

PIOTR GRZEGORZ NOWAK\*

## POBIERANIE NARZĄDÓW PO ZATRZYMANIU KRAŻENIA. O NADRZĘDNOŚCI NEUROLOGICZNEGO KRYTERIUM ŚMIERCI NAD KRAŻENIOWYM – KWESTIE REGULACYJNE\*\*

Słowa kluczowe: bioetyka, etyka medyczna, prawo medyczne, transplantacja narządów, pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia, śmierć mózgu, reguła martwego dawcy

Keywords: bioethics, medical ethics, medical law, organ transplantation, donation after circulatory determination of death, brain death, dead donor rule

---

\* Piotr Grzegorz Nowak – adiunkt w Zakładzie Badań nad Etyką Zawodową Instytutu Filozofii UJ, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Bioetycznego, autor książki *Etyka, śmierć i transplantacje*, wydanej w 2018 r. nakładem Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego. Przedmiotem jego zainteresowań badawczych są problemy etyczne związane z przeszczepianiem i alokacją narządów oraz inne zagadnienia z zakresu etyki stosowanej.

Address for correspondence: Jagiellonian University, Department of Professional Ethics, Institute of Philosophy, Grodzka 52, 31-044 Kraków. E-mail: piotr.grzegorz.nowak@uj.edu.pl.

\*\* Artykuł powstał w ramach projektu badawczego „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” nr 2013/08/A/HS1/00079, finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki. Chciałbym serdecznie podziękować anonimowemu recenzentowi czasopisma *Analiza i Egzystencja*, którego krytyczne uwagi miały znaczący wpływ na ostateczny kształt tego artykułu i pozwoliły poprawić jakość argumentacji w nim zawartej.

Naczelna w transplantologii zasada etyczna – reguła martwego dawcy – zabrania pobierać niezbędne do życia narządy przed naturalną śmiercią dawcy (Miller, Truog, 2012, s. 113–114; Robertson, 1999; Truog, Robinson, 2003, s. 2391; Veatch, Ross, 2015, s. 39). Nic więc dziwnego, że większość narządów pobieranych do przeszczepu pochodzi od zmarłych (Domínguez-Gil, Matesanz, 2017, s. 38–44). W przypadku znacznej części dawców pobranie organów następuje po stwierdzeniu tzw. śmierci mózgu<sup>1</sup>. Jednakże w ostatnich latach coraz więcej transplantacji dokonywanych jest po stwierdzeniu śmierci za pomocą testów krążeniowych. Przykładem może być Wielka Brytania, gdzie jeszcze w 2006 roku tego rodzaju transplantacje stanowiły zaledwie 19% ogółu przeszczepień od zmarłych (Matesanz, Miranda, 2007, s. 26), a w 2016 roku już niemal połowę (Domínguez-Gil, Matesanz, 2017, s. 40). Także w krajach takich jak Hiszpania, Francja czy Polska w ostatnich latach wzrósł lub pojawił się (jak w Polsce) udział tego rodzaju dawstwa<sup>2</sup>. Motywem napędzającym rozpowszechnianie się przeszczepień po zatrzymaniu krążenia jest potrzeba ograniczenia niedoboru narządów, który wciąż stanowi dotkliwy problem w systemach opieki zdrowotnej wielu krajów (Ozark, DeVita, 2001, s. 168). Z wyliczeń Macieja Kosieradzkiego (2014) wynika, że gdyby przez cały 2011 rok funkcjonował w Polsce program pobierania narządów po zatrzymaniu krążenia (faktycznie został on wprowadzony w 2015 roku), w samej Warszawie można by uzyskać nawet 226 nerek. Jest to imponująca liczba, wzięwszy pod uwagę, że w 2011 roku w całej Polsce

---

<sup>1</sup> „Śmierć mózgu” jest, jak pisze Bogusław Wójcik (2013, s. 307), „(...) sformułowaniem technicznym odnoszącym się do obiektywnego faktu biologicznego, którego zaistnienie stwierdza się przy użyciu określonych testów diagnostycznych”. Z tego względu znacznie lepiej tego rodzaju uszkodzenie mózgu byłoby nazywać „całkowitą niewydolnością mózgu”, jak zaproponowała President’s Council on Bioethics (2008, s. 12). To nowe określenie nie przesądza z góry, czy człowiek w stanie śmierci mózgu jest żywy, czy martwy i nie implikuje tego, że istnieją dwa rodzaje śmierci (śmierć mózgu i śmierć zwykła – zob. Bernat, 2002, s. 325), pozostawiając te kwestie do rozstrzygnięcia na gruncie filozoficznej koncepcji śmierci. Ze względu na rozpowszechnienie terminu „śmierć mózgu” zdecydowałem się jednak pozostać przy tradycyjnym nazewnictwie.

<sup>2</sup> W 2016 roku w Hiszpanii przeszczepy po zatrzymaniu krążenia stanowiły 26% transplantacji od zmarłych, we Francji 5%, a w Polsce 1%, natomiast dziesięć lat wcześniej tego rodzaju transplantacje stanowiły jedynie 5% ogółu przeszczepień od zmarłych w Hiszpanii, we Francji odbył się tylko jeden tego rodzaju zabieg, a w Polsce przeszczepy po zatrzymaniu krążenia nie były jeszcze prawnie dozwolone (Domínguez-Gil, Matesanz, 2017, s. 38, 40; Matesanz, Miranda, 2007, s. 24–26).

przeszczepiono jedynie 1039 nerek pochodzących od zmarłych dawców (Antoszkiewicz, Czewiński, 2012, s. 26).

