

Dr Błażej Kmieciak
Zakład Prawa Medycznego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Śmierć mózgu człowieka, jako problem nie tylko formalny

Dyskusje dotyczące śmierci człowieka wzbudzają szczególne emocje. Odnoszą się one bowiem do sytuacji trudnych, bardzo często wywołujących cierpienie. Podobne debaty spotykają się z zainteresowaniem zarówno prawników, jak i lekarzy i etyków. Także przedstawiciele nauk społecznych coraz częściej podejmują temat końca życia człowieka. W sposób naturalny pojawia się w tym miejscu pytanie: Kiedy można stwierdzić, że człowiek umarł? Kiedy wiedza ta nie będzie wzbudzać wątpliwości?

Dylematy te kierują uwagę w stronę problemu transplantacji. Przeszczepianie organów od osób zmarłych to temat szczególnie trudny. Bezpośrednio kieruje on w stronę rodziny, która przeżywa śmierć kogoś bliskiego. Z perspektywy medycznej oraz prawnej pojawiają się liczne pytania: czy obowiązujące kryteria diagnostyczne spełniają swoją funkcję? Czy śmierć mózgu człowieka oznacza definitywny koniec ludzkiej egzystencji? Czy przepisy dostatecznie zabezpieczają prawa osób, u których podejrzewa się śmierć mózgu? Wątpliwości te w odmienny sposób dostrzegane są przez medyków, prawodawców oraz bliskich osób zmarłych. Poniżej zaprezentowane zostaną refleksje odnoszące się do zarysowanych powyżej obszarów.

1. Uwagi wprowadzające

Kiedy umiera człowiek? Kiedy ekspert medycyny, a przede wszystkim lekarz może stwierdzić zgon? W którym momencie rodzina dochodzi do wniosku, że bliska im osoba zmarła? Innymi słowy, w której chwili np. matka, ojciec, mąż lub żona przyznają rację lekarzowi stwierdzającemu śmierć kogoś im bliskiego? Pytania te stanowią istotny element debaty, w którą od lat angażują się lekarze, prawnicy, politycy, etycy oraz przedstawiciele nauk społecznych. Śmierć człowieka to ustanie pracy jego organizmu, to moment, który

W artykule autor (za zgodą redakcji) wykorzystał przerezegowane oraz rozbudowane fragmenty własnych artykułów poświęconych problematyce śmierci człowieka opublikowanych w pierwotnej wersji na portalu biotechnologia.pl. Artykuł został przygotowany w ramach realizacji tematu badawczego „Prawno- społeczne wyzwania ochrony zdrowia psychicznego” nr 502- 03/6- 074-06/502-64-103, finansowanego z środków Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

określić można mianem „końca”. Wszystkie relacje, działania oraz doświadczenia zostają „zatrzymane”.

Z drugiej jednak perspektywy zagadnienie śmierci mózgu posiada charakter prawny oraz polityczny. Należy bowiem zastanowić się, jakie winny być zasady w pełni gwarantujące poszanowanie praw osoby umierającej. Jaką konstrukcję powinny mieć przepisy? Na jakim poziomie formalnym należy je tworzyć? Czy konieczne jest w tym miejscu konstruowanie dokumentu o charakterze ustawy? Być może nie jest możliwe zapisanie takiego zagadnienia, jak śmierć człowieka w dokumencie prawnym?

Z całą pewnością trudne doświadczenie dotyczące śmierci zapisuje się w pamięci osób bliskich zmarłemu. Odejście np. członka rodziny to z sytuacja, którą trudno porównać z innymi zdarzeniami. W momencie, w którym dana osoba przestaje żyć, bliscy tracą z nią kontakt. Kiedy jednak można uznać, iż bliski człowiek umarł?

Kiedyś kluczowym w tym względzie kryterium było dostrzeżenie czy dana osoba oddycha. W podobnych sytuacjach sprawdzano ponadto puls. W obecnych czasach, współczesna medycyna daje możliwość dokładniejszej analizy stanu określanego mianem śmierci człowieka. Przykładem jest tu procedura lekarskiej oceny stanu funkcjonowania mózgu pacjenta. Od dłuższego już czasu w Polsce zadanie to powierzone jest grupie lekarzy, którzy korzystając ze swojej neurologicznej oraz anestezyjologicznej wiedzy oceniają, czy u danego pacjenta można stwierdzić aktywność mózgu czy już nie.

W ostatnim czasie w Polsce doszło do pewnej zmiany w zakresie medycznej oceny momentu śmierci człowieka. Jednocześnie jednak dokładny opis procedury stwierdzenia zgonu pacjenta w dalszym ciągu ulokowany jest w obwieszczeniu ministra zdrowia, a więc w dokumencie, który nie jest w Polsce, powszechnie obowiązującym źródłem prawa (Ustawa, 1997; Konstytucja RP). Czy prawa *de facto* osób umierających są w tym wypadku zagwarantowane w sposób należyty? Być może problem znajduje się w innym obszarze?

Stwierdzenie śmierci mózgowej to działanie szczególnie istotne z perspektywy procedur transplantacyjnych. Mowa w tym miejscu zwłaszcza o przeszczepach organów pobieranych od osób zmarłych.

Zgodnie z przepisami polskiego prawa podobne działania mogą być wykonane jedynie, jeśli za życia dana osoba nie wyraziła sprzeciwu. W tym aspekcie bardzo często istotnym staje się wątek osób bliskich zmarłemu (por. Olejniczak, Kukiela 2012, s. 86- 102).

