

PIOTR GRZEGORZ NOWAK*

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

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

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

* 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.

Prezentowany tekst jest drugą częścią artykułu poświęconego analizom problemów etycznych związanych z pobieraniem narządów po zatrzymaniu krążenia. Skupię się w nim na kwestiach związanych z relacją pomiędzy obecnymi we współczesnej bioetyce koncepcjami śmierci a praktyką pobierania narządów po zatrzymaniu krążenia. Tego rodzaju analizy są potrzebne, aby udzielić odpowiedzi na pytanie, czy pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia nie narusza reguły martwego dawcy, która zabrania pobierać niezbędne do życia narządy przed naturalną śmiercią dawców.

1. Pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia a filozoficzne koncepcje śmierci

Niekontrowersyjnym punktem, który jest uznawany przez zwolenników różnorodnych koncepcji śmierci, jest rozróżnienie śmierci całości człowieka od śmierci człowieka jako całości (Lizza, 2018a). Cały człowiek umiera wtedy, gdy rozkładowi ulegnie ostatnia żywa komórka w jego ciele, co następuje dopiero pewien czas po pogrzebie, natomiast wcześniej ma miejsce destrukcja złożonej całości, jaką jest człowiek, czyli właśnie śmierć człowieka jako całości (President's Commission, 1981 s. 58; President's Council on Bioethics, 2008 s. 59). To właśnie ten drugi rodzaj śmierci miałby być istotny z perspektywy reguły, która zabrania pobierać narządy przed naturalną śmiercią dawcy.

W świetle Koncepcji Somatycznej Dezintegracji¹ człowiek jako całość umiera wtedy, gdy narządy oraz układy, z których składa się jego organizm, nieodwracalnie przestają ze sobą współpracować w sposób zintegrowany, a faktycznie ma do tego dochodzić wtedy i tylko wtedy, gdy następuje śmierć mózgu (President's Commission, 1981 s. 32–34; Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 389–390). Autorzy raportu *Defining Death* utrzymują, że ich koncepcja śmierci nie stanowi żadnego rewizjonizmu względem poglądów na śmierć obecnych w tradycji, religii oraz praktyce lekarskiej, lecz pozwala jedynie we właściwy sposób dostrzec rolę, jaką neurologiczne i krążeniowe kryteria faktycznie spełniają i spełniały od zawsze (Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 392; President's Commission, 1981, s. 41) – te pierwsze pozwalają śmierć dostrzec bezpośrednio, te drugie – pośrednio. Zgodnie z Koncepcją Somatycznej

¹ Autorskie nazwy koncepcji dotyczących śmierci zapisuję w tekście jak nazwy własne.

Dezintegracji niegdyś powszechnie uznawane za istotne „tradycyjne »znaki życia« w postaci bicia serca i oddychania były jedynie pośrednimi znakami niemającymi same przez się żadnego znaczenia” – piszą autorzy raportu i dodają w kolejnym zdaniu, że „z tej perspektywy serce i płuca są ważne raczej z tego względu, że nieodwracalne przerwanie ich działania wskazuje na to, że mózg już przestał funkcjonować, a nie dlatego że stanowią one podstawę dla kontynuowania życia” (President’s Commission, 1981, s. 34; zob. także Bernat, 2013, s. 28). Mózg na gruncie tego stanowiska jest więc wyłącznym „integratorem” organizmu (President’s Commission, 1981, s. 34; Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 391), a człowiek, u którego narząd ten obumarł, nie jest już zintegrowaną całością, lecz stanowi „jedynie zespół sztucznie podtrzymywanych podsystemów” (Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 391). Z perspektywy Koncepcji Somatycznej Dezintegracji zatrzymanie krążenia może być wiarygodnym testem służącym stwierdzeniu śmierci tylko wtedy, jeśli trwa odpowiednio długo, aby można było mieć pewność, że doszło do śmierci mózgu (Miller, Truog, 2012, s. 100–102)².