Można wyróżnić dwa główne rodzaje dawstwa narządów po zatrzymaniu krążenia – dawstwo po kontrolowanym zatrzymaniu krążenia oraz dawstwo po zatrzymaniu krążenia w warunkach niekontrolowanych (Veath, Ross, 2015, s. 68–69; Ozark, DeVita, 2001, s. 168–169). Do pierwszego typu zaliczają się wszystkie te sytuacje, kiedy do pobrania dochodzi po planowanym wycofaniu terapii podtrzymującej życie (np. po odłączeniu respiratora, gdy zapadnie decyzja, że w interesie pacjenta nie leży już jego użycie), natomiast pod drugą kategorię podpadają te przypadki, kiedy do zatrzymania krążenia dochodzi w niedających się przewidzieć okolicznościach, np. w wyniku nieszczęśliwego wypadku, gdy resuscytacja zastosowana przez zespół ratowniczy lub lekarzy okaże się nieskuteczna. Poza tym ogólnym podziałem wyróżnić można także kilka bardziej szczegółowych rozróżnień. Poniżej podaję jedną ze zaktualizowanych wersji klasyfikacji dawców po zatrzymaniu krążenia, ustalonej na konferencji w Maastricht w 1995 roku:

Tabela 1. Zmodyfikowana klasyfikacja z Maastricht

Kategoria I	dawca zmarły: – IA poza szpitalem, – IB w szpitalu	nagle i niespodziewane zatrzymanie akcji serca bez podjęcia prób reanimacji przez zespół ratowniczy	niekontrolowane zatrzymanie krążenia
Kategoria II	zatrzymanie akcji serca w obecności świadków: – IIA poza szpitalem, – IIB w szpitalu	nagle i niespodziewane zatrzymanie akcji serca, po którym zespół ratowniczy przeprowadził nieskuteczną resuscytację	niekontrolowane zatrzymanie krążenia
Kategoria III	wycofanie terapii podtrzymującej życie	planowane wycofanie terapii podtrzymującej życie, zatrzymanie krążenia jest spodziewane	kontrolowane zatrzymanie krążenia
Kategoria IV	zatrzymanie akcji serca po stwierdzeniu śmierci mózgu	nagle zatrzymanie krążenia po diagnozie śmierci mózgu, podczas organizacji dawstwa narządów, lecz przed powstaniem planów związanych z pobraniem narządów	niekontrolowane zatrzymanie krążenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie Thuong i in. (2016), s. 753.

Dawstwo narządów po zatrzymaniu krążenia wiąże się z wieloma problemami etycznymi i prawnymi, a celem tego dwuczęściowego artykułu jest przedstawienie propozycji rozwiązania części z nich. Do pierwszej grupy poruszanych tutaj zagadnień zaliczają się kwestie o charakterze prawno-regulacyjnym. Na początek skonfrontuję przedstawioną powyżej zmodyfikowaną klasyfikację z Maastricht z przepisami prawa i zastanowię się, jakiego typu dawstwo narządów po zatrzymaniu krążenia jest dopuszczalne w Polsce. W dalszej kolejności przedstawię prawne kryteria śmierci i rozważę, czy procedura pobierania narządów po zatrzymaniu krążenia daje się z tej perspektywy pogodzić z regułą martwego dawcy. Innymi słowy, będzie mnie interesowało to, czy w momencie pobrania narządów dawca może być w świetle prawa uznany za zmarłego. Na tym zakończy się pierwsza z dwóch głównych części tego artykułu, natomiast jego druga część koncentrować się będzie wokół zagadnień o bardziej uniwersalnym wymiarze. Przedmiotem analiz staną się trzy główne koncepcje śmierci zakorzenione we współczesnej bioetyce. Zakończy się ona udzieleniem odpowiedzi na pytanie, czy pobranie narządów po zatrzymaniu krążenia następuje po śmierci dawcy, czy też jeszcze za jego życia.

Ten krótki wstęp zakończę kilkoma uwagami o charakterze terminologicznym. W literaturze dotyczącej zagadnienia śmierci rozróżnia się trzy kwestie: definicję śmierci, która ma przede wszystkim filozoficzną prowincję; kryteria śmierci, których ustalenie jest zagadnieniem filozoficzno-medycznym oraz testy kliniczne służące stwierdzeniu, czy kryteria zostały spełnione. Zaprojektowanie tych testów jest zadaniem typowo medycznym (Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 389; DeGrazia, 2017). W tym dwuczęściowym artykule przedmiotem analiz staną się trzy definicje śmierci, nazywane przeze mnie także „koncepcjami” (zob. cz. 3) oraz dwa kryteria śmierci: kryterium neurologiczne (śmierć mózgu) oraz kryterium krążeniowe. Szczególnie interesować mnie będzie, jaki stosunek zachodzi między koncepcjami śmierci a jej kryteriami i testami służącymi potwierdzeniu, że kryteria zostały spełnione. Będę argumentował, że z perspektywy poszczególnych koncepcji filozoficznych, a także z perspektywy prawa, śmierć mózgu jest nadrzędnym w stosunku do krążeniowego kryterium śmierci. Będę także twierdził, że osoby, których śmierć jest stwierdzana na podstawie obowiązujących w Polsce testów krążeniowych, mogą być niekiedy żywe w momencie pobrania narządów. Wniosek ten jest ważny, o ile słuszna jest któraś z trzech rozpatrywanych w artykule koncepcji śmierci.

## 1. Rodzaje dawstwa po zatrzymaniu krążenia prawnie dopuszczalne w Polsce

W Polsce pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia stało się prawnie dopuszczalne wraz z wprowadzeniem w 2009 roku zapisu w Ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (nazywanej dalej przeze mnie ustawą transplantacyjną), wedle którego:

1. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia.
2. Lekarz stwierdzający zgon wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia nie może brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której stwierdził zgon wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, kryteria i sposób stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia<sup>3</sup>.