W publicznych dyskursach niejednokrotnie podkreśla się, że działania transplantacyjne nie mogą być podjęte w chwili zgłoszenia przez rodzinę sprzeciwu. Twierdzenie to nie znajduje jednak podstaw w przepisach. Jak zaznacza Justyna Zajdel (2007) - zgodnie z ustawą o przeszczepianiu narządów do pobrania komórek, tkanek lub narządów lekarz nie potrzebuje zgody rodziny osoby zmarłej. Jeśli zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu na pobranie w jednej z wyżej opisanych form, żaden z członków rodziny nie ma prawa do wyrażenia sprzeciwu na pobranie jego komórek, narządów lub tkanek. Lekarz nie jest ponadto zobowiązany do poinformowania rodziny zmarłego o pobraniu komórek, tkanek lub narządów. Jedynym obowiązkiem lekarza jest zapewnienie zwłokom

ludzkim należytego wyglądu po pobraniu komórek, tkanek lub narządów. Przed pobraniem komórek, tkanek lub narządów, lekarz lub osoba przez niego upoważniona ma obowiązek sprawdzenia, czy osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu na pobranie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów lub w innej formie.

Tak więc, jeśli dana osoba nie wyraziła sprzeciwu za życia, wówczas bliscy nie mogą zażądać zaprzestania działań medycznych.

2. Podstawowe pytania badawcze

W tym artykule zostanie podjęta próba odpowiedzi na pytania: Czy dla rodziny ustanie pracy mózgu osoby bliskiej, tożsamy jest ze śmiercią „całego człowieka”? Czy obecne standardy gwarantują tym samym poszanowanie praw osób umierających oraz ich rodzin?

Podjmując próbę udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania warto uwzględnić szerszy kontekst. Po pierwsze: lekarze często -pomimo braku sprzeciwu za życia - proszą rodzinę o zgodę, szanując przede wszystkim relacje, jakie łączyły bliskich ze zmarłym (zob. Biesaga 2005. s. 20- 25). Po drugie dla bliskich stwierdzona przez lekarzy śmierć danego człowieka wydawać się może nie w pełni realna. U osoby, u której zdiagnozowano ustanie pracy mózgu niejednokrotnie nadal sztucznie podtrzymywana jest aktywność organizmu. Dzieje się tak w chwili, w której podjęta zostanie decyzja, iż określone organy/narządy zmarłego pacjenta, wykorzystane będą w celach transplantacyjnych.

Podjęta analiza będzie odnosić się przede wszystkim do polskiej rzeczywistości. Przebiegać ono będzie po przez przybliżenie obecnie obowiązujących w naszym kraju aktów prawnych odnoszących się do zagadnienia orzekania śmierci człowieka. Wsparciem w tym miejscu będą również działania związane z analizą projektów aktów ustaw dotyczących tego problemu. Pomocne będą również konteksty dostrzeżone w źródłach medialnych, w tym zwłaszcza filmów, które są kierowane do szerokiej grupy widzów oraz w materiałach prasowych.

3. Śmierć mózgowa: standardy i krytyka

Jak podkreśla prof. Rafał Kubiak (2010) uznanie, iż dana osoba nie żyje posiada kluczowe znaczenie o charakterze medyczno-prawnym. W pierwszym bowiem rzędzie należy podkreślić, iż liczne obszary transplantologii rozwijają się tylko i wyłącznie dzięki korzystaniu z materiału biologicznego pobranego ze zwłok ludzkich. Organy, narządy bądź tkanki, by mogły zostać wykorzystane w procedurze przeszczepu *ex mortus*, muszą znajdować się w stanie użyteczności, a więc winny posiadać zachowany, określony poziom żywołności. W tym zatem aspekcie dostrzec zatem można istotny element o charakterze trudnego do rozstrzygnięcia dylematu. Z jednej bowiem strony mamy do czynienia w sytuacji klinicznej z człowiekiem, którego zgon stwierdzić ma zespół ekspertów. Nie można działań tych podejmować pochoinnie. Z drugiej natomiast strony dostrzec należy np. ciężko

chorego pacjenta, oczekującego na organy, które muszą być sprawne, by uratować jego życie. Kontekst ten kieruje uwagę również w stronę obszarów szczególnie ważnych dla prawnika. Z perspektywy cywilnej, śmierć człowieka pozwala na podjęcie np. działań o charakterze spadkowym. W ujęciu natomiast prawnokarnym stwierdzenie, czy człowiek żyje, czy też umarł ma istotne znaczenie w zakresie potencjalnej odpowiedzialności. Dokonanie przeszczepu serca od osoby żywej byłoby bowiem morderstwem.

Prof. Rafał Kubiak zwraca uwagę, iż śmierć człowieka jest zjawiskiem rozciągniętym w czasie. Z jednej strony wskazuje się na śmierć biologiczną: ustanie czynności kluczowych narządów. Z drugiej strony literatura przedmiotu zwraca uwagę na śmierć kliniczną i osobniczą, a więc: mowa o ustaniu czynności takich, jak oddychanie oraz krążenie. Dodaje się również w tym kontekście kluczowy termin, jakim jest śmierć mózgową, zwana śmiercią osobniczą: „nieodwracalne i całkowite ustanie czynności mózgu” (tamże, s. 476- 478).