Za sprawą odkryć dokonanych przez amerykańskiego neurologa Alana Shewmona (1998, 2001) na przełomie lat dziewięćdziesiątych i nowego tysiąclecia, podważono tezę, że śmierć mózgu zawsze wiąże się z dezintegracją organizmu, a człowiek w takim stanie jest jedynie zbiorem sztucznie podtrzymywanych podsystemów, które nieuchronnie ulegną w krótkim czasie całkowitemu rozpadowi. Shewmon (2001, s. 467–468; zob. także Truog, Robinson, 2003, s. 2392) zwrócił uwagę, że pacjenci w stanie śmierci mózgu mogą m.in. zachowywać stan homeostazy; zwalczać infekcje; zachowywać szcążkowe funkcje podwzgórza, które umożliwiają dojrzewanie płciowe (w przypadku dzieci); ich ciało może proporcjonalnie wzrastać (w przypadku dzieci), a rany mogą się goić; natomiast kobiety w ciąży są w stanie wydawać na świat potomstwo. Ponadto zauważył on, że nie jest prawdą, jakoby niemożliwe było dłuższe podtrzymywanie funkcji życiowych u pacjentów w takim stanie (tak twierdzili wcześniej np. Bernat, Culver i Gert, 1981, s. 390). Shewmon (1998) dokonał przeglądu literatury medycznej, wskazując, że opisano 175 przypadków pacjentów w stanie śmierci mózgu, którzy

² Bernat, Culver i Gert (1981, s. 392–393) analizują m.in. przykład osoby, która ginie przez powieszenie, zwracając uwagę, że moment śmierci ma miejsce nie wtedy, gdy dochodzi do zatrzymania krążenia, lecz wtedy, gdy brak przepływu krwi jest na tyle długi, że dochodzi do śmierci mózgu.

„przetrwali” co najmniej tydzień, 80 przypadków „przetrwania” powyżej 2 tygodni, 44 przypadki „przetrwania” powyżej 4 tygodni, 20 przypadków „przetrwania” powyżej dwóch miesięcy oraz 7 przypadków „przetrwania” przez co najmniej pół roku. Ponadto osobiście zbadał i opisał pacjenta, którego funkcje życiowe były ostatecznie podtrzymywane z powodzeniem przez przeszło 20 lat. Poprawność przeprowadzenia testów neurologicznych stwierdzających śmierć potwierdzono w tym przypadku po dokonaniu autopsji (Repertinger i in., 2006). W tym miejscu warto podkreślić, że argumenty Shewmona wykazały, że podstawowym problemem Koncepcji Somatycznej Dezintegracji nie jest brak dostatecznie wiarygodnych testów klinicznych i instrumentalnych pozwalających wykrywać śmierć mózgu, lecz to, że śmierć mózgu, nawet jeśli jest poprawnie stwierdzona, nie nadaje się w świetle tej koncepcji na kryterium śmierci (Singer, 2018).

Krytyka Shewmona zaowocowała dwojakiego rodzaju zmianami. Część bioetyków pozostała przy Koncepcji Somatycznej Dezintegracji, natomiast inni zajęli się poszukiwaniem nowych ram pojęciowych i argumentów, które pozwalałyby uzasadnić pogląd, że śmierć mózgu jednak jest śmiercią człowieka. Obydwie strategie znalazły odzwierciedlenie w raporcie *Controversies in Determination of Death*, wydanym w 2008 roku przez President's Council on Bioethics. Pierwsze stanowisko zawarte w raporcie dyskwalifikuje śmierć mózgu jako kryterium śmierci i uznaje, że zgon może być stwierdzany wyłącznie wtedy, gdy jest powszechna zgoda co do tego, że danego człowieka można pogrzebać (President's Council on Bioethics, 2008, s. 53)³. Z kolei drugie stanowisko formułuje nowy pogląd na naturę końca życia, który nazywam Koncepcją Utraty Zdolności do Samozachowania (Nowak, 2016, s. 202–203). W świetle tego dość wysublimowanego stanowiska każdy organizm umiera wtedy, gdy nieodwracalnie traci niezbędną do życia zdolność do samozachowania⁴. Realizacja tej zdolności polega na

³ Inne kryterium śmierci na gruncie Koncepcji Somatycznej Dezintegracji proponował np. Michael Nair-Collins (2018, s. 32), utożsamiając je z utratą możliwości przywrócenia stanu homeostazy w organizmie.