(Ustawa, 2009, art. 9a)

Wspomniane w punkcie trzecim obwieszczenie ukazało się rok po nowelizacji ustawy transplantacyjnej, określając, kiedy dopuszczalne jest stwierdzenie śmierci na podstawie kryterium krążeniowego. Dla ustalenia typów dawstwa dopuszczalnych w Polsce kluczowe są punkty 1, 2 i 3 zawarte w części drugiej tego przepisu:

Nieodwracalne zatrzymanie krążenia można rozpoznać po spełnieniu następujących warunków:

- 1) w czasie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, prowadzonej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obserwowano asystolię lub rozkojarzenie elektromechaniczne przez okres co najmniej 20 ostatnich minut, a w przypadku dzieci do lat dwóch przez okres co najmniej 45 ostatnich

---

<sup>3</sup> Obecnie przepisy dotyczące stwierdzania śmierci zostały przeniesione do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. 1997 nr 28, poz. 152), jednakże w dniu, w którym piszę te słowa, nie wprowadzono jeszcze nowych przepisów wykonawczych dotyczących stwierdzania śmierci, w związku z czym obowiązują wciąż przepisy wydane na podstawie cytowanego artykułu z ustawy.

minut; ponadto w tym okresie nie stwierdzono palpacyjnie spontanicznej fali tętna na tętnicach szyjnych lub udowych;

2) asystolia lub rozkojarzenie elektromechaniczne oraz brak spontanicznej fali tętna na tętnicach szyjnych lub udowych utrzymywały się nieprzerwanie przez okres obserwacji trwającej co najmniej 5 minut po zakończeniu nieskutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej przeprowadzonej w sposób określony w pkt 1;

3) jeżeli zatrzymanie krążenia nastąpiło w sytuacji, w której lekarz leczący stwierdził, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną resuscytacja krążeniowo-oddechowa nie zakończy się przeżyciem, można:

a) rozpocząć liczenie okresu, o którym mowa w pkt 2, albo

b) rozpocząć uciskanie klatki piersiowej i wentylację zastępczą celem przygotowania organizacyjnego do cewnikowania naczyń i perfuzji narządów, a po zakończeniu uciskania klatki piersiowej i wentylacji zastępczej rozpocząć liczenie okresu, o którym mowa w pkt 2<sup>4</sup>.

(Obwieszczenie, 2010, pkt II)

Odnosząc polskie regulacje do klasyfikacji przedstawionej w tabeli 1, łatwo dojść do wniosku, że w Polsce dopuszczalne jest pobieranie narządów od dawców podpadających pod kategorię II oraz IV. Kategoria II nie budzi wątpliwości, wzięwszy pod uwagę, że przytoczone powyżej fragmenty obwieszczenia (punkty 1 i 2) jasno określają, kiedy można stwierdzić śmierć po nieudanej resuscytacji. Kategoria IV także jest niekontrowersyjna. W końcu zakłada się, że w tych przypadkach śmierć została już poprawnie stwierdzona na podstawie testów neurologicznych. Dopuszczalne jest także pobieranie organów od pacjentów, u których doszło do nagłego zatrzymania krążenia w trakcie procedury stwierdzania śmierci mózgu. Zgodnie z obwieszczeniem w takich przypadkach, jeżeli do zatrzymania krążenia doszło „[...] przed wykonaniem koniecznych badań instrumentalnych i klinicznych, należy rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową i w przypadku przywrócenia krążenia rozpocząć [ponownie – dop. P.G.N.] procedurę rozpoznawania śmierci mózgu [...]”, natomiast jeżeli krążenia nie uda się przywrócić, należy zacząć odliczanie 5-minutowego okresu obserwacji zatrzymania krążenia, o którym mowa w punkcie drugim obwieszczenia. Jeśli natomiast do zatrzymania krążenia doszło w trakcie stwierdzania śmierci mózgu, ale po wykonaniu badania instrumentalnego (takiego jak np. angiografia naczyń

---

<sup>4</sup> W dalszym ciągu artykułu ten akt wykonawczy będę nazywał po prostu „obwieszczeniem”.

mózgowych lub EEG), to można od razu rozpocząć odliczanie 5-minutowego okresu obserwacji zatrzymania krążenia bez przeprowadzania resuscytacji. Ma wtedy zastosowanie punkt 3 obwieszczenia, który, jak się niebawem przekonamy, ma zresztą znacznie szersze zastosowanie. Na razie ograniczymy się do spostrzeżenia, że, odnosząc się do tego punktu, można uzasadnić dopuszczalność pobierania organów od dawców kategorii IA i IB. Zdaniem Małgorzaty Zelman i Grzegorza Michalaka (2013, s. 55) także tego rodzaju dawstwo miałyby być prawnie dopuszczalne w Polsce

W naszym kraju największe kontrowersje wzbudza kategoria III. Na stronie programu „ECMO dla Wielkopolski” można przeczytać, że pobieranie narządów, gdy do zatrzymania krążenia dochodzi w wyniku rezygnacji z terapii podtrzymującej życie, jest w Polsce niedopuszczalne. Identyczną opinię formują Zelman i Michalak (2013, s. 55), pisząc, że „*zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem nie wolno pobierać narządów od potencjalnych dawców kategorii III*” [podkr. P.G.N.] i odsyłając czytelnika w przypisie do ustawy transplantacyjnej.

Moim podstawowym celem w tej sekcji tekstu jest wykazanie, że także pobieranie narządów po rezygnacji z terapii daremnej jest w świetle polskiego prawa dopuszczalne. Po pierwsze trzeba więc zauważyć, że ani w ustawie transplantacyjnej, ani w obwieszczeniu, ani w żadnym innym akcie prawnym, wbrew temu, co piszą Zelman i Michalak, nie ma przepisów zabraniających pobierania narządów po wycofaniu leczenia podtrzymującego życie. Tymczasem Kodeks Etyki Lekarskiej reguluje, kiedy lekarz ma prawo zaprzestać takiego leczenia: „1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”. Zapisy te brzmią dość enigmatycznie, jednakże w 2014 roku Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, poczyniło wysiłki, aby je w pewnych aspektach sprecyzować i zaostriżyć. W świetle wytycznych Towarzystwa „*prowadzenie podtrzymywania funkcji narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych, określa się terminem terapii daremnej i stanowi błąd postępowania medycznego*” [podkr. P.G.N.] (Kübler i in., 2014, s. 230–231). Jednocześnie cytowane zalecenia definiują korzyść jako osiągnięcie przez

pacjenta takiego stanu zdrowia, który umożliwia mu opuszczenie oddziału intensywnej terapii (Kübler i in., 2014, s. 230)<sup>5</sup>.

