Krótko mówiąc, czas ustawiania czy też rozpadu funkcji poszczególnych „elementów” ciała jest różny w zależności od typu tkanki, od kilku minut (mózg) do kilkudziesięciu godzin. Zdysocjowany charakter śmierci jest szczególnie symptomatyczny w sytuacji orzekania o śmierci mózgu, kiedy to czynność wielu narządów, jak serce czy inne układy organizmu nadal funkcjonują.

W obliczu takiego stanu rzeczy, to właśnie mózg jest strukturą determinującą śmierć. Ustanie jego funkcji, jako nadrzędnego centrum sterującego organizmem jest jednoznaczne z zakończeniem życia.

Diagnostykę śmierci mózgu opiera się na braku samoistnej i spontanicznej akcji oddechowej oraz braku specyficznych odruchów nerwowych. Przeprowadza się ją w oparciu o ściśle określone procedury medyczne, z dodatkowym wykorzystaniem wielu badań. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, czy braku jednogłośnie komisji odstępuje się od dalszej diagnostyki. Samo postawienie diagnozy śmierci mózgu może, ale nie musi być zapowiedzią do pobrania narządów dla celów transplantacji. Wprowadzenie kryteriów mózgowych umożliwiło przede wszystkim przerywanie uporczywej terapii, która w przypadku osób zmarłych, jest wyjątkowo nieetyczna.

W Polsce śmierć mózgu orzekana jest przez specjalną komisję, w skład której wchodzi trzech lekarzy specjalistów, w tym co najmniej jeden specjalista z anestezjologii i intensywnej

terapii oraz jeden specjalista neurolog lub neurochirurg. Procedura diagnostyczna śmierci mózgu opiera się na dwuetapowym procesie kwalifikacyjnym:

- Etap I: wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu,
- Etap II: wykonanie badań potwierdzających śmierć mózgu.

Etap pierwszy obejmuje dokonanie szeregu potwierdzeń i wykluczeń²³²:

- Stwierdzenia:
 - chory jest w śpiączce,
 - chory jest sztucznie wentylowany,
 - przyczyna śpiączki została rozpoznana,
 - wystąpiło uszkodzenie mózgu,
 - uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne.
- Wykluczenia:
 - chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, środki nasenne, usypiające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane, neuroleptyki),
 - chorych w stanie hipotermii (≤ 35 °C),
 - chorych z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi,
 - noworodków poniżej 7 dnia życia.

Po przeprowadzeniu wszystkich potwierdzeń i wykluczeń można przejść do drugiego etapu procesu diagnostycznego. Etap ten obejmuje dwukrotne wykonanie przez ordynatora oddziału czy kliniki lub osobę przez niego upoważnioną (lekarza specjalistę) następujących badań:

- Stwierdzenie nieobecności odruchów pniowych, o których świadczy:
 - brak reakcji źrenic na światło,
 - brak odruchu rogówkowego (drażnienie rogówki jałowym wacikiem),
 - brak spontanicznych ruchów gałek ocznych,
 - brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej (podawanie strumienia zimnej wody do kanału słuchowego),
 - brak odruchów wymiotnych i kaszlowych (przy drażnieniu zgłębnikiem),
 - brak odruchu oczno-mózgowego,
 - brak jakiegokolwiek reakcji ruchowej przy zastosowaniu bodźca bólowego w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych oraz brak jakiegokolwiek reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe zastosowane w obszarze unerwienia rdzeniowego²³³.
- Stwierdzenie trwałego bezdechu.

²³² Załącznik nr 2, *Koszty czynności...*, dz. cyt., s. 1349.

²³³ Załącznik nr 2, *Koszty czynności...*, dz. cyt., s. 1349.

Próba bezdechu musi być wykonywana po wcześniejszej 10 minutowej wentylacji pacjenta czystym tlenem. Po odłączeniu respiratora bacznie obserwuje się ruchy klatki piersiowej i nadbrzusza przez kolejne 10 minut. Następnie podłącza się respirator. Przy prawidłowo wykonanej próbie bezdechu u osoby ze śmiercią mózgu stwierdza się brak jakichkolwiek efektywnych ruchów oddechowych.

Istnieje wiele objawów ze strony ciała badanego, które nie wykluczają śmierci mózgu, choć dla osób nieznających się na fizjologii, a szczególnie dla rodziny, mogą wzbudzać nadzieję na to, że ich bliski żyje. Objawy, te pochodzą z rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych, a należą do nich:

- zgięciowe ruchy palców dłoni,
- naprzemienne ruchy zgięciowe i wyprostne palców u stóp,
- zachowane odruchy ścięgniste, objaw trójzgięcia (w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym),
- ruchy szyi, złożone ruchy kończyn, zgięcie tułowia, powolny obrót głowy, przywodzenie i krzyżowanie kończyn górnych, które w przypadku próby bezdechu mogą przybierać wstrząsającą postać tzw. odruchu Łazarza,
- inne ruchy tułowia, zachowane głębokie i powierzchowne odruchy skórne brzuszne²³⁴.

W przypadku wątpliwości, czy braku możliwości wykonania niektórych z wyżej wymienionych badań, podejrzenie śmierci mózgu musi być potwierdzone badaniami instrumentalnymi, to jest EEG, multimodalne potencjały wywołane oceną krążenia mózgowego. Taka diagnostyka jest szczególnie przydatna u osób z rozległymi urazami w obrębie twarzoczaszki, obecnością nietypowych odruchów czy podnamiotowym uszkodzeniu mózgu. Orzeczenie śmierci mózgu należy do komisji orzekającej, a w przypadku jakichkolwiek wątpliwości odstępuje się od orzekania. Zgon pacjenta przypada na moment komisyjnego stwierdzenia śmierci mózgu, a nie odłączenia respiratora. Obowiązek terapeutyczny wobec pacjenta ustaje z chwilą orzeczenia śmierci, i od tej pory zwłoki są sztucznie wentylowane²³⁵.

8.2. Aspekt psychospołeczny transplantacji. Rozmowa z rodziną potencjalnego dawcy narządów

Najważniejszym a jednocześnie najtrudniejszym momentem w całym procesie transplantacyjnym jest skontaktowanie się z rodziną potencjalnego dawcy i rozmowa z nią na temat ewentualnego pobrania narządów zmarłego. W świetle obowiązujących przepisów, zgodnie z omawianą wcześniej ustawą transplantacyjną, w Polsce obowiązuje tzw. zgoda domniemana na pobranie komórek, tkanek i narządów. Oznacza to, że każdy zmarły (śmiercią

²³⁴ Załącznik nr 2, *Koszty czynności...*, dz. cyt., s. 1351-1352.

²³⁵ Załącznik nr 2, *Koszty czynności...*, dz. cyt., s. 1353.

mózgową lub krążeniową), który nie zgłosił sprzeciwu na pobranie narządów, może być traktowany, jako potencjalny dawca. Sytuacja ta, nie jest jednak tak oczywista jak się okazuje, bowiem oprócz wpisu w rejestrze sprzeciwów, ustawa dopuszcza dwa inne sposoby wyrażenia sprzeciwu:

- pisemny sprzeciw potwierdzony przez dwóch świadków,
- ustne oświadczenie, złożone w obecności dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone.

Zatem, osoby kontaktujące się z rodziną w sprawie ewentualnego dawstwa powinny prosić o jeden z wyżej wymienionych dokumentów, a w sytuacji ich braku, organizować pobranie. Rzeczywistość jednak wygląda inaczej, bowiem istnieje jeszcze pozaprawna czynność, każdorazowo praktykowana przy transplantacji, jak się wydaje wywiedziona z tradycji uszanowania więzi rodzinnych, mianowicie konsultacja z **rodziną osoby zmarłej, której zdanie zawsze jest brane pod uwagę i w polskiej rzeczywistości to właśnie najważniejszy i decydujący głos w sprawie pobrania.**

Transplantologia to bardzo wrażliwa w odbiorze społecznym dziedzina medycyny, gdzie nadrzędne miejsca, oprócz profesjonalizmu, powinny zajmować także empatia, dobra wola i troska. Wszędzie tam, gdzie pojawia się negatywne nastawienie, złe emocje czy brak zrozumienia, nie może być mowy o powodzeniu przedsięwzięcia. Rodziny potencjalnych dawców narządów, w tak szczególnym dla nich, bolesnym okresie, są bardzo wyczulone na jakikolwiek pośpiech, nerwowość czy krytykę. Na wieść o nagłej śmierci swojego bliskiego, zwłaszcza młodego człowieka, często reagują bardzo skrajnie. Te emocje są tym silniejsze, im wygląd bliskiego zmarłego nie nosi fizycznych oznak śmierci.

Względy obyczajowe, kulturowe nie pozwalają ignorować i nie szanować wszystkich tych reakcji rodziny. Rodzina, w społeczeństwie polskim jest tą komórką społeczną, która bardzo silnie integruje się w sytuacji tragicznej czy zagrożenia. Z reguły to właśnie rodzina nie życzy sobie, aby jakiegokolwiek interwencje z udziałem ich bliskiego odbywały się bez ich zgody, a często także bez ich udziału. Kontakt z rodziną potencjalnego dawcy wygląda inaczej, niż w trakcie „normalnego” przekazywania informacji o śmierci, kiedy to lekarz powiadamia rodzinę o zgonie i odchodzi do swoich obowiązków.

W sytuacji, kiedy na oddziale, znajduje się zmarły z orzeczoną śmiercią mózgu, sytuacja taka wymaga szczególnej subtelności i taktu wobec rodziny pacjenta. Osoba przeprowadzająca rozmowę z rodziną potencjalnego dawcy musi wiedzieć, że czeka ją trudne zadanie, musi wykazać się dużym psychologicznym przygotowaniem i doświadczeniem, aby w sposób profesjonalny przyjmować emocje, udzielać informacji, wsparcia, a także uzyskać odpowiednie informacje. Rozmowa powinna być przeprowadzana w odosobnionym pomieszczeniu, z dala od hałasu, bez udziału osób postronnych, w intymnych i godnych warunkach. Składa się ona z kilku etapów:

- etap pierwszy: rozpoznanie sytuacji i przygotowanie strategii postępowania,
- etap drugi: przekazanie informacji o śmierci,
- etap trzeci: przekazanie informacji o możliwości pobrania narządów,
- etap czwarty: zakończenie rozmowy z rodziną²³⁶.

Podział ten ma oczywiście charakter umowny, nie ma ścisłych granic pomiędzy jednym a drugim etapem, niemniej jednak ważne jest zrealizowanie częściowych celów każdego z nich.

8.2.1. Rozpoznanie sytuacji i przygotowanie strategii postępowania

Na początku niezmiernie ważne jest pozyskanie zaufania rodziny zmarłego i stworzenie przyjaznej atmosfery, która zapoczątkuje zrozumieniem w dalszych etapach rozmowy. Dla potrzeb niniejszej pracy nazwę ją rozmową donacyjną. Osoba przeprowadzająca taką rozmowę od samego początku musi przejąć inicjatywę i kierować konwersacją. Nie oznacza to jednak ani pouczania, ani też narzucania swoich racji. Ważne jest poznanie rodziny, jej modelu, panujących emocji, stosunku do bliskiego i poziomu wiedzy dotyczący jego stanu. Niebagatelne znaczenie ma także prezentowany przez bliskich stosunek do personelu medycznego. Najczęstszym błędem popełnianym przez lekarzy jest podawanie bliskim zmarłego zbyt dużo szczegółowych informacji, które w konsekwencji powodują niezrozumienie, wprowadzają chaos, dezinformację, niepokój i lęk. W tej fazie należy umożliwić rodzinie wyrażenie swoich emocji, wątpliwości, obaw poprzez cierpliwe wysłuchanie. Faza ta jest niezmiernie istotna dla zbudowania poprawnego, „dobrego” wizerunku osoby prowadzącej. W psychologii efekt pierwszego wrażenia, nazywany jest „efektem halo” i stanowi on względnie trwałe systemy oceny. Jeśli w pierwszym kontakcie dana osoba zostanie uznana za empatyczną, rzetelną, to trudno jest zmienić takie nastawienie, co ma szczególną wagę w dalszych etapach rozmowy²³⁷. Faza ta pozwala także na poznanie rodziny, jej struktury, relacji w niej panujących. Przede wszystkim daje możliwość zorientowania się w sposobie sprawowania „władzy” w rodzinie, czy decyzje podejmowane są w sposób demokratyczny, czy też, jedna osoba jest dominująca i jej zdanie jest najważniejsze, ostateczne i wszyscy inni członkowie „stada” podporządkowują się jej decyzjom. Ma to kluczowe znaczenie w dalszych etapach rozmowy donacyjnej.

²³⁶ A. Jakubowska-Winecka, *Kontakt z rodziną dawcy narządów do transplantacji*, [w:] B. Rutkowski, P. Kaliński, Z. Śledziński, M. Wujewicz, A. Mielecka (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców narządów*, Via Medica, Gdańsk 2009, s. 113-117.

²³⁷ A. Jakubowska-Winecka, *Kontakt z rodziną...*, dz. cyt., s. 113.

8.2.2. Przekazanie informacji o śmierci

Ten etap rozmowy jest bardzo trudny i obciążający zarówno dla rodziny, jak i dla pracownika szpitala przekazującego informację o zgonie. Przekazanie informacji o śmierci, nie jest łatwym zadaniem, choćby ze względu na fakt, iż zmarły jest nadal podłączony do respiratora, podawane są mu leki i w żaden sposób jego stan nie przystaje do panujących w mentalności społecznej kryteriów śmierci. Zakomunikowanie rodzinie, iż ich bliski zmarł, musi być przekazane językiem zrozumiałym dla odbiorców. Słowa należy dobierać uważnie, bowiem każde z nich może zostać zinterpretowane dwuznacznie, na przykład użycie sformułowania „aparatura podtrzymująca życie”, może wzbudzać nadzieję. Ponieważ krewni zmarłego znajdują się pod wpływem silnych emocji, wskazane jest okazanie empatii, wyrażenie zrozumienia dla ich trudnej sytuacji. Rodziny bardzo różnie reagują na informacje o śmierci ich bliskiego, dlatego osoba przekazująca takie informacje musi być przeszkolona psychologicznie. Taka nadbudowa pozwala, bowiem na przyjęcie odpowiedniej postawy, bez osobistej frustracji czy wzburzenia. Istnieje wiele podziałów faz żałoby po śmierci mózgu, gdy funkcjonują jeszcze inne organy. Jedną z najlepiej znanych jest zaproponowana przez Elizabeth Kübler-Ross²³⁸:

- szok/zaprzeczanie,
- gniew/protest,
- „targowanie się”,
- depresja,
- akceptacja.

W pierwszej fazie szok wywołuje zaprzeczanie. Rodzina nie mogąc się pogodzić z faktem śmierci osoby najbliższej, powtarza „to niemożliwe”, „to nie jest prawda”, „mylicie się, ona/on żyje”. W ten sposób działa mechanizm psychologiczny, który kompensuje i chroni przed załamaniem nerwowym. Rolą lekarza jest okazanie troski, zrozumienia. Po krótszej, lub dłuższej chwili, informacja o śmierci zaczyna docierać do członków rodziny, wyzwalając różne, często bardzo silne i skrajne reakcje. Zaczyna dominować poczucie głębokiej niesprawiedliwości, żalu, co z kolei wzbudza bunt i agresję. Rodzina szuka przyczyny, często obwiniając i oskarżając o zaistniałą sytuację sam personel medyczny. Jest to szczególnie nieprzyjemne dla lekarza uczestniczącego w takiej rozmowie. Mimo wysłuchiwanie bezpodstawnych oskarżeń musi on zachować profesjonalną postawę, spokojnie wyjaśniając wątpliwości, często wielokrotnie odpowiadając na te same pytania.

Kolejną fazą jest „targowanie się”. Bliscy, nie mogąc pozostać biernymi, próbują szukać rozwiązań, które w ich mniemaniu zmieni bieg wydarzeń. Chcą przenieść zmarłego członka rodziny do innej jednostki medycznej, próbują składać korupcyjne propozycje, by ktoś wyleczył ich bliskiego, odnosząc się do śmierci mózgu, pytają czy nie można go prze-

²³⁸ E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przeł. I. Doleżal-Nowicka, Wyd. Media Rodzina, Poznań 1979, s. 28-146.

szczepić. Usiłują walczyć, nie pozostają bezczynnymi, szukają rozwiązań, zamawiają różnorodne konsultacje medyczne i pozamedyczne. Wszystkie te działania powstają w wyniku silnego stresu. Ta faza również jest bardzo trudna dla pracowników służby zdrowia. Błędem jest uspokajanie wzburzonej rodziny, krytyka czy też ignorowanie tych zachowań. Należy okazać zrozumienie, wyrazić je, lub wspólnie oddać się milczeniu. W tej fazie, głębokiego stresu, bliscy zmarłego z reguły nie przyjmują żadnych racjonalnych argumentów czy tłumaczeń.

Kolejno następuje faza depresji, związana z utratą złudzeń, co do zmiany sytuacji. Rodzina pogrąża się w smutku, ma poczucie końca świata i braku przyszłości. Następnie, w wyniku wyczerpania niezwykle silnymi emocjami, lub zrozumienia, następuje akceptacja, pogodzenie się ze śmiercią bliskiego. Czasami próbuje się nadać jej sens, poprzez odwołanie się do religii, wartości wyższych, czy też poprzez pocieszanie, że ich bliski już nie doznaje cierpienia. Reakcje rodzin na wiadomość o śmierci ich bliskiego są bardzo różne, zdeterminowane różnymi czynnikami i są absolutnie naturalne. Personel medyczny powinien te reakcje znać, rozumieć oraz okazywać rodzinom głęboką troskę, empatię, zainteresowanie i zrozumienie²³⁹.

8.2.3. Przekazanie informacji o możliwości pobrania narządów

Pomiędzy przekazaniem informacji o śmierci, a zapytaniem o możliwość pobrania narządów powinna nastąpić przerwa. Należy dać czas bliskim zmarłego na pogodzenie się z jego śmiercią. Rodzina powinna być wtedy sama, w miarę możliwości w ustronnym pomieszczeniu, gdzie nikt ich nie będzie nachodził ani przeszkadzał. Czas ten jest różnie długi i zależy od wielu indywidualnych czynników. To sam prowadzący wcześniejsze etapy rozmowy decyduje, kiedy przejść do kolejnego. Jest to jeden z najbardziej obciążających momentów dla tej osoby. W trakcie tego etapu nie powinno pytać się wprost rodziny zmarłego o zgodę na donację. Cała trudność polega na odpowiednim prowadzeniu rozmowy, po to żeby w żaden sposób nie dać odczuć bliskim zmarłego, że wymagana jest od nich bezpośrednia zgoda na pobranie. Rodziny nie chcą podejmować takiej decyzji, ponieważ jest ona obciążona dużym poczuciem odpowiedzialności i może utrudniać późniejsze funkcjonowanie społeczne.

Prowadząc rozmowę można zasugerować, że skoro nie ma zgłoszenia w centralnym rejestrze sprzeciwów, to można domniemywać o pozytywnym nastawieniu zmarłego do takich praktyk. Dla części rodzin akceptacja pobrania narządów nadaje sens śmierci, daje nadzieję, że jakaś część zmarłej bliskiej osoby będzie nadal żyła w innym człowieku. Wbrew ogólnemu przekonaniu, wcale nierzadko zdarza się, że to właśnie bliscy sami proponują pobranie. W sytuacji, kiedy rodzina nie chce wyrazić zgody na donację, można dopytać, jakie są powody ich stanowiska. Należy robić to z wyczuciem, bez wywierania presji, bowiem w tak deli-

²³⁹ A. Jakubowska-Winecka, *Kontakt z rodziną...*, dz. cyt., s.114-116.

katnej materii wzmoże to tylko agresję, lęki i obawy. Nie należy naciskać, ani straszyć. Decyzja rodziny musi pozostać uszanowana²⁴⁰.

Istnieje wiele powodów braku zgody na donację. Nie da się ich jednoznacznie skategoryzować i wymienić. Odmowa może być spowodowana przez:

- niezrozumienie pojęcia „śmierć mózgu”, a co za tym idzie nieprzyjęcia do wiadomości faktu śmierci bliskiego i przekonanie, że to właśnie pobranie narządów spowoduje zgon,
- brak zaufania do osoby prowadzącej rozmowę,
- nieodpowiednie zachowanie się tej osoby,
- obawa przed zmasakrowaniem zwłok w trakcie pobrania,
- obawa przed odczuwaniem, przez zmarłą osobę, bólu w trakcie pobrania,
- obawa przed handlem narządami,
- obawa przed niemożnością zorganizowania normalnego pochówku,
- obawa przed niemożnością zmartwychwstania,
- obawa przed reakcją rodziny, bliskich, społeczności i ich osądami i podejrzeniami,
- sprzeciw o fundamentach religijnych,
- negatywne nastawienie do transplantologii²⁴¹.

Sz szczególnie trudna z psychologicznego punktu widzenia jest rozmowa o pobraniu narządów od zmarłego dziecka. To rodzice ponoszą wtedy cały ciężar odpowiedzialności za decyzję, jej ciężar będzie im towarzyszył do końca życia. Nie ma dla nich żadnego pocieszenia, ani alternatywy. Śmierć dziecka to najgorsza rzecz, jaka może zdarzyć się w życiu rodzica. Niebawale heroicznym gestem jest z ich strony zgoda na donację, choć pocieszenie, iż organy ich dziecka będą żyły w kilku małych istotach jest niczym w porównaniu do bólu, jaki odczuwają.

Należy podkreślić, że w sytuacji oporu, czy też agresji ze strony rodziny po poruszeniu kwestii donacji, nie należy za wszelką cenę forsować swoich racji. Ten lęk i obawy powstają na poziomie nieracjonalnym.

8.2.4. Zakończenie rozmowy

W każdej sytuacji, niezależnie od wyniku, należy podziękować rodzinie za rozmowę, nie ujawniając przy tym swojej radości czy też rozczarowania. Nie wszystkie rozmowy prowadzone z rodzinami potencjalnych dawców kończą się wyrażeniem zgody na pobranie. Może to powodować poczucie frustracji, ale nie powinno wywoływać lęku przed kolejną taką rozmową. W sytuacji odmowy, lekarz powinien powstrzymać się od zbędnych komentarzy, wyrażania własnego zdania, czy oceniania. Podczas rozstania z rodziną należy, oprócz po-

²⁴⁰ A. Jakubowska-Winecka, *Kontakt z rodziną...*, dz. cyt., s. 116-117.

²⁴¹ A. Jakubowska-Winecka, *Kontakt z rodziną...*, dz. cyt., s. 117.

dziękowań, umożliwić kontakt ze zmarłym bliskim, doradzić, do kogo i gdzie mogą się zwrócić z ewentualnymi problemami. Strategię opiekuńczą należy prowadzić do końca pobytu rodziny zmarłego w oddziale²⁴².

Cały proces rozmowy donacyjnej z rodziną zmarłego jest jednym z najtrudniejszych momentów w życiu każdego z członków biorących w niej udział. Pracownik medyczny musi wykazać się profesjonalizmem, empatią, wyczuciem i zrozumieniem. Reakcje rodziny mogą być bardzo różne, od rozpacz, ataków paniki po agresję werbalną i fizyczną. Przygotowanie psychologiczne pracowników służby zdrowia pozwoli im na odpowiednią interpretację tego typu zachowań, właściwą reakcję i udzielenie pomocy. Efekt końcowy tej rozmowy zależy od bardzo wielu czynników i nie może być odbierany w kategoriach sukcesu czy też porażki.

²⁴² A. Jakubowska-Winecka, *Kontakt z rodziną...*, dz. cyt., s. 118.

ROZDZIAŁ IX

Postawy społeczeństwa polskiego wobec transplantologii w świetle dostępnych badań

Medycyna transplantacyjna, jako jedna z nielicznych gałęzi medycyny wymaga przyzwolenia i akceptacji społecznej, które są warunkiem niezbywalnym i koniecznym do jej istnienia. W procesie leczenia, oprócz lekarza i pacjenta, bierze udział trzeci człowiek – dawca, który jest w pewnym sensie najbardziej wyjątkowym lekiem, jaki zna medycyna. Jest to, zatem metoda wyjątkowa o szczególnej wrażliwości społecznej. Dawcą może być człowiek żywy lub martwy i ta druga kwestia nadal wzbudza szereg wątpliwości natury medycznej, etycznej, społecznej, psychologicznej i religijnej. Medycyna transplantacyjna, uprawiana już ponad sześćdziesiąt lat, zyskała przychylność i uznanie. Wraz ze wzrostem wiedzy, zwiększeniem świadomości społecznej, poprawieniem wyników przeżywalności po przeszczepieniu, zmniejszyły się obawy, lęki, wątpliwości.

W świetle wszystkich dostępnych badań społeczeństwo polskie popiera pobieranie i przeszczepianie narządów. Centrum Badania Opinii Społecznej regularnie od 2003 roku, co dwa lata, przeprowadza badania dotyczące postaw wobec przeszczepiania narządów wśród społeczeństwa polskiego. Pierwsze badania dotyczące postaw w odniesieniu do tej tematyki odbyły się w 1994, następne w 1997 roku.

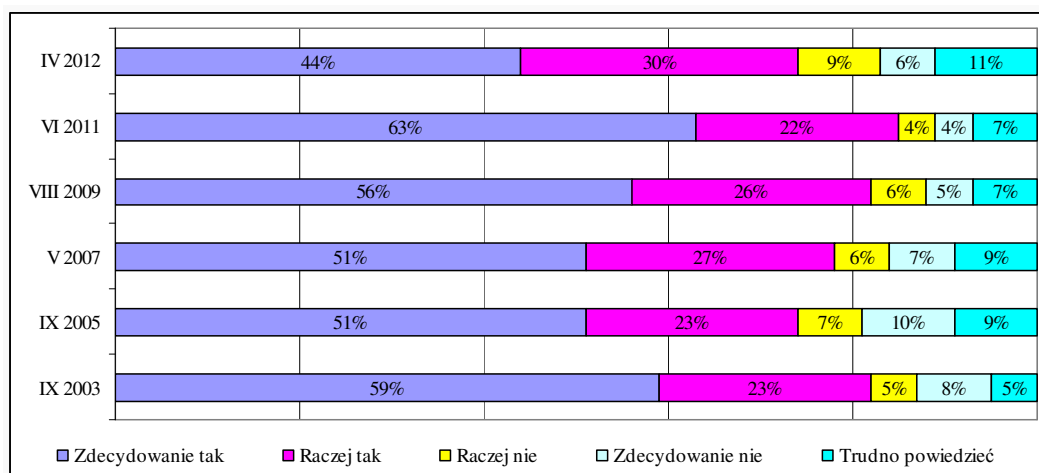
Z badania przeprowadzonego w 2011 roku wynika, iż akceptacja dla transplantologii, ma tendencję wzrostową i wyniosła 96%. Zaledwie 2% społeczeństwa jest przeciwna tej metodzie leczenia, kolejne 2% nie ma zdania w tej sprawie. Szczegółowe informacje przedstawia poniższa tabela.

Komunikat z badań podaje także, iż powszechna aprobatą dla tej metody leczenia nie jest zdeterminowana przez społeczno-demograficzne cechy badanych, niemniej jednak dwukrotnie wyższy niż przeciętny odsetek przeciwników transplantologii występuje w grupie źle oceniającej swoją sytuację finansową, rolników i niewykwalifikowanych robotników.

Tabela 23. Stosunek społeczeństwa polskiego do transplantacji narządów, jako metody leczenia²⁴³

Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów (transplantacje narządów) pobranych od zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?	Wskazania respondentów wg terminów badań [%]						
	XII 1994	III 1997	IX 2003	IX 2005	V 2005	VIII 2009	VII 2007
Zdecydowanie tak	51	61	67	62	63	70	78
Raczej tak	32	26	23	25	27	21	18
Tak	83	87	90	87	90	91	96
Raczej nie	6	4	3	4	2	4	1
Zdecydowanie nie	4	3	4	3	2	2	1
Nie	10	7	7	7	4	6	2
Trudno powiedzieć	7	6	3	6	6	3	2

W badaniu przeprowadzonym w 2012 roku okazało się, iż w porównaniu do lat poprzednich zmniejszył się do 74%, odsetek osób deklarujących oddania swoich narządów do przeszczepienia. Z opracowania tego wynika, iż osoby najstarsze i najslabiej wykształcone częściej nie zgadzają się na takie praktyki. Z kolei najniższy odsetek sprzeciwów jest wśród osób najlepiej wykształconych i mających wyższy status materialny.

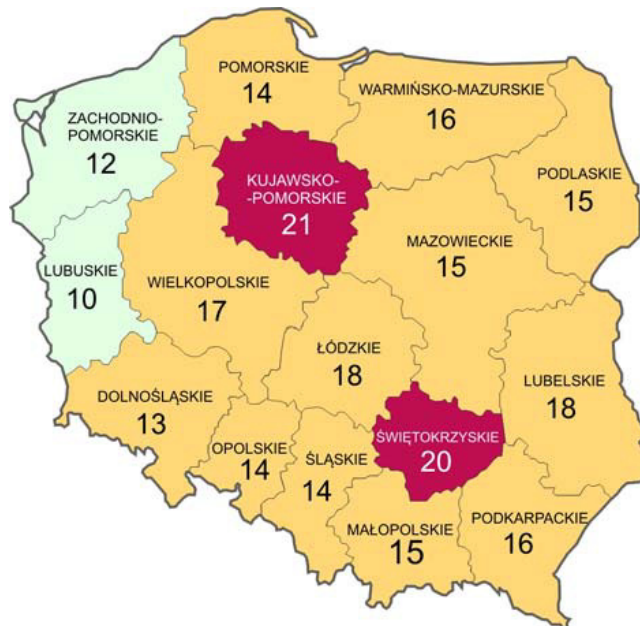


Rycina 19. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?²⁴⁴

Na terenie kraju występuje regionalne zróżnicowanie sprzeciwiających się pośmiertnemu oddaniu narządów. Województwa: świętokrzyskie i kujawsko-pomorskie to obszary, gdzie odsetek sprzeciwów jest najwyższy. Najmniej sprzeciwów odnotowano, wśród mieszkańców ściany zachodniej kraju.

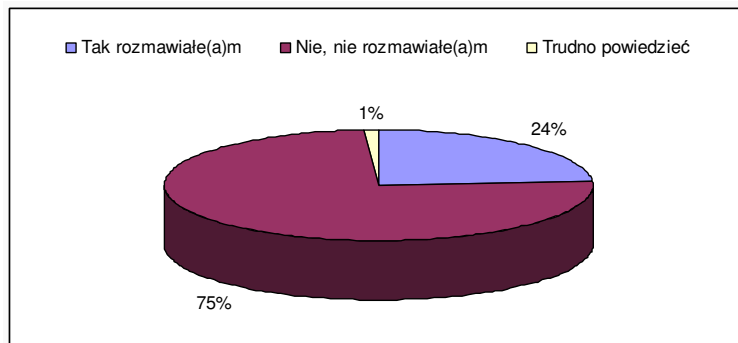
²⁴³ *Postawy wobec przeszczepiania narządów*, Komunikat z badań BS/91/2011, oprac. M. Feliksiak, CBOS, Warszawa 2011, s. 2, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2011/K_091_11.PDF, 22.01.2012, godz. 13:46.

²⁴⁴ *Postawy wobec przeszczepiania narządów*, Komunikat z badań BS/105/2012, oprac. M. Feliksiak, CBOS, Warszawa 2012, s. 2, http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_105_12.PDF, 01.03.2013, godz. 12:36.



Rycina 20. Odsetek sprzeciwiających się pośmiertnemu oddaniu narządów²⁴⁵

W 2012 roku zapytano także o to, czy rozmawiamy z bliskimi o swoim stanowisku wobec pośmiertnego przekazania narządów. Z badań wynika, iż tylko 24% respondentów poruszyło ten temat, a 75% o tym nie rozmawiało.

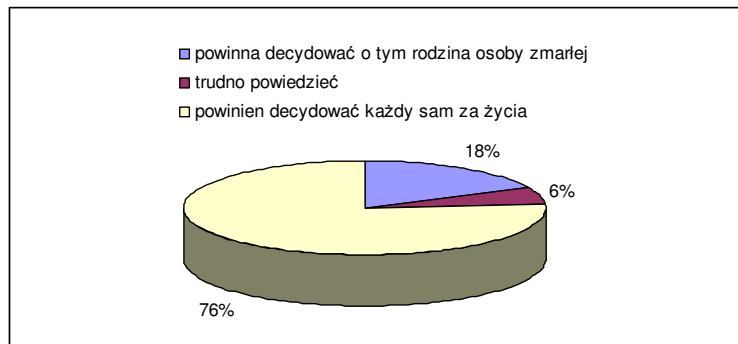


Rycina 21. Czy rozmawiał(a) Pan(i) ze swoimi bliskimi na temat ewentualnego przekazania Pana(i) narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia?²⁴⁶

W badaniach z 2012 roku po raz pierwszy pojawiło się także pytanie o to, kto powinien decydować o możliwości pośmiertnej eksplantacji:

²⁴⁵ *Postawy wobec ... BS/105/2012..., dz. cyt., s. 3.*

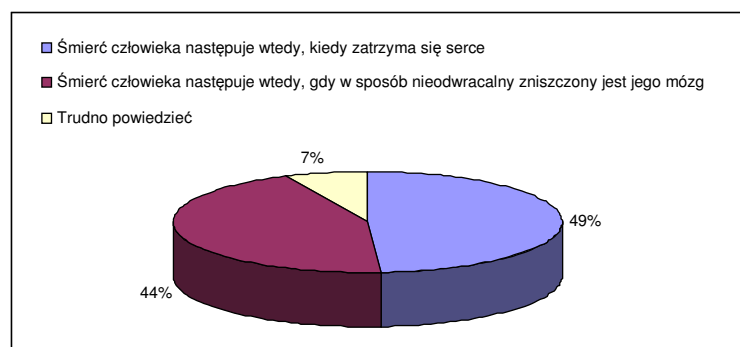
²⁴⁶ *Postawy wobec ... BS/105/2012..., dz. cyt., s. 4.*



Rycina 22. Kto winien decydować o pobraniu narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia²⁴⁷

Jak widać na załączonym wykresie znakomita większość badanych uważa, iż sami powinniśmy decydować o tym, co się z nami stanie po śmierci. W tym konkretnym przypadku rodzinę, jako jednostkę decydującą o pośmiertnym dawstwie wybierali respondenci najstarsi oraz uczestniczący w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu.