⁴ Autorzy raportu używają dokładnie terminu *work of self-preservation* (President's Council on Bioethics, 2008, s. 60), co mogłoby sugerować, że mają na myśli czynność, a nie zdolność. Z treści dokumentu jasno wynika jednak, że śmierć ma być stanem, w którym nieodwracalnie tracona jest możliwość wykonywania pewnej czynności, czyli chodzi *de facto* o utratę zdolności do samozachowania, a nie czynności samozachowania (zob. President's Council on Bioethics, 2008, s. 64).

angażowaniu się w wymianę ze światem zewnętrznym, która jest z kolei możliwa, jeśli przejawiane są trzy podstawowe możliwości:

1. Otwartość na świat rozumiana jako wrażliwość na bodźce i sygnały z otaczającego środowiska.
2. Zdolność do działania w świecie, aby selektywnie pozyskiwać to, co odpowiada potrzebom.
3. Odczuwanie na podstawowym poziomie potrzeby, która skłania organizm do działania w taki sposób, jaki jest konieczny, aby pozyskać to, co jest potrzebne i co jego otwartość przedstawia jako dostępne.

(President's Council on Bioethics, 2008, s. 61)

President's Council on Bioethics dowodzi, konkretyzacją tych trzech podstawowych możliwości u człowieka jest zdolność do samoczynnego oddychania oraz zdolność do bycia świadomym. Dla stwierdzenia śmierci kluczowa jest więc diagnoza nieodwracalnej śpiączki połączonej z nieodwracalnym bezdechem. Zwolennicy tego stanowiska argumentują, że obecność świadomości świadczy o tym, że człowiek jest „otwarty na świat” i odbiera oraz odczuwa bodźce i sygnały płynące ze środowiska (spełniona jest więc podstawowa możliwość nr 1 – President's Commission on Bioethics, 2008, s. 61, 64). Tymczasem samoczynny oddech jest dowodem na to, że na najbardziej podstawowym poziomie człowiek „odczuwa” potrzebę, która stanowi napęd popychający go do pozyskiwania z otoczenia niezbędnego do życia powietrza. Jeśli więc ludzki organizm przejawia zdolność do samoczynnego oddychania to znaczy, że spełniona jest podstawowa możliwość nr 3, a zarazem spełnione są też podstawowe możliwości nr 2 i 1 (President's Council on Bioethics, 2008, s. 62).

Koncepcja Utraty Zdolności do Samozachowania pozwala uznawać stan śmierci mózgu za śmierć człowieka, ponieważ tego rodzaju uszkodzenie bezsprzecznie łączy się z nieodwracalną utratą świadomości oraz samoczynnego oddechu (President's Council on Bioethics, 2008, s. 21–47). Jeśli więc moment śmierci to chwila, w której człowiek traci nieodwracalnie świadomość oraz zdolność do samoczynnego oddychania, to zauważyć trzeba, że również z tej perspektywy krążeniowe kryterium śmierci zachowuje ważność jedynie o tyle, o ile pozwala wnioskować o stanie mózgu. To właśnie w mózgu znajdują się ośrodki odpowiedzialne za te kluczowe funkcje ludzkiego organizmu.

Koncepcja Utraty Zdolności do Samozachowania także stała się przedmiotem krytyki. W moim artykule *Umiarkowanie liberalna koncepcja śmierci jako uzasadnienie dla neurologicznych kryteriów śmierci* (Nowak, 2016, s. 204) zwracam uwagę, że organizm, który nieodwracalnie traci zdolność do samozachowania, nazwalibyśmy raczej nieuchronnie umierającym, a nie martwym. Aby to sobie dokładnie uświadomić, możemy wyobrazić sobie, że cierpiąca na hemofilię osoba, która przebywa na bezludnej wyspie bez dostępu do zdobyczy współczesnej cywilizacji, rozcięła sobie jedną z głównych tętnic. Załóżmy, że przy użyciu dostępnych w tych okolicznościach narzędzi człowiek ten nie ma możliwości zatamowania krwawienia, a więc nieodwracalnie utracił zdolność do zapewniania sobie tego, co potrzebne do dalszego przeżycia – utracił zdolność do samozachowania. Nie powiedzieliśmy jednak, że taka osoba już nie żyje. Mój przykład pokazuje również, że jest wiele innych niż samoczynne oddychanie funkcji organizmu, które są konieczne dla jego dalszego przetrwania, a President’s Council on Bioethics z niewyjaśnionych przyczyn właśnie samoczynny oddech stawia na piedestale (zob. także Thomas, 2012, s. 106)⁵.