Częstkowa konkluzja, jaką można wyciągnąć na tym etapie analizy prawnej jest taka, że regulacje polskich towarzystw lekarskich co najmniej dopuszczają niekiedy rezygnację z terapii podtrzymującej życie, takiej jak np. wentylacja mechaniczna (respirator) czy resuscytacja krążeniowo-oddechowa (Kübler i in., 2014, s. 229). Odnieśmy teraz ten cząstkowy wniosek do przywoływanego już punktu trzeciego obwieszczenia, w świetle którego:

3) jeżeli zatrzymanie krążenia nastąpiło w sytuacji, w której lekarz leczący stwierdził, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną resuscytacja krążeniowo-oddechowa nie zakończy się przeżyciem, można:

- a) rozpocząć liczenie okresu, o którym mowa w pkt 2, albo
- b) rozpocząć uciskanie klatki piersiowej i wentylację zastępczą celem przygotowania organizacyjnego do cewnikowania naczyń i perfuzji narządów, a po zakończeniu uciskania klatki piersiowej i wentylacji zastępczej rozpocząć liczenie okresu, o którym mowa w pkt 2.

Z połączenia cząstkowej konkluzji oraz przytoczonego właśnie fragmentu zdaje się wynikać dopuszczalność pobierania narządów po kontrolowanym zatrzymaniu krążenia. Aby to uwyraźnić, rozważmy następujący przypadek:

45-letniego mężczyznę nagle zaczyna boleć głowa, po czym traci przytomność. Przeprowadzona na oddziale ratunkowym tomografia wykazuje m.in. ciężki krwotok śródmózgowy i wklonowanie mózgu. Pacjent jest w głębokiej śpiączce. Zostaje przeprowadzona operacja, której celem jest uratowanie jego życia. Piątego dnia po przeprowadzeniu zabiegu mężczyzna wciąż pozostaje w głębokiej śpiączce, jednakże nie spełnia kryteriów, które dopuszczałyby stwierdzenie śmierci mózgu<sup>6</sup>.

Tego rodzaju przypadek, jeśli rokowania są niepomyślne i pacjent nie ma szans przeżycia, jest typowy dla pobrań narządów dokonywanych po kontrolowanym zatrzymaniu krążenia m.in. w Stanach Zjednoczonych czy

---

<sup>5</sup> W sprawie krytyki takiego rozumienia korzyści zob. Galewicz (2016) oraz Nowak (2016a).

<sup>6</sup> Przykład ten stanowi skróconą wersję przypadku przytaczanego przez Millera i Truoga (2012, s. 99). Przywołuję go także w mojej książce, która ukaże się niebawem (Nowak, 2018).



Wielkiej Brytanii. W podobnych sytuacjach rodzina oraz lekarze pacjenta, działając w porozumieniu, dochodzą do wniosku, że dalsze leczenie ratujące życie nie może przynieść choremu żadnej korzyści, przedłużając jedynie umieranie i wystawiając pacjenta na niepotrzebne ryzyko doznania szkód, takich jak fizyczny ból lub psychologiczne cierpienie (Lynn, Childress, 2009; Szewczyk, 2016). Zasada dobroczynienia oraz nieszkodzenia, a także poszanowanie autonomii pacjenta (Beauchamp, Childres, 1997, s. 131–339), wymagają więc zakończenia próżnych wysiłków nakierowanych na podtrzymanie życia oraz zwiększenia starań o zapewnienie pacjentowi komfortu w czasie umierania, przede wszystkim poprzez zapewnienie odpowiedniej sedacji i analgezji, a także bliskości rodziny.

Niekiedy jednak na rezygnacji z terapii daremnej się nie kończy. Okazuje się bowiem, że umierający zadeklarował w przeszłości, że chce oddać po swojej śmierci narządy do przeszczepu albo też, mimo że nie złożył jednoznacznej deklaracji, to w sposób pośredni można wnioskować, że życzyłby sobie oddania narządów do przeszczepu, o czym informuje rodzinna lub inny przedstawiciel prawny w rozmowie z koordynatorem transplantacyjnym. Chory jest więc odłączany od respiratora i po chwili dochodzi u niego do zatrzymania krążenia w wyniku niewydolności oddechowej. Następnie ma miejsce okres obserwacji zatrzymania krążenia, którego trwanie może być różne w zależności od danego centrum medycznego – często jest to 5 minut. Jeśli w tym czasie nie nastąpi wznowienie akcji serca, stwierdzana jest śmierć, a lekarze przewożą zmarłego na salę operacyjną, gdzie pobierają narządy, takie jak wątrobę czy nerki (Miller, Truog, 2012, s. 99; Nowak, 2018).

W tym kontekście pojawia się pytanie, czy w podobnych okolicznościach pobranie narządów byłoby dopuszczalne z perspektywy polskiego prawa? Wziąwszy pod uwagę Kodeks Etyki Lekarskiej oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, jest jasne, że odłączenie pacjenta od respiratora byłoby w Polsce przynajmniej dozwolone. Z kolei punkt trzeci obwieszczenia pozwala stwierdzić śmierć bez przeprowadzania resuscytacji krążeniowo-oddechowej, jeśli zgodnie z wiedzą medyczną „nie zakończyłyby się ona przeżyciem”. Pytanie, które należy zadać, dotyczy więc tego, kiedy właściwie resuscytacja pacjenta, którego celowo odłączono od respiratora na podstawie etycznie zasadnej decyzji, nie może się zakończyć przeżyciem. Są dwie możliwości. Po pierwsze, wzięwszy pod uwagę fakt, że motywem dla rezygnacji z terapii były m.in. przewidywania lekarzy,

że użycie respiratora i tak nie uratuje życia pacjenta, a jedynie przedłuży proces umierania, oczywiście wydaje się, że zastosowanie resuscytacji nie zakończy się przeżyciem pacjenta w dłuższej perspektywie czasu. Wobec tego lekarze w przypadkach podobnych do opisanego powyżej mają prawo postąpić w Polsce dokładnie tak, jak zachowaliby się, gdyby tragiczna sytuacja miała miejsce w Stanach Zjednoczonych lub Wielkiej Brytanii – po zatrzymaniu krążenia można rozpocząć odliczanie 5 minut i jeśli akcja serca nie powróci, można przystąpić do pobrania narządów.