Wskazany zwrot zamieszczony został w pierwszej wersji polskiej, tzw. ustawy transplantacyjnej. W art. 7 ustawy *o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* zaznaczono, że „Pobranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej).” W cytowanym przepisie dodano ponadto, że minister zdrowia ustala listę specjalistów posiadających odpowiednie kompetencje do stwierdzenia śmierci mózgu człowieka. W art., 7 ust. 3 tego aktu prawnego dodano, że „Śmierć mózgową stwierdza jednomyślnie na podstawie kryteriów, o których mowa w ust. 2, komisja złożona z trzech lekarzy, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.” Jednocześnie jednak specjaliści stwierdzający zgon nie mogą uczestniczyć w procedurze transplantacyjnej dotyczącej pacjenta, którego badali (Ustawa, 1995).

W obecnie obowiązującej wersji tej ustawy zwrócono uwagę na tzw. śmierć mózgową. Przyjmuje się bowiem, że to właśnie ustanie pracy mózgu stanowi definitywne zakończenie życia człowieka. W art. 9a dodano jednakże również, iż śmierć można stwierdzić na podstawie nieodwracalnego ustania krążenia (Ustawa, 2005). W dokumencie tym znalazły się również przepisy odsyłające do treści ministerialnego obwieszczenia. Umieszczono w nim metodykę stwierdzenia śmierci mózgu. Metodyka ta opisana została w *Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu*.

Proces orzekania w tym zakresie składa się z dwóch etapów. W pierwszym z nich wysunięte zostaje przez komisję lekarską podejrzenie dotyczące śmierci człowieka. W tym przypadku bada się zatem, czy nie zaistniały sytuacje, które wprowadzać mogą w błąd odnośnie do oceny stanu pacjenta: np. określone postaci zatrucia, spożycie substancji psychoaktywnych, hipotermia itd. W drugim etapie przystępuje się już do potwierdzenia diagnozy dotyczącej śmierci: bada się np. odruchy źreniczne na światło (Obwieszczenie, 2007).

Zagadnienie śmierci mózgowej spotkało się również z zainteresowaniem wykazywanym ze strony specjalistów z zakresu etyki lekarskiej oraz bioetyków. W pierwszym rzędzie warto zwrócić uwagę na treść art. 33 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że „Lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu.” W kolejnym artykule dodano, iż „Lekarz, po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione” (Kodeks, 2004; por. także: Fiszer, 2008, s. 153- 157).

Omawiając ten problem warto również odnieść się również do innych poglądów, jakie na temat śmierci mózgu przytaczane są w literaturze.

Bogusław Wójcik (2006) zaznacza, że przyjęcie wskazanego kryterium w miejsce koncepcji śmierci krążeniowo - oddechowej było „szkiem dla społeczeństwa”. W istocie bowiem mowa jest o „cienkiej granicy” istniejącej pomiędzy życiem i śmiercią człowieka. Po jednej stronie mamy pacjenta i jego godność, a po drugiej, ludzkie zwłoki, których fragmenty mogą być wykorzystane do pomocy innym, jeszcze żyjącym osobom. Zwłokom należy jest szacunek, nie posiadają one jednakże takich samych praw, jak pacjenci. W tym kontekście niejednokrotnie wskazuje się na wypowiedzi św. Jana Pawła II, który zaznaczał, iż choć Kościół nie posiada kompetencji do wypowiedzania o sprawach medycznych z perspektywy praktycznej, to jednak odnosząc się do nauczania moralnego jest w stanie przyjąć mózgowe kryterium śmierci człowieka. Magisterium Kościoła Katolickiego podkreśla jednak, że uznanie to może pojawić się dopiero w momencie, w którym wszelkie standardy diagnostyczne zostaną w sposób dokładny zachowane. Mózg bowiem jest tą strukturą, która odpowiada za funkcjonowanie całego ustroju. Ustanie jego pracy powoduje, iż całe ciało niejako przestanie działać (za: tamże, s. 559).

Pogląd ten podziela ks. prof. Andrzej Muszala, autor pierwszej w Polsce *Encyklopedii bioetyki*. Jego zdaniem, iż śmierć człowieka następuje z chwilą ustania pracy jego mózgu, jest działaniem w pełni logicznym i uzasadnionym, jednakże – zgodnie z zasadami etyki - może być ono jedynie wtedy przyjęte, gdy wszelkie kryteria ostrożności diagnostycznej zostaną w zachowane (Muszala, Mazur 2015, s. 84- 85).

Ks. prof. Piotr Morciniec (2006), dzielając wskazane stanowisko, wskazuje także na inny problem – kontrowersji, jakie mogą wystąpić przy transplantacji organów od osób żywych. Pojawić się bowiem mogą obawy o stan zdrowia dawców, którzy biorą udział w przeszczepach. W sytuacji z kolei transplantacji organów ze zwłok ludzkich kluczowe jest jak zaznaczono zdiagnozowanie, iż pacjent zmarł. Drugim, etycznie istotnym elementem jest sprawiedliwy podział narządów w oparciu o weryfikowalne kryteria, w tym listy oczekujących (tamże, s. 116- 117).

Prof. Zbigniew Włodarczyk, transplantolog z Bydgoszczy podkreśla, że wskazana w tym zakresie specjalność medyczna nie może być traktowana, jak dział nauki, który niejako „oczekuje” na śmierć pacjenta – a śmierć człowieka i działania transplantacyjne nie mogą być postrzegane jako elementy od siebie bezpośrednio zależne. Obowiązkiem bowiem lekarzy

jest walka o życie pacjenta. Nie ma w tym miejscu oczekiwania na śmierć osoby chorej, jest natomiast kilkakrotnie badanie, czy nastąpił jej zgon. Dopiero wtedy rozważana jest możliwość wykorzystania określonych narządów/organów do przeszczepów (Przewodnik, 2015, s. 69).