Trzecie stanowisko w kwestii definicji śmierci to Umiarkowanie Liberalna Koncepcja Śmierci, którą przedstawiłem w przywołanym już artykule *Umiarkowanie liberalna koncepcja śmierci jako uzasadnienie dla neurologicznych kryteriów śmierci* (Nowak, 2016, s. 206–209). Wiąże ona koniec życia z nieodwracalną utratą statusu moralnego pacjenta. Człowiek umiera, gdy nieodwracalnie traci własności sprawiające, że ma on jakieś swoje dobro, o które należy się troszczyć⁶. Śmierć w tym znaczeniu następuje wraz z łączną i nieodwracalną utratą cech, które różne koncepcje filozoficzne uznają za wyznaczniki statusu moralnego, czyli: zdolności do odczuwania, zdolności do posiadania pragnień, racjonalności, samoświadomości, świadomości, zdolności do komunikowania się oraz zdolności do wchodzenia w relacje społeczne⁷. Taka koncepcja śmierci przyjmuje możliwie szeroki wachlarz cech (przy czym obecność dowolnej z nich może być wystarczająca

⁵ W sprawie innych zarzutów względem Koncepcji Utraty Zdolności do Samozachowania zob. Brugger (2013), Lizza (2009), Miller, Truog (2009), Nair-Collins (2018, s. 35–39) oraz Shewmon (2009).

⁶ W sprawie koncepcji statusu moralnego zob. Galewicz (2013, s. 15–172).

⁷ Podobne do mojego stanowisko w kwestii definiowania śmierci prezentują m.in. McMahan (2002, s. 423–455), Lizza (2006) i Veatch (2015).

do uznania, że mamy do czynienia z istotą o pewnym statusie moralnym), aby nie wikłać się zanadto w spór dotyczący wyznaczników statusu moralnego⁸.

Założenia Umiarkowanie Liberalnej Koncepcji Śmierci w teorii pozwalają stwierdzać śmierć nie tylko w przypadku śmierci mózgu, lecz także w przypadku uszkodzeń wyższych struktur mózgowych odpowiedzialnych za wymienione cechy. Jednakże wyniki badań przeprowadzanych na pacjentach, u których postawiono diagnozę trwałego stanu wegetatywnego (czyli całkowitej i nieodwracalnej nieświadomości i niewrażliwości na ból, pomimo zachowania wegetatywnych funkcji organizmu, takich jak samoczynny oddech – zob. Posner i in., 2007, s. 357), każą zachować ostrożność w doborze testów neurologicznych stosowanych do stwierdzania śmierci i ograniczyć się raczej do tych stosowanych obecnie do stwierdzania śmierci mózgu (Espejo, Owen, 2013; Monti i in., 2010; Owen i in., 2006; Żuradzki, 2011).

Ostatecznie podstawowym kryterium śmierci na gruncie Umiarkowanie Liberalnej Koncepcji Śmierci jest więc w dalszym ciągu śmierć mózgu, a nie śmierć wyższego mózgu. W kontekście interesującego mnie tematu najważniejsze jest jednak, że to wiedza o stanie układu nerwowego, a nie o stanie serca i układu krążenia, jest na gruncie tej koncepcji kluczowa dla trafnego i wiarygodnego stwierdzania śmierci. Stwierdzanie zgonu oparte na kryteriach krążeniowych wchodzi w grę jedynie wtedy, gdy wiemy, jaki czas zatrzymania krążenia prowadzi do śmierci mózgu.

Oczywiście także liberalne koncepcje śmierci są narażone na zarzuty. Sądzę jednak, że najlepiej są w stanie sobie z nimi poradzić. Główny zarzut, jaki pod ich adresem pada, jest taki, że życie i śmierć to terminy biologiczne,