Zapytano także respondentów o to, kiedy następuje śmierć człowieka:



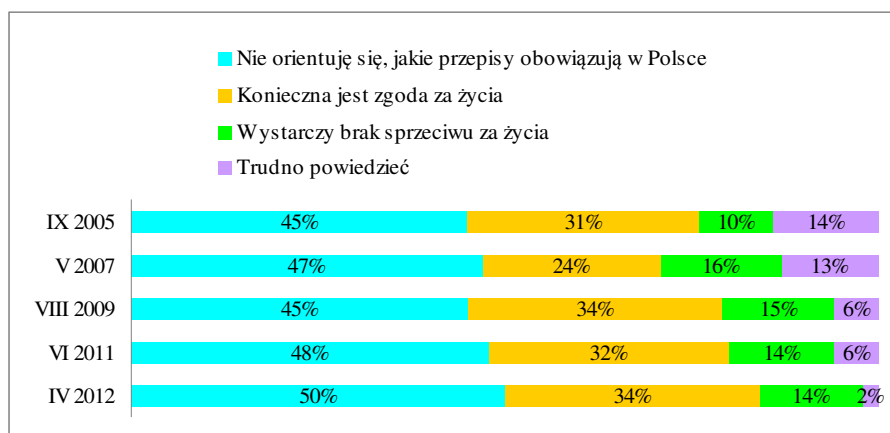
Rycina 23. Które z twierdzeń oddaje Pana(i) przekonanie o momencie śmierci człowieka?²⁴⁸

Większość badanych postrzega śmierć człowieka według klasycznych, tzw. kryteriów krążeniowych. Opcję cerebralną wybierali respondenci z wykształceniem średnim i wyższym oraz osoby niepraktykujące lub sporadycznie uczestniczące (kilka razy do roku) w praktykach religijnych.

Pomimo powszechnej i stale rosnącej akceptacji społeczeństwa polskiego dla pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów poziom wiedzy na temat regulacji prawnych pozostaje na niezmiennym, niskim poziomie. W 2012 roku jedynie 14% respondentów wykazało się wiedzą na ten temat, pozostała część badanych, albo nie знаła uregulowań prawnych (50%), albo wskazywała błędną odpowiedź (34%).

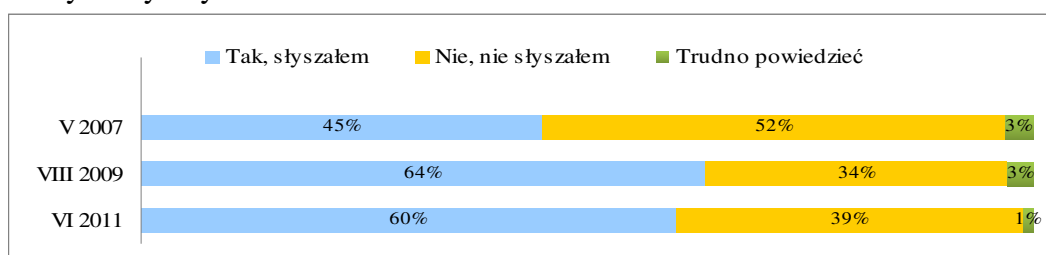
²⁴⁷ *Postawy wobec ... BS/105/2012...*, dz. cyt., s. 3.

²⁴⁸ *Postawy wobec ... BS/105/2012...*, dz. cyt., s. 10.



Rycina 24. Jakie przepisy dotyczące pobierania narządów obowiązują, według Pana(i) wiedzy w Polsce?²⁴⁹

W Polsce, pomimo że obowiązuje model zarejestrowanego sprzeciwu, rozpowszechniły się dokumenty, tzw. oświadczenia woli, które są swoistą deklaracją zgody na dawstwo i choć nie mają żadnej mocy prawnej to pełnią funkcje informacyjną. O możliwości podpisania oświadczenia woli słyszało 60% respondentów w 2011 roku i wynik ten jest o 15 punktów procentowych wyższy niż w 2007 roku.



Rycina 25. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?²⁵⁰

Bez względu na stan wiedzy w tym zakresie prawie 3/4 badanych (72%) wyrażała zgodę na podpisanie takiego oświadczenia. Zaledwie dwóch Polaków na stu przebadanych nosiło już taką deklarację przy sobie, natomiast 12% sprzeciwiło się podpisaniu tego dokumentu.

Tabela 24. Gotowość do podpisania oświadczenia woli²⁵¹

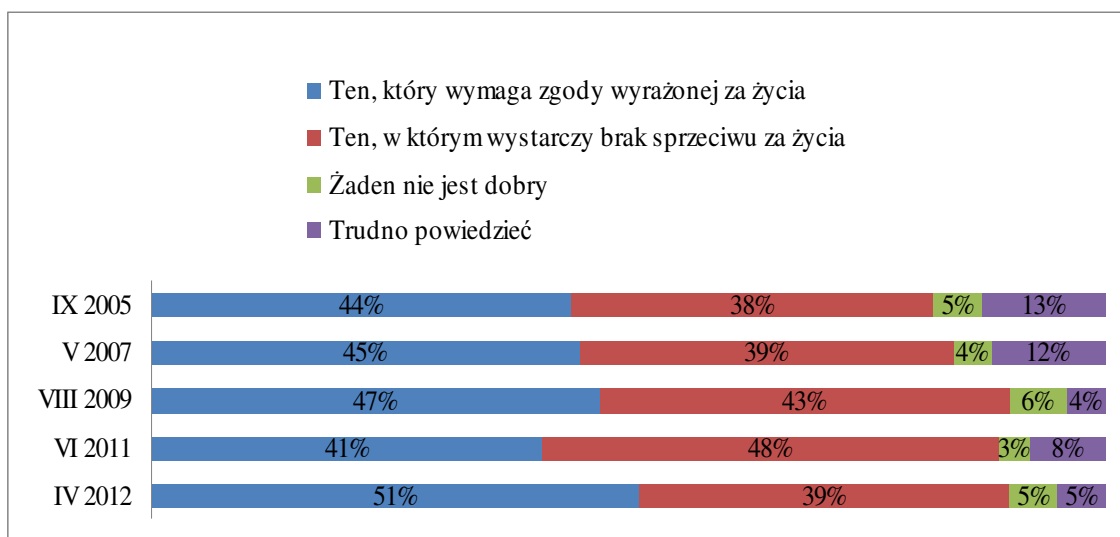
Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?	Wskazania respondentów według terminów badań					
	V 2007		V 2007		V 2007	
	w procentach					
Zdecydowanie podpisał(a)bym takie oświadczenie	36	69	39	72	39	72
Raczej podpisał(a)bym takie oświadczenie	33		33		33	
Raczej nie podpisał(a)bym takiego oświadczenia	7	14	8	16	6	12
Zdecydowanie nie podpisał(a)bym takiego oświadczenia	7		8		6	
Już podpisał(a)m takie oświadczenie	mniej niż 1		1		2	
Trudno powiedzieć	17		11		14	

²⁴⁹ Postawy wobec ... BS/105/2012..., dz. cyt., s. 15.

²⁵⁰ Postawy wobec ... BS/91/2011..., dz. cyt., s. 4.

²⁵¹ Postawy wobec ... BS/91/2011..., dz. cyt., s. 4.

Kolejne pytanie dotyczyło wyboru lepszego, w opinii respondenta, systemu prawnego regulującego dawstwo. Najbardziej popularnym rozwiązaniem legislacyjnym pobierania i przeszczepiania narządów jest zasada zarejestrowanego sprzeciwu, niefortunnie nazwana zgodą domniemaną, lub zasada zgody wyrażonej wprost. W 2011 roku po raz pierwszy, od kiedy prowadzone są badania na ten temat, więcej było zwolenników zarejestrowanego sprzeciwu. W 2012 roku odsetek zwolenników zgody wyrażonej za życia wzrósł do 51%, a także zmalała aprobata dla obecnie obowiązującego w Polsce rozwiązania zarejestrowanego sprzeciwu.



Rycina 26. Który model prawny regulujący kwestie pobierania narządów uważa Pan(i) za lepszy?²⁵²

Jak widać opinie na ten temat są wyraźnie podzielone. Wśród zwolenników zgody wyrażonej wprost, relatywnie więcej jest ludzi starszych, najslabiej wykształconych, mieszkańców wsi i uczestniczących w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu. Wśród zwolenników zarejestrowanego sprzeciwu przeważają osoby z wyższym wykształceniem, najlepiej zarabiający.

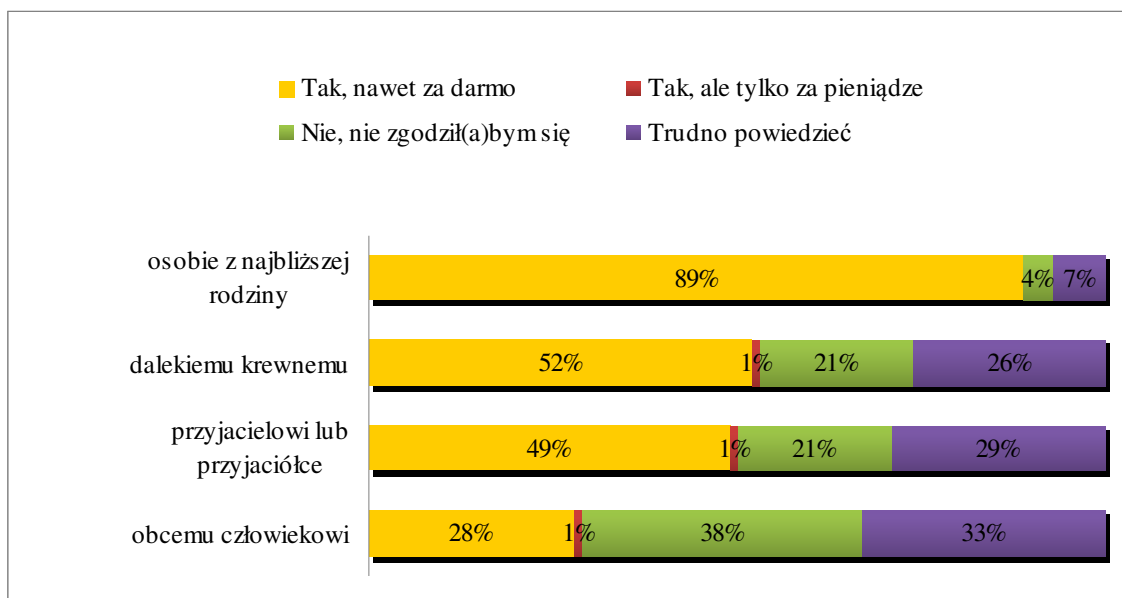
Postrzeganie ciała jest ważnym aspektem w odniesieniu do dawstwa. Najmniej zwolenników (11%) uważa ciało za świętość i nie zgadza się na dowolne nim rozporządzanie. Nieco więcej respondentów (18%), uważa, że człowiek jest właścicielem swojego ciała i może z nim robić wszystko, nawet za pieniądze. Najmłodszy badani oraz osoby niewierzące szczególnie często akceptują taki sposób dysponowania ciałem. Najwięcej badanych (65%), zakłada, że co prawda człowiek może swobodnie dysponować własną fizycznością, ale nie powinien czerpać z niego korzyści materialnych.

²⁵² *Postawy wobec ... BS/91/2011...*, dz. cyt., s. 6.

Tabela 25. Postrzeżenie własnego ciała w kontekście transplantologii²⁵³

Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego itp. operacji doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, na przykład sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Które z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?	Wskazania respondentów według terminów badań		
	2007	2009	2011
	w %		
Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co zrobi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo	12	16	18
Człowiek może w darze ofiarowywać potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinno się z tego czynić handlu	72	70	65
Ciało jest dane człowiekowi, jako nietykalna całość i nie można nim dowolnie rozporządzać	10	9	11
Trudno powiedzieć	6	5	6

Kolejne pytanie dotyczyło gotowości zostania żywym dawcą nerki i ofiarowania tego organu osobom, w różnym stopniu spokrewnionym. Absolutna większość (89%) zgodziłaby się oddać ten narząd komuś z najbliższej rodziny. Prawie, co drugi badany byłby skłonny na taką ofiarność w stosunku do przyjaciela (49%) lub dalekiego krewnego (52%). Ponad jedna czwarta respondentów (28%) oddałaby swoją nerkę całkiem obcej osobie. Najwięcej postaw altruistycznych prezentują respondenci starsi (55-64 lata), osoby mieszkające w dużych miastach (101-500 tysięcy mieszkańców), z niskimi dochodami oraz emeryci. Chęć sprzedaży nerki pojawiała się w badanej populacji bardzo rzadko, wręcz marginalnie, i nigdy nie dotyczyła najbliższej rodziny.



Rycina 27. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie?²⁵⁴

²⁵³ Postawy wobec ... BS/91/2011..., dz. cyt., s. 10.

²⁵⁴ Postawy wobec ... BS/91/2011..., dz. cyt., s. 9.

W badaniu w 2007 roku zapytano respondentów o opinię na temat przyczyn braku zgody na pobranie narządów po śmierci. Badani mogli samodzielnie zapisywać odpowiedzi. Ponad jedna czwarta (28%) badanych nie potrafiła podać przyczyn tego zjawiska. W pozostałych odpowiedziach bardzo często padały ogólnie rozumiane uwarunkowania religijne. Tak odpowiedziało 25% respondentów. Obok opinii niesformułowanych, ale z jednoznacznym religijnym fundamentem pojawiały się stwierdzenia, iż brak zgody może wzbudzać obawy w kontekście życia po śmierci (4%). Negatywny wpływ religii może być zdaniem 2% badanych przyczyną odmów pobrania.

Pewna grupa respondentów utożsamiała sprzeciw z postrzeganiem fizyczności. Część osób uważała, iż ciało jest całością i nie należy go rozdzielać (8%). Kolejnym aspektem braku zgody na pobieranie narządów było przekonanie, że osobie zmarłej i jej ciału należy się szacunek (6%). Podawane były również odpowiedzi, iż niechęć do donacji może być związana ze strachem przed okaleczaniem ciała po śmierci (5%), obawami, co się z nim stanie (1%) czy przywiązaniem do swojej fizyczności (2%). Niektórzy w sposób jasny oświadczyli, że nie chcą, aby ktoś nosił ich narządy w sobie (1%), lub też obawiali się, że ich organy trafią do nieodpowiednich osób. Sporo niepokoju wzbudzały także obawy przed tym, że narządy staną się przedmiotem handlu (4%), kolejne dotyczyły wątpliwości ze stwierdzaniem śmierci (1%), oraz lękiem powiązanim ze skandalami w służbie zdrowia (1%). Brak zaufania do lekarzy był podawany, jako powód odmowy pobrania przez 4% badanych. Duża część odpowiedzi (8%) w uzasadnieniu wskazywała niewielką świadomość społeczną zagadnienia, brak wrażliwości społecznej (2%) czy brak zrozumienia i obojętność (2%). Zdaniem 3% badanych winę ponoszą kulturowe uwarunkowania, tradycja i wychowanie²⁵⁵.

Ciekawe wnioski płyną z badań nad możliwościami poprawy postaw Polaków wobec transplantacji w perspektywie przesłania, iż śmierć jednej osoby może być życiodajna dla innej chorej osoby. Zostały one przygotowane przez pracowników z Zakładu Higieny Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i przeprowadzone na Śląsku w okresie od listopada 2010 do stycznia 2011 roku²⁵⁶. Badaniem objętych zostało dziesięć osób (w wieku od 20 do 55 lat), które w przeszłości zetknęły się z prośbą o wyrażenie zgody, na pobranie narządów bliskiego członka rodziny po ich nagłej śmierci oraz dwadzieścia losowo wybranych osób w tej samej grupie wiekowej. Wszyscy respondenci mieli rodzinę, pozostawali w związkach partnerskich czy też małżeńskich, lub mieszkali z rodzicami bądź z rodzeństwem. W grupie respondentów, którzy zetknęli się z koniecznością wyrażenia swojego stanowiska wobec możliwości pobrania narządów z ciała bliskiego zaledwie w dwóch

²⁵⁵ *Opinie o przeszczepianiu narządów*, Komunikat z badań BS/100/2007, oprac. J. Kurczewski, M. Feliksiak, CBOS Warszawa, czerwiec 2007, s. 9-12, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_100_07.PDF, 24.01.2012, godz. 15:33.

²⁵⁶ J.T. Marcinkowski, H. Wiśniewska-Śliwińska, *Badania nad możliwościami poprawy postaw Polaków wobec transplantacji tkanek i narządów – realizacja przesłania życiodajnej śmierci*, [w:] E. Krajewska-Kułak, C.R. Łukaszuk, J. Lewko (red.), *W drodze do brzegu życia*, Uniwersytet Medyczny, Białystok 2011, t. VIII, s. 95.

przypadkach, spośród dziesięciu, doszło do pobrania narządów. Pozostałe osiem osób tak tłumaczyło odmowę:

- „nie są przekonane do pobierania narządów od zmarłych”,
- „lekarz był chłodny, zimny, chciał tylko uzyskać zgodę na pobranie narządów”,
- „nie wyrazili zgody, bo obawiali się reakcji rodziny”,
- „nie wyrazili zgody, bo obawiali się, że w złym stanie oddano by im ciało zmarłego”,
- „nie wyrazili zgody, bo byli przekonani, że zmarły zostanie *pokrojony bez pamięci*”,
- „obawiali się, że jak tylko wyrażą zgodę na pobranie narządów, lekarze natychmiast odłączą bliskiego od respiratora”,
- „nie wyrazili zgody, ponieważ obawiali się, że zmarły po pobraniu narządów będzie wyglądał gorzej, niż po samym wypadku”²⁵⁷.

Podane cytaty, obrazują w jak wielu obszarach można doszukiwać się wątpliwości i rozterek ze strony rodziny przy podejmowaniu decyzji o pobraniu narządów. Wątpliwości dotyczą nie tylko troski o zachowanie odpowiedniej estetyki i poszanowania zwłok bliskiego zmarłego. Niezwykle ważna jest także postawa lekarza pytającego bliskich zmarłego o jego opinię w kontekście donacji. Wśród rodzin potencjalnych dawców narządów nadal wiele wątpliwości wzbudza procedura orzekania o śmierci i pewność, co do tego czy bliski rzeczywiście nie żyje.

Wszystkie osoby z badanej grupy deklarowały, iż na ich postawy nie miały wpływu uwarunkowania religijne. Poza tym, ani jedna osoba z grupy dotkniętej śmiercią bliskiego nie podpisała deklaracji oświadczenia woli. Trzy osoby z tej grupy wyraziły przekonanie, iż byłyby gotowe podpisać taki gdyby mogły decydować, które narządy można pobrać od bliskiego zmarłego²⁵⁸.

Spośród pozostałej grupy dwudziestu osób, żadna nie podpisała oświadczenia woli, lecz dwanaście osób wiedziało, że jest taki dokument. Cztery osoby oświadczyły, iż są gotowe go podpisać, natomiast szesnaście nie wyraziło takiej chęci. Na pytanie, czy podpisałiby taką deklarację woli, gdzie można byłoby konkretnie wskazać, na które narządy się zgadzają, sześć osób zmieniło zdanie i zaaprobowало taką wersję²⁵⁹.

Autorzy omawianego raportu wskazują te zagadnienia, które są pomijane w ogólnopolskich badaniach dotyczących społecznej akceptacji dla transplantologii, i dotyczą:

- oceny swojej wiedzy na temat pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów,
- źródeł tej wiedzy,
- znajomości treści oświadczenia woli,
- reakcji na zmianę treści oświadczenia woli,
- oceny, czy postawy lekarzy mogą mieć wpływ na rodziny zmarłych dawców.

²⁵⁷ J.T. Marcinkowski, H. Wiśniewska-Śliwińska, *Badania...*, dz. cyt., s. 96.

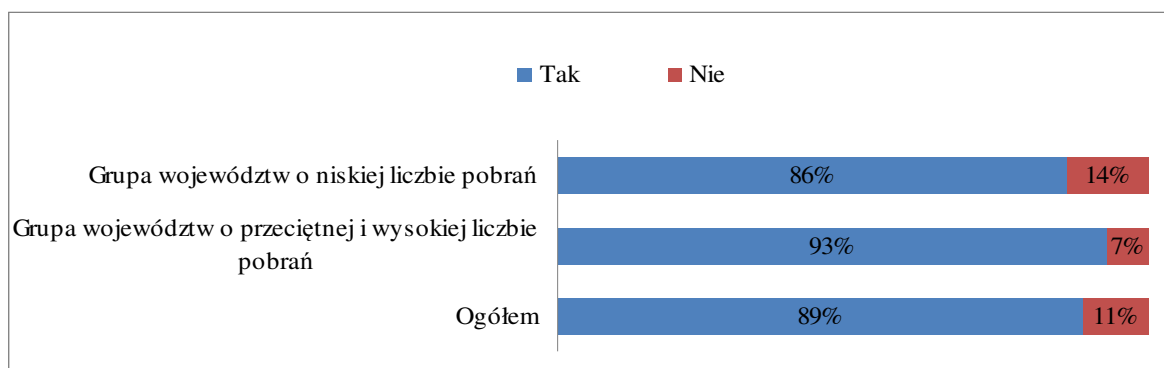
²⁵⁸ J.T. Marcinkowski, H. Wiśniewska-Śliwińska, *Badania...*, dz. cyt., s. 96.

²⁵⁹ J.T. Marcinkowski, H. Wiśniewska-Śliwińska, *Badania...*, dz. cyt., s. 96.

W opinii autorów tego badania, medycyna transplantacyjna nadal wzbudza szereg kontrowersji. W ich przekonaniu tylko uświadomienie społeczeństwu polskiemu, że śmierć może być życiodajna może wzbudzić refleksję i zastanowienie się nad własnym stanowiskiem w odniesieniu do pobierania narządów²⁶⁰.

W 2012 roku Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) po raz pierwszy w Polsce podjęło się badań postaw środowiska lekarskiego wobec rozpoznawania śmierci mózgu i pobierania narządów od zmarłych²⁶¹. Należy zaznaczyć, iż płatnikiem i inicjatorem tychże badań była Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej. Sondaż został przeprowadzony wśród lekarzy specjalistów z zakresu intensywnej terapii i anestezjologii, neurologów i neurochirurgów zatrudnionych w oddziałach intensywnej terapii w następujących województwach: lubelskie, małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie, kujawsko-pomorskie, dolnośląskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie. Łącznie, w okresie od 11 czerwca do 10 lipca 2012 roku, przebadano 744 osoby²⁶².

Zapytano lekarzy czy w obliczu występowania klinicznych cech śmierci mózgu wysuwają podejrzenie śmierci cerebralnej:



Rycina 28. Czy w sytuacji stwierdzenia klinicznych cech śmierci wysuwa Pan(i) podejrzenie śmierci mózgu?²⁶³

Okazało się, iż większość lekarzy (89%) wysuwa podejrzenie śmierci mózgu, jednak prawie, co dziesiąty lekarz unika takiego orzeczenia. Podkreślić należy, iż w województwach o niskich wskaźnikach pobrań (małopolskie, świętokrzyskie i podkarpackie) dwa razy więcej lekarzy nie podejmuje się wysunięcia podejrzenia śmierci pacjenta (14%), niż w województwach o średnich i wysokich wskaźnikach pobrań (7%).

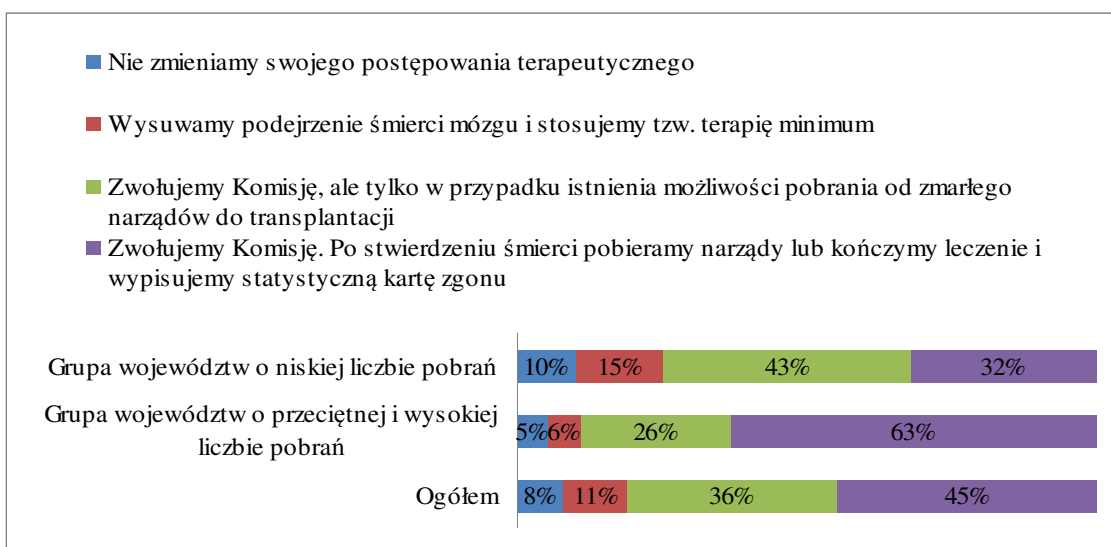
Analizując ten wątek, zapytano lekarzy, co się dzieje w ich szpitalach po wysunięciu podejrzenia śmierci mózgu:

²⁶⁰ J.T. Marcinkowski, H. Wiśniewska-Śliwińska, *Badania...*, dz. cyt., s. 99-102.

²⁶¹ *Badanie postaw środowiska lekarskiego wobec rozpoznawania śmierci mózgu i pobierania narządów od zmarłych*, Raport z badań, CBOS, Warszawa listopad 2012, http://www.uniatransplantacyjna.pl/images/Badania/postawy_srodowiska_2012.pdf, 27.02.2013, godz. 14:04.

²⁶² *Badanie postaw środowiska lekarskiego...*, dz. cyt., s. 4, 15.

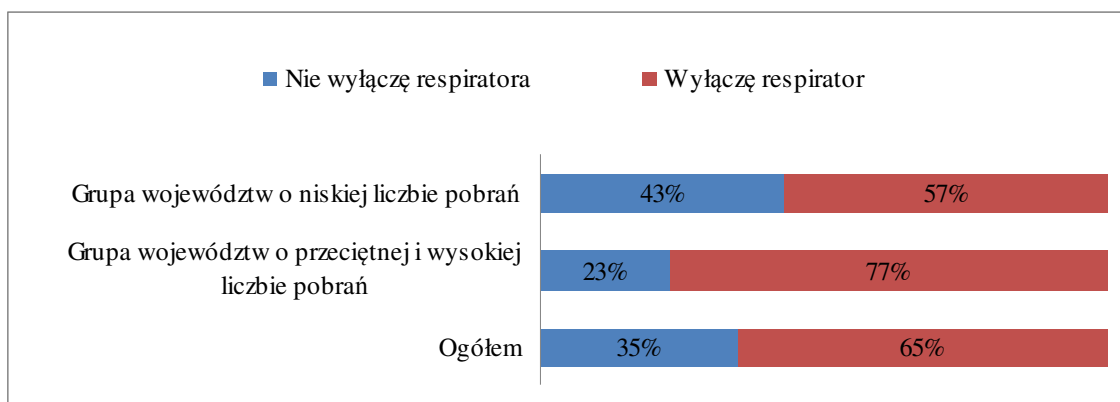
²⁶³ *Badanie postaw środowiska lekarskiego...*, dz. cyt., s. 6.



Rycina 29. Proszę wybrać jedno z czterech stwierdzeń, które jest najbardziej adekwatne do sytuacji w Pana(i) miejscu pracy. Jeżeli u pacjenta występują kliniczne podstawy do stwierdzenia śmierci mózgu to:²⁶⁴

Wyniki nie pozostawiają wątpliwości. W 25% szpitali w województwach o niskich wskaźnikach donacyjnych, nie powołuje się Komisji orzekającej o śmierci mózgu (dla porównania w województwach o przeciętnych lub wysokich wskaźnikach taka sytuacja ma miejsce w 11% szpitali). W regionach o niskich wskaźnikach tylko w 32% szpitali powołuje się Komisję po to, aby stwierdzić zgon, niezależnie od tego czy narządy będą pobrane czy też nie, natomiast praktyki takie mają miejsce w 63% szpitali z regionów o przeciętnych czy wysokich wskaźnikach donacyjnych.

Respondentów zapytano także, o to, czy w hipotetycznej sytuacji wyłączą respirator pacjentowi, u którego orzekli śmierci mózgu:



Rycina 30. Proszę rozważyć następującą sytuację. Komisja rozpoznała śmierć mózgu. Jednocześnie wiadomo, że nie dojdzie do pobrania narządów. Jak Pan(i) postąpi w tej sytuacji?²⁶⁵

Można zauważyć, iż wśród badanych grupa lekarzy, która nie wyłączy respiratora, jest niemal dwukrotnie wyższa w województwach o niskim wskaźniku pobrań, niż w drugiej gru-

²⁶⁴ *Badanie postaw środowiska lekarskiego...*, dz. cyt., s.7, 8.

²⁶⁵ *Badanie postaw środowiska lekarskiego...*, dz. cyt., s. 8.

pie. Nasuwa się wniosek, że stosowanie uporczywej terapii, choćby nieetycznej i niezgodnej ze sztuką leczenia, jest w tych województwach lepiej postrzegane niż postępowanie zgodnie z wymogami.

Podsumowując, tę część pracy opartą o dostępne źródła można zauważyć, że istotną barierą w wykorzystaniu potencjału dawstwa jest fakt nie orzekania przez lekarzy śmierci mózgu. Przyczyny takiego stanu rzeczy są nie do końca poznane i postaram się je zbadać w empirycznej części pracy.

Należy podkreślić, iż po raz pierwszy zbadano postawy pewnej grupy środowisk lekarskich w odniesieniu do rozpoznawania śmierci mózgu i pobierania narządów. Wszystkie poprzednie badania dotyczyły opinii społecznej i dostarczały nam wiedzy na temat postaw Polaków wobec przeszczepiania narządów. Ich wyniki każdorazowo pokazywały powszechną akceptację dla donacji. W zetknięciu z rzeczywistością społeczną wprowadzały one u świadomego obserwatora dysonans poznawczy. Dopiero teraz, po opublikowaniu badań postaw środowiska lekarskiego, nabierają wyrazistości przyczyny takich a nie innych współczynników pobrań.

ROZDZIAŁ X

Akcje społeczne proklamujące dawstwo

Bardzo ważną rolę w edukacji społeczeństwa i budowaniu pozytywnego wizerunku polskiej medycyny transplantacyjnej pełnią media. Profesor Wojciech Rowiński powiedział, że transplantologia to niezwykle czuła metoda leczenia w odbiorze społecznym, bowiem każde doniesienie medialne oparte na kłamstwie czy na plotce zostaje rozpowszechnione błyskawicznie i ma odzwierciedlenie w spadku liczby zgłoszonych dawców, a co za tym idzie w ilości przeszczepionych narządów. Tylko społeczna akceptacja tej metody leczenia może poprawić wyniki przeszczepiania i w dużym stopniu doprowadzić do sytuacji pełnego wykorzystania potencjału donacyjnego.

Na przestrzeni ubiegłych lat byliśmy świadkami kilku wydarzeń medialnych, które w sposób znaczący zmieniły wyniki przeszczepiania. Jednym z nich był nadany w 2006 roku program Jana Pospieszalskiego „Warto rozmawiać”, w którym gościem był dominikanin, dr nauk medycznych Jacek Maria Norkowski. Duchowny podając się za lekarza, publicznie stwierdził, iż nie ma czegoś takiego jak śmierć mózgu, że człowiek umiera, kiedy dusza opuszcza ciało. Tylko ta jedna audycja spowodowała znaczące zmniejszenie liczby pobrań.

12 lutego 2007 roku odbyło się medialne zatrzymanie i wyprowadzenie w kajdankach ze szpitala MSWiA doktora Mirosława G., znanego warszawskiego kardiochirurga. Dwa dni później odbyła się konferencja prasowa ówczesnego Ministra Sprawiedliwości i Prokuratora Generalnego Zbigniewa Ziobro, podczas której oskarżono kardiochirurga o popełnienie zbrodni przez umyślne spowodowanie śmierci. Ton i charakter tych zarzutów w sposób szczególny wzniecił obawy i lęki wśród polskiego społeczeństwa. Po tych wydarzeniach nastąpiła w polskiej transplantologii głęboka zapaść. Do dnia dzisiejszego wszystkie zarzuty wobec dr. Mirosława G. nie zostały potwierdzone, a niekorzystny klimat medialny sprawił, iż podważone zostało zaufanie do polskich lekarzy i samej idei ratowania życia chorych na schyłkową niewydolność narządową, dla których jedyną nadzieją był przeszczep od zmarłej osoby.

Niecałe dwa miesiące później, pod koniec marca 2007 roku, w „Gazecie Polskiej”²⁶⁶ ukazał się artykuł o tym, iż dwaj białostoccy anestezjologowie zgłoszyli doniesienie do prokuratury oskarżając swoich kolegów, także anestezjologów, o celowe usypianie chorych, w celu pobrania i sprzedaży ich narządów. Rzekomo, każdorazowo anestezjolog zgłaszający takiego dawcę, miał otrzymać około dwóch tysięcy złotych. Doniesienia te okazały się nieprawdziwe, oskarżeni lekarze zostali oczyszczeni z zarzutów, ale te wydarzenia wywołały wśród społeczeństwa niepokój i niepewność, co do wiarygodności i prawidłowego procesu donacyjnego.