Jak już zaznaczono zagadnienie to wzbudza liczne wątpliwości. Prof. Rafał Kubiak, omawiając z perspektywy karnej problem transplantacji *ex mortuo*, zwraca uwagę, że obwieszczenie Ministra Zdrowia określające dokładną metodykę stwierdzenia śmierci człowieka, to w istocie dokument, który nie stanowi powszechnie obowiązującego w Polsce źródła prawa. Autor ten zaznacza ponadto, że tak kluczowy problem, jak uznanie, iż dana osoba zmarła, winien znajdować się w akcie rangi ustawy. Kubiak jednakże dostrzega również drugą stronę pojawiającego się tutaj problemu: dynamiczny postęp medycyny sprawia, iż niezwykle trudno byłoby nieustannie nowelizować podobne akty prawne w sposób całkowicie koherentny z rozwijającą się nauką. Ukazując kontekst psychospołeczny analizowanego problemu Kubiak trafnie dostrzega, iż przyjęcie kryterium śmierci mózgowej może powodować pojawienie się sytuacji paradoksalnej. Doświadczać ją może zwłaszcza rodzina, gdyż uznanie, iż zaprzestał funkcjonować mózg człowieka, wcale nie musi oznaczać, że ustała praca jego serca (zob. Kubiak, 2010, s. 276- 278).

Bogusław Wójcik (2006), odnosząc się do kwestii krytyki kryteriów śmierci mózgowej zwrócił uwagę, iż przez część ekspertów traktowana jest ona w istocie, jako konstrukt mający na celu wzrost poziomu społecznej akceptacji dla zabiegów transplantacji organów ze zwłok ludzkich (tamże, s. 554- 555). Wątpliwości te wyraża również Tomasz Terlikowski (2009), dziennikarz, filozof, na co dzień podejmujący w swojej pracy publicystycznej i naukowej zagadnienia bioetyczne. Zwraca on uwagę na problem, iż przyjęcie kryterium śmierci mózgu człowieka to *de facto* postawa redukcjonistyczna, która może prowadzić do uznania, iż jedynie sprawne działanie mózgu określa bycie człowiekiem. Tego typu postawy mogą prowadzić do wykluczenia osób, u których stwierdzono np. głębokie upośledzenie mózgu, lub też istotne jego uszkodzenie. Podaje on także przykłady osób, które pomimo, iż stwierdzono u nich śmierć mózgu, po pewnym czasie wróciły do zdrowia. Terlikowski słusznie zaznacza, że przykłady te w istocie odnosić się mogą do błędnie przeprowadzonych działań diagnostycznych.

Z drugiej jednakże strony w kontekście tym pojawia się pytanie: Czy sformułowana na terenie Uniwersytetu Harvarda pod koniec lat 60 tych ub. w. definicja śmierci mózgowej, nie posiada charakteru utylitarnego? Czy celem w podobnym przypadku nie było przede wszystkim przyspieszenie transplantacyjnych procedur medycznych? Być może twórcom owej definicji przyświecał interes społeczno-medyczny, a nie raczej naukowe? (tamże, s. 203-206).

3. Polskie działania

Warto zwrócić uwagę na sytuację, jaka na początku 2017 r. pojawiła się na terenie Polski. Jak pod koniec lutego zaznaczała w swoim materiale prasowym Karolina Kowalska „Dwóch, a nie trzech lekarzy będzie orzekać o śmierci mózgu i stwierdzać nieodwracalne zatrzymanie krążenia u osoby, od której mają być pobrane narządy¹.” Przepisy dotyczące stwierdzania zgonu przeniesiono z ustawy transplantacyjnej do ustawy o zawodzie lekarza. O śmierci pnia mózgu orzeknie, podobnie jak w USA, dwóch medyków, z których jeden jest anesteziologiem lub neonatologiem, a drugi neurologiem lub neurochirurgiem. O nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia orzeknie zaś anesteziolog lub neonatolog oraz medyk ratunkowy, internista, kardiolog lub pediatra. Jeden lekarz orzeknie zgon w przypadku pobrania komórek lub tkanek².

Wskazane w tym miejscu uwagi dotyczą procedowanego przez polski parlament rozwiązania mającego na celu przeniesienie do tzw. ustawy lekarskiej wszelkich kwestii związanych ze stwierdzeniem śmierci pacjenta, którego organy potencjalnie mogą zostać wykorzystane do procedury transplantacyjnej (Projekt Nowelizacji Ustawy, 2017).

Ta modyfikacja legislacyjna posiada szczególny charakter. Nie odnosi się ona bowiem wyłącznie do swoistej „kosmetyki ustaw”, w ramach której dokonuje się pewnych zmian. Prezentowana nowelizacja przepisów ma o wiele większe znaczenie. Ukazuje ona bowiem istotne zagadnienie dotyczące gwarancji poszanowania praw osób, wobec których nie wiadomo na pewnym etapie postępowania diagnostycznego, czy nadal są pacjentami³.

W pierwszym rzędzie należy podkreślić, iż podjęcie przez ustawodawcę działań mających na celu analizę polskiego prawodawstwa pod kątem zagadnienia kryteriów stwierdzenia śmierci mózgu oraz stwierdzenia śmierci krążeniowej, ma szczególnie znaczenie. Problem ten wzbudza bowiem w społeczeństwie, jak zaznaczono wcześniej, niesłabnące emocje. Analizując jednakże przepisy omawianej nowelizacji dostrzec można kilka istotnych nieścisłości.