⁸ Z listy cech uznawanych w różnych koncepcjach filozoficznych za wyznaczniki statusu moralnego usunięte zostały jedynie własności, takie jak przynależność gatunkowa, bycie przedmiotem zachowującym tożsamość w czasie i przestrzeni oraz bycie istotą biologicznie ożywioną. Pierwsza z tych cech to kryterium stronicze i prowadzące do szowinizmu gatunkowego (Warren, 2010, s. 208), natomiast dwie pozostałe, choć być może są wystarczające do tego, aby uznać, że dana rzecz może mieć jakieś swoje dobro, to jednak nie jest to już dobro pacjenta i nie ma ono wartości neutralnej (lub też jego wartość neutralna jest bardzo znikomą). Pacjent nie jest tożsamy z ciałem pozbawionym jakichkolwiek zdolności mentalnych. Jeśli natomiast uznamy, że pozbawione zdolności do odczuwania organizmy mają jakieś własne dobro, to powinniśmy też zauważyć, że wartość neutralna tego dobra jest na tyle niewielka, że możemy je unicestwiać z zupełnym blahym powodów. Więcej na ten temat w: Galewicz (2013, s. 22–51, 125–127); Nowak (2018).

a nie etyczne (Marquis, 2018; Nair-Collins, 2018; President's Commission, 1981, s. 39–40; President's Council on Bioethics, 2008, s. 50–52; Singer, 1997, s. 29–31; Ziemiński, 1999, s. 129). W związku z tym koncepcja śmierci powinna być sformułowana na gruncie nauk biomedycznych lub na gruncie filozofii takich nauk. Jednakże wbrew temu argumentowi życie i śmierć nie są wyłącznie, a nawet nie są głównie terminami biologicznymi (Lizza, 2006, s. 4–6; 2011, s. 756; 2018a; 2018b; Nowak, 2016; Veatch 2015; Veatch, Ross, 2015, s. 45–49). Terminy te występują także w znaczeniu potocznym, które wiąże się z silnym ładunkiem etycznym. Naukowy opis faktów jest moralnie obojętny. Tymczasem widzimy wyraźnie, że rodzina, lekarze oraz społeczeństwo przypisują wielkie znaczenie ustaleniu tego, czy ktoś żyje, czy nie. Jest tak dlatego, że powszechnie uważa się, iż tylko żywemu człowiekowi można pomóc lub zaszkodzić. Jednakże słowo „życie” pojawia się w tym kontekście w znaczeniu etycznym, a nie biologicznym, bo przecież biologiczne życie może nie mieć nic wspólnego z doznawaniem dobra i zła. Z tego względu, dla znalezienia odpowiedniej definicji śmierci, kluczowe znaczenie mają analizy znaczenia, w jakim terminy „śmierć” i „życie” pojawiają się w języku potocznym (Lizza 2018a, s. 11; Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 389; Gert 2006,). Możemy zauważyć to na przykładzie odciętego ramienia, poddanego perfuzji oraz innym zabiegom podtrzymującym (Lizza, 2018, s. 13; Veatch, 2015, s. 19). Takie ramię jest bez wątpienia biologicznie żywe, tzn. stanowi system zdolny utrzymywać homeostazę i opierać się entropii (Nair-Collins, 2018), a także przejawiać wiele innych spośród tych funkcji, które w swoich analizach wskazał Shewmon jako obecne u pacjentów w stanie śmierci mózgu. Mimo to nie uważamy, aby podtrzymywane ramię było żywym pacjentem, do którego należało, i który ma swoje dobro będące dla nas źródłem zobowiązań. Nie uważamy także, że lekarze powinni otaczać tego rodzaju ramię taką opieką, jaką otaczają żywych (w sensie etycznym) ludzi. Lekarz na oddziale intensywnej terapii jest terapeutą, a jego zadaniem jest działanie na rzecz dobra pacjenta zgodnie z wiedzą medyczną (zob. np. art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej). Nie występuje tu w roli naukowca, który mógłby być czysto naukowo zainteresowany tym, czy ma wciąż do czynienia z biologicznym życiem, czy też już nie.

Zauważmy też, że radykalnie liberalne koncepcje śmierci, które wiążą koniec życia z utratą statusu osoby, w większym stopniu narażone są na zarzut, wedle którego śmierć powinna być tym samym dla człowieka