Dopuszczalna jest jednak także druga, zawężająca, interpretacja tego, w jakich warunkach resuscytacja krążeniowo-oddechowa nie może się zakończyć przeżyciem. Rozumowanie przebiega w ten sposób: po zatrzymaniu krążenia w wyniku rezygnacji z terapii daremnej technicznie możliwe jest przeprowadzenie resuscytacji i przywrócenie krążenia, które może następnie zostać podtrzymane jeszcze przez pewien czas, pod warunkiem ponownego podłączenia umierającego do respiratora. Takie działanie byłoby oczywiście etycznie niedopuszczalne, jednakże sam fakt, że istnieje taka możliwość, wyklucza stwierdzenie śmierci pacjenta zaraz po zatrzymaniu krążenia i odczekaniu 5 minut.

Jednakże nawet taka, jak sądzę dość kuriozalna i mało wiarygodna, interpretacja nie wyklucza zupełnie prawnej możliwości pobierania narządów po kontrolowanym zatrzymaniu krążenia w Polsce, aczkolwiek całe przedsięwzięcie musiałoby wyglądać inaczej niż w Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii. Możemy sobie wyobrazić, że najpierw zapadałaby decyzja o rezygnacji z terapii daremnej, następnie miałyby miejsce odłączenie respiratora i, po chwili, zatrzymanie krążenia, w dalszej kolejności zespół stwierdzający śmierć byłby zobowiązany odczekać pewien czas do momentu, aż będzie wiadomo, że zastosowanie resuscytacji i przywrócenie krążenia nie zakończy się przeżyciem, bowiem u pacjenta doszło już do śmierci mózgu. Nie wiadomo dokładnie, jaki miałby to być okres, ale zapewne powyżej 10 minut (Veatch, Ross, 2015, s. 67; Posner i in., 2007, s. 212)<sup>7</sup>. Gdy nastąpiłaby ta chwila, prawo wymagałoby od lekarzy odczekania jeszcze 5 minut przed podjęciem czynności związanych z pobraniem organów. Można więc spekulować, że nawet wzięwszy pod uwagę tak pokrętne rozumienie 3 punktu obwieszczenia, w kontekście rezygnacji

---

<sup>7</sup> Z przeglądu literatury przeprowadzonego przez Dalle Ave i Bernata wynika, że śmierć mózgu może następować nawet po godzinie od zatrzymania krążenia (2017, s. 2).

z terapii daremnej, pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia mogłoby się rozpoczynać w czasie, który daje realne możliwości przeprowadzenia transplantacji (Reich i in., 2009, s. 2009).

Ostateczna konkluzja tej części tekstu jest więc taka, że w Polsce już obecnie jest prawnie dopuszczalne pobieranie narządów po rezygnacji z terapii daremnej. Ogólnie biorąc, w świetle przepisów istnieje możliwość pobierania narządów od dawców wszystkich kategorii wymienionych w tabeli nr 1. W praktyce pobiera się jednak wyłącznie nerki od dawców kategorii IIA i IV (Becler, 2017).

## 2. Regulacje prawne dotyczące śmierci a pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia

Kluczowe dla tego artykułu pytanie dotyczy jednak nie tego, jakie kategorie dawstwa są dopuszczalne w Polsce, lecz tego, czy pobranie organów po zatrzymaniu krążenia jest przeprowadzane przy poszanowaniu reguły martwego dawcy. W tej sekcji przyjrzymy się temu zagadnieniu z perspektywy prawnoregulacyjnej.

Zgodnie z ustawą transplantacyjną (Ustawa, 2009) przed pobraniem narządów śmierć można stwierdzić albo gdy dojdzie do śmierci mózgu, albo w przypadku nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Czy jednak stosowany w Polsce program faktycznie spełnia warunki nakładane przez prawo? Ze strony internetowej „ECMO dla Wielkopolski” oraz z materiałów szkoleniowych Poltransplantu (*Podstawy...*) wynika, że standardową procedurą stosowaną po upływie 5 minut obserwacji zatrzymania krążenia jest u nas podłączenie dawcy do aparatury ECMO, czyli sztucznego płucoserca, które pozwala przywrócić krążenie utlenowanej krwi w organizmie. Jeśli jednak śmierć może być stwierdzana na podstawie kryteriów krążeniowych tylko wtedy, gdy zatrzymanie krążenia jest nieodwracalne (a przecież tytuł obwieszczenia wprost o tym mówi), to użycie ECMO z definicji wyklucza możliwość stwierdzenia śmierci (Veatch, Ross, 2015, s. 83). Istotą działania tego urządzenia jest wszakże właśnie pozaustrojowe przywrócenie krążenia. Z podobnych względów wykluczone powinno być uciskanie klatki piersiowej po stwierdzeniu zgonu.

Być może jest tak, że u podłoża stwierdzenia śmierci na podstawie kryterium krążeniowego leży jednak co innego niż rozpoznanie

