Jacek M. Norkowski OP: Śmierć zwykła i śmierć dawcy narządów

Zwolennicy śmierci mózgowej w Wielkiej Brytanii – Pallis i Harley – zalecają stosowanie znieczulenia ogólnego w stosunku do dawców, których skądinąd uważają za zmarłych

Czytelnik, biorąc moją książkę do ręki, może być zaskoczony. Ujmowanie śmierci w jakąś definicję mogłoby wydawać mu się czymś niepotrzebnym. Wiemy jak śmierć wygląda, często oglądamy ją na filmach i wiemy też, że lekarz stwierdza ją na podstawie pewnych i oczywistych kryteriów. Z drugiej jednak strony dość często słyszymy o tym, że gdy chodzi o stwierdzenie śmierci człowieka, od którego mają być pobrane narządy do przeszczepu, sytuacja jest inna. W Polsce rodzina jest na ogół pytana o zgodę na pobranie narządów. Bez takiej zgody narządów się z reguły nie pobiera. Zapytajmy jednak czego ta zgoda dotyczy. Czy tylko pobrania narządów?

Zauważmy, że zgoda jest wyrażana wtedy, gdy pacjent, znajdujący się w stanie śpiączki i oddychający za pomocą respiratora, jest jeszcze osobą żyjącą. Osobie takiej przysługują wszelkie prawa jako pacjentowi i obywatelowi. Aby zgodnie z prawem można było pobrać od niego narządy, musi ona najpierw „umrzeć". Kiedy następuje taka śmierć? Na czym ona polega? Czy tu również dochodzi do zatrzymania oddechu, a potem akcji serca i krążenia krwi? Na te pytania mogłyby paść rożne odpowiedzi. Osoby nieco lepiej poinformowane wiedzą o tym, że śmierć stwierdza wobec przyszłego dawcy specjalna komisja. Jej członkowie składają w stosownych dokumentach, opisujących stan chorego na podstawie przeprowadzonych badań, swoje podpisy. W myśl tych dokumentów, po złożeniu trzech wymaganych prawem podpisów, osoba przestaje być pacjentem i staje się zwłokami. Jak to jednak jest możliwe, aby śmierć człowieka następowała tylko dlatego, że na kartce

zostały złożone trzy podpisy, podczas gdy w momencie ich składania nic szczególnego nie zmieniło się w organizmie chorego? Chory pozostaje ciepły, krew nadal krąży i chory oddycha za pomocą respiratora. Co się zatem zmieniło?

Otóż zmieniła się rzecz o podstawowym znaczeniu dla pacjenta – jego status prawny. Według prawa nie jest już on członkiem ludzkiej społeczności. Kim lub „czym" zatem jest? Jego wygląd w niczym nie przypomina zwłok, ale jego ciało tak jest nazywane. Twierdzi się, że jest ono tylko „zbiorem narządów i tkanek", nie jest natomiast funkcjonalną całością, czyli nie jest organizmem żywym. Z jakich to powodów organizm ten miałby utracić życie? Czy zabiły go te podpisy złożone przez członków komisji? Nikt chyba przy zdrowych zmysłach tak nie pomyśli.

Co do statusu fizjologicznego dawcy możemy więc mieć duże wątpliwości. Nie ma to jednak większego znaczenia w sytuacji, gdy prawo zezwala na pobranie od niego narządów. Dopiero po tym fakcie status fizjologiczny dawcy przestaje budzić wątpliwości u kogokolwiek. Czy znikają jednak wszystkie pozostałe wątpliwości, zwłaszcza natury etycznej?

Prasa i inne media podają nam od czasu do czasu informacje na temat osób, u których stwierdzono śmierć na podstawie kryteriów neurologicznych, czyli śmierci mózgową, a które obecnie cieszą się dobrym zdrowiem. Takim przypadkiem był Zack Dunlap w Stanach Zjednoczonych (film na jego temat: http://www.msnbc.msn.com/id/23768436/) i Agnieszka Terlecka w Polsce (http://www.youtube.com/watch?v=4JD1151hsQw). Jak mogło

do tego dojść? Czy są to sytuacje „niewytłumaczalne z naukowego punktu widzenia”, jak z reguły się w takich przypadkach stwierdza? A może sposoby stwierdzania ich śmierci były wadliwe?

W trakcie czytania książki czytelnik przekona się, że autor przychyla się do drugiego poglądu. Jest rzeczą oczywistą, że wyrażanie takich poglądów spotka się z krytyką środowiska transplantologicznego. Jednak sprawa właściwego definiowania życia i śmierci człowieka jest zbyt ważna, aby dostosowywać ją do czyichkolwiek potrzeb i nie może z nich wynikać.