Wszystkie przytoczone wyżej wydarzenia spowodowały bardzo niekorzystną atmosferę dla rozwoju medycyny transplantacyjnej, co w konsekwencji spowodowało gwałtowny spadek liczby zgłaszanych dawców, a tym samym ilości przeszczepionych narządów. Szczegółowe dane o ilości zgłaszanych dawców w poszczególnych miesiącach na przestrzeni lat obrazuje poniższa tabela:

Tabela 26. Liczba zmarłych dawców narządów w latach 2004-2011 z podziałem na miesiące²⁶⁷

Rok \ Miesiąc	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Styczeń	30	48	41	40	29	39	42	37
Luty	27	47	34	22	41	25	31	43
Marzec	60	49	42	25	34	31	44	41
Kwiecień	53	40	38	17	30	34	31	43
Maj	43	37	42	30	30	49	36	47
Czerwiec	54	41	60	39	40	43	45	49
Lipiec	54	49	36	31	34	42	39	43
Sierpień	47	46	39	22	39	30	44	46
Wrzesień	62	37	42	30	34	33	46	42
Październik	51	63	38	34	39	34	61	59
Listopad	35	58	45	33	42	29	52	46
Grudzień	45	41	39	29	36	31	38	57

Wydarzenia z 2007 roku, które wywołały natychmiastowy spadek ilości pobieranych narządów stały się jednocześnie przyczynkiem do rozpoczęcia szeregu kampanii społecznych odbudowujących zaufanie do transplantologii. Jeszcze nigdy w historii polskiej medycyny transplantacyjnej nie było tak wielu programów proklamujących dawstwo.

W lutym 2009 roku, z inicjatywy Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej, powstał program „Partnerstwo dla transplantacji”. Celem tego przedsięwzięcia jest:

- zwiększenie liczby przeszczepianych narządów pobranych od zmarłych,
- zwiększenie liczby nerek pobieranych od dawców rodzinnych,
- uzyskanie społecznej akceptacji i wsparcia dla idei transplantacji²⁶⁸.

²⁶⁶ <http://www.archiwum.moja-ostroleka.pl/gazeta-polska-w-bialostockim-szpitalu-zabijano-pacjentow,1175019167,2.html>, 21.02.2012, godz. 15:35.

²⁶⁷ http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2011.html, 21.02.2012, godz. 12:50.

²⁶⁸ http://www.uniatransplantacyjna.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=263&Itemid=237, 23.02.2012, godz. 17:07.

Wśród działań priorytetowych programu, Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej wymienia:

- przekonanie dyrektorów i organów założycielskich szpitali do stworzenia stanowiska koordynatora transplantacyjnego (5-7 koordynatorów w województwie),
- zaangażowanie lekarzy do współdziałania,
- przeprowadzenie dla lekarzy szkoleń obejmujących problematykę i diagnostykę śmierci mózgu oraz treningów psychologicznych przeprowadzania rozmów o dawstwie z rodziną zmarłego,
- współpraca z organami samorządowymi i rządowymi,
- stworzenie programu edukacyjnego dla nauczycieli oraz dla młodzieży,
- zachęcenie przedstawicieli Kościołów do zaangażowania w proklamowanie dawstwa,
- stworzenie akcji społecznej, która podniesie poziom wiedzy Polaków na temat transplantologii²⁶⁹.

Początkowo programem „Partnerstwo dla transplantacji” objęto województwa wschodnie (małopolskie, mazowieckie, podkarpackie, warmińsko-mazurskie), gdzie wskaźniki pobrań są najniższe. Pierwszy list intencyjny dotyczący programu podpisano 22 września 2009 roku w Krakowie, drugi w Rzeszowie. Kolejne listy zostały podpisane przez przedstawicieli wszystkich województw. Na spotkaniach organizowanych przy okazji podpisania listu z reguły brali udział przedstawiciele Urzędów Marszałkowskich, Wojewódzkich, dyrekcje szpitali, przedstawiciele Izb Lekarskich, Kościoła, a także Kuratoriów Oświaty. Trudno w tej chwili ocenić czy program ten przyniósł jakieś wymierne efekty i rzeczywiście zwiększył wykorzystanie potencjału dawstwa. Na pewno zwrócił uwagę na problem i przyczynił się do rozpowszechnienia wiedzy na temat przeszczepiania narządów wśród różnych grup społecznych.

W Polsce, na przestrzeni lat, niewiele było kampanii zachęcających do pośmiertnego dawstwa organów. Inaczej wygląda sprawa z proklamowaniem dawstwa szpiku, gdzie szczególnie ostatnio było ich bardzo wiele. Kampanie na rzecz dawstwa szpiku mają bogatą historię, a ich początek można datować na powstanie fundacji Urszuli Jaworskiej. Żadna z nich nie była jednak tak spektakularna, jak ta dotycząca poszukiwania dawcy szpiku, dla chorego na białaczkę Adama „Nergala” Darskiego. Zapoczątkował ją apel ówczesnej partnerki artysty, Doroty „Dody” Rabczewskiej, która przy każdej nadarzającej się okazji prosiła o zgłaszanie się i rejestrowanie w bankach szpiku. Rabczewska potrafiła wyzwolić prawdziwy społeczny ruch poparcia dla dawstwa i tym samym pokazała, jak wiele jest sposobów dla propagowania takich idei. Nikomu wcześniej, ani później nie udało się tak skutecznie zachęcić ludzi do dawstwa. Te wydarzenia stanowią swoisty społeczny fenomen solidarności i altruizmu, a zarazem uwidaczniają w jak różnych obszarach życia publicznego można szukać osób zachęcających do dawstwa.

²⁶⁹ http://www.uniatransplantacyjna.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=265&Itemid=230, 23.02.2012, godz. 20:30.

Olbrzymią rolę do odegrania ma w tej kwestii Kościół katolicki. Pomimo akceptacji dla transplantologii, zbyt mało mówi się w nim o donacji, świadomym dawstwie czy zachęca wiernych do rozmów z najbliższymi na temat testamentu życia, w tym deklaracji dawstwa. Z badań CBOS-u wynika, iż osoby biorące udział kilka razy w tygodniu w praktykach religijnych, najrzadziej akceptują pobieranie i przeszczepianie organów, a w uświadamianiu wiernych powinni wziąć udział duchowni.

Przykładem niezwykle zaangażowanego przedstawiciela Kościoła Katolickiego na rzecz ofiarowania organów jest ksiądz Piotr Sadkiewicz, proboszcz parafii św. Michała Archanioła w Leśnej, na Żywiecczyźnie. Jest on wielkim propagatorem idei dawstwa, zarówno krwi jak i szpiku oraz innych „części” ludzkiego ciała. W parafii, którą kieruje, znakomita większość wiernych cyklicznie oddaje krew i działa również bank szpiku, w którym zarejestrowało się 437 osób. Ksiądz Sadkiewicz zaznacza, że udało mu się rozproszyc kilka tysięcy oświadczeń woli²⁷⁰. Za swoje społeczne zaangażowanie duchowny ten otrzymał tytuł Proboszcza Roku 2005, nagrodę Miłosiernego Samarytanina 2007, Order Uśmiechu w 2009 roku. Za szczególne zasługi w proklamowaniu idei transplantologii otrzymał nagrodę im. Brajana Chlebowskiego. Ksiądz wziął także udział w kampanii reklamowej na rzecz świadomego dawstwa, a jego twarz widniała na 200 billboardach na terenie całego kraju²⁷¹. O zaangażowaniu księdza w zdrowie wiernych, może świadczyć fakt, iż dzięki jego staraniom udało się wyposażyć kościół parafialny w defibrylator, urządzenie przywracające akcję serca. Jest to prawdopodobnie jedyna świątynia w Polsce z takim urządzeniem. Duchowny argumentuje posiadanie defibrylatora troską o zdrowie parafian i możliwością udzielenia szybkiej i skutecznej pierwszej pomocy. Na przykładzie księdza Sadkiewicza widać, iż zaangażowanie przedstawicieli Kościoła w niesieniu sobie nawzajem pomocy w tym propagowanie dawstwa, ma niesamowity oddźwięk w uświadamianiu wiernych, co przynosi transplantologii wiele korzyści. Medycyna ta wiele traci w obliczu braku aktywności kapłanów w tym obszarze.

Szczególną wagę w przybliżaniu problematyki transplantacyjnej odegrał, zrealizowany przez Telewizję Polską, serial dokumentalny *Operacja życie*. Cykl ten przedstawia historie osób zmagających się z niedomogami i dysfunkcjami zarówno fizycznymi, psychicznymi jak i społeczną izolacją w trakcie oczekiwania na przeszczepienie narządu. Część z tych osób otrzymuje narząd, inne umierają. *Operacja życie* nie epatuje brutalności medycznego świata. Pokazuje przede wszystkim ludzi, oczekujących na narząd, którzy walczą o każdy kolejny dzień zmagając się ze swoimi ograniczeniami, cierpieniem, próbując w tym całym „szaleństwie” zachować człowieczeństwo. Przedstawia lekarzy, jako ludzi z rozterkami, problemami, zatroskanych o każdego chorego. Pokazuje także rodziny chorych czekających na przeszczep, ich zmartwienia i starania, by w tej nienormalnej sytuacji stworzyć bliskiemu normalną rodzinę. Autorem scenariusza jest

²⁷⁰ K. Wiśniewska, *Czyn szlachetny i godny pochwały*, Gazeta Wyborcza 03.03.2011, http://wyborcza.pl/leczycl/102641,9193987,Czyn_szlachetny_i_godny_pochwały.html, 13.01.2012, godz. 14:12.

²⁷¹ M. Czyżewski, *Proboszcz z billboardu o transplantacji*, <http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,4778871.html>, 26.02.2012, godz. 21:14.

Robert Kęder, który sam, 10 lat temu, przeszedł przeszczepienie wątroby. Ten dokument w opinii autorów, ma uzmysłwić jak ważne jest zagadnienie transplantacji, przez pokazanie jej we wszystkich wymiarach: społecznym, etycznym i medycznym. Otwarcie pokazano również trudności i ograniczenia występujące w polskiej transplantologii²⁷². *Operacja życie* jest niezwykle przejmującym dokumentem, pokazującym prawdziwe i wyjątkowe oblicze medycyny transplantacyjnej, w jej pięknym, ludzkim wymiarze. Niewątpliwie programy takie, choć nieliczne, mają niekwestionowany walor edukacyjny. Przybliżają Polakom nie tylko samo zagadnienie, ale także uzmysławiają, że każdy z nas może stać się pacjentem czekającym na przeszczep.

Międzynarodowe kampanie społeczne zachęcające do oddawania organów po śmierci, w porównaniu do polskich, są bardziej obrazowe i odwołują się do innych emocji. Część z tych kampanii budzi wstręt i odrazę, inne wzruszenie, jeszcze inne uśmiech na twarzy. Na pewno nikt nie pozostaje obojętny wobec tak ważnego zagadnienia.

W Republice Południowej Afryki w listopadzie 2011 roku zainicjowano kampanię pod tytułem *If you're not an organ donor when you die, you take someone else with you* (Jeśli nie jesteś dawcą organów, kiedy umrzesz, zabierasz jeszcze kogoś ze sobą). Telewizyjny spot, w czasie którego mała dziewczynka kładzie się na drodze obok zabitego motocyklisty i umiera, został zorganizowany przez Organ Donor Foundation. W tle słychać słowa piosenki *You know that I can use somebody* (Wiesz, że mógłbym kogoś wykorzystać) z utworu „Use somebody” zespołu *Kings of Leon*, które nabierają nowego znaczenia w kontekście przeszczepiania narządów. Kampania ma na celu zachęcenie mieszkańców Republiki Południowej Afryki do zarejestrowania się jako dawcy narządów. Ten kraj, jak wiele innych zmagają się z niedostateczną liczbą organów do przeszczepienia. Na liście oczekujących znajduje się 4300 osób, a szansę na przeszczep ma mniej niż jedna piąta z nich²⁷³.

W Indiach, w grudniu 2009 roku, przeprowadzono kampanię pod hasłem *Your eyes deserve a better afterlife. Pledge them* (Twoje oczy zasługują na lepsze życie pozagrobowe. Oddaj je). *Baharat Eye Bank* (Hinduski Bank Oczu) zachęcał w ten sposób do oddania tychże narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia. Na taki zabieg czeka w Indiach około 1,5 miliona niewidomych dorosłych i 2,5 miliona dzieci. Kampania nie odwołuje się do pobudek altruistycznych, lecz wzbudza w sposób humorystyczny, strach przed rozkładem. Obraz przedstawia przygotowujące się do obiadu, dwa olbrzymie cementarne robaki, siedzące przy stole, na którym znajduje się ludzkie oko. Autorzy spotu, chcą w ten sposób uzmysłwić mieszkańcom Indii, jaki los spotyka ich ciała po śmierci, w tym oczy²⁷⁴.

W Brazylii, w maju 2011 roku, przeprowadzono kampanię pt. *You are already a donor. Just choose to whom* (Już jesteś dawcą. Wybierz tylko czyim). Uświadomienie tego faktu postawiła sobie za cel brazylijska organizacja promująca oddawanie narządów ABTO. Na

²⁷² <http://www.tvp.pl/filmoteka/film-dokumentalny/spoleczenstwo/operacja-zycie/o-serii>, 29.02.2012, godz. 17:12.

²⁷³ J. Czerwiński, *Ludzie umierają parami*,

http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,2034,ludzie_umieraja_parami, 25.02.2012, godz. 14:31.

²⁷⁴ P. Sienkiewicz, *Oczy zasługują na życie pozagrobowe*, http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,1043,oczy_zasluguja_na_zycie_pozagrobowe, 25.02.2012, godz. 14:59.

kontrowersyjnych plakatach zestawiono, twarze osób oczekujących na przeszczepienia narządu z powiększonymi wizerunkami organizmów, które odżywiają się zmarłymi ciałami. W ten niezwykle obrazowy sposób, starano się uświadomić możliwość wyboru pomiędzy oddaniem narządów robakom lub potrzebującym ludziom²⁷⁵.

We Francji, w kwietniu 2011 roku, zorganizowano bardzo wzruszającą w swej wymowie kampanię społeczną, uświadamiającą społeczeństwu, że tysiące ludzi zawdzięcza życie zmarłym dawcom. Plakaty przedstawiają chorych oczekujących na operację przeszczepienia, przytulających dusze swoich dawców. Spoty reklamowe, które znajdowały się na paryskich ulicach oraz w prasie, zachęcały jednocześnie do wypełniania kart dawcy, za pośrednictwem strony internetowej. Kampania powstała z inicjatywy *Association pour le don d'organes et de tissus humains*, organizacji działającej na rzecz pośmiertnego dawstwa²⁷⁶.

Zostaw serce na ziemi.
Lżej będzie trafić do nieba.

Wypełnij
oświadczenie woli
być może pewnego dnia
uratujesz komuś życie.

przejdź na stronę życia
www.przeszczep.pl

organizator kampanii społecznej: stowarzyszenie życie po przeszczepie patroni honorowi: Małżonka Prezydenta RP Pani Maria Kaczyńska Minister Zdrowia RP główny patron medialny: tvn

partneri medialni: WZECZPOSPOLITA PRZE KROKI CLEARCHANNEL RMF sponsorzy: Roche Wyeth

partnerzy kampanii: Dofinansowano ze środków Ministerstwa Zdrowia projekt kampanii: gghbdc

Rycina 31. Billboard przedstawiający ks. Piotra Sadkiewicza w kampanii Stowarzyszenia „Życie po Przeszczepie”²⁷⁷

²⁷⁵ A. Pisarek, *Dać człowiekowi czy robakowi?*, http://www.kampaniespoleczne.pl/kreacje,3437,dac_czlowiekowi_czy_robakowi, 25.02.2012, godz. 15:32.

²⁷⁶ M. Waręska, *Wdzięczni za życie*, http://www.kampaniespoleczne.pl/kreacje,3249,wdzieczni_za_zycie, 25.02.2012, godz. 22:05.

²⁷⁷ <http://www.super-nowa.info.pl/img/114/9074.orig.jpg>, 26.02.2012, godz. 21:19.

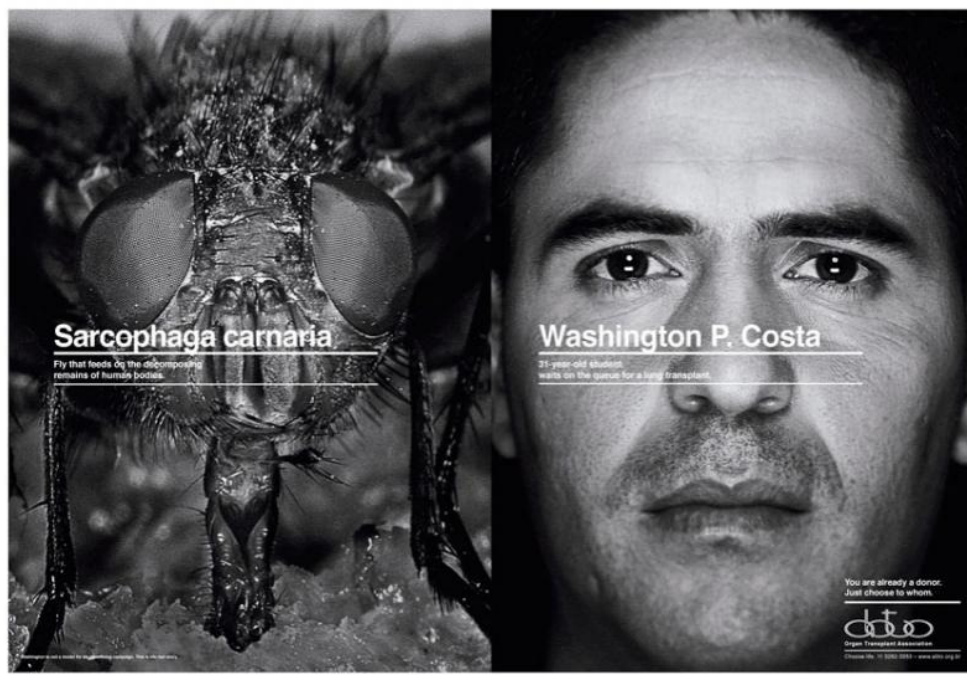


Rycina 32. Kampania społeczna na rzecz dawstwa w RPA, pt. „If you’re not an organ doner when you die, you take someone else with you”, (Jeśli nie jesteś dawcą organów, kiedy umrzesz, zabierasz jeszcze kogoś ze sobą)²⁷⁸



Rycina 33. Indyjska kampania społeczna na rzecz ofiarowywania oczu po śmierci²⁷⁹

²⁷⁸ http://www.kampaniespoleczne.pl/showimage_pure.php?img=http://www.kampaniespoleczne.pl/images/zdjecia/82/zdjecie_20111130212535_367.jpg, 25.02.2012, godz. 14:30.



Rycina 34. Brazylijska kampania na rzecz dawstwa pt. „Już jesteś dawcą. Wybierz tylko czym”²⁸⁰



Rycina 35. Brazylijska kampania na rzecz dawstwa pt. „Już jesteś dawcą. Wybierz tylko czym”²⁸¹

²⁷⁹ http://www.kampaniespoleczne.pl/showimage_pure.php?img=http://www.kampaniespoleczne.pl/images/zdjecia/b1/zdjecie_20100108000638_496.jpg, 25.02.2012, godz. 15:12.

²⁸⁰ http://www.kampaniespoleczne.pl/showimage_pure.php?img=http://www.kampaniespoleczne.pl/images/zdjecia/1c/zdjecie_20110809212239_255.jpg, 25.02.2012, godz. 15:35.

²⁸¹ http://www.kampaniespoleczne.pl/showimage_pure.php?img=http://www.kampaniespoleczne.pl/images/zdjecia/b8/zdjecie_20110809212254_778.jpg, 25.02.2012, godz. 15:35.



Rycina 36. Francuska kampania na rzecz proklamowania świadomego dawstwa pt. „Tysiące ludzi zawdzięcza swoje życie dawcom organów”²⁸²



Rycina 37. Kampania na rzecz proklamowania świadomego dawstwa pt. „Tysiące ludzi zawdzięcza swoje życie dawcom organów”²⁸³

²⁸² http://www.kampaniespoleczne.pl/showimage_pure.php?img=http://www.kampaniespoleczne.pl/images/zdjecia/13/zdjecie_20110609235656_844.jpg, 21.02.2012, godz. 22:03.

10.1. Czynienie z dawstwa sensacji tabloidowych

W Polsce, 15 maja 2013 roku przeprowadzono pierwszy na świecie przeszczep twarzy ze wskazań życiowych. Znaczący to tyle, że bez tej operacji pacjent, który na skutek nieszczęśliwego wypadku doznał na tyle rozległych obrażeń tej okolicy ciała, zmarłby. Dokonali tego lekarze z Centrum Onkologii w Gliwicach, a zespołem kierował profesor Adam Maciejewski. Podczas konferencji prasowej zorganizowanej przez tę instytucję podano do opinii publicznej szereg informacji dotyczących zabiegu. Także te, które umożliwiły identyfikację dawcy. Dodatkowo całość opatrzone bardzo drastycznymi fotografiami (np. dawcy przed przeszczepem z zaznaczoną linią cięcia, pobranej części twarzy, zdjęć śródoperacyjnych i pooperacyjnych) dla zobrazowania zakresu zabiegu.

Zdjęcia użyte w trakcie konferencji – w mojej ocenie – są doskonałym materiałem naukowym i nadają się do użytku dla specjalistów ze świata medycyny. Nie są to obrazy skierowane do wszystkich i z całą pewnością nie powinny być wykorzystane na forum publicznym, między innymi, a może właśnie głównie, ze względu na szacunek wobec dawcy i jego rodziny. Niestety zdjęcia te znalazły się w Internecie, i każdy, nawet dziecko, może je obejrzeć²⁸⁴.

Kolejną sprawą jest „wyciek” wrażliwych informacji, jakimi są dane personalne dawcy. Każda ze stron, czyli Centrum Onkologii w Gliwicach, gdzie dokonano operacji, ani Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, skąd pochodził dawca, poinformowały, iż żaden pracownik tych personaliów nie ujawnił. Faktem pozostaje jednak to, iż matka zmarłego, zgadzając się na pobranie twarzy i innych organów, prosiła o anonimowość. Rzeczywistość jednak jest inna, bowiem dzień po słynnej gliwickiej konferencji dziennikarze niczym współczesne „hieny cmentarne” zjawili się u niej w domu, nagabując, robiąc zdjęcia, prosząc o materiał. Ta prosta i skromna kobieta uległa naciskom oraz manipulacjom i udzieliła wywiadu, a całość materiałów została opatrzona kadrami z cmentarza.

Czy ktoś, z tych „dziennikarzyn”, kierowany żądzą „zrobienia newsa” myślał o tym, jak będzie wyglądało życie tej kobiety po upublicznieniu jej wizerunku i tej historii? Czy ktoś pomyślał, że być może bliżsi i dalsi sąsiedzi mają inne spojrzenie na sprawę? Że może matka dawcy będzie oskarżana przez lokalną społeczność o to, że wzięła pieniądze za narządy, za udzielenie wywiadu, za promocje? Że może być wytykana i nękana przez ludzi? Dziennikarzy stać było tylko na głupie pytania, czy chciałyby się spotkać z biorcą twarzy jej syna. Takie postępowanie jest niezgodne z jakąkolwiek etyką.

Kolejną wątpliwą kwestią w mojej ocenie, jest przeprowadzenie przeszczepu twarzy u osoby kompletnie do tego psychicznie nieprzygotowanej. W analizowanym przypadku operacja była przeprowadzana w celu zachowania życia biorcy. Z oczywistych względów nie było

²⁸³ http://www.kampaniespoleczne.pl/showimage_pure.php?img=http://www.kampaniespoleczne.pl/images/zdjecia/c6/zdjecie_20110609235708_944.jpg, 21.02.2012, godz. 22:03.

²⁸⁴ <http://fakty.interia.pl/galerie/kraj/pierwszy-w-polsce-przeszczep-twarzy-uwaga-drastyczne-zdjecie,iId,1131074,iAId,81956#1130635>, 20.08.2013.

tutaj mowy o wnikliwym badaniu profilu psychologicznego pacjenta. Decyzja o przeszczepie została podjęta, głównie ze wskazań życiowych. Mówienie, także przez przedstawicieli świata medycznego, że pacjent świadomie wyraził zgodę na operację, jest w pewnym sensie nadużyciem. Bowiem w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia w wyniku nagłego wypadku, każdy chciałby żyć. Nie można mówić o świadomej zgodzie w przypadku, gdy mamy do wyboru życie, albo samowolne skazanie się na powolną śmierć. Historia medycyny odnotowała, że ze względu na nieodpowiedni profil psychologiczny biorcy dochodziło do odjęcia przeszczepu (omówiona wcześniej historia Clinta Hallama po przeszczepie ręki). Nie bez przyczyny kwestia psychiki jest jednym z najważniejszych kryteriów planowanego przeszczepu twarzy. Ale jak wiemy, przeprowadzona przez lekarzy polskich transplantacja twarzy była pionierską, należałoby się więc zastanowić nad metodą (sposobem) psychologicznego prowadzenia pacjenta po tego typu zabiegach, przeprowadzanych nagle, ze wskazań życiowych.

Jednak bezspornie, najbardziej bulwersujący pozostaje fakt wycieku informacji o personaliach dawcy, a co za tym idzie złamanie prawa, brak ścigania sprawców, bowiem ochrona takich danych jest zapisana w ustawie transplantacyjnej.

CZEŚĆ TRZECIA

ROZDZIAŁ XI

Ogólna koncepcja metodologiczna badań własnych. Postępowanie

Oprócz tradycyjnie rozumianej obserwacji, jako najprostszego narzędzia badań socjologicznych, niewymagającego dodatkowych specjalistycznych instrumentów, od początku byłam przekonana, że najważniejszą metodą, którą zastosuje w części empirycznej mojej pracy (po rezygnacji z metod ugruntowanych, o czym wspomniałam we Wstępie) będą badania jakościowe, w formie wywiadów swobodnych, pogłębionych, ustrukturalizowanych z ekspertami, w tym przypadku koordynatorami transplantacyjnymi, działającymi w szpitalach województwa podkarpackiego. Przygotowując się do wywiadów korzystałam z prac Stefana Nowaka, Davida Silvermana i Krzysztofa Koneckiego (prace wskazałam w bibliografii). uznawanych dziś za klasykę metodologii badań jakościowych w naukach społecznych.

Wybór ekspertów, czyli rozmówców dla moich wywiadów, w tym przypadku koordynatorów transplantacyjnych, okazał się najsukuteczniejszą metodą dotarcia do istoty problemu. Są to dla mojej pracy źródła pewne, profesjonalne, kompetentnie przekazane. Na marginesie pragnę zaznaczyć, że nigdy nie uzyskałabym dostępu i zgody na prowadzenie badań na przykład wśród rodzin dawców zważywszy, że dane te są poufne.

Nie było potrzeby przeprowadzania próby losowej, gdyż mogłam objąć badaniami wszystkich koordynatorów transplantacyjnych województwa podkarpackiego (z wyjątkiem jednej osoby, która – mam wrażenie – unikała rozmowy), co dawało gwarancję uzyskania pełnego oglądu zagadnienia. Po wstępnych informacjach dotyczących celu i przedmiotu rozmowy, po uzgodnieniu miejsca spotkania, po wyjaśnieniu celu wywiadu i celu mojej pracy, po zapewnieniu konfidencjonalności rozmowy, po wyjaśnieniu dlaczego właśnie zwracam się do tej, a nie innej osoby przechodziłam do nagrywania wywiadów.

Przyjęłam założenie, że po rozmowie z osobami, które nie zgodzą się na nagranie rozmowy, zrobię po wywiadzie stosowne notatki, jeśli okaże się, że ich uwagi będą warte takiego zapisu. Na trzynastu przeprowadzonych wywiadach, tylko dwie osoby nie życzyły sobie nagrywania rozmowy.

Ponieważ wywiady były przeprowadzane z ekspertami transplantologicznymi, język wywiadu był zawodowym, specjalistycznym językiem medycznym, chociaż wypowiedzi respondentów sprawiały im wielokrotnie jakiś kłopot (powtarzali zagadnienie używając synonimów, ścisłali głos przy zagadnieniach należących do poufnych czy do tajemnicy lekarskiej). Najprawdopodobniej wynikało to z tego, że chcieli przekazać mi informacje, które dotychczas były im tylko znane, z którymi żyli sami, najczęściej nie ujawniając dotychczas ich treści nikomu.

W większości przypadków były to osoby, które reprezentowały, co od razu było do uchwycenia, dużo wyższy poziom intelektualny i zasób leksykalny, erudycję, niż standardowy poziom ludzi z dzisiejszym wyższym wykształceniem. Ale moje rozmowy z ekspertami miały też negatywne strony, bowiem lekarze i pielęgniarki wiedząc, że mam wykształcenie medyczne, stosowali „transplantacyjne” skróty myślowe, czytelne przede wszystkim dla specjalistów, a w sumie utrudniające zapis przeprowadzonej rozmowy.

Starałam się, by wywiady miały charakter neutralny i mam nadzieję, że taki zachowały. Żadnych oporów nie musiałam przełamywać, nie zaobserwowałam też nieufności, może początkowo w dwóch przypadkach. Wywiady były miękkie, unikały antagonizmów, atmosfera rozmów była raczej uprzejma i życzliwa. W zasadzie nie interweniowałam w tok wypowiedzi. Wywiady kończyłam po wyczerpaniu tematu, lub gdy zorientowałam się, że ekspert uznał, iż temat został wyczerpany, lub gdy był przymuszony obowiązkami, na przykład przejściem na blok operacyjny, każdorazowo dziękując za rozmowę.

Po przedstawieniu rozmówcy sytuacji dotyczącej donacji organów w poszczególnych województwach oraz wykazaniu najmniejszej ilości pobrań w województwie podkarpackim przechodziłam do kolejnych problemów i pytań, które powstawały spontanicznie, jednak były dopasowane do sytuacji, bez rygorystycznej kolejności, zależne od temperamentu rozmówcy, a niektóre z nich, były nawet wywołane przez samych badanych. Starałam się jednak, by w każdym wywiadzie poruszone były następujące zagadnienia, które przyjęłam za problemy badawcze, a w hipotezach uznałam, że właśnie te problemy będą mieć decydujący wpływ na niskie dawstwo organów w województwie podkarpackim:

- Czy niska aktywność w zgłaszaniu dawców spowodowana jest istnieniem barier społeczno-kulturowych wśród mieszkańców województwa podkarpackiego?
- Czy obawa handlu narządami jest jedną z barier?
- Czy bijące serce u osób z orzeczoną śmiercią mózgu jest czynnikiem wzbudzającym niepewność diagnozy śmierci u ich bliskich?

- Czy niska aktywność w zgłaszaniu dawców spowodowana jest istnieniem barier religijnych wśród mieszkańców województwa podkarpackiego?
- Czy kult zmarłego ciała jest religijną barierą transplantologii?
- Czy wizja naruszenia ciągłości ciała jest w opinii badanych przyczyną niemożności zmartwychwstania?
- Czy niska aktywność w zgłaszaniu dawców spowodowana jest istnieniem barier etycznych wśród mieszkańców województwa podkarpackiego?
- Czy niska aktywność w zgłaszaniu dawców spowodowana jest istnieniem barier logistycznych na terytorium województwa podkarpackiego?
- Jakie czynniki powodują słabe zaangażowanie lekarzy w zgłaszaniu dawców?
- Czy niska aktywność zgłaszania dawców jest spowodowana brakiem ośrodków przeszczepiających w województwie podkarpackim?
- Czy brak aktywności lekarzy w zgłaszaniu dawców jest spowodowany brakiem tradycji w tym zakresie?

ROZDZIAŁ XII

Opracowanie danych jakościowych

Dla lepszej przejrzystości przytoczonych wypowiedzi respondentów, szczególnie tam, gdzie stosowali oni skróty myślowe, w [nawiasach kwadratowych] przytaczanych wywiadów są dodane moje odautorskie uwagi lub uzupełnienia.

Wywiady z poszczególnymi osobami zostały oznaczone symbolami składającymi się z pięciu członów oddzielonych od siebie znakiem „ - ” [2-P-K-34-HP] lub [15-L-M-45-HW], według następującego klucza:

Pierwszy człon **2** lub **15**, to liczba porządkowa wywiadu;

drugi – **P** lub **L**, to pielęgniarka (pielęgniarz) lub lekarka (lekarz);

trzeci – **K** lub **M**, to kobieta lub mężczyzna;

czwarty – **34** lub **45**, to orientacyjny wiek respondentki (respondenta);

piąty – **HP** lub **HW**, to pracownik szpitala powiatowego lub szpitala wojewódzkiego.

Metryczki ekspertów. (Portrety rozmówców)

1-P-K-40-HW. Respondentka jest pielęgniarką w wieku około 40 lat. Pracuje w szpitalu wojewódzkim. Jest spokojną i miłą osobą. Z badaną spotykałam się wielokrotnie na konferencjach naukowych dotyczących transplantologii, organizowanych w województwie małopolskim i podkarpackim. Wcześniej kilka razy udało nam się porozmawiać.

Wywiad został przeprowadzony 2 sierpnia 2012 roku około godziny 15-tej, w restauracji położonej w pobliżu szpitala. Respondentka była po pracy. Nagranie trwało około jednej godziny. Był to mój pierwszy wywiad. Respondentka ze szczegółami opowiadała o realiach i problemach pracy koordynatora. Muszę przyznać, że byłam bardzo zaskoczona tym, co usłyszałam. Ten pierwszy wywiad „towarzyszył” mi przez długi czas. To właśnie ten wywiad zdecydował o tym, by zrezygnować z badań metodą ugruntowaną i pozostać przy tradycyjnych, pogłębionych wywiadach z ekspertami.

2-P-K-35-HW. Respondentka jest pielęgniarką w wieku około 35 lat. Pracuje w szpitalu wojewódzkim. Jest osobą o stanowczym charakterze. Szczerze i bez obiektywności, mówiła to co miała na myśli.

Z respondentką spotkałam się 17 września 2012 roku, około godziny 13-stej, w restauracji. Respondentka była w trakcie urlopu, ale bez najmniejszych obiekcji zgodziła się na rozmowę. Nagranie trwało około 50 minut. Respondentka w energiczny sposób używając mocnych sformułowań opisuje sytuację dotyczącą omawianego zagadnienia. Widać było uczuciowe zaangażowanie w poruszaną tematykę i chęć zmiany zaistniałej sytuacji. Bardzo emocjonalnie prezentuje poszczególne przypadki wyrażając w ten sposób swoją bezsilność, niemoc i frustracje. Jest to bez wątpienia najmocniejszy i najbardziej kategoriyczny wywiad.