nieodwracalnego zatrzymania przepływu krwi. Na ten trop naprowadza nas częstokroć stosowana w przypadku użycia ECMO w procedurze pobrania narządów praktyka odcinania dopływu krwi do mózgu, która ma zapobiec przywróceniu jego niektórych funkcji (Miller, Truog, 2012, s. 110; Veatch, Ross, 2015, s. 83). Aby dotrzeć do sedna, zwróćmy uwagę, że we wprowadzeniu do obwieszczenia stwierdza się, że „zatrzymanie krążenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, prowadzi w krótkim czasie do śmierci komórek mózgowych i ostatecznie do śmierci mózgu”. Natomiast we właściwej części tego dokumentu, poza omówionymi już punktami dotyczącymi czasu przeprowadzania resuscytacji oraz okresu obserwacji zatrzymania krążenia, pojawiają się wytyczne, które zalecają lekarzom stwierdzającym śmierć „w oparciu o kryterium krążeniowe” badać czynność pnia mózgu, jeśli istnieje taka możliwość. Jak jest rola tych zapisów? Być może zwracają one uwagę na to, że krążeniowe i neurologiczne kryteria śmierci w gruncie rzeczy służą wykrywaniu dokładnie tego samego stanu, czyli śmierci człowieka, która ma ostatecznie charakter neurologiczny<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Tezę tę potwierdzają opinie prawników i lekarzy zajmujących się prawnymi aspektami definiowania śmierci w Polsce. W tym kontekście warto przytoczyć fragment artykułu Małgorzaty Chudzińskiej i Anny Grzanki-Tykwińskiej (2017, s. 66). Według tych autorek „[...] *definicja śmierci* pojawiła się w art. 9 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2017 r. poz. 1000, t.j.), który podobnie jak w większości krajów Europy stanowił, iż »pobranie materiału do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu)« [...] Na skutek nowelizacji w 2009 r. do wspomnianej ustawy dodany został przepis art. 9a ust. 1, który wprowadził możliwość pobrania komórek, tkanek lub narządów po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia. *Uzasadniono to faktem*, iż »zatrzymanie krążenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, prowadzi w krótkim czasie do śmierci komórek mózgowych i ostatecznie do śmierci mózgu. Jednocześnie komórki stanowiące strukturę narządów bardziej odpornych na niedotlenienie wynikające z braku perfuzji zachowują przez pewien czas swoją funkcję, co stwarza możliwość ich pobrania i skutecznego przeszczepienia«” (podkr. P.G.N.), zob. także Haberko, Uhrynowska-Tyszkiewicz (2014, s. 97–98 oraz 102). Jak widać, zdaniem przywołanych autorek stosowanie krążeniowego kryterium *uzasadnia to*, że zatrzymanie krążenia prowadzi do śmierci mózgu. Podobne zdanie w tej kwestii miał też wybitny polski transplantolog Wojciech Rowiński (Rowiński, 2011, s. 36–37), który w ten sposób pisał o relacji pomiędzy kryteriami śmierci: „*Człowiek umiera, gdy dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia całego mózgu*, a zwłaszcza tej jego części (pnia mózgu), która odpowiada za wszystkie, życiowo ważne, czynności organizmu (oddychanie, termoregulacja, podstawowe czynności metaboliczne, praca układu krążenia) [...]. Rozpoznanie zgonu opierać się może na kryteriach neurologicznych lub

kardiologicznych. Po zatrzymaniu czynności serca i nieskutecznej reanimacji odstępuje się od niej, rozpoznając zgon, w momencie stwierdzenia, że źrenice są szerokie i sztywne” (podkr. P.G.N.). Z powyższego fragmentu wynika, że według Rowińskiego śmierć ma „charakter” neurologiczny i może być stwierdzana „bezpośrednio” za pomocą kryterium „mózgowego” lub pośrednio za pomocą kryterium krążeniowego, lecz nawet w tym drugim przypadku dla stwierdzenia śmierci kluczowe znaczenie ma badanie czynności mózgu poprzez sprawdzanie odruchu źrenicznego.

Inne zdanie w tej sprawie zaprezentowali Paweł Łuków oraz Anna Alichniewicz w ciekawej dyskusji nad pierwotną wersją tego artykułu na konferencji „Problemy definicyjne i strategie argumentacyjne w filozoficznych i bioetycznych debatach nad początkiem i końcem życia”, która odbyła się 16 i 17 marca 2018 r. w Łodzi. Moi dyskutanci stanęli na stanowisku, że fragment obwieszczenia, w którym wspomina się, że „zatrzymanie krążenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, prowadzi w krótkim czasie do śmierci komórek mózgowych i ostatecznie do śmierci mózgu”, odnosi się do zdysocjowanego charakteru śmierci, a nie do jej neurologicznej natury, jak twierdziłem. Według Kazimierza Szewczyka (2009, s. 136) zdysocjowanie „oznacza, że śmierć jest procesem rozciągniętym w czasie, a nie jednorazowym aktem. W jego trakcie na trwałe – nieodwracalnie – zanikają poszczególne funkcje, powodując postępującą dezintegrację czynnościową organizmu jako funkcjonalnej całości. Rozciągnięcie w czasie śmierci wymaga opracowania i przyjęcia kryteriów wskazujących na funkcje zasadnicze (krytyczne) dla życia. Ich utrata oznacza śmierć człowieka, mimo że pewne mniej istotne dla życia procesy nadal zachodzą w martwym już organizmie. Na przykład po zdiagnozowaniu śmierci mózgu u pacjenta podłączonego do respiratora nadal bije serce, krąży krew i zachowane są funkcje termoregulacyjne utrzymujące temperaturę ciała bliską normie”. W polskim prawie medycznym odwołanie do zdysocjowanego charakteru śmierci znaleźć można w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, w którym czytamy, że „śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejne, trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje ustroju lub ich części mogą utrzymywać się przez pewien czas w oderwaniu od innych, wcześniej obumarłych. Zdysocjowany charakter zjawiska ujawnia się w sposób szczególnie w sytuacjach, w których śmierć objęła już mózg, podczas gdy krążenie krwi jest jeszcze zachowane”. Przytoczone fragmenty mogą nasuwać taką interpretację przepisów, która zakłada całkowitą równorzędność krążeniowych i neurologicznych kryteriów śmierci na gruncie polskiego prawa. Według tej interpretacji śmierć można stwierdzić, *gdy nastąpi trwałe i nieodwracalne ustanie czynności mózgu, mimo że nie miało miejsce zatrzymanie krążenia, a także wtedy, gdy ma miejsce zatrzymanie krążenia, mimo że nie nastąpiła jeszcze śmierć mózgu* (podkr. P.G.N.). Moje zdanie na ten temat jest jednak odmienne. Sądzę, że taką interpretację przepisów trudno pogodzić z obecnymi w prawie zaleceniami dotyczącymi badania czynności pnia mózgu w trakcie stwierdzania śmierci na podstawie kryteriów krążeniowych, a także ze stosowaną również w Polsce praktyką