Warto podkreślić, że jak zaznacza w swojej analizie prof. Dariusz Kijowski z Rządowego Centrum Legislacji „Opiniowany projekt uzasadniany jest potrzebą reakcji na stwarzanie w społeczeństwie niekorzystnego wrażenia przez obecną regulację prawną, dotyczącą stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu oraz stwierdzania zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia krwi (zawartą w ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 2015 r., poz. 793, 1893 i 1991, zwanej dalej: ustawą

¹ K. Kowalska, *Śmierć dawcy narządów orzeknie dwóch lekarzy*, „Rzeczpospolita”, źródło: <http://archiwum.rp.pl/arttykul/1334925-Smierc-dawcy-narzadow-orzeknie-dwoch-lekarzy.html> (dostęp 12.03. 2017)

² Tamże.

³ W tej części pracy autor wykorzystał oraz w sposób istotny rozbudował analizę pierwotnie przygotowaną na rzecz instytutu Ordo Iris.

transplantacyjną), wrażenia, że orzekanie śmierci jest wykonywane przez lekarzy w celu jak najszybszego pobrania komórek, tkanek i narządów, powodując w społeczeństwie opór wobec tej metody postępowania. Obecna regulacja prawna jest także negatywnie postrzegana przez lekarzy, tworząc tym samym barierę dla rozwoju transplantologii w Rzeczypospolitej Polskiej. Z tych względów proponuje się umieszczenie tej regulacji w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2015 r., poz. 464, ze zm., zwanej dalej: ustawą o zawodzie lekarza), dzięki czemu stosowne przepisy nie będą łączone wprost z przepisami ustawy transplantacyjnej”.

Warto jednak podkreślić, iż wyniki sondaży społecznych nie wskazują na negatywne postrzeżenie przez polskie społeczeństwo szeroko rozumianej transplantologii.

Zgodnie z najnowszymi wynikami badań CBOS „Idea transplantacja narządów w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia cieszy się w Polsce niemal powszechną aprobatą (93%). 80% zgadza się, by po śmierci pobrano z ich ciała narządy do przeszczepów, natomiast 11% jest temu przeciwnych (Feliksiak, 2016, s. 3).

Formułując wnioski dotyczące zmian polskich przepisów odnoszących się do problemu stwierdzenia śmierci człowieka oraz podjęcia działań transplantacyjnych trzeba jednak zauważyć, że zastosowany przez projektodawcę mechanizm mający na celu przeniesienie przepisów dotyczących śmierci pacjenta z ustawy transplantacyjnej do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest niespójny. Działania te mają w założeniu na celu niejako anulowanie negatywnych skojarzeń, jakie pojawiają się w związku z podjęciem przez lekarza czynności takich jak: stwierdzenie śmierci oraz podjęcie interwencji transplantacyjnych (Uzasadnienie, 2016, s. 7).

Jednak zastosowanie podobnego mechanizmu prowadzi do stworzenia nie w pełni zrozumiałej sytuacji. Obecnie ustawa transplantacyjna z całą pewnością łączy dwie praktyki: kliniczne dostrzeżenie śmierci pacjenta oraz możliwość podjęcia działań transplantacyjnych.

Usunięcie z ustawy transplantacyjnej treści dotyczącej stwierdzenia śmierci mózgowej u pacjenta nie spowoduje automatycznie oczekiwanych reakcji społecznych w postaci szybkiego oraz istotnego poparcia dla zabiegów transplantacji. Jak wskazano wyżej, zabiegi te spotykają się ze społeczną akceptacją.

Innymi słowy, to właśnie w obowiązującej formule dostrzec można spójność oraz celowość działań zarówno prawnych, jak i medycznych. Obowiązujący przed wejściem w życie omawianej nowelizacji art. 43 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi, że: „1. Lekarz może stwierdzić zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach. 2. W uzasadnionych przypadkach lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może uzależnić wystawienie karty zgonu od przeprowadzenia sekcji zwłok. 3. Lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może wystawić kartę zgonu na podstawie dokumentacji badania pośmiertnego, przeprowadzonego przez innego lekarza lub inną uprawnioną osobę.” (Ustawa, 1996). Unormowanie to odnosi się do sytuacji ogólnej. Wskazuje ona np. na chwilę, w których

lekarz stwierdza śmierć człowieka na terenie jego mieszkania (został wezwany przez rodzinę, która dostrzegła, iż dana osoba zmarła). Lekarz stwierdza zgon na podstawie analizy *stricte* biologicznej: badanie tętna, pulsu, odruchów ciała, reakcji warunkowych. Tym samym podejmuje działania odnoszące się do badania krążenia pacjenta oraz odruchów neurologicznych. Dodanie przez projektodawcę art. 43a prowadzi do wytworzenia się niespójnej sytuacji. Z jednej strony będziemy mieć stan, w którym każdy lekarz, w tym lekarz dentyista na podstawie osobistego badania pacjenta może stwierdzić jego zgon. Z drugiej natomiast strony pojawiają się dodatkowe, szczegółowe przepisy, które dotyczą trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu lub zatrzymania krążenia. W przepisach wprowadzono dodatkową komplikację. W art. 43a ust 4 i 5 znowelizowanej ustawy o zawodach lekarza wprowadza się wąską kategorię lekarzy specjalistów, stwierdzających zgon.