3-L-K-35-HW. Respondent jest lekarzem w wielu około 35 lat. Pracuje w szpitalu wojewódzkim. Jest to jeden z najaktywniejszych koordynatorów na Podkarpaciu. Pochodzi z innego regionu Polski, a w Rzeszowie mieszka od kilku lat.

Z respondentem umawiałam się telefonicznie na inny termin, ale spotkanie zostało przełożone ze względu na nocne pobranie organów. Ostatecznie wywiad został przeprowadzony 18 września 2012 roku, około godziny 12-stej, w gabinecie lekarskim. Czas trwania nagrania wyniósł około 40 minut. Respondent był bardzo ostrożny w swoich wypowiedziach i precyzyjnie dobierał słowa. Dopiero po wyłączeniu dyktafonu respondent zdobył się na szczere wyrażenie swoich opinii.

4-L-M-45-HP. Respondent jest lekarzem w wieku około 45 lat. Pracuje w szpitalu powiatowym na stanowisku kierowniczym. Miałam możliwość uczestniczenia w konferencji naukowej, na której występował. Rozmawialiśmy później o omawianym zagadnieniu, wymieniając się telefonami. Lekarz jest spokojnym i kulturalnym człowiekiem. To osoba, która jako pierwsza w Regionie wprowadziła u siebie w szpitalu, orzekanie śmierci mózgu, w każdym kwalifikującym się do tego przypadku.

Z respondentem spotkałam się w jego miejscu pracy, w trakcie dyżuru 19 września 2012 roku, około godziny 15-stej. Rozmowa odbyła się w jego gabinecie. Jest to jeden z najdłuższych wywiadów, bowiem czas trwania nagrania wynosi około 70 minut. Lekarz bardzo wnikliwie analizuje zagadnienie i wielowątkowo odpowiada na pytania. Całość wypowiedzi umiejscawia w określonym kontekście ekonomicznym i organizacyjnym. W związku ze sprawowanym stanowiskiem doskonale zna panujące realia i administracyjne utrudnienia czy paradoksy. Ta rozmowa była dla mnie bardzo inspirująca.

5-L-K-55-HP. Respondent jest lekarzem w wieku około 55 lat. Pracuje w szpitalu powiatowym na stanowisku kierowniczym. Jest to osoba pewna siebie, władcza, o mocnym charakterze i dominującym sposobie bycia.

Z respondentem spotkałam się 21 września 2012 roku około godziny 12-stej, w jego miejscu pracy. Rozmowa odbyła się w gabinecie lekarskim. Czas trwania nagrania wynosi około 30 minut. Koordynator, bez cienia wątpliwości, formułuje jednoznaczne diagnozy społeczne.

6-P-K-45-HP. Respondentka jest pielęgniarką w wieku około 45 lat. Pracuje w szpitalu powiatowym. Jest miłą, cichą i delikatną osobą.

Nasze spotkanie odbyło się 21 września 2012 roku około godziny 15-stej w domu koordynatorki. Czas trwania nagrania wynosi 21 minut. Pielęgniarka opowiada o swoich problemach w pracy koordynatora. O wszystkim mówi delikatnie, cicho i bez zbędnych emocji.

7-P-K-45-HW. Respondentka jest pielęgniarką w wieku około 45 lat. Pracuje w szpitalu wojewódzkim.

Nasze spotkanie odbyło się 21 września 2012 roku, około godziny 10-tej, w jej miejscu pracy. Respondentka nie zgodziła się na nagrywanie wywiadu. Rozmowa odbyła się w gabinecie, w obecności koleżanki, z którą zajmuje pokój. Przez prawie cały czas rozmowy, która trwała około 40 minut, koleżanka rozmówczyni

przebywała razem z nami w pokoju. Wyszła dopiero pod koniec rozmowy. Wywiad ten nie wniósł nic nowego do mojej dotychczasowej wiedzy, dlatego nie pojawia się w tekście pracy doktorskiej.

8-L-M-40-HW. Respondent jest lekarzem w wieku około 40 lat. Pracuje w szpitalu wojewódzkim. Jest to człowiek o mocnej osobowości, zdecydowany i konkretny.

Z respondentem spotkałam się 3 października 2012 roku około godz. 15-tej, w jego miejscu pracy, w trakcie dyżuru. Rozmowa odbyła się w sali na szpitalnym oddziale pogotowia ratunkowego. Czas nagrania wynosi 16 minut. Bardzo precyzyjnie, konkretnie i krótko oceniał sytuację w obrębie badanej tematyki, przedstawiał swój punkt widzenia i problemy. Wnosił nowe wątki do zagadnienia.

9-L-K-55-HW. Respondent jest lekarzem w wieku około 55 lat. Pracuje na wysokim stanowisku w szpitalu wojewódzkim.

Z respondentem spotkałam się 4 października 2012 roku około godziny 12-tej. Wywiad został przeprowadzony w kawiarni niedaleko jego miejsca zamieszkania. Nagranie trwało około pół godziny. Respondent dość jednoznacznie identyfikował problemy i charakteryzował lokalną społeczność.

10-L-M-50-HP. Respondent jest lekarzem w wieku około 50 lat. Pracuje w szpitalu powiatowym i sprawuje funkcję kierowniczą. Jest miłym w obejściu i bardzo kulturalnym mężczyzną. Jego wewnętrzny spokój i klasa wzbudzają szacunek i zaufanie.

Z respondentem spotkałam się 5 października 2012 roku, w jego miejscu pracy, podczas dyżuru. Samo nagranie trwało około półtorej godziny. Dodatkowo przed i po nagraniu rozmawialiśmy około 40 minut. Ze względu na duże emocjonalne zaangażowanie się respondenta w omawianą tematykę i czas trwania spotkania, lekarz przesunął godziny planowych operacji. Widać było, co zresztą można usłyszeć podczas nagrania, że zależało mu na dokładnej i wnikliwej analizie zagadnienia. Dokonał głębokiej weryfikacji czynników utrudniających wykorzystanie dawstwa w regionie, a także w pewnym sensie, podsumowania swojej aktywności, jako koordynatora. Nasze spotkanie było tak absorbujące, że lekarz w trakcie odprowadzania mnie do samochodu cały czas dyskutował o problemach w służbie zdrowia. Był to dla mnie jeden z najważniejszych wywiadów i potwierdzający zarazem słuszność wyboru metody badawczej.

11-P-K-40-HP. Respondentka jest pielęgniarką w wieku około 40 lat. Pracuje w szpitalu powiatowym.

Z respondentką spotkałam się 16 października 2012 roku około godz. 18-tej, w jej miejscu pracy, przed nocnym dyżurem. Rozmowa odbyła się w gabinecie pielęgniarek. Czas trwania nagrania trwał około 40 minut. Jest to drugi koordynator w szpitalu, ponieważ pierwszym jest lekarz. Moja rozmówczyni sprawiała wrażenie osoby zdominowanej przez współpracownika. Teoretycznie chce coś zrobić, ale sama nic nie może. Pozostaje jej aktywne proklamowanie dawstwa. W trakcie wywiadu wielowątkowo analizowała zagadnienie, starała się jak najprecyzyjniej odpowiedzieć na zadawane pytania.

12-L-K-55-HP. Respondentka jest lekarzem w wieku około 55 lat. Pracuje w szpitalu powiatowym na stanowisku kierowniczym.

Z respondentką spotkałam się 16 października 2012 roku, około godziny 16-tej, w jej miejscu pracy. Respondentka nie zgodziła się na nagrywanie wywiadu. Rozmowa odbyła się w gabinecie lekarskim i trwała około 30 minut. W gabinecie włączony był telewizor, na którego zerkala pani doktor, a głośność dźwięku była ustawiona prawie na maksimum. Siedziałam w odległości jednego metra od telewizora, a Pani doktor konsumując w czasie wywiadu obiad, usiłowała jak najkrócej odpowiadać na zadawane pytania. Miałam wrażenie, że po-

strzeża mnie, jako *persona non grata*, zakłócająca jej „nienaganne” nawyki. Wywiad nie wniósł nic nowego do mojej dotychczasowej wiedzy, dlatego jej wypowiedzi nie zostały ujęte w pracy doktorskiej.

13-P-K-45-HP. Respondentka jest pielęgniarką w wieku około 45 lat. Pracuje w szpitalu powiatowym, na bardzo wysokim stanowisku. Jest to osoba o mocnym charakterze, zdecydowana i władcza.

Z respondentką spotkałam się 22 października 2012 roku, około godziny 12-stej. Rozmowa odbyła się w jej gabinecie. Czas trwania nagrania wynosi około 30 minut. Moja respondentka jest aktywnie zaangażowana w ideę zgłaszania dawców, ze względu na rodzinne uwarunkowania. Bardzo wiele oczekiwałam po tym wywiadzie. Niestety nie wniósł nic nowego do pracy. Dodatkowo nasze spotkanie było przerywane telefonami i prywatnymi rozmowami.

* * *

„Nie może być w transplantologii dobrze, gdy reszta dyszy”

Pierwszymi problemami, które pojawiają się po wstępnej analizie danych jakościowych to te, że zakładane przeze mnie bariery w zgłaszaniu martwych dawców narządów okazały się częściowo błędne i niepotwierdzone w badaniach, szczególnie w sprawach barier „religijnych”. Po analizie wywiadów konstatuje, że na bariery w dawstwie organów w województwie podkarpackim składa się wiele czynników, bardzo trudnych do usystematyzowania, które tak oto podsumował na zakończenie ze mną rozmowy jeden z lekarzy:

[4-L-M-45-HP]

Wie Pani, nie może być dobrze w transplantacji, jeżeli wiele pozostałych dziedzin ledwo dyszy. (...) nie można mówić o jednej dziedzinie (...) gdzie równocześnie wszystkie pozostałe leżą. (...) to jest taka dychotomia (...) nie da się mówić o transplantacji zapominając o tym, co się dzieje. Nie będzie jednej dobrej dziedziny w momencie, kiedy wszystko pozostałe ledwo dyszy. I to jest problem. (...).

[13-P-K-45-HP]

Ja myślę, że to są te wszystkie lata wstecz, gdzie no... było zaniedbanie w tym zakresie, nikt tak naprawdę nie sprawdzał, nie przejmował się tym, to jest jedna rzecz. Dwa, no... szkolenia lekarzy...

Jest i jeszcze jedna przyczyna innej natury, o wymiarze „lokalnym”, wyrażona przez lekarzkę ze szpitala powiatowego, w jednym z najmniej zurbanizowanych powiatów Podkarpacia:

[5-L-K-55-HP]

Nie ma co się oszukiwać, główną barierą przed brakiem dawstwa w województwie podkarpackim od pacjentów innych niż z urazówki, czyli z wypadków jest bardzo zły stan [zdrowotny] osób na Podkarpaciu. U nas każda osoba po pięćdziesiątym roku życia, każda i to mówię

z pełną odpowiedzialnością, ma nadciśnienie, jest otłuszczona no i oprócz tego może mieć jeszcze inne [niepożądane objawy]. Alkoholizm jest powszechny u młodych mężczyzn. (...) Tak, że bardzo dużo z przyczyn medycznych nie ma pobrań od osób [nie będących] z wypadku (...) młodymi ludźmi. Bo od młodych nie ma problemu.

Brak ośrodków transplantacyjnych na Podkarpaciu

Odnotowując na wstępie wypowiedzi natury ogólnej: (1. nie może być dobrze w transplantacji, jeżeli wiele pozostałych dziedzin ledwo dyszy, 2. każda osoba po pięćdziesiątym roku życia... ma nadciśnienie, jest otłuszczona..., 3. alkoholizm jest powszechny...), jako pierwszy powód tak niskiego dawstwa organów na Podkarpaciu wymieniłabym przede wszystkim **brak odpowiednich ośrodków klinicznych w województwie podkarpackim**. Nie wiadomo w jakim stopniu istnienie takich klinik wpływałoby na zwiększenie dawstwa organów, bo na przykład Lublin posiada Uniwersytet Medyczny, a lubelski współczynnik martwego dawstwa narządów wcale znacząco nie odbiega od podkarpackiego. Jestem jednak w stanie twierdzić, że zadawalające dawstwo organów na Podlasiu (przynajmniej w ostatnich kilku latach) wiąże się z istnieniem w Białymstoku uniwersyteckiego ośrodka klinicznego o sześćdziesięcioletnich tradycjach.

Podkarpaccy koordynatorzy zwracają uwagę na fakt, iż jedną z przyczyn małej liczby zgłoszeń martwych dawców w województwie podkarpackim może być brak ośrodków dokonujących przeszczepów narządów. Niewątpliwie obecność szpitali i oddziałów klinicznych zajmujących się transplantologią w znaczący sposób wpłynęłoby na postrzeganie skuteczności tej formy leczenia. Pacjenci oczekujący na organ i ci już po przeszczepieniu najdobitniej ukazują głęboki sens takiej metody leczenia i ponoszenia wszystkich wysiłków, jakie należy podjąć, by do tego doprowadzić. Poza tym ośrodki kliniczne zatrudniają utytułowanych specjalistów i już sama kadra profesorska podniosłaby prestiż zawodu lekarza w regionie. Podkarpacie jest bowiem jednym z peryferyjnych obszarów Polski bez uniwersytetu medycznego czy uniwersytetu z wydziałem lekarskim.

[3-L-K-35-HW]

To jeszcze może powiedzmy tak, my, jeśli chodzi o Rzeszów czy nasze Podkarpacie, no generalnie możemy tylko zgłaszać dawców, a w takich ośrodkach jak Warszawa, Szczecin, Zabrze to jest tak, że jest dawca i generalnie robi się przeszczepy. Myślę, że to troszkę inaczej funkcjonuje. U nas to też wynika z tego, że no..., my możemy zgłosić dawcę, a nie mamy takiego zaplecza, no... nie mamy, no mówię..., tutaj się nie przeszczepia na Podkarpaciu. Myślę, że z tego to wynika. Myślę, że jest to jakiś tam czynnik, jeśli chodzi o personel nawet nasz. (...) gdyby były ośrodki, w których na przykład są przeszczepiane nerki, jakoś by to było bardziej rozpowszechnione.

[8-L-M-40-HW]

Jakby popatrzeć na szpitale podkarpackie, no to w tej chwili nie wszystkie mają swoich koordynatorów. Nie wiem jak to wygląda procentowo w innych województwach, ale podejrzewam, że znacznie lepiej. Na Podkarpaciu dużych szpitali jest znacznie mniej niż w innych województwach, i dochodzi jeszcze czynnik taki, że na przykład u mnie w szpitalu, czy w szpitalu, w którym obecnie też jesteśmy, pacjenci którzy mogą być kwalifikowani jako martwi dawcy leżą tylko i wyłącznie na OIOM-ie [Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej], na żadnym innym oddziale. Żaden inny oddział nie ma respiratorów i nie jest w stanie prowadzić zwyczajnie takich pacjentów. No to więc już mamy jedno ograniczenie, czyli nie neurologia, nie chirurgia tylko i wyłącznie OIOM kwalifikuje. To jest raz; dwa, mamy pacjentów często powypadkowych, no najlepiej się nadają pacjenci no... wiadomo z krwotokami, ale jak już wtórne są przyczyny, gdzie okres pomiędzy jedną a drugą próbą rozciąga się do 24 godzin, plus okres obserwacji 12 godzin to jest czas strasznie długi. Ci pacjenci przeważnie nie przeżywają tego okresu. W momencie, kiedy chcemy skrócić okres, często szpitale nie mają możliwości wykonania badań instrumentalnych, takie, jakie są wymagane przez polskie prawo. Ja już z drem X i drem Y rozmawiałem, mają być wrzucone inne badania do ustawy, ale w tej chwili nie ma ich wrzucenych, więc prawo jest takie, a nie inne i tutaj nasze możliwości się wyczerpują. Kiedy trzeba pacjenta, tylko po to, żeby przyspieszyć o trzy godziny możliwość stwierdzenia zgonu komisijnego, przetransportować na przykład do Rzeszowa, gdzie jest 120-180 kilometrów, no... to po pierwsze, taki pacjent i tak na 99% tego nie przeżyje, po drugie, kto się tego podejmie biorąc pod uwagę stan pacjenta i zresztą odpowiedź Rzeszowa, jaka jest, gdzie oni mają nawet tego wszystkiego. Nie da się..., zwyczajnie się nie da, a okres, który jest między..., jeżeli tego nie zrobimy, jest też wystarczająco długim okresem, żeby pacjent zwyczajnie nie dotrwał do możliwości w ogóle stwierdzenia śmierci [mózgu]. (...) Dlatego ja przede wszystkim jednak [będę] szedł w zaparte, że program transplantacyjny musi zostać troszkę na Podkarpaciu rozbudowany o kolejnych koordynatorów i o troszkę jeszcze zmiany w przepisach prawa, ponieważ mówię, Podkarpacie jest chyba najbiedniejsze jeśli chodzi o województwo, jeśli chodzi o szpitale. Już pomijam, że fundusz [NFZ] nas kopie tak jak chce, do tego wyposażenie szpitali jest jakie jest, nie inne. W tym szpitalu, w którym w tym momencie się znajdujemy jest jednorzędowy tomograf, to o czym my w ogóle rozmawiamy. (...) Jest szesnasta, jest superfajnie, i co z tego skoro badań, które są wymagane do stwierdzenia śmierci, jako badanie instrumentalne dodatkowe poza angioCT, to nie jesteśmy w stanie zrobić żadnego. EEG nie jest w tej chwili takim badaniem. (...)

[10-L-M-50-HP]

To jest trochę złożone. Kilka rzeczy się składa na to. (...) ja bym się nie zgodził z tym, że na przykład lekarze są niewykształceni w tym wszystkim, ja bym się nie zgodził z tym, że nie myślą o tym. (...) Charakter tej lokalnej społeczności tutaj i nakładający się na to jakiś brak wiary w lekarzy spowodowany tym, że do tej pory nie było tutaj jakiś ośrodków klinicznych dużych

(...) zawsze się mówiło o Akademii Medycznej w Krakowie, w Lublinie w Warszawie, i ci chorzy gdzieś zawsze musieli wędrować w związku z tym. Ja myślę, że ja to widzę tutaj, na tym moim terenie, że jednym z pierwszych pytań, jak trafiają do nas pacjenci, to jest to „czy nie powinniśmy go gdzieś przewieźć?”. Istnieje chyba coś takiego, że ludzie mają chyba jakieś takie wewnętrzne poczucie, utwierdzone zresztą w sposób, uważam niesłuszny przez media, przez naukowców różnych, prawda –, że to jest Polska grupy B czy coś takiego, i to powoduje (...), że ci ludzie mają poczucie, że obok tego naszego regionu jest coś lepszego, w związku z tym powinniśmy jeszcze tam spróbować.

[4-L-M-45-HP]

[Ośrodka transplantacyjnego] (...) nie mamy w naszym rejonie, najbliższy ośrodek to jest krakowski transplantacyjny (...) i lubelski (...), i te ośrodki jakoś niespecjalnie też promują, promowały, ja myślę, że dalej niespecjalnie promują, nie zachęcają do tego, żeby właśnie przeprowadzać albo zgłaszać tych dawców. To jest drugi element skomplikowanej materii, jaką jest opór środowiska medycznego. (...) nie ma takiego parcia w naszym rejonie, z ośrodków, które powinny to bardziej uświadamiać, pokazywać na to, że to jednak trzeba robić. Nie ma takiego parcia, nie ma..., bo nie ma kliniki transplantacyjnej, zresztą na naszym terenie nie ma żadnej kliniki w Podkarpaciu (...). Nasze środowisko tutaj jest, jakie jest, nie ma tego parcia z klinik, takiego parcia w postaci szkoleń, pomocy, takiego wyciągnięcia ręki nie tylko wtedy, kiedy jest dawca, tylko wtedy, gdy mamy pacjenta i nie wiemy jak sobie z nim poradzić. (...) ośrodek krakowski bardzo kiepsko działa, jako ośrodek transplantacyjny, no niestety (...) nie widzimy tutaj nawet w transplantologii jakiegoś dużego wsparcia. Dowód jest też taki, że niejednokrotnie Kraków odmawia na przykład przyjęcia nerek do pobrania, ale za to Warszawa przyjeżdża.

Jeden z rozmówców zauważył, że oprócz braku odpowiednich ośrodków klinicznych w województwie podkarpackim brak jest też znanych i poważanych autorytetów medycznych, **lekarzy o liczącym się dorobku naukowym, dydaktycznym, o niewątpliwym charyzmie**, na których opinie można się powszechnie powołać, którzy mogą nieformalnie pozytywnie wpływać na całokształt działań transplantologicznych jak niegdyś prof. Zbigniew Religa w Zabrze czy obecnie prof. Romuald Bohatyrewicz w Szczecinie. Powoduje to sytuację, w której niemal wszyscy lekarze w województwie podkarpackim uważani są za mniej wartościowych od tych z „reszty” Polski. W konsekwencji sami też lekarze, wiedząc o tym nie „dają z siebie wszystkiego”, a niektórzy wręcz sami uważają się za mniej wartościowych niż Ci z innych regionów Polski, co wyraźnie wpływa na jakość pracy.

[10-L-M-50-HP]

W związku z tym my nie mamy prawdopodobnie na tym terenie takiego autorytetu (...) ja myślę, że to jest między innymi jedna z przyczyn, że na ten charakter ludzi (...) nakłada się brak autorytetu środowiska medycznego. Zawsze jest ten punkt odniesienia, że coś jest obok. My-

ślę, że tak samo aktywność ludzi jest tutaj troszeczkę inna (...), w sensie takim, że podaje się zawsze..., że zachodnie, prawda... (...) wydaje mi się, że tam jest jakaś specyfika inna, trudno mi to wytłumaczyć. (...) powiedziałbym jednoznacznie, że nie do końca jest zbudowana pozycja lekarza, spowodowana tym, że ci ludzie mają jakieś takie przeświadczenie, że obok jest coś typu akademii medycznej czy uniwersytet, prawda... (...) nie chce mi się wierzyć w to, że wynika to tylko z braku wiedzy, z lenistwa tych ludzi no..., co my jesteśmy inni niż w zielonogórskim czy gdzieś tam w mazowieckim, nie..., nie wierzę. Mam wrażenie, że ta inność polega na tym, że nie jesteśmy tacy pewni w tych takich trudnych sytuacjach. (...) no bo cóż to może być innego? Tak jak Pani powiedziałem wcześniej, że problem polega na tym, iż ludzie mają wrażenie, że gdzieś jest coś lepszego, prawda..., no to zawsze tak jest. W klinice zawsze pacjent może umrzeć, w szpitalu jak takim powiatowym się umiera, to jest błąd lekarzy. Po prostu nie wiedzieli, nie umieli, nie mieli sprzętu, nie mieli leków, albo się nie chcieli zaangażować. A mówię to naprawdę na podstawie wielu rozmów. Ciężko naprawdę..., to musi być też praca, nasza własna, żeby zachowywać się i postępować, no i robić wszystko tak, żeby ludzie mieli poczucie..., żeby mieli takie odczucie, że mają do czynienia z ludźmi, którzy wiedzą co robią, że są pewni w tej pracy, że mają te możliwości, trzeba to też im wytłumaczyć. Myślę, że bardzo często też, to było takie może i wygodne, w takim szpitalu mniejszym, że jeżeli był problem, to łatwiej było to przepchnąć wyżej, niż męczyć się z tym problemem, jakimś klinicznym, bo to jest wygodne. (...) ja bym nawet nie powiedział, że to jest lenistwo, ale to jest wygodne, bo dlaczego mamy na okrągło rozmawiać z rodziną, że coś jest nie tak jak trzeba. Jeżeli my teraz bierzemy coś takiego, że oni [ludzie] mają wątpliwość, z drugiej strony my no..., też zastanawiamy się, nie mamy wsparcia w tym wszystkim od strony jakiegoś takiego [ośrodka], tej gradacji wartości i ważności tych różnych ośrodków naszych, no to jeżeli w grę wchodzi nagle, no... tak gigantyczny problem prawda..., w którym musimy postawić całą naszą wiedzę i nasz autorytet na ostrzu noża, prawda..., i powiedzieć że to jest na 100 % w ten sposób, i przekonać tych ludzi i powiedzieć, jak to jest. Przecież wykonanie tych procedur wszystkiego, to wiadomo, to się robi z kartką, bo zawsze to tak robiłem, żeby cokolwiek nie pominąć, i oczywiście żeby to nikt nie powiedział, że to powinno być w 20 minut, a ja robiłem 18 minut (...), to się robi wszystko, żeby człowiek błędu nie popełnił, co się przecież nie robi codziennie (...), jest coś takiego pewnie [niechęć ze strony lekarzy] bo to nie wszyscy się chcą w to zaangażować. Ja powiem szczerze, że nigdy nie rozmawiałem [z kolegami] w ten sposób żeby się dowiedzieć, dlaczego nie chcesz w to wchodzić. Ale nigdy nie było też tak, że ja rozpoczynając te wszystkie czynności miałem jakieś przeszkody, że ktoś mi tam..., ale..., ale to też nie było coś takiego, że miałem nagle dziesięciu chętnych, którzy się chcieli w to zaangażować, czegoś takiego nie ma. Wszyscy próbują gdzieś tam umknąć z boku, nie..., bo to jednak jest z punktu widzenia organizacyjnego problem.

Większość koordynatorów jest zdania, że stworzenie klinik transplantacyjnych poprawiłoby wykorzystanie potencjału dawstwa w regionie. Pacjenci po przeszczepach, obecni na

tych oddziałach, staliby się żywym dowodem, na sens tej mozolnej pracy przy dawcy. Tylko jeden z respondentów stwierdził, iż powstanie klinik o takiej specjalności nic by nie zmieniło, ponieważ w Krakowie są, a dawców i tak się nie zgłasza.

[1-P-K-40-HW]

(...) Nie ma znaczenia [czy są ośrodki przeszczepiające], jak widać w Krakowie to nie działa!
(...)

Faktem jest, że na Uniwersytecie Rzeszowskim, najdalej do 2015 roku, powstanie wydział lekarski. W chwili obecnej doprecyzowane są szczegóły odnośnie tego gdzie będą znajdowały się oddziały kliniczne, a także ustala się skład kadry naukowej. Jest to krok, który daje nadzieję na wyższe kontrakty, lepszą opiekę i nowe standardy leczenia.

Dylematy orzekania śmierci mózgowej, obawy przed odpowiedzialnością

Na drugim miejscu przyczyn niskiego dawstwa organów na Podkarpaciu wymieniłabym **najróżniejsze wątpliwości lekarzy dotyczących samej sztuki orzekania o śmierci mózgowej**. Te obiekcje wiążą się z obawami przed odpowiedzialnością karną. Zagadnienie to wydaje się z „zewnątrznego” punktu widzenia przesadzone, ale lekarze mają swoje racje, poparte własnym doświadczeniem. Są to naczynia połączone. Skoro lekarze obawiają się odpowiedzialności, to wydaje się, że również sama odpowiedzialność lekarzy może być – ich zdaniem – niewłaściwie oceniana przez aparat ścigania. Ale również są lekarze, którzy z nieznanymi bliżej powodów nie chcą orzekać o śmierci mózgowej. Właśnie to zagadnienie zajęło w moich rozmowach chyba najwięcej czasu i najlaskoniej zostało ujęte tak:

[4-L-M-45-HP]

Proszę zwrócić uwagę, cztery lata temu, pięć lat temu każdy (...) kto był związany z transplantologią to był u prokuratora. (...)

Nie jest wiadomo w jakim stopniu owe obawy przed ściganiem utrwaliły się w podkarpackim środowisku lekarskim, bo młode pokolenie lekarzy wydaje się być w zasadzie wolne od tych obaw, niemniej jednak ujawnia się tu cały konglomerat zagadnień. Każdy błąd, najbardziej błahy niedopatrzenie proceduralne w orzekaniu o śmierci mózgu może stać się powodem wszczęcia śledztwa, natomiast **najbardziej karygodny unik dotyczący orzekania o śmierci mózgowej, z najbardziej banalnego motywu jest bezkarny:**

[1-P-K-40-HW]

(...) ostatnio miałam taki przypadek. Leżał pacjent, znaczy pacjent... no w sumie, to był do jakiegoś momentu pacjent młody, zginął, tam miał krwotok w przebiegu tętniaka, na nic się wcześniej nie leczył. Przy przyjęciu do szpitala zrobiono mu angiografię, w której nie stwier-

dzono przepływu mózgowego, czyli generalnie można powiedzieć, że można było orzec śmierć. Po czym przez kilka dni trzymano go bez leczenia, bez niczego, cztery dni po to, żeby po prostu sam odszedł. No ale się okazało, że nie chciał odejść, więc stwierdzono, że powołają komisję i orzekną śmierć, bo potrzebują łóżko. (...) no, to jest w ogóle nie do pojęcia!

[8-L-M-40-HW]

(...) Nie po to się orzeka śmierć mózgu, żeby pacjent stał się dawcą wielonarządowym, tylko pacjent (...) może stać się dawcą wielonarządowym w momencie orzeczenia [śmierci] pnia mózgu. To nie jest jedno z drugim powiązane, że to jest tylko pod tym kątem robione (...) Większe są oddźwięki takiego, nie zdziwienia..., nie niezrozumienia [wśród personelu pielęgniarskiego], bardziej jest przeżywane, jeśli pacjent nie jest koordynowany i trzeba go odłączyć od respiratora, bo nie został zakwalifikowany, bo... Jak ktoś nie poczyta, nie wie, nie zainteresuje się, to się nagle okazuje, że pacjenci którzy siedem, dziesięć lat temu, byli dalej leżeni w cudzysłowie, czyli dmuchani byli przez respirator i podawane były aminy katecholowe jeszcze przez te..., powiedzmy 24 godziny, nagle po stwierdzeniu kilku podpisów są odłączani od respiratora. No tak, ale tak to wygląda i tak to powinno wyglądać 10 lat temu. I to jest jedyna różnica, i tu jest takie zdziwienie, że teraz tak się robi. (...) I to chodzi o personel średni i to taki personel, który akurat rzadziej jest w szpitalu, który troszkę mniej wie, który w czymś wiele razy nie brał udziału. To na tej zasadzie. To są pojedyncze osoby, (...) a dlaczego tak, pytają, a dlaczego tak robimy, no przecież to serce dalej bije, no i to są tego typu pytania, ale jak się wytłumaczy, no to OK. (...)

[3-L-K-35-HW]

Drugi problem, to jest problem naszego środowiska, i ja sama to odczuwam, ja czy kolega, że no... są różne stanowiska. Są osoby, które zupełnie to popierają [pobieranie narządów], rozumieją i wszystko jest w porządku, a są osoby, które mają jakieś takie, nooo..., nie wiem z czego to wynika, ale nie do końca... i to się odczuwa w pewnych takich no tutaj, naszych relacjach. Tak, że to są takie dwa problemy. Problem taki nasz, społeczeństwa, takiego, no wiadomo, zwykłych ludzi i naszego personelu medycznego (...)

[2-P-K-35-HW]

Jeśli chodzi o samo stwierdzenie śmierci mózgu, to myślę, że ci lekarze orzekający są przekonani, co do tego, bo inaczej by w tym nie brali udziału. Szczerze mówiąc, robią to z procedurą w ręce lub wręcz z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, mają w ręce i wszystko tak wykonują po kolei tak jak ma być. Natomiast, jeśli chodzi o innych lekarzy niezwiązanych bezpośrednio z anestezjologią i intensywną terapią, to jedna pani powiedziała, że ma do czynienia z popier... (...) pielęgniarką, jakimś oszołomem, co sobie wymyśliła nie wiadomo co, w ogóle to jest uśmiercanie ludzi, wręcz takie słowa padły, w ogóle to jest uśmiercanie ludzi, co ona sobie wyobraża. Ja tego tak nie zostawiłam, poinformowałam o tym dyrekcję, że nie życzę sobie tego typu komentarzy, niech ona to zachowa dla siebie. Ona bardzo eksponuje to, że ona jest

związana..., bardzo katolicka, nie wiem czy naprawdę czy na pokaz, ale dla niej tłumaczenie, że Kościół katolicki nie jest przeciwny pobieraniu, transplantologii, (...) dla niej jest nic, dla niej to po prostu..., nie wiem, czy chce być mądrzejsza, czy nie chce zmienić swojego zdania po to tylko by nie stracić autorytetu, czy no..., nie wiem dlaczego. W każdym bądź razie inni lekarze, no... na przykład powiedzenie, że ktoś nie będzie na mnie kasy zarabiał, no... nie wiem czy to jest, właśnie te bariery finansowe, że oprócz tych..., to są bardzo małe kwoty, oprócz tych kwot małych, oprócz tego dodatku dla lekarzy dostaną też pielęgniarki, bo też miałam takie wrażenie, coś takiego..., że o to chodzi, że oprócz lekarzy, którzy brali w tym udział dostały też..., miały dostać pielęgniarki i salowe. (...)

[1-P-K-40-HW]

Wydaje mi się, że problem leży w podejściu poszczególnych szpitali, które mają potencjał donacyjny, że nie zgłaszają potencjalnych dawców do możliwości pobrania narządów. Plus, wydaje się, że jest mało szpitali specjalistycznych, które mają pełną diagnostykę w kierunku możliwości identyfikacji śmierci mózgu. Ponieważ lekarze obawiają się, że ta procedura..., ta procedura generalnie rodzi jakieś obawy w personelu szpitalnym tak naprawdę i brak możliwości wykonania na przykład badań instrumentalnych, czyli angiografii albo bardziej zaawansowanych procedur rodzi obawy, że coś w tym procesie może nie być tak. Z reguły jest tak, że część takich osób jest przekazywanych ze szpitala do szpitala i w innym szpitalu już taka osoba po prostu ginie, nie jest identyfikowana. (...) znaczy boją się kłopotów tak naprawdę [w kwestii orzekania śmierci mózgu], bo to..., jednak jest to po części trochę kłopotliwe, a lepiej zostawić problem żeby się sam rozwiązał. (...) jeżeli szpital przeprowadził taką jedną procedurę identyfikacji dawcy i doprowadził do pobrania narządów to wie, z czym to się wiąże, że masa telefonów, masa badań do wykonania, eeee... Trzeba przestrzegać ściśle procedury orzekania i tutaj nie wszyscy są przekonani do tej procedury, to jest też kolejna taka bariera, że nie wszyscy... Jednak ciągle mamy programy edukacyjne, szkolenia w szpitalach już samych, że jednak ciągle część personelu nie jest przekonana do śmierci mózgu tak naprawdę, (...) że to jest kryterium ostateczne (...) Niechęć lekarzy spowodowana, raz, właśnie tym brakiem przekonania co do (...) tego kryterium śmierci mózgu, po drugie, też takie, jak sobie szpital kalkuluje koszty. I parokrotnie miałam taką sytuację, że szpital zgłosił nam jeden przypadek śmierci mózgu, (...) były pobrane narządy, później nagle dyrekcja szpitala i cały szpital uważa, że włożył w to ogromny wysiłek, natomiast zwrot kosztów jest nieadekwatny do tej całej procedury. (...) z drugiej strony jest tak, że niektóre szpitale kalkuluja i się okazuje, że im się to opłaca (...), więc tutaj trudno jest jednoznacznie określić, ale też takie głosy słyszymy. (...)