Śmierć człowieka jest jedna. Niefortunne pojawienie się terminów, takich jak „śmierć sercowa” czy „śmierć mózgową” wiąże się, jak sądzę, z niezwykle wpływowym amerykańskim Uniform Determination of Death Act, zaproponowanym w 1981 roku przez President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (President’s Commission, 1981, s. 66). Zgodnie z tym modelowym ustawodawstwem amerykańskim „nie żyje taka osoba, która doznała albo (1) nieodwracalnego zatrzymania krążenia i oddychania, lub (2) nieodwracalnego ustania wszystkich funkcji całego mózgu włącznie z pniem mózgu” (President’s Commission, 1981, s. 73, tłum. P.G.N.). Sposób sformułowania tego przepisu stwarza mylne wrażenie, że człowiek może umrzeć na dwa sposoby: „sercowo” lub „mózgowo”. Jednakże raport, w którym to prawo zostało zaproponowane, jednoznacznie podkreśla nadrzędną rolę mózgu w stwierdzaniu śmierci człowieka, zwracając uwagę, że zatrzymanie krążenia może być ważne jako kryterium śmierci tylko wtedy, jeśli prowadzi do ustania wszystkich funkcji całego mózgu (President’s Commission, 1981, s. 33–34). Centralna rola mózgu miałaby zgodnie z argumentacją President’s Commission wypływać z niemalże powszechnie akceptowanego

---

odcinania przepływu krwi w kierunku mózgu, gdy w procesie pobierania narządów stosowana jest aparatura ECMO. Przede wszystkim jednak, pozostawiając nieco na boku kwestie prawne, trzeba zwrócić uwagę, że samo krążenie nie jest krytyczne dla życia w tym samym sensie, co czynność mózgu. Przekonamy się o tym w drugiej części tego artykułu, gdzie pokażę, że mimo spełnienia przyjętego w prawie krążeniowego kryterium śmierci, możliwy jest powrót do świadomego życia. Świadczy to o tym, że krążeniowe kryterium, jeśli zostanie „oderwane” od neurologicznego, nie spełnia warunku nieodwracalności i selektywności, który jest kluczowy dla dobrego kryterium śmierci (Szewczyk, 2009, s. 136–137).

Kończąc tę dygresję na temat przepisów prawnych, wspomnę jeszcze o jednej kwestii, która wydaje się istotna. Sądzę, że wielką wadą polskiego prawa dotyczącego śmierci jest to, że wspomina się w nim, iż śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Prowadzi to do zatarcia różnicy między umieraniem, śmiercią i rozpadem ciała. Z tych trzech zjawisk to pierwsze i ostatnie są procesami, natomiast drugie jest zdarzeniem lub też „w przybliżeniu zdarzeniem”, które rozgranicza wspomniane procesy (Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 389; Nair-Collins, 2018, s. 33; Ziemiński, 1999, s. 62–67). Szczególnie dziwaczne jest utożsamianie śmierci z umieraniem, zakrawa to bowiem na analityczną sprzeczność. Umieranie, jak wiadomo z samego znaczenia tego słowa, ma miejsce zaraz przed końcem życia (w jego ostatniej fazie), natomiast śmierć oznacza koniec życia. Jeśli więc śmierć utożsami się z umieraniem, to wygląda na to, że koniec życia może mieć miejsce przed końcem życia.

filozoficznego rozumienia śmierci, które określam mianem Koncepcji Somatycznej Dezintegracji Organizmu<sup>9</sup> (Nowak, 2016b, s. 201–202). Między innymi ten pogląd na śmierć stanie się przedmiotem już typowo filozoficznych, a nie prawnych, analiz w kolejnej części artykułu.

### 3. Podsumowanie analiz regulacyjnych

Celem prezentowanego tekstu było przeprowadzenie analizy prawno-regulacyjnej dotyczącej po pierwsze tego, jakie rodzaje dawstwa narządów po zatrzymaniu krążenia są dopuszczalne w świetle obowiązujących w naszym kraju przepisów oraz tego, czy osoby, od których pobiera się narządy w ramach polskiego programu mogą być w świetle obowiązującego prawa uznane za zmarłe. W toku rozważań skonfrontowałem treść obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania nieodwracalnego zatrzymania krążenia z jedną ze zmodyfikowanych wersji klasyfikacji z Maastricht, gdzie wyodrębniono poszczególne typy dawstwa narządów po zatrzymaniu krążenia (zob. tab. 1). Analizując przepisy, doszedłem do wniosku, że w Polsce prawnie dopuszczalne są wszystkie typy dawstwa wymienione w zmodyfikowanej wersji klasyfikacji z Maastricht, włącznie z pobieraniem organów po rezygnacji z terapii daremnej. Z kolei w wyniku rozważań dotyczących prawnego statusu dawcy w momencie pobrania organów uznałem, że użycie aparatury ECMO, której istotą jest pozaustrojowe przywrócenie krążenia, wyklucza możliwość stwierdzenia śmierci na podstawie kryterium, które domaga się, jak sama nazwa wskazuje, nieodwracalnego zatrzymania krążenia jako warunku koniecznego do stwierdzenia śmierci.

### Bibliografia

Antoszkiewicz, K., Czerwiński, J. (2012). Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2011 r. W: *Poltransplant. Biuletyn Informacyjny*, red. J. Czerwiński, P. Malanowski (s. 20–33). Warszawa: Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.

---

<sup>9</sup> Autorskie nazwy koncepcji dotyczących śmierci zapisuję w tekście jak nazwy własne.



- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1996). *Zasady etyki medycznej*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Becler, R. (2017). *Dawstwo narządów po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia: praktyka międzynarodowa i polska. Zagadnienia etyczne*. Pobrano z: <http://www.incet.uj.edu.pl/d/dzialy.php?l=pl&p=30&i=388&m=18&n=2&z=0&k=74>.
- Bernat, J.L. (2002). The Biophilosophical Basis of Whole-Brain Death. *Social Philosophy and Policy*, 2 (19), 324–342.
- Bernat, J.L., Culver, C.M., Gert, G. (1981). On the Definition and Criterion of Death. *Annals of Internal Medicine*, 3 (94), 389–394.
- Chudzińska M., Grzanka-Tykwińska, A. (2017). Dylematy prawne śmierci mózgowej. W: *Etyczne, medyczne i prawne dylematy wokół śmierci mózgu*, red. W. Sinkiewicz, R. Grabowski (s. 63–75). Bydgoszcz: Komisja Bioetyczna BIL, Collegium Medicum UMK.
- Dalle Ave, A.L., Bernat, J.L. (2017). Donation after Brain Circulation Determination of Death. *BMC Medical Ethics*, 15 (18), 1–6.
- DeGrazia, D. (2017). The Definition of Death. W: *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta. Pobrano z: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/death-definition>.
- Domínguez-Gil, B., Matesanz, R. (red.) (2017). *Newsletter Transplant. International Figures on Donation and Transplantation 2016*. Strasburg: European Directorate for the Quality of Medicines, HealthCare of the Council of Europe (EDQM).
- ECMO dla Wielkopolski. *Pozaustrojowe wspomaganie funkcji narządów*. Pobrano z: <http://ecmo.pl/terapiel/perfuzja-narz%C4%85d%C3%B3w-n-ecmo>.
- Galewicz, W. (2016). *Terapia daremna a procedura rozstrzygnięcia konfliktów*. Pobrano z: <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=57>.
- Haberko, J., Uhrynowska-Tyszkiewicz, I. (2014). *Ustawa o pobieraniu przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kodeks Etyki Lekarskiej. Pobrano z: [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf).
- Kosieradzki, M. (2014). *Możliwości wykorzystania narządów pobranych od dawców po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia*. Pobrano z: [http://www.uniatransplantacyjna.pl/images/Szkolenia\\_DCD/8.pdf](http://www.uniatransplantacyjna.pl/images/Szkolenia_DCD/8.pdf).