Tym samym w przepisach występują obok siebie dwie dyspozycje: z jednej strony dyspozycja pozwalająca każdemu lekarzowi przystąpić do badania, które ma stwierdzić, bądź wykluczyć śmierć (lekarze ci odnoszą się w takiej sytuacji do praktyki neurologicznej oraz kardiologicznej, nie muszą jednak posiadać którejs z tych specjalizacji), Z drugiej natomiast strony wprowadza się przepis, który wyłącznie specjalistom (w tym kardiologom i neurologom) pozwala na stwierdzenie śmierci mózgowej i krążeniowej. Innymi słowy dojść może do sytuacji, w której *de facto* po wypadku nie będzie można stwierdzić śmierci człowieka. W tym wypadku nie będzie tego mógł stwierdzić lekarz towarzyszący ratownikom. Działanie to bowiem musi podjąć dwóch specjalistów. Tym samym nie jest zrozumiałe dlaczego tylko art. 43a ust 7 odnosi się do działań transplantacyjnych. Trzeba też zauważyć, że w dokumencie tym całkowicie pominięto fakt, iż w procedurach transplantacyjnych bardzo często podejmuje się działania nie po stwierdzeniu śmierci krążeniowej, ale właśnie śmierci mózgowej (krążenie u pacjenta jest zachowane, co pozwala na podjęcie działań transplantacyjnych) (Projekt 2016). Warto w tym miejscu dodać, że omawiana nowelizacja weszła w życie pod koniec lutego 2017r. (Ustawa 2017).

4. Procedura stwierdzenia śmierci mózgu

Dalsze rozważania dotyczące zaproponowanych zmian w przepisach dotyczących zasad wykonywania zawodu oraz przeprowadzania transplantacji *ex mortus* kierują uwagę w stronę kolejnego problemu, tym razem dotyczącego procedury stwierdzającej zanik pracy ustroju. W Polsce do czasu, w którym wprowadzono omawianą wyżej nowelizację utrwał się standard, zgodnie z którym działania takie podejmował zespół składający się z trzech lekarzy. W nowelizacji ustawy o zawodach lekarza oraz ustawy transplantacyjnej podjęto działania mające na celu ograniczenie składu tej komisji. W uzasadnieniu zwrócono uwagę, że korzystanie z opinii trzech lekarzy, to pokłosie czynnej niegdyś obecności w społeczeństwie instytucji lekarza sądowego (Uzasadnienie, 2016, s. 7). W tym miejscu należy jednakże przypomnieć, iż polskie przepisy, a zwłaszcza ustawa o prawach pacjenta i

Rzeczniku Praw Pacjenta nadal wskazują na istnienie praktyki tzw. konsylium lekarskiego. Pacjent posiada prawo, by żądać zwołania takiej komisji. Komisje te nie zajmują się jedynie prostszymi przypadkami, ale analizują również złożone sytuacje kliniczne (Ustawa, 2008).

Taka właśnie sytuacja dotyczy stwierdzenia śmierci pacjenta. W uzasadnieniu do omawianej powyżej nowelizacji zwrócono uwagę, iż zmniejszająca się liczba lekarzy powoduje, że coraz trudniej jest zwołać taką komisję. Z drugiej jednak strony podobne trudności mogą wiązać się z udziałem dwóch specjalistów pracujących na terenie danej placówki (Uzasadnienie, 2016, s.8)

Na koniec tej części rozważań warto zaznaczyć, iż stwierdzenie śmierci danego człowieka to sytuacja o szczególnym charakterze. Dotyczy ona unikalnej procedury medycznej, mającej na celu przekazanie kluczowych w danym momencie informacji. Wprowadzone w ostatnim czasie rozwiązania prowadzą do pojawienia się modelu, w którym podejmowane działania przypominają konsultację z drugim lekarzem (np. opiniującym w sprawie przyjęcia pacjenta do szpitala). Wydaje się, iż pomysł ograniczenia liczby lekarzy orzekających śmierć mózgu pacjenta jest niewłaściwy. Zachowanie działań podejmowanych przez komisję jest bowiem kluczowe także z perspektywy odbioru całej sytuacji przez rodzinę pacjenta. Bliscy zmarłemu mają w takiej sytuacji świadomość, iż utrzymana została odpowiednia powaga oraz ranga całego zdarzenia.

Formując w tym miejscu wnioski, będące swoistym postulatem zmiany prawa, trzeba zgodzić się z opinią prezentowaną już w 2014 r. przez prof. Irenę Lipowicz, która sprawowała w tamtym czasie urząd Rzecznika Praw Obywatelskich. Zwróciła ona wówczas uwagę, że przepisy dotyczące stwierdzenia zgonu pacjenta nie gwarantują w pełni poszanowania praw i wolności człowieka. Zdaniem prof. Lipowicz: *Obwieszczenie w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu*, nie jest powszechnie obowiązującym w Polsce źródłem prawa. Nie może ono określać tak istotnych kwestii, jak medyczne stwierdzenie końca ludzkiego życia. Zgodnie z zapisami polskiej Konstytucji, wolności oraz prawa człowieka, w tym prawo do życia, muszą być regulowane w drodze aktu prawnego rangi ustawy (za: Gajos-Kaniewska, 2017)

Patrząc na omawianą problematykę z perspektyw wyłącznie prawnej, z całą pewnością należy się zgodzić z prof. Lipowicz.

5. Czy dawca organów po śmierci jest pacjentem

Omawiana powyżej problematyka kieruje nas w stronę szczególnego w kontekście transplantacji pytania. Warto bowiem zastanowić się, kto w trakcie podobnych procedur jest pacjentem?