[4-L-M-45-HP]

To jest bardzo skomplikowany proces i tutaj jest wiele przyczyn tego..., tak mi się wydaje. Myślę, że podstawowym problemem to jest trochę chyba opór ze strony medycznej, to jest

w moim odczuciu, przy czym, to nie jest takie wprost, że są ludzie, którzy pracują w szpitalach, że są niechętni. To znowuż..., to jest tak skomplikowane..., to jest trochę bardziej skomplikowane, bo tutaj, to wynika z braku czasu..., niejednokrotnie z braku czasu, przepracowania. Natomiast żeby było pobranie to musi być stwierdzenie śmierci mózgowej, musi być orzeczenie śmierci mózgowej, a to jest procedura dosyć czasochłonna wymagająca no... i przygotowania no i czasu. Ale z drugiej strony, ona nie wpływa bezpośrednio na tego pacjenta, którego my leczymy, no jest właściwie zakończenie leczenia, albo stwierdzenie, że pacjent już nie żyje. I mnie się wydaje, że tu jest jedna z głównych przyczyn, że jeżeli mamy do czynienia z pacjentem, który ma śmierć mózgową, to często w szpitalu nie jest to w ogóle brane pod uwagę. Dlatego, ponieważ..., ponieważ nie wpływa to bezpośrednio na leczenie. (...) [Czeka się] do zatrzymania serca. (...) To trzeba podzielić na kilka przyczyn, bo to nie jest takie proste. Pierwsza rzecz, to jest opór chyba ze strony środowiska medycznego, lekarskiego, ale nie wynika tak wprost z niechęci do tego, nie..., nie... (...) Orzekanie śmierci mózgowej wymaga czasu, wymaga dużego zaangażowania, jest bardzo stresujące, a tak na dobrą sprawę, nie wpływa bezpośrednio na leczenie tego pacjenta (...) Jeżeli na przykład nie idzie to leczenie, w cudzysłowu oczywiście, to nie idzie, bo choroba jest..., bo uraz jest większy niż my potrafimy to odwrócić i doprowadza to do śmierci i wystąpią objawy śmierci mózgowej. To łatwiej jest po prostu czekać aż dojdzie do zatrzymania serca, niż podejmować cały ten wysiłek mając na celu stwierdzenie, że ten pacjent już nie żyje, mimo że serce pracuje. To jest jedno. (...) Dlaczego tak jest? No i znowuż to jest kolejny problem. Dlaczego? Otóż, dlatego że wszędzie jest nas za mało, bo to robią anestezjolodzy. To nikt inny nie robi, na Podkarpaciu nikt inny tego nie robi, bo wszyscy pacjenci nieoddychający (...) są w OIOM-ie [Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej]. Więc jeżeli małe zespoły są, dużo operacji, jest mnóstwo pilnych rzeczy, to ten fragment jest po prostu dodatkowy niejako. Więc jeżeli tak jest, bardziej obciążający psychicznie, fizycznie i czasowo, trzeba podejmować tą decyzję przy tym nawale pracy, to, to gdzieś umyka. I znowuż to jest jeden z fragmentów, że tak powiem, dlaczego po stronie medycznej jest taki opór, albo nie tak, brak uświadomienia, bo to jest jedno. Dwa, nie mamy w naszym rejonie [ośrodka], najbliższy ośrodek to jest krakowski transplantacyjny (...) i lubelski (...) i te ośrodki jakoś niespecjalnie też promują, promowały, ja myślę, że dalej niespecjalnie promują, nie zachęcają do tego, żeby właśnie przeprowadzać albo zgłaszać tych dawców. To jest drugi element skomplikowanej materii, jaką jest opór środowiska medycznego. Ja to tak widzę. To trzeba się mocno przekopać żeby po prostu... Natomiast to jest tak, że myśmy już osiągnęli taki pułap u siebie, taki poziom, że my w ogóle nie łączymy orzekania śmierci mózgu z transplantologią. My nie po to orzekamy śmierć mózgową, żeby pobrać narządy. U nas się po prostu robi to po to, żeby zakończyć leczenie wtedy, kiedy ono jest bezsensowne! Tylko, że wie Pani co, cały ten proces trwał dobrych kilka lat, niczym sami sobie przestawiliśmy w naszych głowach, że tak należy robić i (...), że takie jest paradoksalnie, oczekiwanie rodzin. Dlatego, bo jeżeli pacjent nie żyje, my o tym wiemy, to rodziny widząc że serce pracuje, że respirator

chodzi, mają ciągle nadzieję, (...) to jest beznadziejna nadzieja, bo ja wiem, że on nie żyje, ale rodzina nie przyjmuje tak wprost do momentu, aż powiemy „pacjent nie żyje, bo został stwierdzony zgon”. (...) Tu dawanie nadziei w momencie, kiedy ten pacjent nie żyje, jest po prostu no..., daleko niemoralne, nieetyczne, tak bym to powiedział i niczym nieuzasadnione. (...) jeżeli nie bierze się pod uwagę orzekania śmierci mózgowej, to jaka jest alternatywa inna? Nic tylko czekać, żeby doszło do zatrzymania serca!

I tak w wielu miejscach się po prostu postępuje, bo ta świadomość jest taka niska. Ale mówię, na to się składa kilka tych czynników: zabieganie, brak na to czasu, a to jest duży naprawdę wysiłek emocjonalny, jak i psychiczny, jak i czasowy, ktoś to musi zrobić a to trwa, więc jak nie ma kto tego zrobić, bo nas brakuje na bloku operacyjnym, no to dlatego to się tak bardzo odsuwa. To jest jedno, dwa, nie ma takiego parcia w naszym rejonie, z ośrodków, które powinny to bardziej uświadamiać, pokazywać na to, że to jednak trzeba robić. Nie ma takiego parcia, nie ma..., bo nie ma kliniki transplantacyjnej, zresztą na naszym terenie nie ma żadnej kliniki. (...) Żeby to się zmieniło tu [wypowiedź dotyczy niskiej zgłaszalności], to nie będzie tak jak niektórzy chcą, niektórzy profesorowie z transplantologii, (...) że to jest kwestia dwóch lat. Nie, nie ma takiej możliwości. Po prostu, jeśli ktoś do tego tak podejrze, to ja uważam, to są pobożne życzenia i chyba nie do końca... i że się zapomina, w czym leży problem. (...) Jeden z podstawowych czynników, to jest czynnik ten lekarski, tu leży przyczyna, tak uważam. (...) To jest podstawowy. On oczywiście znowuż jest bardziej złożony, to nie jest niechęć, żeby to było też jasne, (...) to nie jest niechęć tych ludzi, że oni są przeciwni, nie. To wynika częściowo z niewiedzy, (...) niewynikająca z jakiejś wielkiej niechęci, tylko z całości, że jest kolejna rzecz, że trzeba dużo czasu poświęcić, przy czym jak to zacznie działać, to zacznie działać.

[6-P-K-45-HP]

Myślę, że (...) musimy zacząć od orzekania śmierci mózgu, po prostu rzadko to się dzieje w szpitalu. U nas właściwie jedna była taka próba podjęcia, tylko orzekania, że po prostu obserwacja pacjenta. No wiadomo, że to jest sprawa *stricte* lekarska i lekarz podejmuje decyzję o orzekaniu śmierci mózgu, i to się dzieje bardzo rzadko, i to dlatego, że tak jak mówię, szpital jest mały, mało takich przypadków, w których..., ewidentnie wiek pacjenta... Założmy pourazowych pacjentów też nie mamy, bo takich odsyłamy. (...) Myślę, że też tą barierą jest to, że lekarze w swoim środowisku..., najlepiej żeby tak wszystko było wśród nich. Pielęgniarki no..., oni..., nie wiem, czy boją się, może nie rozumieją do końca..., właśnie u nas, na czym polega praca tego koordynatora transplantacyjnego. Bo nikt im niczego nie zabiera, a z kolei uważają, że z rodziną powinien rozmawiać psycholog. Tak przynajmniej u nas widzę. (...) Oni [lekarze] czują takie opory, że to wszystko jest na nich, że to tak jakoś, oni wszystkim muszą się zająć, i tą swoją odpowiedzialność..., znaczy odpowiedzialność wziąć na siebie. (...)

Działania pozorne i kunktatorstwo wśród personelu lekarskiego

W związku z centralnymi naciskami i działaniami mającymi na celu zwiększanie wykorzystania potencjału donacyjnego oraz społecznymi oczekiwaniami obserwowane są także zachowania, które możemy nazwać działaniami pozornymi. Samo pojęcie „działań pozornych” może zawierać w sobie cały szereg zachowań, które mają inny, niż na to wygląda, cel²⁸⁵. Jak podaje Lutyński w zakres tych działań można włączyć działania wykonywane „na pokaz”, ceremonialne, niektóre asekuracyjne²⁸⁶. W analizowanym przeze mnie zakresie działania pozorne mogą przyjmować postać wystudiowanej „pozy” polegającej na tym, iż deklarowana jest otwartość na problem i zrozumienie dla istoty rzeczy, a brak jakichkolwiek zgłoszeń tłumaczone jest albo tym, iż po prostu nie ma dawców, albo tym, iż rodziny się nie zgadzają na pobranie. Jeden z koordynatorów bardzo sugestywnie wyraził się o tym problemie mówiąc, iż zawsze można poprowadzić rozmowę tak, że rodzina się nie zgodzi, albo w ogóle jej nie przeprowadzić, a tylko powiedzieć, że rodzina się nie zgodziła, bo przecież nikt tego nie sprawdzi. Niekiedy, o czym także opowiadali koordynatorzy, podejmowane są czynności zebrania komisji orzekającej śmierć mózgu, i trwają one nieskończenie długo, lub podejmowane są za późno, tak, że pacjent umiera wskutek zatrzymania akcji serca i niemożliwe jest pobranie narządów, bo nie udało się zebrać Komisji na czas.

Ponadto, działania pozorne podejmowane przez lekarzy, nie zawsze mają taką samą etiologię. Może występować cały szereg różnorodnych motywacji, m.in.:

- Skrywana niechęć do orzekania o śmierci mózgowej:

[6-P-K-45-HP]

(...) i ten strach lekarzy przed tym, (...) a kto odłączy tą aparaturę, a weźmie Pani odpowiedzialność za to, co Pani powie rodzinie? Takie rzeczy słyszałam rozmawiając z lekarzami u nas. No, nie do końca wierzyli, że ta śmierć w rzeczywistości chyba zaistniała, chyba po prostu boją się tego orzekania. Tak mi się przynajmniej wydaje. (...) Boją się odpowiedzialności, a może nawet „wyslijmy gdzieś” żeby u nas tego nie było. Może ktoś..., a niekoniecznie my. (...) Noo, tak jak mówię, lepiej może nawet jak już coś się dzieje, wyslijmy go gdzieś..., żeby ktoś..., może się coś uda pobrać (...) No niby jest tak..., tak..., ale tak jakoś nie wierzą w to, że w rzeczywistości można by było..., przecież to komuś też uratuje życie.

- Niechęć do angażowania się w procedurę donacyjną ze względu na obawy odnośnie potencjalnych konsekwencji (np. oskarżeń o zaniedbanie, oskarżeń ze strony rodziny, środków masowego przekazu, prokuratury itp.)

²⁸⁵ K. Lutyńska, hasło: *Działania pozorne*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, red. zb. Z. Bokszański, K. Gorlach, T. Krauze, W. Kwaśniewicz, E. Mokrzycki, J. Mucha, A. Piotrowski, T. Sozański, A. Sułek, J. Szmatka, W. Winclawski, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, t. 1, s. 158.

²⁸⁶ J. Lutyński, *Nauka i polskie problemy*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1990, s. 105-108.

[4-L-M-45-HP]

Nasze środowisko tutaj jest, jakie jest, nie ma tego parcia z klinik, takiego parcia w postaci szkoleń, pomocy, takiego wyciągnięcia ręki, nie tylko wtedy kiedy jest dawca, tylko wtedy..., my mamy pacjenta i nie wiemy jak sobie z nim poradzić. (...) ośrodek krakowski bardzo kiepsko działa, jako ośrodek transplantacyjny, no niestety (...) no..., nie widzimy tutaj nawet w transplantologii jakiegoś dużego wsparcia.

[3-L-K-35-HW]

Może dlatego, że spotykam się z takimi opiniami, że nie chcę żeby „o mnie w gazetach pisali”, prawda... no, takie podejście (...) Nasze media są fajne, super, tylko generalnie żywią się jakimś takimi no... rzeczami, nieszczęściami, skandalami. Nie przyjdą i nie zrobią programu o transplantacji, że to jest super, fajne, dobre, powiedzmy, no nie..., u nas tutaj na Podkarpaciu, ale gdyby była jakaś afera czy coś nie tak, to, to będzie ciekawe, bo ludzie tym żyją prawda? I to z tego wynika po prostu. (...)

- Niechęć do angażowania się w procedurę donacyjną ze względu na obawy, co do swoich kompetencji (np. przy wykonywaniu czynności związanych z orzekaniem śmierci mózgu):

[3-L-K-35-HW]

Każdy mówi, dobrze że to robisz, tylko że no..., bo powiem szczerze jeszcze, o co tu chodzi, to są duże emocje, to się tak wydaje, bo to jest..., najczęściej dotyczy to osób niestety młodych, dotychczas zdrowych, coś się dzieje nagle. Są emocje, no... mówię dla nas, jako lekarzy, (...) nie jesteśmy w stanie nic zrobić. (...) a poza tym to są emocje związane z rodzinami, bo to są czy to młode matki, żony czy mężowie, dzieci. Zresztą ostatnio mieliśmy właśnie młodych bardzo dawców. To są niesamowite emocje i dla nas tak samo. Ja sama właśnie wiem jak jest..., tak wszystko jest fajnie jak to trwa, rozpoczynamy, i tam mówię. Sama rozmowa z rodziną, to raz dla lekarza, raz dla normalnego człowieka, po prostu to jest ciężko. (...) Ja wiem sama, że jak wracam do domu to nie jest tak fajnie, to cały czas gdzieś jest, to się przeżywa. (...) Myślę, że to z tego też wynika, że ktoś nie chce się angażować, nie chce... (...) No mówię, bo to wymaga jakiegoś zaangażowania i poznania tematu, głębiej prawda..., żeby być pewnym. (...) wymaga to takiej wiedzy, żeby wiedzieć, no myślę..., że to jest kwestia między innymi tego (...), u nas jest tak, że ja i kolega tym się zajmujemy. Mamy osoby, które nas na przykład popierają i zawsze nam pomogą, ale są osoby, które nie biorą w tym udziału, jak nie muszą. Problem się pojawia, no mówię..., jak trzeba dojść, bo musi być komisja trzyosobowa, to wtedy..., ale zazwyczaj, no nie było jeszcze takiej sytuacji, żeby ktoś nam odmówił. Ale no..., z większą lub mniejszą niechęcią do tego podchodzi, prawda –. Bo oni właśnie z braku wiedzy..., to tam się dopytuje, żeby wiedzieć czy tam wszystko jest dobrze przeprowadzone,

prawda. (...) Na pewno wzbudza to sensację [pobranie] (...) nie zdarzyło się coś takiego, żeby z takich przyczyn personalnych nie doszło do pobrania (...)

- Niechęć do angażowania się w procedurę donacyjną ze względu na konieczność obcowania, czy kontaktowania się z rodziną dawcy (czy przeprowadzenia rozmowy):

[9-L-K-55-HW]

Powiem Pani na czym to..., ja to zaobserwowałam, na czym to może polegać. Jeżeli się zbierze komisja stwierdzi się komisyjnie śmierć mózgu prawda..., robi się te badania w odstępie trzech godzin i tak dalej, to później, jeżeli nawet nie ma zgody na pobranie i odstępuje się od tego, to należy odłączyć aparaturę po prostu. Stwierdzenie śmierci mózgu jest równoznaczne ze śmiercią, podaje się godzinę, i no..., lekarze nie chcą za bardzo tego robić, bo oni boją się oskarżenia rodziny, że no..., może by żył, ale oni odłączyli aparaturę. Tak, że to jest jeszcze taki czynnik, który ja zaobserwowałam. (...) Starają się tak to jakoś zrobić, (...) [żeby] on sam prawda [zmarł], kwestia paru dni, ale my nie chcemy odłączać, bo potem powiedzą żeśmy my to odłączyli. [Bariery] ze strony środowiska, tak jak Pani powiedziałam, nie z tego że oni [lekarze] nie mają świadomości, że to jest potrzebne, wręcz przeciwnie. Natomiast, nooo myślę..., że to..., to właśnie później odłączenie, nawet jeżeli (...) narządy nie będą pobrane, nie będą wykorzystane, no to generalnie wolą unikać takich sytuacji (...) aczkolwiek robią to, to na pewno nie jest przyjemne powiedzieć rodzinie, proszę się pożegnać, bo my za pięć minut odłączymy respirator (...) U nas też się nie chce orzekać, myślę że tutaj jeszcze trzeba by było do anestezjologów też dotrzeć, no ale to jest rolą pewnie konsultanta wojewódzkiego, (...) ale tak anestezjology też są zabiegani, pracują tu, dyżurują jeszcze w paru innych miejscach i na przykład był taki problem, że trzeba było jechać na te studia podyplomowe, żeby zrobić te uprawnienia do bycia koordynatorem, nikt z naszych anestezjologów nie chciał, nie, „bo my mamy dużo pracy”, „bo mamy...”, nikt nie chciał i pojechałam ja. No musi ktoś być w szpitalu i pojechałam ja, dlatego tym koordynatorem jestem.

- Niechęć do angażowania się w procedurę donacyjną, ze względu na to, iż jej uruchomienie wymusza nadmiar działań, które należy podjąć:

[3-L-K-35-HW]

Są osoby, które rzeczywiście, no wszystko robią, żeby to jest... całe takie przedsięwzięcie..., to się tak wydaje..., (...) to jest taka wielka machina i wiele ludzi jest w to zaangażowanych (...) Wyczuwa się pewne takie no..., na przykład ktoś powie, dobra wiem, że to jest szczytny cel, ale ja do końca..., znaczy..., ty się tym zajmuj, ale ja nie chcę mieć z tym nic wspólnego – na takiej zasadzie. I teraz nie wiem czy to wynika po prostu z tego, że ktoś nie chce, żeby ewentualnie ktoś by posądził..., myślę, że wszystko to wynika no... mówię no..., może i trochę też z braku wiedzy, po części, na ten temat... – może dlatego?

- Niechęć do angażowania się w procedurę donacyjną ze względu na tzw. system autoprotekcji, czyli unikania tego, co może przynieść negatywne psychologiczne konsekwencje.

[10-L-M-50-HP]

Poza tym, ja wiem?... , czy na przykład nie wpływa to na to, że od czasu do czasu człowiek słyszy jakieś dziwne..., czyta jakieś dziwne informacje, że po dwóch latach, czegoś tam prawda..., nagle się pacjent obudził no... i to gdzieś tkwi..., o tym się nie myśli, prawda..., jak jakiś tam odłamek z wojny..., człowiek żyje całe życie, a przychodzi jakaś zmiana pogody i nagle go gdzieś tam strzyknie, prawda... To jest chyba na takiej zasadzie, że to gdzieś w podświadomości tych ludzi to może być. (...) trochę się sytuacja zmieniła u nas (...) nam ubyłoby tych pacjentów trochę, którzy są pacjentami udarowymi prawda..., tymi z krwotokami, gdzie to był..., to była..., pierwszy pacjent, to była młoda dziewczyna właśnie tak z krwotokiem mózgowym. To wszystko jest teraz na..., są oddziały udarowe, oni się w to angażują mocno, walczą no..., ale nie chodzę tam nie sprawdzam, nie patrzę jak oni leczą, i czy oni powinni, no..., bo też bym sobie chyba nie pozwolił na to, żeby ktoś z innego oddziału przychodził do mnie i pod takim kątem patrzył, bo to tak wygląda... To musi wyjść od człowieka, który prowadzi. (...) raczej w ten sposób nie postępujemy [nie orzekamy śmierci mózgu poza przypadkami kwalifikacji dawcy]. I powiem Pani szczerze, że zdarzają się takie sytuacje, że ja o tym myślę, że właśnie powinienem coś takiego zrobić, że to jest tak zwana terapia uporczywa, nie dająca żadnego sensu, i powiem Pani, że nie wiem czy to jest lepiej, czy to jest gorzej (...)

Działania pozorne rodzin, strategia na przeczekanie

Podejmowanie działań pozornych, dotyczy nie tylko niektórych lekarzy, ale i rodzin dawców, które nie chcą kategorycznie powiedzieć NIE pobraniu organów i z reguły nie wiedzą, co oznacza śmierć mózgową dla organizmu ludzkiego. Wówczas wyczekują z nadzieją, że skoro bije serce, to trzeba zwlekać z decyzją, bo może zdarzy się „zmartwychwstanie”.

[9-L-K-55-HW]

I generalnie ludzie nie chcą, ciężko jest ich przekonać, boją się też tego, co powie rodzina (...) i nie tylko rodzina najbliższa ich, ale również powiedzmy sąsiedzi czy znajomi, (...) czasami jest tak, że się długo bardzo zastanawiają. W zeszłym roku było tak, że tak się długo zastanawiali, w końcu jak się zgodzili, to już było za późno. (...) [Oni] też generalnie nie chcą, bo też, mimo że się tłumaczy, że on już nie żyje, oni też mają nadzieję, a może jednak, a to my będziemy przy nim do końca, aż mu serce przestanie bić, no takie rzeczy. (...)

[1-P-K-40-HW]

(...) Rodzina to głównie, że uśmiercenia, znaczy ciągle jest..., ja myślę, że lekarze mają problem, znaczy..., na to też zwracamy uwagę, jak psycholodzy szkolą lekarzy pod kątem tych rozmów, że ważny jest ten element przekazania informacji o śmierci. Bo rodzina przychodzi do osoby bliskiej i widzi, że funkcjonuje mu serce, jest monitoring. (...) i tutaj lekarze mają problem z tłumaczeniem, co się w tej głowie stało. No i jeżeli nie przekroczyliśmy tej bariery, tego co się w tej głowie stało, i że ta głowa nie ma możliwości powrotu do życia, no to zaczyna się problem przejścia do tego drugiego etapu rozmowy, i już pobrania narządów. Wtedy już zaczyna się atak..., atak rodziny! A jak jeszcze nie daj boże, że wcześniej pojawiały się informacje, że jest szansa..., no to..., że wszystko będzie w użytku. (...) Teraz jest taki obowiązek, pytać o pobranie rogówek i tutaj często słyszymy, że jest sprzeciw rodziny na pobranie rogówek. No, boją się tego okaleczenia jednak, że to będzie dosyć widoczne, itd. (...) opory są też dosyć duże do pobrania kończyn (...) czasami się zdarzają takie problemy w tych kontaktach z rodziną, że brakuje tej komunikacji już po tym, jak ta rodzina tą zgodę wyrazi. Tutaj bolejemy czasem nad tym, bo zdarzają się czasem takie kuriozalne wręcz sytuacje i dramatyczne, że się nie informuje rodziny, kiedy odebrać zwłoki, że będzie sekcja prokuratorska, bo nie raz tak jest. (...) jak jest prokurator, zarządza tą sekcją, to zwłoki są zabierane do zakładu medycyny sądowej, niejednokrotnie tak jest i trzeba się już z nimi kontaktować. Później jak już jest załatwiona sprawa, to już ten kontakt troszkę ucieka. Ja czasami mam takie sygnały, że takie rzeczy się dzieją. (...) także tutaj ważne jest żeby mieć kontakt z rodziną. (...) wskaźnik dawstwa jest kiepski, ale tak jak mówię, jeżeli się zostawia pacjenta na cztery dni (...) to wskaźniki takie będą (...)

[9-L-K-55-HW]

Nie, nie absolutnie. Tu generalnie, to wszyscy [lekarze] popierają ideę transplantacji i każdy widzi w tym sens, ale jak ma dawcę, to już jest gorzej, bo to tak..., już jest kontakt z tą rodziną, wszyscy się znają, środowisko nie jest duże, dużo osób pracuje, znajomi, pielęgniarki, sanitariuszki itd., mają swoje rodziny, więc wiadomo, że opowiadają, no i oni [lekarze] tego unikają. Myślę, że w dużych ośrodkach ten problem nie istnieje, a tutaj no... Boją się tego negatywnego odbioru, że oni będą postrzegani, jako ci, którzy wyłączyli aparaturę, a może on by jeszcze żył, prawda..., no bo to ludzie tak zawsze mają, mimo że się im tłumaczy, że już człowiek nie żyje, praktycznie jest to ciało, które jest wentylowane, no ale oni..., a no może jeszcze, a może coś się stanie, a może to, a może tamto, sprowadzają jakiś tam bardziej... no ja to rozumiem, każdy szuka jakiegoś sposobu na uratowanie.

[10-L-M-50-HP]

(...) [Rozmawiać] mi się wydaje, z tymi ludźmi w sposób taki normalny, no nie ma tego dużo, to jeszcze raz powiem, (...) ja nie spotkałem się do tej pory z brakiem zgody (...) bardzo często jest tak, że ci ludzie, jeżeli się rozmawia, to biorą na przeczekanie, że oni potrzebują cza-

su. Myślę, że oni potrzebują czasu nie dlatego, żeby się zgodzić albo nie zgodzić, tylko że mają nadzieję, że ten człowiek odejdzie wcześniej [umrze] niż oni będą musieli podjąć decyzję, czy powiedzieć coś na ten temat. I łatwiej jest im powiedzieć, że on tam kiedyś mówił, że chybaby nie chciał... [oddawać organów po śmierci], no nie ma zgody, ale to tak, niż żeby powiedzieć od razu, dobra, nie zgadzam się. Bo też jest odpowiedzialność, oni mają tę świadomość. (...) myślę, że część z tych ludzi próbuje tą decyzję odwlec (...) gorzej jest, że oni [rodzina] jakby zostali na innym poziomie, bo ja im mówię o sytuacji tego typu, a oni, że może by tu do kliniki. (...) z takich nieoficjalnych informacji wiem, że ta pierwsza osoba, to była młoda dziewczyna i ona pochodziła z jakiejś wsi z okolic Stalowej Woli, że tej rodzinie było trochę ciężko, że jak ludzie się dowiedzieli, bo to jednak wyłazi prędzej czy później, nie wiadomo jakimi kanałami, ale to jest chyba nie do utrzymania, i wiem, że ta rodzina miała jakieś takie, może nie przykrości, ale taka sytuacja dla nich była, nooo... niekomfortowa, ludzie tam patrzyli trochę dziwnie na nich (...)

[4-L-M-45-HP]

(...) dla mnie nie jest problemem czy rodzina się zgodzi czy nie zgodzi (...) ja z tego nie robię tragedii (...) natomiast, jeżeli rodzina mi powie nie i czasem się zdarza tak, że ja jestem przekonany, że ona kłamie, rzadko, ale tak było, też szat nie rozrywam. (...) więc jeżeli rodzina mi mówi, że taka jest ich wola w stosunku do tego zmarłego, to przepraszam bardzo, ja się nie czuję bardziej właścicielem w cudzysłowie tych zwłok, niż ta rodzina, (...) więc ja to szanuję, natomiast mogę wtedy wyrazić swoją opinię (...)

Konformizm i lojalność wobec grupy zawodowej

Kolejną przyczyną niskiego wskaźnika donacyjnego na Podkarpaciu może być konformizm, a zarazem lojalność wobec grupy zawodowej, pokoleniowa reprodukcja hermetyczności środowiska lekarskiego.

Konformizmem możemy nazwać całość zachowań zmierzających do unifikacji z grupą społeczną, polegających na przyjęciu określonych obowiązujących, wewnątrz niej, wzorów zachowania, postępowania, i podporządkowaniu się im²⁸⁷. Ten wpływ może się rozszerzyć na obszar, który nazwiemy sposobem bycia, czyli na sposób ubierania, spędzania wolnego czasu, określony sposób wystawiania się. O podatności na uleganie zachowaniom konformistycznym mogą decydować predestynacje osobowościowe jednostki, niemniej jednak istotną rolę odgrywa sama grupa społeczna, jej elitarność, charakter, siła wpływów oraz kontekst kulturowy i społeczny, cały mechanizm wchodzenia i stawania się członkiem tej społeczności. Zagadnienie to możemy przełożyć na zachowania lekarzy w województwie podkarpackim

²⁸⁷ E. Tarkowska, hasło: *Konformizm*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, H. Domański, A. Kojder, K. Koseła, K. Kowalewicz, H. Kubiak, W. Kwaśniewicz, J. Mucha, M. Ofierska, A. Piotrowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (red, zb.), Oficyna Naukowa, Warszawa 1999, t. 2, s. 70.

w odniesieniu do tematyki zgłaszania martwych dawców narządów. Lekarze silnie utożsamiają się ze swoją grupą zawodową. Pilnie bronią jej interesów, a także, a może nade wszystko, nie dają nikomu postronnemu wejść do ich tajemnego świata. Wszelka zewnętrzna krytyka tej grupy zawodowej, wiąże się z bardzo spójną, wielostronną reakcją tego środowiska. W tym homogenicznym środowisku, kreuje się kolejne pokolenia hermetycznie zamkniętej grupy zawodowej, celem której jest w pierwszej kolejności mentalne zjednoczenie w obronie godności i w obronie dobrego imienia lekarza polskiego. Pielęgniarki, które są związane ścisłą współpracą ze środowiskiem lekarskim, również podlegają tym samym zasadom.

Sama w trakcie wywiadów, obserwowałam ten rodzaj lojalności wobec grupy zawodowej, w formie wiernego poddaństwa. Przy czym, nie jest to poddaństwo ślepe, lecz rodzaj konformizmu, gdyż nie można i nie wolno inaczej. Odstępstwo od tego imperatywu mogłoby się przecież wiązać z zawodową izolacją, wręcz banicją, brakiem możliwości dalszego rozwoju, awansu i innymi dotkliwymi objawami zawodowego ostracyzmu. Konkretnie chodzi mi tutaj o niemożność krytykowania kolegów-lekarzy na forum publicznym.

Często już po wyłączeniu urządzenia nagrywającego, w trakcie swobodnych rozmów podsumowujących zagadnienie, lekarze albo otwarcie mówili o paradoksach tego rodzaju zachowań, bądź w pół zdania przerywali nazbyt szczery wywód. Znamienne jest to, że szczerze przedstawiali swoje zdanie mówiąc ściszym tonem głosu, czasem szeptem. Na takie krytyczne podsumowanie zachowań swoich kolegów stać było jedynie młodych lekarzy. Ci z pokolenia pięćdziesięciolatków mówili jednym głosem, że wszystko jest w porządku.

W środowisku lekarskim bardzo rzadko zdarza się, że jeden lekarz krytykuje drugiego. Taka postawa zdaje się być nad wyraz kunktatorska, ale jest ona zgodna z Kodeksem Etyki Lekarskiej: „Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób”²⁸⁸.

W odniesieniu do słabego wykorzystania potencjału martwego dawstwa narządów prof. Wojciech Rowiński, jako jeden z pierwszych i nielicznych autorytetów transplantologii, zaczął mówić o problemie i zaniedbaniach lekarzy. Tak jasno wyrażone stanowisko oburzyło część środowiska lekarskiego. Nawet moi rozmówcy oburzali się na tak kategorycznie wyrażane opinie.

Wydaje się, że dla części podkarpackich lekarzy, mogących mieć związek z procedurą kwalifikacyjną potencjalnego dawcy narządów, najbardziej optymalnym stanem jest utrzymanie *status quo*. W większości podkarpackich szpitali już samo orzekanie śmierci mózgu jest swoistym *novum*, nieoswojonym obszarem rzeczywistości medyczno-społecznej o określonych konsekwencjach, czyli czymś, czego należy unikać. W obrębie tego wątku chciałabym

²⁸⁸ Kodeksu Etyki Lekarskiej, art. 52, pkt 2. http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, 07.08.2013, godz. 20:43.

wyeksponować inne postawy „młodych” lekarzy, którzy mimo przyjmowania balastu stereotypów solidarności zawodowej, próbują przełamywać bariery.

Jednak ci „młodzi”, nawet jeśli chcieliby wniesić coś nowego i widzieliby sens w zgłaszaniu dawców, to w pewnym sensie są ograniczani, bo przecież nie powinni robić czegoś, czego nie akceptuje i nie popiera, nie aprobuje i nie podziela, a może i nie umie ich opiekun czy nauczyciel. Poza tym, akurat w tym temacie potrzeba sporo determinacji, samozaparcia i przychylności ze strony innych (dyrekcji, kolegów po fachu). Bez tych elementów nie osiągnie się sukcesu. Czasem, łatwiej jest to osiągnąć osobie „spoza”. Na potwierdzenie tej tezy mogę przedstawić sukcesy młodego lekarza koordynatora, który zastąpił innego kolegę w największym szpitalu na Podkarpaciu, gdzie praktycznie nie było pobrań. Obecnie, po roku czasu, pobrań jest dużo (także od zmarłych dzieci) i dzięki tej osobie statystyki zmieniły się diametralnie. Należy podkreślić, iż jest to osoba pochodząca z innej części Polski, bez tych mentalnych naleciałości, że „się nie da”.