- Kübler, A., Siewiera, J., Durek, G., Kusza, K., Piechota, M., Szkulmowski, Z. (2014). Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. *Anestezjologia Intensywna Terapija*, 4 (64), 229–234.
- Lynn, J., Childress, J.F. (2009). Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę. W: *Antologia bioetyki*. T. 1: *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz (s. 139–153). Kraków: Universitas.
- Matesanz, R., Miranda, B. (red.) (2007). *Newsletter Transplant. International Figures on Donation and Transplantation – 2007*. Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Miller, F.G., Truog, R.D. (2012). *Death, Dying, and Organ Transplantation*. Oxford: Oxford University Press.
- Nair-Collins, M. (2018). A Biological Theory of Death: Characterization, Justification, and Implications. *Diametros*, 55, 27–43.
- Nowak, P.G. (2016a). Rezygnacja z terapii podtrzymującej życie. *Filozofia w Praktyce*, 2 (17), 1–3.
- Nowak, P.G. (2016b). Umiarkowanie liberalna koncepcja śmierci jako uzasadnienie dla neurologicznych kryteriów śmierci. *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria*, 2 (98), 199–211.
- Nowak, P.G. (2018). *Etyka, śmierć i transplantacje*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego (w druku).
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. MP nr 46, poz. 547.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia. MP nr 59, poz. 784.
- Ozark, S., DeVita, M.A. (2001). Ethical Issues in Non-Heartbeating Cadaver Donors. W: *The Ethics of Organ Transplantation*, red. W. Shelton, J. Balint (s. 167–194). Bingley: Emerald.
- Podstawy dawstwa narządów od zmarłych wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Poltransplant*. Pobrano z: [http://www.poltransplant.org.pl/szkolenia\\_dcd.html](http://www.poltransplant.org.pl/szkolenia_dcd.html).
- Posner, J.B., Saper, C.B., Schiff, N.D., Plum, F. (2007). *Plum and Posner's Diagnosis of Stupor and Coma*. New York: Oxford University Press.

- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1981). *Defining Death. A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- President's Council on Bioethics (2008). *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Reich, D.J., Mulligan, D.C., Abt, P.L., Pruett, T.L., Abecassis, M.M.I., D'Alessandro, A., Pomfret, E.A., Freeman, R.B., Markmann, J.F., Hanto, D.W., Matas, A.J., Roberts, J.P., Merion, R.M., Klintmalm, G.B.G., ASTS Standards on Organ Transplantation Committee (2009). ASTS Recommended Practice Guidelines for Controlled Donation after Cardiac Death Organ Procurement and Transplantation. *American Journal of Transplantation*, 9 (9), 2004–2011.
- Robertson, J.A. (1999). Delimiting the Donor: The Dead Donor Rule. *The Hastings Center Report*, 6 (29), 6–14.
- Rowiński, W. (2011). Etyczno-obyczajowe aspekty przeszczepiania narządów. Czy i w jakim stopniu wolno nam dostosowywać zasady etyczne dla zaspokajania potrzeb pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu? W: *Transplantacja: spór o dar*, red. B. Chyrowicz (s. 29–44). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II.
- Szewczyk, K. (2009). *Bioetyka. T. 2: Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szewczyk, K. (2016). *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*. Pobrano z: <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=53>.
- Truog, R.D., Robinson, W.M (2003). Role of Brain Death and the Dead-Donor Rule in the Ethics of Organ Transplantation. *Critical Care Medicine*, 9 (31), 2391–2396.
- Thuong, M., Ruiz, A., Evrard, P., Kuiper, M., Boffa, C., Akhtar, M.Z., Neuberger, J., Ploeg, R. (2016). New Classification of Donation after Circulatory Death Donors Definitions and Terminology. *Transplant International*, 7 (29), 749–759.
- Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny. Dz.U. nr 141, poz. 1149.
- Veatch, R.M., Ross, L.F (2015). *Transplantation Ethics*. Washington, DC: Georgetown University Press.

- Wójcik, B. (2013). Definicje i kryteria śmierci. W: *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska (s. 295–307). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Zelman, M., Michalak G. (2013). Pobranie narządów po zatrzymaniu krążenia – rozmowa koordynatora transplantacyjnego z rodziną. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 1 (45), 54–57.
- Ziemiński, I. (1999). *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

**DONATION AFTER CIRCULATORY DETERMINATION OF DEATH.  
ABOUT THE PRECEDENCE OF NEUROLOGICAL CRITERION OF DEATH  
OVER CIRCULATORY CRITERION – REGULATORY ISSUES**

Summary

This two-part article concerns with bioethical issues associated with organ donation after circulatory determination of death (DCDD). Part 1 is devoted to legal and regulatory matters. Here I prove that in Poland organ retrieval from donors of all categories, specified in the modified Maastricht classification, is permissible. Particularly I argue that in our country there already is a legal basis for development of program of organ retrieval from donors in whom circulatory arrest have occurred after foregoing of life sustaining treatment. I also examine whether from the point of view of the law such donors might be considered dead when organ retrieval takes place.