i zwierząt, niż Umiarkowanie Liberalna Koncepcja Śmierci. Jeśli zwierzęta nie są w ogóle osobami, to nie mogą umierać poprzez utratę statusu osoby. Radykalnie liberalna koncepcja śmierci jest więc teorią, która ma zastosowanie do ludzi, a nie do zwierząt. Bez wątplenia jednak zarówno człowiek, jak i znaczna część zwierząt to istoty czujące. Tymczasem Umiarkowanie Liberalna Koncepcja Śmierci wiąże śmierć z nieodwracalną utratą m.in. zdolności do odczuwania, a w związku z tym stosuje się na równi do ludzi, jak i do wszelkich istot, które posiadają taką zdolność. Oczywiście oryginalny zarzut można poszerzyć, argumentując, że to samo pojęcie „śmierci” powinno się stosować nie tylko do zwierząt odczuwających ból, ale w ogóle do wszystkich istot żywych, także do roślin. Zapewne biologiczne rozumienie tego terminu rzeczywiście musi spełniać taki warunek. Jak dalekie takie biologiczne rozumienie „śmierci” jest od codziennego użycia tego słowa, możemy sobie jasno uświadomić, zauważając, że sztucznie brzmią wypowiedzi, takie jak „trawa umarła”, „kwiat umarł” czy „grzyb umarł”. O roślinach i grzybach mówimy raczej, że usychają, więdną, gniją lub butwieją, a już zupełnie niezrozumiałe byłoby wyrażenie „ta trawa od nas odeszła”, w przeciwieństwie do wyrażenia „Kowalski od nas odszedł” (Lizza, 2018a, s. 9, przypis 29). Niekiedy możemy wprawdzie bez narażania się na nienaturalność powiedzieć o drzewie, że umarło lub obumarło zamiast stwierdzać, że uschło. Sądzę jednak, że gdy używamy języka w ten sposób, czynimy pewne nadużycie, traktując roślinę tak, jakby była członkiem ludzkiej wspólnoty, i „awansując ją” w hierarchii moralnej. Podobnie jest zresztą w przypadku zwierząt, o których mówimy raczej, że zdychają, a nie, że umierają lub od nas odchodzą (Lizza, 2018a, s. 9, przypis 29). Jeśli mimo to ktoś mówi o swoim psie, że umarł lub odszedł, to dlatego, że niejako go awansuje, podobnie jak wtedy, gdy w innych okolicznościach o człowieku mówi się, że zdechł i wyraża się tym samym pogardę, degradując go do poziomu zwierzęcia.

Zdaniem Johna Lizzy (2018a, s. 9, przypis 29) tego rodzaju różnice w użyciu języka, występujące nie tylko w języku polskim (aczkolwiek w nim szczególnie wyraźne⁹), wynikają z naszych głęboko zakorzenionych przekonaniań dotyczących istotnych różnic między człowiekiem a zwierzętami, a także

⁹ Do przykładów z języka polskiego poza Johnem Lizzą odwołują się także Elisabeth Shewmon i Alan Shewmon (2004).

ze społecznego i kulturowego kontekstu, w którym żyjemy i umieramy. Kontekst ten ma, według Lizzy, istotne znaczenie przy definiowaniu śmierci.

2. Pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia a reguła martwego dawcy

Nie jest jasne, czy polskie prawo medyczne opiera się na którejkolwiek koncepcji śmierci spośród omawianych w tym artykule i czy w ogóle opiera się na jakiegokolwiek koncepcji śmierci (Kubiak, 2010, s. 481). Można mieć wrażenie, że ustawodawca po prostu formułuje kryteria, nie dostarczając uzasadnień, do których przyzwyczyli nas instytucje amerykańskie (President's Commision, 1981; President's Council on Bioethics, 2008). Jednakże pewną „poszlakę” prowadzącą od kryterium śmierci do uzasadniającej je koncepcji stanowi fakt, że w Polsce przyjęto kryterium śmierci całego mózgu (a nie kryterium śmierci pnia mózgu), które tradycyjnie jest uzasadnianie albo przez Koncepcję Somatycznej Dezintegracji, albo przez Koncepcję Utraty Zdolności do Samozachowania. Natomiast w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 roku w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, przy okazji omawiania zdysocjowanego charakteru śmierci, wspomina się, że śmierć powoduje „dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej”, co wyraźnie przywodzi na myśl Koncepcję Somatycznej Dezintegracji.