[2-P-K-35-HW]

Według mnie takim głównym czynnikiem jest wśród lekarzy..., bariera wśród lekarzy. Naprawdę, proszę mi wierzyć, miałam pobranie i usłyszałam niewybredne, że tak powiem hasła pod swoim..., w stosunku do swojej osoby, z tego względu, że no..., nie wiem czy nie rozumiano tego typu, nie rozumiano..., co to znaczy. Nie mówię o lekarzach zajmujących się bezpośrednio dawcą, tylko byli to lekarze, których prosiłam o konsultacje. Później prosiłam na oddziale chirurgii o wypożyczenie sali, ordynator jak najbardziej, ale jeden z lekarzy później chodził po szpitalu i opowiadał, że lepiej się nie odzywać: „bo mi zaraz coś wytną”, „czy już Pani komuś coś wycięła?” Nie wiem czy to nie wynika z nieznamomości tematu, czy po prostu ze strachu. Nie mam zielonego pojęcia.

[1-P-K-40-HW]

(...) ja na przykład teraz słyszę, że na małych oddziałach OIOM [Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej], głównie się leczy pacjentów geriatrycznych, ponieważ nie można ich nigdzie wypisać. No i w związku z tym, jak szpital..., takie małe szpitale jak tutaj czy na Podkarpaciu, zgłaszają jednego dawcę na rok, to ja uważam, że to jest super. (...) W tym roku mieliśmy 11 zgłoszeń z Podkarpacia (...) te małe szpitale zgłosiły po 1 zgłoszeniu, bo nie mogą mieć więcej (...) my nie kontrolujemy przebiegu rozmów, jeśli on [lekarz lub koordynator] do mnie zadzwoni, że jest sprzeciw rodziny, to ja nie zadzwonię do rodziny i nie będę pytać: proszę państwa czy ktoś z wami rozmawiał na temat pobrania narządów (...) Największym problemem jest w chwili obecnej postawa lekarzy, personelu medycznego i kluczem do tego są szkolenia personelu medycznego, ewentualnie jakieś zmiany osób opornych na stanowiskach kierowniczych (...) mnie się tak wydaje no... Bo sami widzimy, sprzeciwów rodziny jest tyle, sprzeciwów na pobranie narządów jest tyle (...) w tym momencie musimy zmienić takie nasze [nastawienie], bo do tej pory zawsze było tak, że społeczeństwo..., ale tak wynika z tego, że już

dużo..., dużo się zrobiło w tej materii, bo i są ci koordynatorzy w szpitalach i naprawdę tych szkoleń jest bardzo dużo robionych (...) No ale na przykład jest tak, że my robimy szkolenie w szpitalu..., gdzie przychodzi na szkolenie, w dużym szpitalu, kilkanaście osób tylko, a szpital zatrudnia 500 osób, czy 1000 osób.

[9-L-K-55-HW]

Dwie główne przyczyny: jedna to są bariery moralne, jeżeli chodzi o społeczeństwo, natomiast druga sprawa to myślę, że problem jeszcze tkwi w samych lekarzach (...)

[10-L-M-50-HP]

Środowisko medyczne w tym temacie trochę się przesuwają z pozycji medyka w pozycję społeczeństwa, tak mi się wydaje, że część moich kolegów i koleżanek, że oni tak trochę są lekarzami, a właściwie tak trochę patrzą na to jak z boku, tak nie do końca, a może faktycznie, może coś będzie nie tak, a może za rok wymyślą coś innego? – no jest coś takiego.

[2-P-K-35-HW]

Jeśli chodzi o innych lekarzy z naszego oddziału, znaczy z oddziału intensywnej terapii to ci, którzy nie chcą brać w tym udziału to po prostu mówią, że oni nie chcą brać w tym udziału, bo nie są przekonani, co do wiarygodności badań, nie są przekonani czy to są na pewno badania, które potwierdzają śmierć mózgu. No, to jest ich prywatna opinia, mają do tego prawo. (...) Myślę, że głównie chodzi tu o..., uważam... z niewiedzy, z zamknięcia się w takiej swojej dziedzinie specjalizacji i niewychodzenie poza nią. Nie przyjmowanie do wiadomości, że jest coś innego, że można się coś nauczyć, można coś przeczytać. No nie wiem, wydaje mi się, że główną barierą w moim przekonaniu, to są lekarze i ich, nie wiem..., niemożność zarobkowania dużego na tym. No po prostu nie zmienię zdania. (...) Ja usłyszałam też opinię, że to przez pielęgniarki nie ma pobrań, bo są ograniczone i nie wiedząc, na czym to wszystko polega... i po prostu, że to jest przez pielęgniarki. Natomiast ja uważam, że wprost przeciwnie. Poza tym, w zeszłym roku na szkoleniu koordynatorów, takim corocznym, usłyszałam..., spodobały mi się słowa prof. B., który powiedział, konkretnie zwrócił się do koordynatorów i lekarzy, którzy brali udział w tej konferencji, którzy byli lekarzami, mówi: „słuchajcie, pielęgniarki nie są głupie, widzą, co się dzieje, i jeżeli wy nie orzekacie w danym momencie, to wy wychodzicie na idiotów, niedouczonek idiotów!”.

[9-L-K-55-HW]

Tak jest u nas w szpitalu zrobione. (...) problemów z konsultacjami, z badaniami nie ma (...) [lekarze] generalnie nie chcą [orzekać o śmierci mózgu], no bo oni przecież wiedzą (...) starają się uniknąć tych sytuacji (...) generalnie nie chcą, że tak powiem odłączać aparatury, czekają aż człowiek sam umrze (...), lepiej żeby się to samo stało (...)

Zaufanie do polityki resortu zdrowia, a organizacja transplantologii

Zaufanie i nieufność, to kluczowe determinanty zaangażowania się, bądź nie, w proces zgłaszania martwych dawców narządów. Jeżeli zdefiniujemy zaufanie jako element, który umożliwi nam wykonywanie jakiegoś zadania w oparciu o przekonanie, że inni ludzie (instytucje) wobec tych działań zachowają neutralność, to będą działać na naszą korzyść. Nieufność z kolei polega na powstrzymywaniu się od określonego rodzaju aktywności, właśnie ze względu na założenie, że inni będą nam nieprzychylni, lub będą działali na naszą niekorzyść²⁸⁹.

Brak zaufania w stosunku do resortu zdrowia manifestuje się powstrzymywaniem od zaangażowania się w zgłaszanie dawców czy też ich kwalifikację w obawie przed możliwymi konsekwencjami. To przekonanie nieustannie utwierdzone jest przez doniesienia mediów o aresztowaniu medyków oskarżonych o branie łapówek, często niepotwierdzonych w dalszym dochodzeniu lub dotyczących śmiesznie niskich kwot.

[4-L-M-45-HP]

(...) wie Pani co, procedury transplantacyjne powinny być poza limitami rozliczane, a one są rozliczane w ramach limitów. (...) zresztą oni [NFZ] się przyznają do tego, że powinni za to zapłacić, ale my [NFZ] nie mamy pieniędzy i my za to nie zapłacimy. I to jest tłumaczenie i mało tego, wszyscy to przyjmują. I mało tego, ministerstwo mówi tak ma być, bo my nie możemy sobie pozwolić na rozrzutność pieniędzy publicznych. (...) a jednocześnie mówi rząd, bo to rząd mówi „jesteś chory, tobie się należy leczenie”. Pytanie, kto ma za to zapłacić? Fundusz mówi nie, ba ja nie mam pieniędzy na to (...), a jednocześnie szpital dostaje po głowie, bo on musi przyjąć, bo jak nie przyjmie to ma prokuratora na głowie!

[5-L-K-55-HP]

(...) Pierwsze, co najgorsze było dla mnie, to jest logistycznie skoordynować pobranie i przygotowanie..., przygotowanie do pobrania. Ponieważ tak: wirusologii nie oznaczamy (...) pełnej, nie oznaczamy genetyki, HBcore-ów i innych, (...) czyli ja muszę to logistycznie zgrać. Karetki umawiać, i jeżeli wysnuję podejrzenie śmierci mózgu ja już nie mam czasu na te badania, wysłać karetki i dwa dni czekać. Tu jest problem, czyli ja muszę tak obserwować. No ja pracuję już 30 lat w intensywnej terapii, i ja mniej więcej wiem, że jeszcze jeden, dwa dni i się wgłobi i te odruchy typu pojedyncze, oddech czy coś zanikną, bo ja po mózgu widzę, że mózg nie żyje. (...) ale jednak mimo wszystko, jak gdyby z wyprzedzeniem oznaczam wszystko wysyłam jedną karetkę do Rzeszowa, jedną karetkę z badaniami do Przemyśla (...) a kiedyś to w ogóle tak, nikt nie wiedział, co to jest badanie HBcore. Dzwonię tu, dzwonię tam, nikt nie wie, nikt mi nie umie pomóc, (...) tu był problem, w całej logistyce tego przedsięwzięcia. Natomiast jak ja mam w tej chwili poukładane, to na jeden telefon (...) i ja sobie wszystko przygotowuję, jak

²⁸⁹ P. Sztompka, *Zaufanie*, [w:] *Encyklopedia socjologii. Suplement*, Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2005, s. 428.

widzę, że pacjent... wysuwam podejrzenie śmierci mózgu, to ja już mam komplet badań wszystkich (...) i w tej chwili tak to jest, że nikt mi nie odmówi (...)

[2-P-K-35-HW]

(...) Uważam, że jeżeli miałabym takiego dyrektora, jak..., który nie robi z tym problemów, który wręcz no... Z tego, co ja zauważyłam, tak mi się wydaje, że głównie te kwestie właśnie zwrotu kosztów osobowych. Jeśli chodzi o zwrot kosztów opieki nad dawcą to uważam, że np. w szpitalu na... mają te pieniądze wcześniej czy później wypłacone i jest to jakieś... jakaś taka motywacja dla tych ludzi, prawda. Natomiast, jeśli chodzi..., o jeśli chodzi o..., jak ja słyszę właśnie, na konferencji zorganizowanej dla dyrektorów szpitali w Urzędzie Marszałkowskim, tam profesor Rowiński sobie rozmawia z jednym z koordynatorów i z przedstawicielem Urzędu Marszałkowskiego na ten temat, a obok, nie pamiętam czy to z... byli, „tak a co my z tego będziemy mieć, jako szpital, a co my z tego będziemy mieć” (...) U mnie w szpitalu dopiero niedawno dyrektor dowiedział się, że ja, (...) jako koordynator podlegam bezpośrednio jemu. I on dopiero niedawno się o tym dowiedział, gdzie ja o tym mówiłam, jest odpowiednia procedura (...) prawda jest taka, że napisane są obie procedury, są od 2010 roku na stronie szpitalnej i nikt nie raczy się z nimi zapoznać nawet dyrektor (...) Jako koordynator muszę uczestniczyć raz do roku w konferencji dla koordynatorów, oprócz tego w innych konferencjach organizowanych, to znaczy, nie że muszę, chcę w tym uczestniczyć. Natomiast prawda jest taka, że jeśli mówię o tym... i jeśli (...) mówię o tym na oddziale, to tak dykcja w ogóle się nie zainteresuje tym „musi pani to musi”. Z drugiej strony myślę sobie kurcze raz mi odmówiono, w ogóle, nie chce was o nic prosić, i jeżdżę na te konferencje na swoim dniu wolnym i za swoje pieniądze (...)

[1-P-K-40-HW]

(...) obawa ze strony szpitali to jest, co do tych kosztów i co do samej tej organizacji. Szpitale się obawiają, że im tam, ktoś tam, zdeorganizuje albo, że nie mają anestezjologa, że nie mają personelu. No, jeżeli ktoś chce tak, to zawsze tam jakiś powód znajdzie (...)

[8-L-M-40-HW]

(...) Nie mamy dostępu do pełnego panelu badań. Ja na przykład kontynuując [przygotowując] pacjenta do pobrania wielonarządowego, wiele badań, które znajduje się na karcie koordynacyjnej muszę wysyłać do Krakowa, ponieważ nasze laboratorium takich badań nie robi. Bo to są badania, które na co dzień, nam nie są w ogóle potrzebne. (...) To są dodatkowe problemy, które wynikają, że wielu rzeczy z paneli, które jak zaczynałem na przykład nie było, aaa to tego nie trzeba, tego nie trzeba, zróbcie to, zróbcie to, co możecie. Teraz wszystko jest potrzebne, wszystko bez wyjątku i nie ma wyjścia, trzeba to zrobić, bo gdzieś w Lublinie zdarzył się przypadek przeszczepienia nerek z HBs-em. Bo gdzieś się zdarzyło coś, i ja to rozumiem, bo to są wszystko dodatkowe zabezpieczenia. No, ale jeżeli szpital takich badań, na co dzień w ogóle nie wykonuje, statystyka pokazuje, że szpital powinien mieć 4-6 pobrań rocznie,

no ja mówię, ja jak do tej pory pracuję, i statystyka jest statystyką, ale tak statystycznie wszyscy zarabiamy średnio 4 tysiące jak to ostatnio było, a życie jest życiem. U nas, ja odkąd jestem koordynatorem, że tak powiem brzydko, nie zmarnował się żaden pacjent, który potencjalnie nadawał się... Mieliliśmy do tej pory w ciągu dwóch lat trzy pobrania jak na razie. Co z tego, że ostatnio było zgłoszonych jedno czy dwóch pacjentów, kiedy oni zwyczajnie nie przetrzymali do orzeczenia śmierci, właśnie z wyżej, między innymi, powodów. (...) Wielu rzeczy nie mamy, wiele rzeczy się przedłuża z powodów właśnie takich no... i pacjent przechodzi pierwszą serię, czasami przechodzi drugą, czasami nie doczeka do drugiej serii, czasami przechodzi drugą serię i właściwie pół godziny po drugiej serii następuje zatrzymanie krążenia. I to są takie historie, i to powiedzmy na trzy pobrania, które w tej chwili były w... 2011-2012 roku ... to trzy były takie sytuacje. No to i mamy wtedy szczęść. Obraz wychodzi wtedy można powiedzieć statystyczny.

[4-L-M-45-HP]

Dowód jest też taki, że niejednokrotnie Kraków odmawia na przykład przyjęcia nerek do pobrania, ale za to Warszawa przyjeżdża. (...) natomiast, tak jak opór środowiska medycznego, tak to nazwałem, to na równi z tym nazwałbym tą całą administrację, ale tą administrację nie szpitala, tylko całości NFZ, który pięknie się kłania, mówi tak jesteśmy za, ale żadnego ruchu w tym kierunku nie robi (...) cała ta mizeria w opiece zdrowotnej.

[10-L-M-50-HP]

(...) Problem [pobrania] prawda, bo to nie jest takie proste wszystko, ja już pomijam te badania i te wszystkie rzeczy, ale to trzeba się jednak zaangażować w to wszystko. To są godziny, to później trzeba pilotować, to są telefony. Ja uważam, no nie wiem..., no POLTRANSPLANT pewnie zrobił jakieś tam postępy, ale ja uważam, że organizacyjnie to jest beznadziejnie. To nie powinno tak wyglądać (...) kwestia badań, bo to już nie chodzi o stronę finansową tylko, że my powinniśmy wszystko mieć bardzo czytelne, co, gdzie ja mogę zrobić, i ja nie powinienem się prosić o tego typu rzeczy. Bo to wygląda tak, że ja proszę o wszystko, prawda. (...) to na zasadzie domina powinno być, pchnąłem pierwszy klocek i to już sobie leci. To nie ma tak. Bo się nagle dowiaduje, że jakieś badanie mi nie pójdzie, tu karetka mi nie przyjedzie, prawda..., no takie rzeczy (...) poza tym jak my już to zaczynamy, to człowiek [lekarz] ma kilka, kilkanaście godzin wyrwane z życiorysu, łącznie z nocą (...) wydaje mi się, że tam jest jeszcze kilka rzeczy do dogrania. (...) nie ma takiej chęci [ze strony lekarzy], entuzjazmu w tym nie ma, absolutnie, nie ma czegoś takiego. To jest mimo wszystko, ja myślę..., widzi się tą całą sytuację, jako porażkę, bo ktoś umiera, a nie, jako zwycięstwo, że się bierze. I tu jest może problem, w tych głowach ludzi. Bo ciężko jest przejść nad tym, bo oni widzą cały czas tego pacjenta, który umarł, no i są te narządy, no i szkoda tych narządów, ja się z tym zgadzam absolutnie, dlatego się w to angażuję i staram się przynajmniej o tym myśleć. Natomiast mam wrażenie, że to jest chyba tak odbierane. (...) Czasami jest mało czasu i to jest właśnie ten problem,

prawda..., że jest też inna sytuacja jak jesteśmy w stanie w przeciągu, no nie wiem..., przynajmniej tych kilku dni, prawda..., poznać rodzinę, rodzina mnie i nasz zespół, że oni wiedzą, że tu jest wszystko tak jak powinno być, a jest zupełnie inna sytuacja, kiedy to się odbywa w przeciągu kilku godzin i trzeba podjąć tą decyzję. (...) Najfajniej by to wyglądało, gdyby to było w ten właśnie sposób, że ja się zajmuję opieką nad tym pacjentem i daję materiał do tego wszystkiego a niech oni robią wszystko już sobie z tym (...) oni [Poltransplant] powinni dostać maksymalną ilość informacji odnośnie tego, co to może być, prawda..., i oni powinni wiedzieć czy potrzebują więcej badań, czy mniej badań, czy tam pójść tylko nerki, czy tam pójść i wątroba, i trzustka, i płuca, (...) nigdy nie widziałem żeby pobrali rogówki na przykład, (...) dlaczego tego nie, mówi się o tym (...) no, ale to jest też narząd, który można pobierać i przeszczepiać (...) czasami to nie do końca jest, wydaje mi się, wykorzystane wszystko. (...) Ludzie, dotyczy to rodzin i naszego środowiska medycznego, że generalnie musimy trochę, może nie nawet więcej wiedzieć w sensie wiedzy ścisłej, ile zrozumieć pewne rzeczy, o co tu chodzi w tym wszystkim, żeby to jakoś zaakceptować, (...) żeby jakieś nasze podejście było do tego lepsze, ale to chyba się nie zmieni dopóki my nie będziemy wiedzieć tego wszystkiego, nie będziemy wiedzieć gehenny tych ludzi [biorców], bo jak się pokaże od czasu do czasu gościa w telewizji, który ma sztuczne serce, dwie pompy włożone i on oczekuje na przeszczep to jest taka akcja..., ktoś tam pomyśli. To jest wierzchołek góry lodowej. (...)

[4-L-M-45-HP]

(...) akurat tej wiedzy jest się niezmiernie trudno samemu nauczyć, niezmiernie trudno żeby to przeprowadzić, zwłaszcza, znowuż..., mając nad sobą słowa: prokurator, prokurator, prokurator. (...) Jest ustawa o tym, że mają być płacone, za tą pracę tym osobom, które są w to zaangażowane, jest wiele szpitali również na naszym terenie, o których wiem, że po prostu dyrektor mówi nie, ja was zatrudniam i w ramach tego sobie to róbcie, (...) mimo że ustawa jest jednoznaczna, rozporządzenie jest jednoznaczne. NFZ powinien to pokrywać, a nagle się okazuje, że nie jest to w puli całej, czyli finansowanie jest, że tak powiem, ze szpitala. Jeżeli ja mam nadwykonanie to za to mi nikt nie zapłaci, szpital za to nie dostanie pieniędzy (...) Opór wynikający raz z niewiedzy, ale to nie ze złej woli, tylko z nadmiaru pracy i przepracowania, i żeby to się zmieniło to trzeba trochę czasu. I teraz to już jest. Cztery lata, które Pani robi, to jest dwie..., to są uważam, już dwa różne Podkarpacia. Oczywiście nie we wszystkich szpitalach jeszcze, ale w wielu już tak. (...) W momencie, kiedy zaczyna to działać, raz się przełamujemy, drugi raz się przełamujemy, jest poparcie na to. (...)

[10-L-M-50-HP]

Jeżeli chodzi o salę operacyjną, to u nas problemu nie ma.(...) jest problem tego typu, że na przykład badanie typu EEG jest niedostępne 24 godziny na dobę u nas, w naszym szpitalu. (...) z tym można sobie poradzić, to nie jest trudność, która nie jest do przejścia. Jeżeli chodzi

od strony dyrekcji, to jeżeli to ruszy, to się to jakoś układa, tylko musi być ktoś, kto to wszystko pcha do przodu.

Dylematy rodzin dawców. Strach przed ostracyzmem

Wbrew wcześniejszym przypuszczeniom, które zakładałam w hipotezach, jakoby to rodziny potencjalnych dawców najczęściej z motywów religijnych czy środowiskowych były główną przyczyną tak niskiego dawstwa organów – okazały się jednak nieliczne. Moi eksperci, czyli koordynatorzy transplantacyjni, rzadko wskazywali na te przyczyny. Nie sposób oczywiście ustalić ich ilościowego charakteru, nie sposób orzec, czy są one wyłącznie specyficzne dla województwa podkarpackiego, wydaje się, że mogą występować w całej Polsce, lecz głównie w społecznościach małomiasteczkowych i wiejskich. Są one jednak warte odnotowania. **Natomiast wszyscy eksperci**, przy opisywaniu barier ze strony rodzin dawców, **wywoływali zagadnienie ostracyzmu środowiska itp.** dodawali jednak, że sytuacja, z roku na rok, zmienia się na lepsze.

[5-L-K-55-HP]

Pocieszające jest to, że to się bardzo wszystko zmienia. (...) praktycznie w naszym oddziale każda osoba, u której wysuwam podejrzenie śmierci przyżyciowej mózgu, u każdej dochodzi do orzekania śmierci, jako osobniczej, prawda..., czy będzie pobranie czy nie. Staramy się już być w tej chwili konsekwentni, czyli nie leczymy i nie wentylujemy zwłok, jeżeli doszło do orzeczenia komisji, a dawca jest dyskwalifikowany ze względów medycznych, bądź braku akceptacji dla naszych działań, rodziny. Tak że u nas, to wykonujemy w tej chwili już rutynowo. (...) rozmowa z rodziną jest zupełnie inna od dwóch lat w Podkarpackim, bo wcześniej nie było w ogóle rozmowy, ponieważ tkwiło takie u nas w głowach, w rodzinie pacjentów, że pacjent musi być integralnie pochowany, nie może być nic naruszone, nie może być bez narządów pochowany, że to jest niepełnowartościowy. Poza tym olbrzymia była presja społeczna w danej wsi, ja mówię głównie z wiosek, chociaż w miastach nie było to lepiej i na przykład po długich rozmowach, w których nam bardzo pomaga ksiądz taki szpitalny, no i rodzina wyraziła zgodę na pobranie narządów i oni później wracają do swojej miejscowości i oni życia nie mają, że sprzedali dziecka własnego narządy i są strasznie zastraszeni, są maltretowani normalnie..., psychicznie!

Ostatnio też mieliśmy taki wypadek aż interweniował nasz ksiądz u księdza w Cetuli, żeby na ambonie podniósł ten temat i powiedział jak wielkim darem życia było wyrażenie zgody przez rodzinę na pobranie narządów syna i musiał interweniować. Ja nawet o tym nie wiedziałam, dowiedziałam się całkiem przypadkowo (...). Czyli rodziny nie mają lekko, które wyraziły zgodę. Po prostu na wsiach uważa się, że oni to robią dla korzyści majątkowych. Cały czas tkwi taki..., że to się handluje, że dla kogoś się to bierze, że oni za to kasę dostają, i że jak mogli

własnego dziecka narządy... Tak, że to była główna przyczyna. W tej chwili rozmowy z rodzinami przez to, że od dwóch lat szkolimy, jest szeroko zakrojona akcja wśród młodzieży liceum (...) i staramy się no... dwa, trzy razy w roku szkolić młodzież. (...) też był kiedyś..., sama słyszałam w kościele czytanie biskupa o transplantologii, co też swoje robi, bo dla ludzi ważne jest stanowisko Kościoła i jak na przykład księdza proszę, jak są trudne rozmowy z rodziną i księdza proszę do tej rozmowy, to widzę, jakie to jest istotne, jak nasz ksiądz, że tak, że Kościół bardzo sprzyja, że to jest największy dar miłości, (...) tak że w tej chwili, to się bardzo zmieniło i ja praktycznie każdego potencjalnego dawcę zgłaszam do POLTRANSPLANTU i nie ma z tym problemu w tej chwili u mnie w szpitalu. (...) ale nie, że jakieś opory były w psychice, nie, u mnie tego nigdy nie było w szpitalu. Zresztą myśmy byli jednym z pierwszych ośrodków, którzy przeszczepiamy, tak że u mnie nie było tych barier. Czasem..., czasem tak mam taką jedną pacjentkę o której mówiłam Pani, że matka była tego chłopca on tragicznie zginął (...) i on był reanimowany, tak że nie było to pobranie wielonarządowe, tylko wątroba i nerki, i ona sama powiedziała »pani doktor no mówi pani, że jest śmierć mózgu, ale może on komuś życie uratuje«, to był pierwszy przypadek i pierwszy mój, pierwsze pobranie u nas w..., ale muszę pani powiedzieć, że ta kobieta (...) do dzisiaj żałuje że to zrobiła. Musiała opuścić wieś, w której mieszkała, ona nie mogła wyjść ze śmieciami, nie mogła wyjść po wodę do studni, ona nic nie mogła, była zaszczuta przez wszystkich. W ciężkiej depresji, już nigdy do siebie nie wróciła, psychicznie. Tak ją lokalna społeczność zaszczuła. To był wydaje mi się dziewięćdziesiąty, może szósty rok, może piąty (...) to tragedia, z pięknej kobiety, strzęp został, psychiczny. Tak, że nie jest to wszystko takie proste, później dla rodzin. (...) pobranie, które miałam w tym tygodniu (...) to byłam zaskoczona, bo w ogóle nie wymagałam rodziny, przyszli, poprosiłam ich (...) od razu powiedzieli tak. Tak, że mówię, teraz są te rozmowy dużo łatwiejsze (...) ja na przykład rozmawiam z kolegami jak tam spotkamy..., w Warszawie spotkamy się na tym zjeździe, to oni w ogóle nie mają tego problemu, że ktoś jest na wsiach zaszczuty, ale tu jest jednak Polska „D” – Podkarpacie. Tu jeszcze nie doszło do ludzi wiele, wiele spraw. (...)

[3-L-K-35-HW]

(...) Można powiedzieć śmiało, że z roku na rok jest coraz lepiej, że wzrasta ta ilość, raz że wzrasta ilość, jakby typowania potencjalnych dawców (...) Na pewno ma to znaczenie, że dużo jest u nas może, no... mieszkańców jednak wsi, gdzie troszkę jest inne myślenie, tak dla mnie. Bo ja sama widzę, że inaczej jednak jak osoby są no... z małych miejscowości. Jest tam inna presja społeczna, bo nawet mówię z takich relacji, z rodzinami rozmawiałam, często problemem no... nie jest już samo to, że oni są na przykład chętni, żeby od kogoś bliskiego pobrać narządy, ale mają problem, co oni [ludzie] powiedzą na wsi. Tak, że jakaś taka mentalna..., po prostu mam wrażenie. (...) Tutaj z naszych takich początkowych doświadczeń największym dla nas problemem, jak już mieliśmy osobę, u której mogliśmy stwierdzić śmierć mózgu, był problem z rodziną (...)

Teraz to jakoś mam wrażenie, że nie wiem..., nooo jakoś jest łatwiej, rodziny bardziej wyrażają chęci i nie ma problemu, bo na przykład, na początku, to większość naszych potencjalnych dawców nie zostawało dawcami rzeczywistymi (...) tylko dlatego, że był sprzeciw rodziny. (...) No różne są sytuacje. Zdarzyło się, że syn, który sam popierał i sam swoją zgodę nosił w portfelu, nie zgodził się żeby od mamy, czy już nie pamiętam od kogo, żeby pobrać narządy. (...) ostatnio co mnie tak uderzyło, i to od księdza się dowiedziałam, problem rodziny był, nawet nie to żeby zgodzić się..., bo oni chcieli, tylko co powiedzą u nich na wsi, co powiedzą sąsiedzi? Tak, że mówię, akurat ksiądz fajne stanowisko przyjął i tam wyjaśnił wszystko, i powiedział, że przecież nie muszą mówić o tym, prawda. Tak, że jakaś taka presja społeczna, znaczy społeczna, no taka no... Powiem tak, ja mam wrażenie, że jednak... że teraz ostatnio, różne te programy, filmy które były, troszkę bardziej jest to, że ludzie się z tym spotykają, prawda? Że już teraz, każdy jak się zapyta kogoś o przeszczepy, to już ma jakieś tam pojęcie, niż na przykład parę lat wcześniej, i tak..., że to na pewno ma znaczenie. I teraz jak nawet rozmawiam z rodzinami już jest łatwiej, bo nawet czasem zaczynam rozmowę, a sama rodzina mówi, a właśnie o tym myśleliśmy pani doktor. Gdzie no..., na przykład, parę lat wstecz, nie było czegoś takiego. Więc myślę, że teraz już ta świadomość jest na pewno większa (...)

[9-L-K-55-HW]

Jeżeli chodzi o te bariery, takie moralne, o rodziny..., o rodziny zmarłych dawców, to generalnie tutaj świadomość jest niska. Oni po prostu nie zgadzają się na pobranie narządów, bo na przykład mówią, że no..., nikt go nie będzie kroił, co my powiemy rodzinie? Zdarza się tak, że jak jest matka i ojciec, matka może by chciała, ale ojciec dominuje i mówi nie. Na pewno obawiają się tego, jak ciało będzie wyglądało, mimo że się to tłumaczy, prawda..., że dostaną potem ciało takie, że nie będzie nic widać, że tam cokolwiek było robione. Poza tym boją się też... Ostatnio nawet miałam, ojciec powiedział, taki chłopak osiemnastoletni się powiesił, drugi z tej rodziny, bo pierwszy się powiesił w marcu, dziewiętnastolatek, ten podobno, który się teraz powiesił to go odcinał, no i ani w jednym ani w drugim przypadku był ewidentny sprzeciw rodziny, jeżeli chodzi o zgodę na pobranie i tutaj ojciec powiedział: „my jesteśmy wierzący, my go nie pozwolimy kroić”. Dla mnie, to zupełnie taki argument..., nooo tutaj ten trzeci czynnik, o którym mówiłam, to właśnie o roli Kościoła chciałabym powiedzieć.

Muszę powiedzieć, że świadomość młodzieży jest duża i oni są o tym przekonani, młodzi ludzie gimnazjaliści, licealiści. Natomiast, to już trochę starsze społeczeństwo, to już tak..., chociaż też nie wiem jak to jest no..., bo jeżeli się mówi o czymś tak ogólnie każdy przytakuje tak, tak ja się zgodzę, ale potem, jeżeli dojdzie do tego, że jest to ktoś najbliższy z rodziny i trzeba podjąć decyzję, no to już jest..., no już nie jest tak łatwo, prawda. Ale generalnie świadomość młodzieży jest duża.

[8-L-M-40-HW]

Nie widzę problemu w społeczeństwie, jako takim.

[6-P-K-45-HP]

(...) Myślę, że społeczeństwo też mało jeszcze wie na ten temat. Nasze społeczeństwo..., i dlatego oni się boją tego, że ktoś im zarzuci, że być może, że ten człowiek żył a oni... może wysunęli to podejrzenie? (...) Środowisko jest raczej, no... jest katolickie, i księża wprost się wypowiadają, bo powiem szczerze też rozmawiałam. Rozmawiałam z księżmi, wygłaszali..., bo z kim rozmawiałam, udało mi się usłyszeć, że oni jednak promują tą akcję i są jak gdyby zachęcają, ale myślę, że jest jeszcze taki opór społeczeństwa (...)

Pielęgniarki (pielęgniarze) jako koordynatorzy transplantacyjni

W badaniach pojawił się jeszcze jeden istotny problem, na który – odniosłam takie wrażenie – nie zwraca się dostatecznej uwagi w Polsce. Coraz częściej koordynatorami transplantacyjnymi są pielęgniarki posiadające wyższe wykształcenie. Jednak w środowisku lekarskim inaczej postrzegana jest pielęgniarka, jako koordynator transplantacyjny a inaczej lekarz, mimo posiadania równorzędnego wykształcenia wyższego.

Specyfika pracy koordynatora transplantacyjnego w rzeczywistości zmierza do osiągnięcia zamierzonego celu, jakim jest dokonanie przeszczepu. Z punktu widzenia przedsięwzięcia transplantacyjnego, nie ma najmniejszego znaczenia czy całość złożonej, wielodyscyplinarnej i rozciągniętej w czasie pracy zespołów transplantacyjnych w zakresie identyfikacji i kwalifikacji dawcy narządów, opieki nad dawcą, pobrania wielonarządowego, alokacji, dystrybucji i przeszczepienia narządów, wczesnej i późnej opieki nad biorcą oraz udokumentowania, sprawozdawczości i statystyki składającej się na pracę koordynatora, wykona lekarz czy pielęgniarka.

Jednak dla środowiska lekarskiego ma to znaczenie, kto jest koordynatorem transplantacyjnym, co wynika z wielu wypowiedzi. Sami lekarze-koordynatorzy stwierdzają, że pielęgniarka nie powinna pełnić funkcji koordynatora, a jeśli już jest koordynatorką, to jej czynności powinny się ograniczyć jedynie do pomocy administracyjnej i przy dokumentacji. Takie podejście lekarzy wynika najprawdopodobniej z przekonania, że jeśli o śmierci mózgu pacjenta orzeka komisja (trzech lekarzy specjalistów), to poinformowanie rodziny o tym fakcie należy również do lekarza, który w przypadku zadanych pytań (a rodzina zawsze zadaje pytania) będzie mógł fachowo poinformować i wyjaśnić, co się wydarzyło. Natomiast pielęgniarka, nawet po studiach magisterskich, nie posiada „legitymacji” do informowania, a zwłaszcza do udzielania odpowiedzi na temat zgonu pacjenta. I to się wszystko zgadza. Jednak zaprezentowany pogląd środowiska lekarskiego dotyczy jedynie małego, chociaż bardzo ważnego etapu, całego przedsięwzięcia transplantacyjnego.

Uważam, że takie postrzeganie pielęgniarek-koordynatorek jest krzywdzące. Pielęgniarki kończące medyczne studia magisterskie oraz podyplomowe dla koordynatorów trans-

plantacyjnych, uczestniczą w programowo zaplanowanym, całościowym procesie edukacji w tym z zakresu psychologii i są dobrze przygotowane do dialogu z rodziną dawcy.