Zmarły człowiek, którego organy mają być wykorzystane, jest sztucznie podtrzymywany przy życiu. Lekarze – już po stwierdzeniu zgonu danej osoby – interweniują w celu utrzymania sprawności konkretnych narządów organizmu. Personel medyczny podejmuje działania podobne do działań stosowanych wobec pacjenta oddziału

intensywnej opieki medycznej. Warto w tym miejscu postawić pytanie: Czy w omawianym kontekście mamy do czynienia z pacjentem, czy też z ludzkimi zwłokami, które poddawane są określonym procedurom?

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazuje, iż dana osoba staje się pacjentem w dwóch sytuacjach. Po pierwsze, gdy sama zwraca się o udzielenie pomocy, po drugie, gdy ekspert medyczny udziela jej świadczeń zdrowotnych (Ustawa 2008). Nie ulega wątpliwości, iż pacjentem nazwiemy osobę, która badana jest przez komisję stwierdzającą, bądź też wykluczającą zgon. Podobnie przedstawia się sytuacja człowieka poddanego diagnozie mającej stwierdzić konieczność lub brak konieczności wdrożenia dalszych działań medycznych, w tym leczniczych (Łaska-Formesjter, 2015, s. 31). Lekarze w sytuacji tej nie posiadają jednakże wiedzy, czy osoba ta żyje, czy też doszło już do zgonu, (który należy komisyjnie potwierdzić bądź wykluczyć). Zupełnie inna sytuacja pojawia się w chwili, w której medycy stwierdzą śmierć danego człowieka. Mamy wtedy do czynienia z relacją pomiędzy medykami a zwłokami ludzkimi. Nie ma tu zatem interakcji zachodzącej między lekarzem a pacjentem. W procedurach związanych z transplantacją można z pewnością stwierdzić występowanie działań leczniczych (szerzej, medycznych), ale wyłącznie w odniesieniu do biorcy organów pobranych od zmarłego dawcy. Niezależnie od stanu zdrowia biorca jest pacjentem, który musi uzyskać pomoc od osoby specjalizującej się w medycznej diagnozie oraz leczeniu (Karkowska, Nowak, Kulpa 2013, s. 4)

6. Refleksje końcowe

Zaprezentowane powyżej rozważania warto podsumować konkluzjami stanowiącymi jednocześnie odpowiedź na zadane we wstępie pytania.

W pierwszym rzędzie – dotykając tematu stwierdzenia śmierci człowieka - warto zaznaczyć, że w polskich uregulowaniach dotyczących tej kwestii nie ma rozwiązań, które godziłyby w przyrodzone prawa człowieka. Odnoszące się do tego problemu procedury prawno-medyczne wskazują na kluczowe znaczenie aktualnej wiedzy oraz doświadczenia lekarzy uczestniczących w tym ważnym klinicznie momencie.

Wątpliwości mogą budzić dwie kwestie. Po pierwsze jest nią ranga przepisów odnoszących się do problemu lekarskiego stwierdzenia śmierci człowieka, a po drugie ograniczenie liczby opiniujących lekarzy. W pierwszym bowiem rzędzie należy przypomnieć, iż omawiane procedury dotyczą szczególnych sytuacji. Opis postępowania, jakie winno być podjęte w takiej sytuacji powinien znajdować się w dokumencie będącym powszechnie obowiązującym źródłem prawa, w tym zwłaszcza w ustawie, w której winny znajdować się kluczowe kwestie dotyczące praw i wolności człowieka. Z podobnych, szczególnych względów nie powinno się ograniczać liczby ekspertów opiniujących tego typu zdarzenia. Podobne postulaty nie są jedynie prawnymi refleksjami odnoszącymi się do przyszłości. Dyskusja dotycząca śmierci człowieka oraz możliwego wykorzystania jego

organów w sposób nieuchronny wzbudza emocje. Dla wielu osób takie debaty dotyczą ich konkretnych sytuacji życiowych i doświadczeń.

Obserwując podejmowane w ostatnim czasie dyskusje, można zauważyć, że pojawiają się w nich kwestie związane z obiektywnymi kryteriami, dzięki którym można stwierdzić, że dana osoba nie żyje. Kwestie te wydają się mieć kluczowy charakter. Warto jednakże w tym miejscu zauważyć, że bez względu na rezultaty podobnych debat, dla rodziny oraz bliskich osoby zmarłej efekty takich naukowych dyskusji mogą być *de facto* nieistotne. Śmierć człowieka może wywoływać sytuacje, w których ludzie nie są zdolni do jakichś racjonalnych analiz.

Dla lekarzy oraz pielęgniarek śmierć ludzkiego mózgu oznacza zakończenie życia człowieka, który pomimo podejmowania wobec niego pewnych interwencji medycznych, przestał być pacjentem. Dla bliskich osoby zmarłej sytuacja ta nie jest jednak oczywista. Widząc reakcję ciała oraz monitorowaną, nadal aktywną pracę serca trudno automatycznie uznać, iż śmierć mózgu zakończyła egzystencję człowieka. Perspektywa medyków oraz rodziny jest tutaj zatem całkowicie odmienna. Ważne w tym kontekście są dyskusje dotyczące sposobu przekazywania zwłaszcza przez lekarzy trudnych, a nierzadko i tragicznych informacji (Kaczkowski, 2013, s. 105–109).