Książka porusza też problemy osób w śpiączce i stanie wegetatywnym. Również ich sytuacja, zwłaszcza w kontekście wątpliwości co do stanu ich świadomości, niesie spore zagrożenia. Jak już wyżej było powiedziane, śpiączka połączona z bezdechem kwalifikuje chorego do uznania go za potencjalnego dawcę narządów kandydata do stwierdzenia u niego śmierci mózgowej. Natomiast osoby w stanie wegetatywnym, jeśli trwa on dłużej, zagrożone są śmiercią z powodu zaprzestania ich karmienia i podawania im płynów w krajach, w których jest to legalne, bądź stopniowego wycofywania leczenia i ogólnej opieki w i innych. Jako argument podaje się nieodwracalna utratę świadomości u tych chorych, co jednak jest raczej postulatem niż stanem rzeczywistym. Rozwój diagnostyki medycznej coraz bardziej podważa te poglądy.

U dawców obserwuje się z reguły jakieś objawy działania mózgu takie jak fale mózgowe w EEG, pozytywne wyniki polegające na ocenie tzw. potencjałów wzbudzonych, działanie ośrodka naczynioruchowego w rdzeniu przedłużonym, wydzielanie hormonów przed podwzgórze i przysadkę. Ciała osób w śmierci mózgowej mają normalną homeostazę,

kontrolują temperaturę, zwalczają infekcje i mają działające narządy wewnętrzne, umożliwiające u kobiet w ciąży, (będących w stanie określanym jako śmierć) wydanie na świat zdrowego dziecka nawet po wielu tygodniach.

Wielu autorów podkreśla, że dawcy reagują na działanie chirurga w czasie pobrania narządów tak samo jak w trakcie normalnego zabiegu, co objawia się wzrostem ciśnienia krwi i tachykardią. Dlatego też nawet zwolennicy śmierci mózgowej w Wielkiej Brytanii – Pallis i Harley – zalecają stosowanie znieczulenia ogólnego w stosunku do dawców, których skądinąd uważają za zmarłych . Pallis twierdzi że: „Dawcy narządów powinni otrzymywać znieczulenie ogólne dokładnie w ten sam sposób, jak pacjenci świadomi" oraz że „odpowiednie znieczulenie ogólne powinno również uśmierzyć wszelkie obawy co do rezydualnej zdolności odczuwania" Chodzi tu po prostu o możliwość, że dawcy mogą odczuwać ból spowodowany zabiegiem chirurgicznym.

Nieliczne przeprowadzone studia nad patologią mózgu pacjentów z diagnozą ŚM nie potwierdzają rozległych zniszczeń; część pacjentów miała tylko niewielkie zmiany. Badania przeprowadzone przez National Institutes of Health w USA wykazały, że spośród 226 pacjentów, których zwłoki poddano badaniu sekcyjnemu, u 10% nie było dających się stwierdzić naocznie zmian patologicznych mózgu, u 50% dało się zauważyć uszkodzenie częściowe, a jedynie u 40% zmiany określone jako „zniszczenie mózgu".

Zagadnienia te są istotne nie tylko dla personelu medycznego, ale także dla całego społeczeństwa. Nawet jeśli mierzenie się z tego typu problemami jest dla nas trudne, to jednak nie możemy przed nimi

uciec. Dotychczasowy deficyt debaty na ich temat w Polsce i większości krajów tej sytuacji nie poprawia, lecz raczej ją pogarsza.

Przykładem pozytywnym może być Japonia. Otwarte poruszanie tematu śmierci mózgowej zaowocowało w tym kraju stworzeniem systemu prawnego, który najbardziej szanuje potrzebę świadomej zgody pacjenta na wszelkie zabiegi medyczne podejmowane wobec niego oraz respektuje jego prawa. Prawo to jest stosowane w ten sposób, że najpierw pacjent jest diagnozowany klinicznie jako będący w stanie ŚM, co nie ma na tym etapie konsekwencji prawnych (chory z punktu widzenia prawa jest nadal osobą żyjącą). Jak stwierdza Morioka, diagnoza kliniczna ŚM jest tylko diagnozą wstępną i „nie wymaga próby bezdechu", ponieważ „ta próba mogłaby być szkodliwą dla ciała pacjenta". Jeśli pacjent/pacjentka nie ma karty dawcy lub jeśli nie zgadzał/a się na przeszczepy, wtedy on/ona jest uznawany/a za 'żywego/żywą' aż do momentu, gdy jego/jej serce przestanie bić. Lekarzom nie wolno postawić diagnozy ŚM mającej moc prawną, która to diagnoza wymaga przeprowadzenia badanie bezdechu (badanie bezdechu stosowane jest w Polsce i wielu innych krajach w celu postawienia diagnozy śmierci mózgowej i przez wielu autorów uważane za niebezpieczne, uszkadzające jego mózg i zagrażające mu nagłą śmiercią).