W polskich realiach w dalszym ciągu tradycyjne postrzeganie lekarza i pielęgniarki jest stereotypowe. Środowisko lekarskie pragnąc zachować swój status, swoją rangę w społeczeństwie, samo dyskredytuje działalność pielęgniarek-koordynatorek transplantacyjnych wykorzystując niejednokrotnie do tego celu również fachową literaturę medyczną.

W krajach o najwyższym wskaźniku pozyskiwania tkanek i narządów do przeszczepów, główną rolę w prowadzeniu rozmów z rodzinami potencjalnych dawców organów wykonują pielęgniarki-koordynatorki, o czym doskonale wiedzą polscy lekarze zapoznając się z osiągnięciami światowej medycyny poprzez radio, telewizję i prasę medyczną.

* * *

W województwie podkarpackim większość osób pracujących, jako koordynatorzy transplantacyjni to lekarze. Pielęgniarki na tym stanowisku (z wyjątkiem jednej) mają słabe wyniki, lub w ogóle nie zgłaszają dawców. Jedną z przyczyn, jak się wydaje, jest wspomniane tradycyjne postrzeganie pielęgniarki, jako osoby wykonującej polecenia lekarza i dokonującej jedynie podstawowych czynności pielęgnacyjnych.

Wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniu społecznemu, Uniwersytet Rzeszowski w roku akademickim 2004/2005 rozpoczął nabór na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo w zakresie studiów I stopnia (licencjat). Od roku akademickiego 2007/2008, absolwenci kierunku pielęgniarstwo i położnictwo mogli rozpocząć studia magisterskie²⁹⁰. Zatem dopiero od kilku lat szpitale Podkarpacia zaczynają się zapełniać gruntownie wykształconym merytorycznie personelem pielęgniarstwowym. Wcześniej pielęgniarki z wyższym wykształceniem stanowiły wyjątek wśród personelu szpitali podkarpackich.

Z moich obserwacji i wypowiedzi zakulisowych, nasuwa się obraz stopniowego przeobrażania się środowiska lekarskiego na Podkarpaciu, ale postępującego bardzo powoli. Oczywiście, cała idea współpracy na linii pielęgniarka-lekarz polega na współdziałaniu, jako zespołu, a nie według dotychczasowych relacji – kierownik-podwładny. Czasami odnosi się wrażenie, że niektórzy lekarze zatrzymali się w poprzedniej epoce i nadal tak postrzegają rzeczywistość szpitalną, relacje międzyludzkie i koleżeńskie. Co gorsza zaobserwowałam, że czasami ci „starsi” lekarze, uczą tych „młodszych” takiego właśnie sposobu pracy, myślenia i postrzegania świata. Pewnie musi dokonać się przemiana pokoleniowa, a może kilka takich przemian, zanim dotrze do środowiska lekarskiego, że pielęgniarki z wyższym wykształceniem są na tym samym poziomie wiedzy co lekarze, tylko mają inne zadania do spełnienia lub wykonania. Całe szczęście, że świat ciągle jednak ulega przemianom, idąc z postępem do przodu.

²⁹⁰ <http://ipnz.univ.rzeszow.pl/pl/historia.html>, 06.08.2013, godz. 21:40.

[2-P-K-35-HW]

I nie wiem..., może to też z tego powodu, po prostu trudniej się przebić koordynatorowi, który jest pielęgniarką, a łatwiej jest przebić koordynatorowi, który jest lekarzem (...) Szczerze mówiąc kiedyś było bardzo wiele pobrań, w tej chwili, odkąd ja jestem koordynatorem było jedno pobranie. No mimo wszystko, było to pobranie..., było to pobranie..., ja już nie powiem no... brzydko, zmusiałam lekarzy, bo ja zgłosiłam do POLTRANSPLANTU, że mamy potencjalnego dawcę. Natomiast [nasi] lekarze zamiast kontaktować się ze mną, jako koordynatorem szpitalnym..., i ja koordynuję to wszystko i kontaktuję się w dalszej perspektywie z regionalnym czy POLTRANSPLANTEM, oni po prostu zadzwonili do konsultanta wojewódzkiego [w Krakowie] i poprosili [o] opinię czy według nich ta osoba nadaje się na dawcę czy nie. I 5 minut wcześniej telefon był [od naszych lekarzy], że będziemy mieć dawcę, że orzekają, a 10 minut później ja dzwonię do koordynatora regionalnego zgłaszam potencjalnego dawcę i do POLTRANSPLANTU, oni [nasi lekarze] mi 10 minut później dzwonią, że jednak nic z tego, bo konsultant [z Krakowa] powiedział, że dawca się nie nadaje. Ja się wkurzyłam bardzo i mówię do nich „jak już zaczęliście procedurę orzekania to proszę ją skończyć, a o resztę to wy się nie martwcie, bo to wszystko ja załatwiam. Jak nie będzie chciał konkretnie Kraków, to może ktoś inny zechce”. I na tej zasadzie to było, że Kraków do końca już..., parametry dawcy nie były wcale złe i Kraków jednak z honorem „nie to nie, powiedzieliśmy wcześniej nie”, ale przyjechała Warszawa [ekipy pobierające z Warszawy] i doszło do pobrania. Ale wcześniej po prostu to było śmieszne, że pomijają całą procedurę, która jest [obowiązująca], informują o tym konsultanta wojewódzkiego, nie wiem po co, i nie wiem dlaczego, może nie wiem... w każdym bądź razie konsultant się później z tego no... wycofał, z jego kliniki nikt nie przyjechał, do pobrania przyjechała Warszawa i byli bardzo zdziwieni, że ci nie chcieli. (...)

[6-P-K-45-HP]

Ja nawet widzę, że oni [lekarze] nie do końca wierzą, że ten koordynator potrafiłby nawet rozmawiać z rodziną, chociaż niektórzy uważają, że to lekarz musi tylko rozmawiać z rodziną, nie może ktoś inny rozmawiać z rodziną. I od tego też zależy przecież bardzo dużo, zależy od tego, jak ta rodzina się ustosunkuje do..., czy do pobrania, bo taka jest niestety prawda. Cały czas bazujemy na tym, że niby nie pytamy ooo..., bo nie pytamy rodziny o zgodę, prawda..., szukamy woli, woli zmarłego, ale z drugiej strony no ciągle jednak, no... czekamy, co powie i jak..., jak zareaguje na tą pierwszą wieść [rodzina] i w jaki sposób ten lekarz przekaże tą informację, ma znaczenie na dalszy bieg sprawy, moim zdaniem. (...) ta współpraca, może być taka owocna, ale no..., jeszcze musimy ciągle pracować nad tym, żeby jednak te orzekania po prostu były.

[5-L-K-55-HP]

W ogóle nie wyobrażam sobie innego [innego niż lekarz koordynatora transplantacyjnego] ..., żeby rodzina chciała z pielęgniarką rozmawiać, u mnie, w Podkarpackiem. U mnie w ogóle pie-

łęgniarka może udzielić informacji, jakich takich, prostych, no ja nie zakazuje (...) nie wdając się w szczegóły medyczne (...) To w ogóle rodzina nie będzie rozmawiała o takich sprawach z pielęgniarką, nie będzie. Chyba, że się nie przedstawi tylko powie, że jest koordynatorem, i rodzina będzie myślała, że jest to lekarz. (...) mnie tu kiedyś zapytano, dlaczego (...) nie ma pobrań. Ja mówię, bo tam jest koordynatorem pielęgniarka. (...) ja sobie nie wyobrażam żeby u mnie jedna z pielęgniarek, która zresztą ma kurs, szła, prosiła rodzinę na rozmowę czy coś, w ogóle nikt by z nią nie rozmawiał. Przecież ja znam swoich, tych..., rodziny pacjentów. I myślę, że to jest podstawowa sprawa. Ja sobie tego nie wyobrażam. Owszem, jeżeli by lekarz współpracował z pielęgniarką to ona może koordynować te badania, to wszystko, ale na pewno nie do kontaktu z rodziną. Ja sobie tego przynajmniej u mnie nie wyobrażam. (...) Ja uważam, że powinien być lekarz, ewentualnie, jeżeli jest pielęgniarka to absolutnie współpracująca z lekarzami. (...)

[4-L-M-45-HP]

Dla mnie, moje zdanie jest takie i chyba większość osób je popiera, że szpitalnym koordynatorem właściwie musi być lekarz. Pielęgniarka ma niezmiernie trudny orzech do zgryzienia, bardzo musi mieć świetny kontakt z lekarzami i umiejętności, żeby to dobrze przeforsować. Inna rzecz, że trudno też zmusić kogoś z lekarzy żeby jechał na studia (...) żeby [później] to robił. (...) natomiast to nie znaczy też, że tutaj nie ma być pielęgniarek koordynatorów. Od tej strony papierkowej, dzwonienia, wypełniania tych kart zgłoszenia, wpisywania tego w Internet (...) więc tutaj jest dla niej miejsce. Ale jeżeli chodzi o samo wyłapywanie w cudzysłowie tych pacjentów, którzy mają objawy śmierci mózgowej, to pielęgniarka nie ma takich uprawnień, a tego należy oczekiwać od koordynatora (...) o ile koordynatorem regionalnym, jak najbardziej, może być pielęgniarka (...) nawet szpitalnym może być, ale jako druga osoba, znaczy może być, jako pierwsza, tylko żeby był tam lekarz, (...) pielęgniarkom jest o wiele, wiele trudniej to pchnąć.

Kapelani szpitalni, a transplantacje

Z rozmów z ekspertami wyłania się obraz barier dawstwa organów, w konsultacji z rodzinami, nie z powodów religijnych, a głównie z powodu domniemanego ostracyzmu środowiska, podejrzewania, że przekazuje się organy na handel, dla pieniędzy, i to stanowi największą barierę w mentalności rodzin dawców, szczególnie ze środowisk wiejskich i małomiasteczkowych Podkarpacia. Ekspersi najczęściej chwalą sobie współpracę z kapelanami szpitalnymi, a samo duchowieństwo jeśli *en bloc* nie propaguje zbyt często transplantologii, to z pewnością nie demonizuje jej, ale na Podkarpaciu nie jest to aż tak ewidentne.

[5-L-K-55-HP]

Z tymi księżmi to różnie jest. My mamy tutaj wspaniałego księdza Krzysia, który do każdej re-

suscytacji, tu mi stoi w oknie, tam się modli [przez] całą resuscytację czy tak czy siak, jest wspaniały chłopak, na każdy telefon jest tutaj. Ale na przykład miałam pacjenta z wypadku, młodego mężczyznę z motoru, (...) to jest idealny dawca (...) i przeprowadzałam rozmowy z rodziną, i najbardziej na nie był ksiądz, który był w rodzinie, jego kuzyn. I to on [zdecydował], nie i koniec. I żebym nie wiem co..., i nasz ksiądz Krzysiu rozmawiał, a tamten nie i tyle. I ten ksiądz najbardziej... powiedział, że w ogóle takie rozmowy prowadził ze mną, żebym ja mu udowodniła, że on nie żyje, tego typu. I ja mu tłumaczyłam merytorycznie (...) tłumaczę i mogłam z nim dwie godziny gadać i nie wyraził zgody i nie było pobrania.

[1-P-K-40-HW]

Ja miałam ostatnio taką sytuację, że ksiądz..., to było na szkoleniu, akurat mieliśmy takie szkolenie w jednym z takich małych szpitalików i kapelan wyskoczył gdzieś tam z jakąś gazetką w „Naszym Dzienniku” czy jakimś dzienniku, takim tendencyjnym, że Kościół jednak nie popiera tej śmierci mózgu, no ale nasza reakcja była natychmiastowa, bo miałam przy sobie wszystkie przepisy (...) i żeśmy to od razu przedstawili po przerwie, bo ksiądz rzucił tym dziennikiem i wyszedł.

[8-L-M-40-HW]

Kapelan nasz zawsze pomaga nam.

[3-L-K-35-HW]

U nas na Podkarpaciu też może to wynikać, bo jesteśmy takim typowym..., jesteśmy bardzo katolicy, prawda... I na przykład nie każdy wie, że na przykład Kościół popiera (...) i tu na przykład sami widzimy, że jak mamy jakiś problem z rodziną, to księża kapelani szpitalni, bardzo nam w tym pomagają i tłumaczą (...)

Wynagrodzenie personelu za opiekę nad dawcą i udział w pobraniu organów

Koszty kwalifikacji dawcy, wykonania szeregu niezbędnych badań oraz sama procedura pobrania komórek, tkanek i narządów są szczegółowo uregulowane załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 roku²⁹¹. Tak to wygląda w teorii, w praktyce jednak musimy zdać sobie sprawę z tego, że **większość lekarzy podejmujących się pobrania organów, wykonuje tą pracę niemal społecznie, biorąc pod uwagę czas, który lekarz musi poświęcić na te czynności, w porównaniu z tym, co mógłby zarobić prowadząc w tym czasie prywatne konsultacje**. Personel pomocniczy, jak na przykład salowe, raz otrzymują wynagrodzenie innym razem, pod byle jakim pretekstem, nie. Jest to drażliwy te-

²⁹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 roku w sprawie szczegółowego ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek tkanek i narządów (Dz.U. z 2010, Nr 53, poz. 319).

mat, który omijali moi rozmówcy, choć pojawiał się on marginalnie, jakby z zażenowaniem w cytowanych wyżej wypowiedziach. Tylko jedna osoba z własnej inicjatywy poruszyła tę sprawę, i okazuje się, że jest ona niebagatelna i ma wpływ na ilość pobrań:

[2-P-K-35-HW]

Bo na przykład u mnie w szpitalu jest problem, bo jest coś takiego jak zwrot kosztów opieki nad dawcą, gdzie jest stała suma przekazana na to, aby później tym osobom wypłacić, które brały w tym udział, jakiś dodatek transplantacyjny, tak to się nazywa. I po prostu dyrektor mi podpisuje zgodę na wypłatę tych pieniędzy, to są małe kwoty..., bo to są małe kwoty w stosunku do tego, jakimi pieniędzmi szpital obraca, i 250 zł dla dyrekcji, uważam, że to nie jest Bóg wie jaka suma, natomiast dla pani sprzątającej to są kolosalne pieniądze. W każdym bądź razie dyrektor mi podpisuje zgodę, wszyscy są jak najbardziej za, fundusz przekazuje pieniądze za pobranie (...) czy POLTRANSPLANT, w zależności od tego, co jest pobierane, a natomiast dyrektor do spraw finansowych, czyli ekonomiczny i główna księgowa [szpitala] wstrzymują mi wypłatę tych pieniędzy dla tych ludzi, lub wręcz cofają pieniądze, które już wypłacili. I usłyszałam opinię, tych osób, które brały udział w pobraniu, że oni po prostu na przyszłość..., lekarze, no... oni będą się zastanawiać mocno nad tym czy brać w tej procedurze udział. Jeśli chodzi o pielęgniarki, to tutaj jestem mile rozczarowana, że tak powiem, że mimo tych barier, że im nie wypłacono pieniędzy powiedziały, że chętnie, jeżeli będzie kolejne pobranie to chętnie one wezmą w nim udział. Tak, że no... – nie wiem z czego to wynika, no... ale myślę że główną barierą... to jest tak: »a nie zgłaszajmy, a bo to jest trochę problemów, a jak z wypadku to jest, a bo to z prokuraturą się trzeba skontaktować, a to wie Pani, to mogą być problemy« ja mówię no, ale wy tylko orzekacie, ja się resztą zajmuję, to ja myślę, że dla was to żaden problem, skoro ja wszystko załatwiam, nie... Wy tylko orzekacie i później jest..., ktoś się tym opiekuje, dawcą i ktoś bierze udział w pobraniu, nie któryś z anestezjologów (...) »a to wie Pani, ale byleby nie przy mnie«, i myślę, że główny problem, to są właśnie nie społeczeństwo, ale szpitale, i nie zmienię zdania. Może mnie kiedyś ktoś przekona do innych, ale naprawdę nie zmienię zdania. Bo pracując z lekarzami przez cztery miesiące, chodząc do dyrekcji, prosząc o pieniądze dla ludzi [biorących udział w opiece nad dawcą], bo to nie są pieniądze dla koordynatora, to są pieniądze dla ludzi, przez cztery miesiące chodząc do dyrekcji i dyrekcja..., dyrektor główny w kolejnych pismach zezwala na wypłatę pieniędzy, natomiast główna księgowa chce być mądrzejsza i wstrzymuje wypłatę powołując się, że nie ma podstaw prawnych, a ustawa [transplantacyjna] dla niej to nie jest podstawa prawna, rozporządzenie [ministra zdrowia] to nie jest dla niej podstawa prawna, no to ja przepraszam bardzo.

Altruizm personelu medycznego

W wielu przypadkach personel szpitalny czyni cuda, by doszło do pobrań organów, i to w sytuacjach najbardziej problematycznych, moi respondenci nie wykazali sytuacji uniemożliwiających czy hamujących pobranie. Te pozytywne cechy współpracy, wręcz altruizmu, wyraziło z własnej woli sześciu z dwunastu respondentów. Ich wypowiedziami zakończę ten rozdział, w którym analizowałam dane jakościowe.

[2-P-K-35-HW]

(...) bo to był ostry dyżur i w każdej chwili ktoś na ostro mógł wjechać, ale są dwie sale operacyjne, z tym że byłaby jedna instrumentariuszka, bo to na nocy jest jedna instrumentariuszka, ona jest jako „brudna” w procedurze pobrania, ale ewentualnie mogłaby ją druga zastąpić, z sąsiedniego bloku, tak że nie było z tym problemów (...) uprzedziłam na bloku operacyjnym dziewczyny i salową (...), one jak najbardziej „a to wiesz to fajnie, coś nowego zobaczymy, jak to wygląda i w ogóle” z tym nie było problemów (...)

[3-L-K-35-HW]

(...) nigdy też z blokiem operacyjnym nie mieliśmy problemów, tak naprawdę, tak, że jak były takie pobrania o nietypowych godzinach, bo zazwyczaj są w nocnych (...) nigdy nie było problemu tak, że każdy wie, że to są jakby... priorytetowa sprawa (...).

[4-L-M-45-HP]

(...) u nas tego nie ma (...) u nas idzie to teraz gładko, (...) ale zdarzało się nam, że przyjeżdżali do nas z Warszawy i zaczynaliśmy pobranie o godzinie ósmej [wieczorem] i też nie było problemu. Po prostu każdy wie, że to jest no..., siła wyższa i nie zdarza się tak często.

[9-L-K-55-HW]

Nie było takiego przypadku, że jest dawca, są to godziny popołudniowe, nocne, sobota czy niedziela i trzeba kogoś szukać, ściągać z domu żeby przyjechał. Najczęściej ktoś z tych osób jest na dyżurze, więc z tym nie ma problemu i to jest od razu, że tak powiem *ad hoc*.

[8-L-M-40-HW]

(...) Wszyscy, którzy są wpisani, którzy mogą być w komisjach mają odgórną jakby mobilizację do tego, że mają pomagać, mają brać udział. Jeżeli komisja nie jest zbierana w godzinach pracy przyjeżdżają i to często grube 30-40 kilometrów tylko po to, żeby się podpisać na tej komisji.

[5-L-K-55-HP]

(...) A skąd..., na jeden telefon są wszyscy. U mnie nie ma żadnych, nigdy nie było problemów. Mam tak super, bo mam neurologa i chirurga, to są wszystko kobiety. Kobiety są bardziej uważam..., takie zorganizowane (...) nie ma problemu. (...)

Często sam materiał źródłowy wywiadu jest wystarczający do opisu i wyjaśnienia zjawiska. Dlatego też na załączonej do tej pracy płycie CD zamieściłam w formacie mp3 wszystkie przeprowadzone przeze mnie wywiady z ekspertami.

Zaznaczyć jednak należy, że kolejność wymienionych przyczyn dotyczący niskiej aktywności w pobieraniu organów nie da się na tym etapie badań ustalić ilościowo, a wydaje się nawet, że gdybyśmy dysponowali wszystkimi danymi, w tym poufnymi, to też ustalenie ilościowe byłoby niepełne, lub zwodnicze.

ZAKOŃCZENIE, WNIOSKI

Przez wieki nic nie wskazywało na to, aby kiedykolwiek zaistniała potrzeba stosowania innej definicji śmierci, jak tradycyjna, oddechowo-kръżeniowa. Definicja śmierci została poddana jednak rewizji w latach sześćdziesiątych XX wieku przez nową metodę leczenia, mianowicie przeszczep organów. Obecnie, w zdecydowanej większości państw świata, obok tradycyjnego orzekania o śmierci, prawodawstwo przyjmuje za śmierć człowieka, również nieodwracalne ustanie czynności mózgu. Sprawia to jednak pewne problemy. Od złożenia podpisów lekarzy na protokole orzekającym o śmierci mózgu, pacjent zostaje uznany za zmarłego i staje się z prawnego punktu widzenia, nieboszczykiem ... z bijącym sercem i „żyjącymi” innymi organami. Zgodnie z takim rozumowaniem, można mówić o śmierci mózgowej według ustanowionego prawa, gdyż biologicznie ciało człowieka z orzeczoną śmiercią mózgu jeszcze „żyje”.

Człowiek od niepamiętnych czasów próbował dokonywać transplantacji. Transplantacje były możliwe zawsze, i przeprowadzano je na poziomie uprawianej w danym czasie chirurgii. Jednak transplantacja stała się równoprawną dziedziną leczenia dopiero niecałe pół wieku temu, od kiedy zaczęto sobie radzić głównie ze skomplikowanym zagadnieniem konfliktu immunologicznego, bowiem to on hamował postęp w transplantologii.

By dokonać transplantacji należy pozyskać „zamienne” organy. Jest to obecnie, najtrudniejsze i zarazem najbardziej skomplikowane zagadnienie społeczne, nie zaś medyczne. Pozyskanie organów zależy współcześnie od zgody na dawstwo od osoby, która wcześniej złożyła takie oświadczenie, zaś w przypadku jego braku (a zdecydowana większość ludzi nie składa za życia takiego oświadczenia), od zgody najbliższych, czyli najczęściej od członków rodziny. Z punktu widzenia procedury, to ci najbliżsi, najczęściej nieznający zagadnień medycznych, unormowań prawnych, ani toku postępowania, będą ostatecznie decydować o dawstwie organów, a tym samym ratowanie życia innych ludzi. Gdyby niepojawiające się z różnym natężeniem w różnych państwach, regionach czy obszarach cywilizacyjno-religijnych bariery dotyczące braku zgody na dawstwo organów, problem pozyskania narządów nie stanowiłby obecnie głównej przeszkody transplantologicznej, tym samym „popyt” zaspakajałby „podaż”.

Niewystarczająca ilość organów wywołuje jednak akty i czyny kryminalne, poprzez tworzone w tym celu siatki mafijne, turystykę transplantacyjną, a w końcu handel ludźmi

i organami, pozyskiwanymi między innymi od ofiar skazanych na śmierć (jak w skrajnych przypadkach w państwach totalitarnych), bądź też w tym celu okaleczanych.

Otwiera to problem do dyskusji na temat komercyjnego dawstwa organów, ale dyskusje takie są z natury rzeczy nieśmiałe, obwarowane dziesiątkami zastrzeżeń, moralnie ambiwalentne, jednak coraz bardziej nieuniknione.

* * *

Transplantologia polska o tyle była zapóźniona względem zachodniej, o ile cały kraj był zapóźniony względem Zachodu. Zapóźnienie to bardziej wynikało z braku stosownych instrumentów medycznych niż z umiejętności polskich medyków. Całkowite przystosowanie polskiego prawodawstwa do celów transplantacyjnych nastąpiło w 1995 roku, wcześniej radzono sobie stosując najróżniejsze sposoby.

To co jest najbardziej zastanawiające w pozyskiwaniu organów dla transplantologii w Polsce, to horrendalne rozpiętości w ilości pozyskiwanych organów w poszczególnych województwach, gdzie od lat przoduje województwo zachodniopomorskie, a najgorsze wyniki w pozyskiwaniu organów ma Podkarpacie, choć ze statystycznego punktu widzenia, przypadki śmierci mózkowej winny być rozłożone proporcjonalnie w całym kraju, i z pewnością tak jest.

Nie ma jednej klarownej odpowiedzi na pytanie, dlaczego tak jest? Składa się na to wiele czynników, głównie „kulturowych”. To co w pierwszej kolejności rzuca się w oczy, to fakt, że najniższe dawstwo organów pokrywa się z mapą sukcesów wyborczych Prawa i Sprawiedliwości, gdzie prawie dwie trzecie potencjalnych wyborców PiS to osoby w wieku starszym, o niższym wykształceniu i o niższych dochodach niż średnia krajowa.

Prof. Romuald Bohatyrewicz z Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie uważa, że za tak zróżnicowanym dawstwem organów stoją również powojenne migracje ludności. Przybywająca i osiedlająca się ludność w zachodniej Polsce po II wojnie światowej, przypominała trochę pionierów amerykańskich, ludzi odważnych, przemierzających setki kilometrów w poszukiwaniu „nowego”, nie bojących się ryzyka, zmiany środowiska, nowego sposobu gospodarowania, krajobrazu. Walczyli oni z przeciwnościami losu, podczas gdy ludność na wschodzie Polski, pozostawała w zakorzenionych tradycjach, konserwatywnych poglądach, niechętna do zmian, innowacji i ryzyka.

Wysunięte przeze mnie problemy badawcze oraz przyjęte hipotezy tylko częściowo potwierdziły się podczas wywiadów. Zaraz na samym początku pragnę odnieść się do bloku tematycznego dotyczącego „religijnych” barier dawstwa organów, bo głównie w nich upatrywałam bariery transplantacyjne na Podkarpaciu. **Nie mają one jednak najmniejszego wpływu na decyzje o dawstwie**, za to decydujący wpływ w społecznościach małomiasteczkowych i wiejskich, ma opinia środowiska zamieszkania, głoszone z ambon nauki, w końcu posądzenie

o sprzedaż organów, o handel. Tym samym nie mamy na Podkarpaciu do czynienia z religijnymi barierami dawstwa w klasycznym sensie durkheimowskim, gdzie na przykład można byłoby dla potrzeb rozstrzygnięć transplantologicznych oddzielić sferę *sacrum* (kult zmarłego ciała, nienaruszalność ciągłości ciała celem zmartwychwstania) od *profanum* (konieczność transplantologicznego leczenia). Często rodzina podczas konsultacji „transplantologicznej” kieruje swe kroki do księdza, ale nie jak do „kapłana”, tylko raczej jak do „szamana”. To przecież szaman posiada stosunki, wpływy i właściwe układy w „zaświatach”, a tu na ziemi ma moc decyzji o tym, kto będzie „tam”, w zaświatach „wybrany”. Kapłan natomiast spełnia w imieniu wspólnoty religijnej jedynie funkcje kultowe i rytualne, a takich funkcji przy dawstwie organów nie oczekuje się od księdza. Taką „szamańską” mentalność ludności, szczególnie w małomiasteczkowym i wiejskim środowisku Podkarpacia, należy przyjąć za bariery społeczno-kulturowe związane raczej z religijnością ludową, nie zaś z religijnością w sensie teologicznym. Tak więc społeczno-kulturowe uwarunkowania martwego dawstwa organów bardziej biorą się ze strachu przed ostracyzmem, typu „co powiedzą inni”, niż z obiekcji religijnych. Trudno jest też ustalić ilościowo, ile rodzin korzysta lub chce skorzystać z konsultacji z kapłanem przed decyzją o dawstwie organów. Ponadto, w przypadku transplantacji, za religijnością bardziej „szamańską” niż „kapłańską” przemawia fakt, że w żadnej wypowiedzi koordynatora nie pojawiła się sprawa, że jakaś rodzina chciała konsultować się z kapłanem szpitalnym, a przecież kapłanów szpitalnych jest zatrudnionych w służbie zdrowia wielokrotnie więcej niż koordynatorów transplantacyjnych. Dla transplantacji potrzebny jest nie kapłan, ale „szaman” i to z danej wsi; kapłan zaś potrzebny jest do ostatniej spowiedzi, ostatniego namaszczenia itp., a więc wtedy, gdy już nic się nie da załatwić w „zaświatach”. To fascynujące zagadnienie, które tu sygnalizuję, wymagałoby odrębnych studiów.

Stosowne propagowanie dawstwa organów jest znakomitą promocją dla sukcesów w medycynie transplantacyjnej, szczególnie w przypadku seriali telewizyjnych. Pod koniec mojej rozprawy przedstawiłam kilka billboardów propagujących dawstwo. Charakterystyczne, że w Polsce na jednym z nich (nielicznych zresztą) pojawia się ksiądz (skądinąd najbardziej zasłużony dla transplantologii), podczas gdy przykładowo francuskie billboardy, propagują dawstwo przez więź pokoleniową, a południowo-afrykańskie tłumaczą jednym obrazem, że każdy niewykorzystany organ pociąga za sobą śmierć kolejnych osób.

Bariery dawstwa organów można podzielić na obiektywne, na które nie mają wpływu medycy, jak na przykład brak klinik, sprzętu oraz subiektywne, jak brak zaufania, konformizm itp. Jednak wszystkie te bariery, mimo różnej genezy, przeplatają się wzajemnie.

Istnieje jeszcze szereg innych barier, które jednak mają niewielki wpływ na dawstwo, a które można przełamać nawet w czasie jednej rozmowy z rodziną przed pobraniem organów. Są to przypadki jednostkowe, które nawet trudno byłoby sklasyfikować przy badaniach ilościowych, jak na przykład zgoda na dawstwo uzależniona od pozytywnej opinii probosz-

cza, być może zastosowanie innej strategii w wyjaśnianiu rodzinie śmierci mózgowej najbliższej im osoby.

Niemniej jednak głównym powodem niskiego dawstwa organów na Podkarpaciu jest czynnik obiektywny, czyli brak odpowiedniego uniwersyteckiego ośrodka klinicznego dokonującego przeszczep, tym samym brak profesorów medycyny z dorobkiem naukowym i dydaktycznym oraz z charyzmą. Implikuje to szereg innych problemów, ale nade wszystko dylemat lekarzy o orzekaniu śmierci mózgowej, na który składają się trzy różne, w zasadzie niekoherentne czynniki:

- brak bezsprzecznego przekonania niektórych lekarzy, co do tego, że śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią osobniczą,
- brak umiejętności lub obawa przed niewłaściwym zastosowaniem procedur o orzekaniu o śmierci mózgu,
- obawy przed odpowiedzialnością karną.

Dochodzą do tego względy konformistyczne, które bardzo łatwo przy procedurze transplantacyjnej ukryć, bardzo trudno skontrolować, ocenić i pociągnąć kogokolwiek do odpowiedzialności. Przecież zawsze można poprowadzić rozmowę tak – co zauważył w rozmowie ze mną jeden z koordynatorów – „by rodzina nie zgodziła się na dawstwo, bo przecież nikt tego nie sprawdzi”.

Przygotowanie dawcy, stosowne specjalistyczne badania, organizacja pobrania i samo pobranie to proces wyjątkowo czasochłonny. Szpital działa według ustalonego i wypracowanego schematu, stąd też trudno jest zmienić funkcjonujące przez lata nawyki, a właśnie dla pobrania organów potrzeba niemal od zaraz pozmienić zaplanowany wcześniej harmonogram rutynowej szpitalnej terapii.

Mimo ustalonej taryfy za transplantację, jest ona wciąż dla lekarzy nieopłacalna, bowiem większość lekarzy, wykonuje tę pracę niemal społecznie, biorąc pod uwagę czas, który lekarz musi poświęcić na te czynności, w porównaniu z tym, co mógłby zarobić prowadząc w tym czasie prywatne konsultacje. Ponadto gratyfikacje dla personelu dodatkowego przy transplantacji są dość często niewypłacane, tłumacząc to ich pracą w ramach obowiązków pracowniczych, mimo że stosowne przepisy regulują to inaczej.

Niemalą wpływ na niskie pozyskiwanie organów ma nie tylko kunktatorstwo personelu, ale również rodziny zwlekające z podjęciem decyzji, czekające na „cud zmartwychwstania”, odwlekające decyzję przez tak długi okres, że nie można już dokonać pobrania.

Wyjątkowo niska pozyskiwalność organów dla transplantacji w województwie podkarpackim, ma również swoje źródła w stylu życia na Podkarpaciu bowiem potencjalni dawcy często nie spełniają stosownych kryteriów ze względu na nałogi bądź otyłość. Dodatkowo bariery społeczno-kulturowe dotyczą jeszcze niskiego zaufania społecznego, co udziela się niektórym lekarzom, których na przykład nie sposób przekonać co do tego, że dyplomo-

wane pielęgniarki i pielęgniarze z wyższym wykształceniem mogliby wykonać lwią część ich pracy, w organizacji i koordynacji transplantacyjnej.

Z przeprowadzonych badań w środowisku transplantologicznym Podkarpacia można odnieść wrażenie, że istnieje dotkliwy brak dla całej Polski klarownego programu donacyjnego, co jest właśnie powodem opieszałości lekarzy i osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną.

Wiele mniejszych szpitali nie ma stosownej aparatury i laboratoriów, by dostarczyć pewnych wyników dot. podejrzenia o śmierci mózgu. Orzeczenie o śmierci mózgu jest proceduralnie skomplikowane, wymagające dodatkowych badań laboratoryjnych, powtarzania procedur, w sumie bardzo czasochłonne, odrywające lekarzy i personel pomocniczy od rutynowych działań terapeutycznych.

Wszystko to doprowadza do sytuacji paradoksalnej. Lekarze i pielęgniarki szkolone są tak, by najważniejszą sprawą ich zawodowej misji było ratowanie życia za wszelką cenę. I tak właśnie na ogół postępują. Przejawia się to często w podtrzymywaniu krążenia i oddechu pacjenta, gdy istnieje bardzo poważne podejrzenie śmierci mózgu. Podtrzymywanie przy „życiu” za wszelką cenę, nawet pacjenta, co do którego istnieje pewność co do śmierci mózgowej, jest po prostu nieetyczne, kosztowne, niepotrzebne i pozostaje w konflikcie z osiągnięciami medycyny.

Wskazane wyżej bariery transplantacyjne zmniejszają możliwości donacyjne, podwyższają koszty leczenia oczekujących na przeszczep, w sumie bardzo często uśmiercają potencjalnych biorców, którzy mogliby jeszcze długie lata żyć i odwdzińczyć się za darowany im organ, w końcu za darowane im „drugie” życie.