W Polsce co pewien czas wraca dyskusja dotycząca kryteriów stwierdzenia śmierci mózgu/ pnia mózgu. Ekspertki, którzy krytykują aktualne, dotyczące tej kwestii rozwiązania zaznaczają, że funkcjonujące obecnie kryteria są w istocie nieprecyzyjne, nie uwzględniają aktualnego stanu wiedzy medycznej. Co pewien czas pojawiają się wręcz radykalne głosy zwracające uwagę, że transplantologia opiera się na krzywdzie żyjących jeszcze pacjentów. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że formułowanie podobnych opinii – bez jednoczesnego proponowania innych rozwiązań – nie prowadzi w żadnej mierze do zakończenia, co pewien czas uwidoczniającego się sporu. W medycynie oraz w bioetyce nie wskazano bowiem szerzej podejmowanej alternatywy dla istniejących, aktualnych rozwiązań. Zapewne podniesienie rangi prawnej omawianych procedur to istotny i kluczowy postulat, dotyczący fundamentalnej dla medycyny zasady szacunku dla godności każdego pacjenta. Kryteria dotyczące stwierdzenia śmierci mózgu/ pnia mózgu powinny być przedstawiane nie tylko w sposób precyzyjny, ale i klarowny. Muszą one również w pełni uwzględniać prawa człowieka, również człowieka, który prawdopodobnie umarł (Fiszer, 2008, s. 153-157). Słowo „prawdopodobnie” posiada w tym miejscu szczególne znaczenie. U lekarzy podejrzewających śmierć badanej osoby może pojawić się myśl dotycząca możliwości wykorzystania jej organów w procedurze transplantacyjnej. Rodzina tej osoby żyje natomiast zupełnie inną nadzieją. Oczekuje najczęściej cudu. Widząc aktywne działanie personelu, słysząc dźwięki wydawane przez sprzęt medyczny trudno uwierzyć, iż doszło do śmierci kogoś bliskiego. Należy zatem pamiętać, aby wszelkie propozycje prawne dotyczące potwierdzania zgonu, uwzględniały również te szczególne uwarunkowania (por. Machinek, 2009, 64 - 75).

Bibliografia:

- Biesaga T. (2005), Wobec uporczywej terapii, *Medycyna Praktyczna*, nr 11- 12, s. 20- 25.
- Fiszer U. (2008), Dylematy etyczne w pracy neurologa, *Polski Przegląd Neurologiczny*, tom 4, nr 3, s. 153- 157.
- Feliksiak M. (2012), *Postawy wobec przeszczepiania narządów*, CBOS, Warszawa.
- Feliksiak M. (2016), *Postawy wobec transplantacji narządów*, CBOS, Warszawa.
- Gajos-Kaniewska D., *Kryteria śmierci mózgu nie powinny wynikać z obwieszczenia*, „Rzeczpospolita”, źródło <http://www.rp.pl/artukul/1133042-Kryteria-smierci-mozgu-nie-powinny-wynikac-z-obwieszczenia.html> (dostęp 21.11. 2017)
- Kijowski D., Opinia z 8 lipca 2016r o projekcie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Rządowe Centrum Legislacji, Warszawa 2016, źródło: <http://radalegislacyjna.gov.pl/dokumenty/opinia-z-8-lipca-2016-r-o-projekcie-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-zawodach-lekarza-i-lekarza> (dostęp 21.11. 2017)
- Kaczkowski J, (2013), *Szatu nie ma, jest rak*, rozm. przep. K. Jabłońska, Więź, Warszawa.
- Kowalska K. *Śmierć dawcy narządów orzeknie dwóch lekarzy*, „Rzeczpospolita”, źródło: <http://archiwum.rp.pl/artukul/1334925-Smierc-dawcy-narzadow-orzeknie-dwoch-lekarzy.html> (dostęp 12.03. 2017)
- Kubiak R.(2010), *Prawo medyczne*, Warszawa: Wwydawnictwo C. H. Beck.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. z dnia 31 lipca 2007)
- Karkowska D, Nowak A., Kulpa M. (red.) (2013), *Poradnik o prawach pacjenta*, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa.
- Muszala A., Mazur D. (2015), *Bioetyka w dialogu*, Warszawa: Wydawnictwo Magdalennum.
- Machinek M.(2009), Konflikty etyczne u kresu życia w relacji - lekarz-pacjent Refleksja w kontekście projektu powołania szpitalnych komisji etycznych, *Diametros*, nr 22, s. 64-75.
- Łaska-Formesjter A. (2015), *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Morciniec P. (2006), *Transplantacja organów*, [w:] *Nauczanie moralne Jana Pawła II. Bioetyka*, s. 116- 117, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Olejniczak E., Kukiela B. (2012), Medialny obraz transplantacji ex mortuo a przepisy prawa, *Folia Linguistica*, 46, s. 86- 102
- Przewodnik bioetyka dla młodych*, (2015) Kraków: Międzywydziałowy Instytut Bioetyki UPJPII, Fundacja Jeden z Nas, Fundacja Jerome Lejeune.
- Projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, druk sejmowy 1212, źródło: <https://mojepanstwo.pl/dane/instytucje/3214,sejm/druki/2210373>

(dostęp 12.03. 2017)

Terlikowski T.P. (2009), *Nowa kultura życia. Apologia bioetyki katolickiej*, Fronda, Warszawa.

Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 27 października 1995r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (dz. U. z 2000 , nr 120, z późn. zm.)

Ustawa z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.)

Uzasadnienie do projektu nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, druk sejmowy, Ministerstwo Zdrowia Warszawa 2016 , 1- 14

Wójcik B. (2006), *Śmierć mózgowa*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, A. Muszla (red.), s. 554-560, Radom: Wydawnictwo Polwen.

Zajdel J. (2007) *Prawo w medycynie. Podręcznik dla lekarzy*, Łódź: Wydawnictwo Progres.