W przeciwieństwie do innych krajów w Japonii przeprowadzono wiele badań opinii publicznej na temat śmierci mózgowej oraz przeszczepów, począwszy od lat 80. XX wieku. Przez ponad 15 lat około 40 do 50% Japończyków uważało ŚM za śmierć człowieka, natomiast około 20 do 40% nie zgadzało się z tą opinią. Prawo japońskie różni się znacznie od prawa obowiązującego w USA czy w krajach europejskich. Uwzględnia ono punkt widzenia 20 - 40% obywateli, którzy nie akceptują ŚM. Badania wykazują, że podobna część społeczeństwa w Ameryce i Europie ma właśnie takie zdanie. Morioka zauważa, że w Japonii przeprowadzono na ten temat długą debatę, w której wzięli udział nie tylko przedstawiciele kręgów medycznych i bioetycznych, ale również

zwykli obywatele. To właśnie przeprowadzenie narodowej debaty spowodowało uchwalenie prawa dotyczącego ŚM, które tak bardzo różni Japonię od innych krajów.

Zgoda na bycie dawcą w USA, Wielkiej Brytanii i Japonii musi być wyrażona w postaci wpisu do Karty Dawcy. Jest więc ona pozytywnym aktem dokonanym przez obywatela i mającym określone skutki prawne. W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, przyjęto natomiast zasadę zgody domniemanej. Według niej każdy, kto nie wyraził sprzeciwu wobec pobrania od niego narządów do przeszczepu, tym samym wyraził na to zgodę. Takie sformułowanie prawne budzi jednak poważne zastrzeżenia.

Niniejsza książka powstała na bazie pracy doktorskiej, którą autor napisał pod kierunkiem prof. Jana Talara. Talar jest wybitnym specjalistą z zakresu rehabilitacji, lekarzem o szerokich kompetencjach zawodowych, który opracował własną metodę pomocy chorym w śpiączce, stanie wegetatywnym i stanach do niego zbliżonych. Dzięki stosowaniu metody prof. Talara udało się w Klinice Rehabilitacji Collegium Medicum UMK wybudzić ze śpiączki lub wyprowadzić ze stanu obniżonej świadomości setki chorych i przeprowadzić ich pomyślną rehabilitację. Część z tych chorych spełniała kryteria pozwalające na wysuniecie podejrzenia śmierci mózgowej. Teraz cieszą się życiem.

Obecnie prof. Talar kieruje niewielka kliniką rehabilitacji w Połczynie Zdroju. Oby mógł ja jak najszybciej doprowadzić do rozkwitu. Niech ta książka będzie wyrazem uznania dla osiągnięć prof. Jana Talara i wszystkich jego współpracowników, które powinny być szerzej znane zarówno w Polsce jak i poza jej granicami.

O. dr nauk med. Jacek Maria Norkowski OP (1957) jest absolwentem Akademii Medycznej w Poznaniu, którą ukończył w roku 1982. Po ukończeniu studiów medycznych wstąpił do zakonu dominikańskiego. Studia filozoficzne i teologiczne odbywał w Krakowie, gdzie w roku 1989. otrzymał święcenia kapłańskie. W roku 1990, na Papieskiej Akademii Teologicznej, uzyskał tytuł magistra w dziedzinie filozofii za pracę na temat teorii powstawania i rozwoju świadomości u człowieka napisaną pod kierunkiem dr. Alfreda Gawrońskiego.

W latach 1991-92 odbył staż w centrum bioetycznym Pope John XXIII Medical-Moral Research and Education Center w Bostonie. Tu zainteresował się problemem kryteriów śmierci człowieka, koniecznych dla podejmowania decyzji dotyczących chorych w stanach terminalnych oraz dawców organów do przeszczepów. To zainteresowanie zaowocowało dalszymi studiami podjętymi w Rzymie i zakończonymi obroną licencjatu na uniwersytecie Angelicum poświęconemu tematowi tzw. mózgowych kryteriów śmierci człowieka w roku 2003. W 2009 roku obronił na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika / Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera pracę doktorską pod tytułem: „Śpiączka pourazowa, stan wegetatywny oraz śmierć mózgowa w świetle wybranego piśmiennictwa. Ewolucja poglądów medycznych i jej etyczne implikacje” napisaną pod kierunkiem prof. zw. dr hab. med. Jan Talara.

O. Jacek Maria Norkowski zajmuje się również innymi tematami z pogranicza medycyny, etyki i filozofii, które stają się coraz ważniejsze dla całego społeczeństwa.

Przeczytaj także: Śmierć mózgu. Kiedy umiera człowiek?