Nie wiem w jakim stopniu ten absurd jest jeszcze obecny w środowiskach medycznych w całej Polsce? Z pewnością obok braku odpowiedniego uniwersyteckiego ośrodka klinicznego na Podkarpaciu jest on chyba najistotniejszy w tak niskim pozyskiwaniu organów transplantacyjnych, by ratować życie innym.

LISTA CYTOWANYCH I PRZYWOŁANYCH ŹRÓDEŁ

Bibliografia

- Ariès P., *Człowiek i śmierć*, PIW, Warszawa 1992.
- Barnard C., *Godne życie, godna śmierć*, Wydawnictwo Jacek Santorski & CO, Warszawa 1996.
- Becler R., *Czy warto odwiedzić Katalonię?*, Poltransplant, Biuletyn Informacyjny 1/1998.
- Bernat J.L., *Ethical issues in neurology*, wyd. 2, Butterworth Heinemann, Boston 2002.
- Bohatyrewicz R., Makowski A., Kępiński S., *Rozpoznawanie śmierci mózgu*, [w:] W. Rowiński, J. Wałaszewski, L. Pączek (red.), *Transplantologia kliniczna*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Chmiel S., *Spoleczne konsekwencje medycznych i prawnych kryteriów orzekania o śmierci. Współczesne społeczeństwo wobec śmierci*, [w:] M. Malikowski (red.), *Socjologia 7*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego 62, Seria Socjologiczno-Historyczna, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2010.
- Cymerman I., *Doświadczanie jakości życia po przeszczepie- perspektywa fenomenologiczno-heurystyczna*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2007.
- Duda J., *Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej*, Lex a Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Foucault M., *Narodziny kliniki*, przeł. Paweł Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.
- Guzik-Makaruk E.M., *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium porównawcze*, Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2008.
- Hillman K., *Oznaki życia. Przypadki z intensywnej terapii*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2011.
- Hołyst B., *Kryminologia*, wyd. IX rozszerzone, LexisNexis, Warszawa 2007.
- Jakubowska-Winecka A., *Kontakt z rodziną dawcy narządów do transplantacji*, [w:] B. Rutkowski, P. Kaliciński, Z. Śledziński, M. Wujewicz, A. Mielecka (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców narządów*, Via Medica, Gdańsk 2009.
- Katechizm Kościoła Katolickiego*, wyd. II poprawione, Wydawnictwo Pallottinum 2009.
- Konecki K., *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, PWN, Warszawa 2000.
- Korytko D., Watoła J., *Na szczycie stromej góry opowieści o transplantacjach*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008.
- Kózka M., *Świadkowie Jehowy*, [w:] E. Krajewska-Kułał, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Kruszyński Z., *Intensywna terapia stanu astmatycznego. Przygotowanie dawcy narządów. Wykłady z Anestezjologii i Intensywnej terapii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przeł. I. Doleżał-Nowicka, Wyd. Media Rodzina, Poznań 1979.
- Lutyńska K., hasło: *Działania pozorne*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, Z. Bokszański, K. Górlach, T. Krauze, W. Kwaśniewicz, E. Mokrzycki, J. Mucha, A. Piotrowski, T. Sozański, A. Sułek, J. Szmatka, W. Więcławski (red. zb.), Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, t. 1.
- Lutyński J., *Nauka i polskie problemy*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1990.
- Łukaszewski W., *Udręka życia. Jak ludzie radzą sobie z lękiem przed śmiercią*, Wydawnictwo Smak Słowa, Sopot 2011.
- Małkowski P., *Kulturowe uwarunkowania w transplantologii*, [w:] E. Krajewska-Kułał, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Marcinkowski J.T., Wiśniewska-Śliwińska H., *Badania nad możliwościami poprawy postaw Polaków wobec transplantacji tkanek i narządów – realizacja przestania życiodajnej śmierci*, [w:] E. Krajewska-Kułał,

- C.R. Łukaszuk, J. Lewko (red.), *W drodze do brzegu życia*, Uniwersytet Medyczny, Białystok 2011, t. VIII.
- Mielecka A., Czerwiński J., *Rola i zadania koordynatora transplantacji*, [w:] B. Rutkowski, P. Kaliciński, Z. Śledziński, M. Wujewicz, A. Mielecka (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Via Medica, Gdańsk 2009.
- Mielecka A., Wenski W., Grygianiec E., Skóra I., Dytkowska B., *Zasady oceny, kwalifikacji oraz zgłaszania dawcy narządów – rola „Poltransplantu”*, [w:] B. Rutkowski, P. Kaliciński, Z. Śledziński, M. Wujewicz, A. Mielecka (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Via Medica, Gdańsk 2009.
- Modlińska A., Krakowiak P., *Stanowisko Kościoła katolickiego oraz innych religii wobec przeszczepiania narządów*, [w:] B. Rutkowski, P. Kaliciński, Z. Śledziński, M. Wujewicz, A. Mielecka (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Via Medica, Gdańsk 2009.
- Morciniak P., *Legalny kanibalizm?: transplantacja organów pojedynczych: problem ustalenia kryterium śmierci*, [w:] M. Machinek (red.), *Śmierć i wiara w życie pośmiertne w świetle nauk przyrodniczych i humanistycznych*, wyd. Hosianum, Olsztyn 2003.
- Norkowski J.M., *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen, Radom 2011.
- Nowacka M., *Etyka a transplantacje*, PWN, Warszawa 2003.
- Nowak S., *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1970.
- Ostrowska A., *Modele relacji pacjent – lekarz*, s. 257, [w:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, A. Ostrowska (red.), Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009.
- Pabisiak K., *Transplantacja jestem na TAK. Podziel się swoją decyzją. Program edukacyjny na temat dawstwa i transplantacji narządów oraz tkanek*, Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie”, wyd. II 2008.
- Pius XII, *The Prolongation of Live*, Pope Speaks 1958.
- Rowiński W., *Wprowadzenie. Historia medycyny transplantacyjnej* [w:] Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red.), *Transplantologia kliniczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Scheper-Hughes N., *Keeping an eye on the global traffic in human organs*, *The Lancet*, Vol. 361.
- Siemionow M., *Twarzą w twarz. Moja droga do pierwszego pełnego przeszczepu twarzy*, przekł. B. Markiewicz, Wydawnictwo Znak, Kraków 2010.
- Silverman D., *Interpretacja danych jakościowych. Metody analizy rozmowy, tekstu, interakcji*, tłum. M. Głowacka-Grajper, J. Ostrowska, PWN, Warszawa 2007.
- Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, A. Ostrowska (red.), Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009.
- Soeda E., *Organ donation in Japan: a longitudinal study of quality of living liver donors*, Praca doktorska Duquesne University, sierpień 2010.
- Sue Rabbitt Roff, *We should consider paying kidney donors*, „British Medical Journal” 2 August 2011.
- Szczęśna A., *Wokół medycznej definicji śmierci*, [w:] M. Gałuszka & K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Łódź 1996.
- Szewczyk K., *Lęk, nicłość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu*, [w:] M. Gałuszka & K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa-Łódź 1996.
- Sztompka P. hasło: *Zaufanie*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, Z. Bokszański, K. Gorlach, T. Kauze, W. Kwaśniewicz, E. Mokrzycki, J. Mucha, A. Piotrowski, T. Sozański, A. Sułek, J. Szmataka, W. Winclawski, Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2005, Supplement.
- Tarkowska E. hasło: *Konformizm*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, H. Domański, A. Kojder, K. Koseła, K. Kowalewicz, H. Kubiak, W. Kwaśniewicz, J. Mucha, M. Ofierska, A. Piotrowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (red. zb.), Oficyna Naukowa, Warszawa 1999, t. 2.
- Thorwald J., *Pacjenci*, przeł. M. Oziębowski, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1995.
- Toynbee A., Mant A.K., Smart N., Hinton J., Yudkin S., *Człowiek wobec śmierci*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1973.
- Türk H.J., *Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym*, [w:] A. Marcol (red.), *Etyczne aspekty transplantacji narządów: materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim w dniach 15-16.04.1996*, Opole, WT UO, 1996.
- Wolff H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R., *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, PWN, Warszawa 1993.
- Wolniewicz B., *Filozofia i wartości II*, Wyd. Filozofii i Socjologii UW, Warszawa 1998.
- Wolniewicz B., *Filozofia i wartości. Rozprawy i wypowiedzi*, Wyd. Filozofii i Socjologii UW, Warszawa 1993.
- Wrońska I., Dobrowolska B., *Buddyzm*, [w:] E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Wrońska I., *Romowie*, [w:] E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

- Wróbel J., *Dawstwo organów w perspektywie teologiczno moralnej i pastoralnej. Wybrane aspekty*, „Roczniki Teologiczne 44/1997, z. 3.
- Z punktu widzenia dawcy, *Polityka* 1985, nr 47, [w:] B. Wolniewicz, *Filozofia i wartości. Rozprawy i wypowiedzi*, Wyd. Filozofii i Socjologii UW, Warszawa 1993.
- Zalewska-Puchała J., *Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi judaizm*, [w:] A. Majda, J. Zalewska-Puchała. B. Ogórek-Tęcza (red.), *Pielęgniarstwo transkulturowe*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Zawiła M., *Religia i śmierć. Trajektoria umierania i jej religijne elementy na przykładzie środowisk hospicyjnych w Polsce*, Wydawnictwo Nomos, Kraków 2008.

Netografia

Biuletyny i opracowania

- Antoszkiewicz K., Czerwiński J., *Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2011 r.*, *Poltransplant Biuletyn Informacyjny*, nr 1 (20) marzec 2012, http://www.poltransplant.pl/Download/Biuletyn2012/Biuletyn_2012.pdf.
- Badanie postaw środowiska lekarskiego wobec rozpoznawania śmierci mózgu i pobierania narządów od zmarłych*, Raport z badań, CBOS, Warszawa listopad 2012, http://www.uniarttransplantacyjna.pl/images/Badania/postawy_srodowiska_2012.pdf.
- Chew V., *Human Organ Transplant Act (HOTA)*, http://infopedia.nl.sg/articles/SIP_1401_2009-01-08.html.
- Hartwell L., *Global organ donation policies around the world*, <http://www.lorihartwell.com/GlobalOrganDOantionPolicies.pdf>.
- Human Trafficking for the Removal of Organs*, <http://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2008/BP011HumanTraffickingfortheRemovalofOrgans.pdf>.
- Iwańczuk W., *Harwardzkie kryteria śmierci mózgu*, *Anestezjologia i Ratownictwo* 2/2008.
- Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym (stan w dniu 30.06.2011)*, L. Nowak (red.), GUS, Warszawa 2012, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/L_ludnosc_stan_struktura_30062011.pdf.
- Matesanz R., *El modelo español de Coordinación y Trasplantes*, 2ª Edición, <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/modeloespanol.pdf>.
- Opinie o przeszczepianiu narządów*, Komunikat z badań BS/100/2007, oprac. J. Kurczewski, M. Feliksiak, CBOS Warszawa, czerwiec 2007, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_100_07.PDF.
- Postawy wobec przeszczepiania narządów*, Komunikat z badań BS/105/2012, oprac. M. Feliksiak, CBOS, Warszawa 2012, http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_105_12.PDF.
- Postawy wobec przeszczepiania narządów*, Komunikat z badań BS/91/2011, oprac. M. Feliksiak, CBOS, Warszawa 2011, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2011/K_091_11.PDF.
- Scheper-Hughes N., *Illegal Organ Trade: Global Justice and the Traffic in Human Organs*, <http://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2008/BP011HumanTraffickingfortheRemovalofOrgans.pdf>.
- <http://www.admin.ch/ch/e/rs/8/810.21.en.pdf>.
- http://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Publications/Educational%20Resources/2009/MOH-026-09_8pp%20English.pdf.
- <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/modeloespanol.pdf>.
- <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Newsletter2011.pdf>.
- <http://www.poltransplant.pl/Download/BIULETYN2005.pdf>.
- http://www.poltransplant.pl/Download/Biuletyn2011/biuletyn_2011_s.pdf.

Artykuły prasowe, foldery, grafika

- Adamowska M., *Trudne pytania*, <http://wyborcza.pl/1,75476,3132422.html>.
- Bielicka M., *Rozmowa [z Markiem Karczewskim] o życiu przed przeszczepem i po nim*, <http://poznan.gazeta.pl/poznan/1,36024,3803056.html>.
- Cannon J. *Butchers: The hidden truth about Israel's kidney theft ring*, http://axisoflogic.com/artman/publish/Article_56512.shtml.
- Córkom przeszczepiono macice ich matek*, <http://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/686573,Corkom-przeszczepiono-macice-ich-matek>.

- Czerwiński J., *Ludzie umierają parami*,
http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,2034,ludzie_umieraja_parami.
- Czyżewski M., *Proboszcz z billboardu o transplantacji*,
<http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,4778871.html>.
- Declaration of twenty-second World Medical Assembly at Sydney September 1968.
- Godlewski K., *Chiny: Organy skazańców na zamówienie*,
<http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,3650467.html>.
- Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium Vitae*,
http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/evangelium_4.html#m30.
- Jan Paweł II, *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty*, przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego, Rzym, 29.08.2000, L'Osserv, Roma, 11-12/2000.
- Kapp C., *Hamilton Naki*, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)66811-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)66811-0/fulltext).
- Karolkiewicz M., *Bo nie spodobał się żonie*, Przegląd 39/2006, <http://www.przeglad-tygodnik.pl/pl/artukul/bo-nie-spodobal-sie-zonie>.
- Karolkiewicz M., *Nerka na sprzedaż*, <http://www.przeglad-tygodnik.pl/pl/artukul/nerka-na-sprzedaz>.
- Kasperska M., *Tylko nerki się nie marnują*, Gazeta Wyborcza 18.11.2010,
http://wyborcza.pl/1,76842,8679592,Tylko_nerki_sie_nie_marnuja.html?as=1&startsz=x.
- Kim R., A. Szulc, *Śmierć na żywo*, Wprost 44/2011.
- Korytko D., Watoła J., *Maria prosi o ręce. Przeszczepy dłoni*, Gazeta Wyborcza, Duży Format, 24.07.2003,
<http://wyborcza.pl/1,75480,1587831.html>.
- Kościński P., *Nie zabiorą więźniom organów?*, <http://archiwum.rp.pl/artukul/887528.html>.
- Kruczkowska M., *Skaż na śmierć swojego dawcę nerki*,
http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,6968533,Skaz_na_smierc_swego_dawce_nerki.html.
- Kuźmich M., *Co roku ma świecie przeszczepia się 15 tys. nielegalnie pobranych nerek*,
<http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,4935526.html>.
- Lawless A., *Dispelling the myth. The realities of organ trafficking. Professor Nancy Scheper- Hughes in interview.*, <http://www.threemonkeysonline.com/dispelling-the-myth-the-realities-of-organ-trafficking-professor-nancy-scheper-hughes-in-interview/2>
- Morciniec P., *Nasz zmarły, nasz obcy*, wywiad K. Ogiolda, Angora nr 44 (1011).
- Nerki na sprzedaż*, dokument France Television, Francja 2009.
- Niech państwo płaci za pogrzeb dawców organów – pomysł Brytyjczyków*,
http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,10461297,Niech_panstwo_placi_za_pogrzeb_dawcow_organow__pomysl.html.
- Niemcy chcą organów do przeszczepów*, http://wyborcza.pl/1,75477,10361100,Niemcy_chca_organow_do_przeszczepow.html.
- Okołowski P., *Dziewięć tez o przeszczepach*, Rzeczypospolita 29.06.1998, http://archiwum.rp.pl/artukul/181845_Dziewiec_tez_o_przeszczepach.html.
- Papież był dawcą organów. Ale już nie jest*, Gazeta Wyborcza, 05.02.2011,
http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,9059453,Papiez_byl_dawca_organow__Ale_juz_nie_est.html.
- Pasieczna U., *Nie zabieraj ze sobą narządów do nieba*, Super Nowości 13.02.2009,
http://www.uniapransplantacyjna.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=227&Itemid=105.
- Pawlicki J., *Brytyjskie nerki na sprzedaż?*, Gazeta Wyborcza 06.08.2011,
http://wyborcza.pl/1,76842,10073151,Brytyjskie_nerki_na_sprzedaz_.html.
- Pemberton M., *Kidney transplants: there is a need for more living donors*,
<http://www.telegraph.co.uk/health/8870174/Kidney-transplants-there-is-a-need-for-more-living-donors.html>.
- Pisarek A., *Dać człowiekowi czy robakowi?*,
http://www.kampaniespoleczne.pl/kreacje,3437,dac_czlowiekowi_czy_robakowi.
- Piwoń M., *Nerki na sprzedaż*, <http://archiwum.rp.pl/artukul/1063882.html>.
- Puślecki E., *Zasady socjalne. Społeczne nauczanie Zjednoczonego Kościoła Metodystycznego*, Rozdział III *Społeczeństwo*, litera R, dostęp: <http://www.metodysci.pl/KEM.html>.
- Rejman G., *Problemy prawa karnego w związku z definicją „śmierci mózgowej”*, Palestra 1987, nr 10-11.
- Siedlecki, R. Kęder, *Operacja życie*, serial dokumentalny, prod. P. Mikołajczak, TVP 1 od 2011 r.
- Sienkiewicz P., *Oczy zasługują na życie pozagrobowe*, http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,1043,oczy_zasluguja_na_zycie_pozagrobowe.
- Smolińska M., *Czy Panu Bogu podobają się transplantacje?*, Gazeta Wyborcza, 03.03.2011,
http://wyborcza.pl/1,76842,9195796,Czy_Panu_Bogu_podobaja_sie_transplantacje_.html?as=2&startsz=x.

Turcja: drugi na świecie przeszczep macicy. Czy udany?, <http://fakty.interia.pl/nauka/news/turcja-drugi-na-swiecie-przeszczep-macicy-czy-udany,1680538,14>.

Ukraina: znani chirurdzy zamieszani w nielegalne transplantacje, http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,8219446,Ukraina__znani_chirurdzy_zamieszani_w_nielegalne_transplantacje.html.

Wareńska M., *Wdzięczni za życie*, http://www.kampaniespoleczne.pl/kreacje,3249,wdzieczni_za_zycie.

Watoła J., *Przeszczepy z przeszkodami*, http://wyborcza.pl/1,75478,9982014,Przeszczepy_z_przeszkodami.html.

Wiśniewska K., *Czyn szlachetny i godny pochwały*, *Gazeta Wyborcza* 03.03.2011, http://wyborcza.pl/leczyc/102641,9193987,Czyn_szlachetny_i_godny_pochwaly.html.

Wojtasiński Z., *Płeć z odzysku*, *Wprost* 42/2002 (1038), <http://www.wprost.pl/ar/?O=14213>.

Życiński J., *List pasterski*, czerwiec 2007, <http://www.kurierlubelski.pl/artykul/367739,abp-jozef-zycinski-w-cytatach,id,t.html?cookie=1>.

<http://archiwum.polityka.pl/art/czarodzieje-serc,361608.html>.

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Beinwunder_Cosmas_und_Damian.jpg.

<http://factsanddetails.com/japan.php?itemid=837&catid=23&subcatid=151>.

<http://fakty.interia.pl/galerie/kraj/pierwszy-w-polsce-przeszczep-twarzy-uwaga-drastyczne-zdjecie,iId,1131074,iAId,81956#1130635>.

<http://fakty.interia.pl/galerie/nauka/pokazal-sie-z-nowa-twarza/zdjecie/duze,1455488,1,329>.

<http://fakty.interia.pl/swiat/news/szwecja-darmowy-pogrzeb-zacheci-do-oddawania-organow,1625934,4>.

<http://getdefault.com/2012/01/27/arm-amputee-options-spare-parts-for-lost-limbs/>.

http://infopedia.nl.sg/articles/SIP_1401_2009-01-08.html.

<http://ipnz.univ.rzeszow.pl/pl/historia.html>.

<http://organdonor.gov/about/data.html>.

<http://organdonor.gov/about/organdonationprocess.html#process1>.

<http://organdonor.gov/about/transplantationprocess.html#process3>.

http://organdonor.gov/awareness_day/minorityaa.html.

http://organdonor.gov/awareness_day/minorityanhopi.html.

http://organdonor.gov/awareness_day/minorityhisp.html.

<http://organdonor.gov/whydonate/minorities.html>.

<http://pl.wikipedia.org/wiki/Japonia>.

http://pl.wikipedia.org/wiki/Sprawa_Mirosława_G.#Dowody_w_sprawie_zarzutów_o_zabójstwo_w_zamiarze_ewentualnym,15_VIII_2013.

<http://polemi.co.uk/poradniki/zdrowie-w-wielkiej-brytanii/rejestr-dawcow-narzadow-w-anglii-szkocji-walii-irlandii-polnocnej-3630>.

http://reklamy.wrzuta.pl/film/4UtjR5xdtwm/gillette_mach_3_-_szanuj_swoja_twarz.

<http://translate.google.pl/translate?hl=pl&langpair=fr%7Cpl&u=http://www.swisstransplant.org/12/don-organe-transplantation/don-organe-transplantation-donneur-receveur-altruiste-carte-de-donneur.php>.

<http://transplantliving.org/beforethetransplant/finance/costs.aspx>.

<http://tvp.info/informacje/nauka/pionierski-przeszczep-twarzy-i-kosci-czaszki/6887243>.

http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,7074160,Izraelscy_rabini_uznali_smierc_mozgu_za_smierc_czlowieka.html.

http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,5606029,Egipt__Bez_mieszania_organow.html.

http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,8219446,Ukraina__znani_chirurdzy_zamieszani_w_nielegalne_transplantacje.html.

http://www.agence-biomedecine.fr/Accident-d-avion-du-19-octobre?lang=fr,12_VI_2012.

<http://www.archiwum.moja-ostroleka.pl/gazeta-polska-w-bialostockim-szpitalu-zabijano-pacjentow,1175019167,2.html>.

<http://www.bibula.com/?p=12975>.

<http://www.drze.de/in-focus/organ-transplantation/medical-aspects>.

<http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=aims>.

<http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=history>.

<http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=legislation1>.

http://www.eurotransplant.org/cms/mediaobject.php?file=2012_january1_january311.pdf.

http://www.eurotransplant.org/cms/mediaobject.php?file=year_2012.pdf.

<http://www.eurotransplant.org/cms/mediaobject.php?file=Year-Statistics-20113.pdf>.

<http://www.fakt.pl/Niesamowity-przeszczep-twarzy-Richard-Lee-Norris-oszpecony-ukrywal-sie-przed-ludzi-ale-przeszedl-operacje-Lekarze-przeszczepili-mu-nowa-twarz-,artykuly,182504,1.html>.

<http://www.flickr.com/photos/hilton-t/5449026162/sizes/o/in/photostream/>.

<http://www.google.pl/imgres?imgurl=http://cache4.asset-cache.net/xc/85704948.jpg%3Fv%3D1%26c%3DIWSAs->

set%26k%3D2%26d%3D77BFBA49EF8789215ABF3343C02EA54830773017F1196ED099CF042A8443
A0ADFD1CBB85FC7A943BE30A760B0D811297&imgrefurl=http://www.life.com/image/85704948&usg
=__Kto4NfnMDAgiP_FOV6FRR6T-
zfc=&h=594&w=455&sz=45&hl=pl&start=0&zoom=0&tbnid=VmSldT6k-
kc28M:&tbnh=135&tbnw=103&ei=8cPDTeHqKpGaOuG3iIAE&prev=/search%3Fq%3Dok%25C5%2582
adka%2BLife%2Bgrudzie%25C5%2584%2B1967%26um%3D1%26hl%3Dpl%26sa%3DN%26biw%3D1
419%26bih%3D615%26tbn%3Disch&um=1&itbs=1&iact=rc&dur=171&page=1&ndsp=25&ved=1t:429,r
:21,s:0&tx=68&ty=66.
<http://www.indiaguide.pl/india/ganesa.html>.
<http://www.jewish.org.pl/index.php/pl/opinie-komentarze-mainmenu-62/3416-rzecz-o-przeszczepach.html>.
<http://www.jotnw.or.jp/english/01.html>.
<http://www.jotnw.or.jp/english/04.html>.
<http://www.jotnw.or.jp/english/08.html>.
<http://www.jotnw.or.jp/english/data.html>.
http://www.kampaniespoleczne.pl/showimage_pure.php?img=http://www.kampaniespoleczne.pl/images/zdjecia/82/zdjecie_20111130212535_367.jpg.
<http://www.legislation.gov.uk/asp/2006/4/contents>.
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/30/contents/enacted>.
<http://www.medicaltourisminindia.net/medical-treatments-india/kidney-transplantation-india.html>.
<http://www.medicaltourisminindia.net/medical-treatments-india/liver-transplant-in-india.html>.
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/legislation/legislation_and_guidelines/human_organ_transplantact.html.
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/policies-and-issues/human_organ_transplantacthota/National_Organ_Transplant_Unit.html.
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/policies-and-issues/human_organ_transplantacthota.html.
<http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/42989>.
<http://www.organdonation.nhs.uk/statistics/>.
<http://www.piotrskarga.pl/ps,8250,2,0,1,I,informacje.html>.
http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2011.html.
<http://www.przeszczep.pl/?a=tekst&id=1519>.
http://www.przeszczep.pl/print/do_druku_pl.php?id=313.
<http://www.rada-imamow.pl/zbiorn-fatw/4-dwie-fatwy-o-transplantacji>.
http://www.rarenewspapers.com/view/560388?list_url=%2Flist%3Fq%255Bquery%255D%3Dheart%2Btransplant%26q%255Bsearch_method%255D%3DAll%2BWords.
http://www.rarenewspapers.com/view/570070?list_url=%2Flist%3Fq%255Bquery%255D%3Dkansas.
<http://www.religie.424.pl/sintoizm,1003,article.html>.
<http://www.super-nowa.info.pl/img/114/9074.orig.jpg>.
<http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8939022/Britains-first-hand-transplant-in-2012.html#>
<http://www.tvn24.pl/0,1729315,0,1,lecial--po-serce-do-przeszczepu-runal,wiadomosc.html>
<http://www.tvn24.pl/wiadomosci-ze-swiata,2/zmienial-kolejke-do-przeszczepow-za-pieniadze,266574.html>.
<http://www.tvp.pl/filmoteka/film-dokumentalny/spoleczenstwo/operacja-zycie/o-serii>.
http://www.uktransplant.org.uk/ukt/statistics/downloads/weekly_stats.pdf
http://www.uniatransplantacyjna.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=263&Itemid=237.
http://www.uniatransplantacyjna.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=265&Itemid=230.
<http://www.unos.org/>.
http://www.unos.org/docs/Living_Donation.pdf.
http://www.unos.org/docs/Living_Donation_KidneyPaired.pdf.
http://www.unos.org/donation/index.php?topic=living_donation.
http://www.watchtower.org/p/hb/article_06.htm.
<http://www.wikipaintings.org/en/fra-angelico/the-healing-of-justinian-by-saint-cosmas-and-saint-damian-1440>.
http://wyborcza.pl/wyborczy2011/1,115569,10386466,Prawicowy_niezamozny_katolik_to_wyborca_PiS.html

Wykaz tabel

Tabela 1. Pierwsze przeszczepienia narządów na świecie	28
Tabela 2. Liczba osób oczekujących na przeszczepienie w Wielkiej Brytanii	54
Tabela 3. Liczba dawców w Wielkiej Brytanii w latach 2010-2013.....	55
Tabela 4. Liczba przeprowadzonych transplantacji z wyszczególnieniem. Wielka Brytania 2010-2012.....	55
Tabela 5. Liczba zmarłych dawców narządów zarejestrowanych w 2011 i 2012 i narządów wykorzystanych do przeszczepu (EUROTRANSPLANT).....	63
Tabela 6. Lista osób na aktywnej liście EUROTRANSPLANTU, oczekujących na organy na dzień 31.01.2012 i 31.12.2012.....	64
Tabela 7. Rozwiązania prawne dotyczące dawstwa w krajach należących do EUROTRANSPLANTU.....	65
Tabela 8. Rozwiązanie prawne regulujące martwe dawstwo i współczynnik dawstwa w Europie w 2010.....	66
Tabela 9. Dawstwo narządów w Japonii	71
Tabela 10. Liczba przeszczepionych narządów w Japonii	71
Tabela 11. Szacunkowy, średni koszt przeszczepienia poszczególnych narządów w Stanach Zjednoczonych w 2011 roku w dolarach amerykańskich.....	77
Tabela 12. Aktywność w zgłaszaniu martwych dawców narządów według województw, w latach 2005-2011	104
Tabela 13. Przeciwwskazania po stronie dawcy do pobrania narządów	108
Tabela 14. Zakres informacji na temat dawcy, jakie musi posiadać koordynator szpitalny lub inna osoba zgłaszająca regionalnemu koordynatorowi transplantacyjnemu	109
Tabela 15. Badania wymagane przy zgłaszaniu dawców.....	110
Tabela 16. Praktyczne wytyczne dotyczące organizacji operacji pobrania narządów na bloku operacyjnym....	112
Tabela 17. Zadania koordynatorów transplantacji	114
Tabela 18. Stałe koszty osobowe w procedurze orzekania o śmierci, opieki nad dawcą i zabiegiem pobrania (personel szpitala dawcy).....	118
Tabela 19. Koszty pobrania narządów	118
Tabela 20. Koszty ośrodka dokonującego pobranie szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej.....	119
Tabela 21. Koszty czynności związanych z pobieraniem tkanek i komórek od zmarłych dawców.....	119
Tabela 22. Procedury transplantacyjne finansowane przez Ministerstwo Zdrowia	120
Tabela 23. Stosunek społeczeństwa polskiego do transplantacji narządów, jako metody leczenia	131
Tabela 24. Gotowość do podpisania oświadczenia woli	134
Tabela 25. Postrzeganie własnego ciała w kontekście transplantologii	136
Tabela 26. Liczba zmarłych dawców narządów w latach 2004-2011 z podziałem na miesiące	143

Wykaz rycin

Rycina 1. Fra Angelico: Przeszczenie nogi Muzeum Narodowe San Marco we Florencji	26
Rycina 2. Württembergisches Landesmuseum w Stuttgarcie	26
Rycina 3. Gazeta <i>The Russell Daily News</i> z 4 grudnia 1964 roku	31
Rycina 4. Gazeta <i>Fitchburg Sentinel</i> z 4 grudnia 1967 roku.....	31
Rycina 5. Okładka z magazynu <i>Life</i> z 15 grudnia 1967 roku.....	32
Rycina 6. Zdjęcie ze spotkania Ann Washkansky, żoną biorcy serca, z ojcem dawczyni Edwardem Darvallem	33
Rycina 7. Clint Hallam po operacji przeszczepienia ręki.....	37
Rycina 8. Richard Norris przeszedł operację przeszczepienia twarzy 19 marca 2012 roku	37
Rycina 9. Dallas Wiens przed i po operacji oraz ze swoją córką.....	38
Rycina 10. Pacjentka Profesor Marii Siemionow, Connie Culp przed i po przeszczepieniu twarzy	39
Rycina 11. Dobieranie par w systemie Domino (cross-over).....	42
Rycina 12. Współczynnik dawstwa w hiszpańskich regionach autonomicznych w 2007 roku	58
Rycina 13. Współczynnik dawstwa w Europie w 2010	65
Rycina 14. Lista oczekujących na przeszczepienie narządu w USA wg kryteriów etnicznych	76
Rycina 15. Współczynnik dawstwa w Ameryce Północnej, Australii, Nowej Zelandii w 2010.....	79
Rycina 16. Współczynnik dawstwa w Ameryce Południowej w 2010	80
Rycina 17. Aktywność w zgłaszaniu martwych dawców narządów według województw.	105
Rycina 18. Wyniki wyborów prezydenckich i samorządowych w 2010 r. oraz parlamentarnych w 2011 r.....	106
Rycina 19. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?.....	131
Rycina 20. Odsetek sprzeciwiających się pośmiertnemu oddaniu narządów.....	132
Rycina 21. Czy rozmawiał(a) Pan(i) ze swoimi bliskimi na temat ewentualnego przekazania Pana(i) narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia?	132
Rycina 22. Kto winien decydować o pobraniu narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia	133
Rycina 23. Które z twierdzeń oddaje Pana(i) przeświadczenie o momencie śmierci człowieka?.....	133
Rycina 24. Jakie przepisy dotyczące pobierania narządów obowiązują, według Pana(i) wiedzy w Polsce?.....	134
Rycina 25. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?	134
Rycina 26. Który model prawny regulujący kwestie pobierania narządów uważa Pan(i) za lepszy?	135
Rycina 27. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie?....	136
Rycina 28. Czy w sytuacji stwierdzenia klinicznych cech śmierci wysuwa Pan(i) podejrzenie śmierci mózgu? ..	139
Rycina 29. Proszę wybrać jedno z czterech stwierdzeń, które jest najbardziej adekwatne do sytuacji w Pana(i) miejscu pracy. Jeżeli u pacjenta występują kliniczne podstawy do stwierdzenia śmierci mózgu to: ..	140
Rycina 30. Proszę rozważyć następującą sytuację. Komisja rozpoznała śmierć mózgu. Jednocześnie wiadomo, że nie dojdzie do pobrania narządów. Jak Pan(i) postąpi w tej sytuacji?.....	140
Rycina 31. Billboard przedstawiający ks. Piotra Sadkiewicza w kampanii Stowarzyszenia „Życie po Przeszczepie”	147
Rycina 32. Kampania społeczna na rzecz dawstwa w RPA, pt. „If you're not an organ doner when you die, you take someone else with you”, (Jeśli nie jesteś dawcą organów, kiedy umrzesz, zabierasz jeszcze kogoś ze sobą)	148
Rycina 33. Indyjska kampania społeczna na rzecz ofiarowywania oczu po śmierci.....	148
Rycina 34. Brazylijska kampania na rzecz dawstwa pt. „Już jesteś dawcą. Wybierz tylko czym”	149
Rycina 35. Brazylijska kampania na rzecz dawstwa pt. „Już jesteś dawcą. Wybierz tylko czym”	149
Rycina 36. Francuska kampania na rzecz proklamowania świadomego dawstwa pt. „Tysiące ludzi zawdzięcza swoje życie dawcom organów”	150
Rycina 37. Kampania na rzecz proklamowania świadomego dawstwa pt. „Tysiące ludzi zawdzięcza swoje życie dawcom organów”	150