Niezależnie od tego, czy powiązanie między polskim prawem a Koncepcją Somatycznej Dezintegracji daje się przekonująco uzasadnić, zdziwienie wzbudza fakt, że prawo zarówno polskie, jak i amerykańskie wymaga stwierdzenia „nieodwracalnego zatrzymania krążenia” jako kryterium śmierci. Jest to dziwne z tego względu, że wszystkie trzy omawiane w artykule koncepcje śmierci traktują kryterium krążeniowe jako wtórne w stosunku do neurologicznego. Należałby więc raczej oczekiwać, że przepisy będą wymagały stwierdzenia zatrzymania krążenia, które trwa tak długo, aby można było mieć pewność, że nastąpiła śmierć mózgu, albo zostaną wsparte przez jakąś koncepcję śmierci, która będzie pozwalała traktować kryterium krążeniowe jako zupełnie niezależne od neurologicznego. To drugie rozwiązanie jest jednakże wątpliwe, co zauważają także polscy prawnicy (Kubiak, 2010, s. 480).

Znaczna część publikacji skupia się jednak na tym, jak rozumieć wyrażenie „nieodwracalne zatrzymanie krążenia”. Don Marquis twierdzi na przykład, że znaczy ono tyle, co to, że krążenia nie da się przywrócić za pomocą żadnej interwencji (Marquis, 2010, s. 26–27; 2018, s. 24; zob. także Brock, 1999, s. 298). Inni natomiast utrzymują, że „nieodwracalne zatrzymanie krążenia” w gruncie rzeczy ma znaczyć tyle, co „trwałe zatrzymanie krążenia” lub twierdzą, że wyrażenie to ma sens etyczny (Veatch, Ross, 2015, s. 43–45; President’s Council on Bioethics, 2008, s. 84). „Nieodwracalność” ma zgodnie z tym drugim stanowiskiem taki sens, że przepływ krwi nie może powrócić samoistnie i faktycznie nie zostanie przywrócony za pomocą żadnej interwencji, ponieważ byłoby to nieetyczne (np. dlatego, że zapadła słuszna decyzja o odłączeniu pacjenta od respiratora i wydano dyspozycję „nie podejmować resuscytacji”).

Właściwe pytanie, które należy zadać, jeśli chcemy się dowiedzieć, czy pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia nie narusza reguły martwego dawcy, powinno brzmieć: czy po pięciu minutach zatrzymania krążenia dochodzi do śmierci mózgu? Niestety w literaturze medycznej zaskakująco niewiele miejsca poświęcono temu zagadnieniu (Veatch, Ross, 2015, s. 67). Z klasycznego podręcznika do diagnozy śpiączki i stuporu można się dowiedzieć, że „w warunkach klinicznych całkowite niedokrwienne niedotlenienie kory mózgowej trwające powyżej czterech minut zaczyna zabijać komórki mózgowe z neuronami kory mózgowej i mózdzku w pierwszej kolejności”, natomiast „ciężkie rozproszone niedokrwiennie i niedotlenienie mózgu trwające dziesięć minut lub więcej zaczyna niszczyć mózg” (Posner i in., 2007, s. 2012). Wynika stąd, że zatrzymanie krążenia może spowodować śmierć mózgu, jeśli trwa więcej niż dziesięć minut, a co za tym idzie, pobieranie organów po pięciu minutach braku przepływu krwi narusza regułę martwego dawcy¹⁰. Aby uwyraźnić ten wniosek, rozważmy następujący przykład:

- W jednym ze szpitali, w którym funkcjonuje program pobierania narządów po zatrzymaniu krążenia, uwagę dyżurnej pielęgniarki zwracają chrapliwe odgłosy wydawane przez pacjentkę o imieniu Nadzieja. Pielęgniarka próbuje ją obudzić, myśląc, że śni się jej

¹⁰ Warto zwrócić uwagę, że podobne spostrzeżenie na gruncie polskiej bioetyki poczynił Kazimierz Szewczyk (2009, s. 146) już w roku 2009, czyli dokładnie wtedy, gdy wprowadzono zmianę dopuszczającą pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia w Ustawie transplantacyjnej.

jakiś koszmar. Jednakże Nadzieja wkrótce przestaje oddychać i dochodzi do zatrzymania pracy serca. Pielęgniarka wie, że pacjentka ze względu na postępującą śmiertelną chorobę wydała dyspozycję, w której jasno stwierdziła, że nie życzy sobie przeprowadzania resuscytacji, a także, że pragnie *po śmierci* oddać narządy do przeszczepu. Zaalarmowani lekarze po pięciu minutach zatrzymania przepływu krwi stwierdzają śmierć i powiadamiają o tym rodzinę, informując jednocześnie o woli pośmiertnego przekazania narządów. Adam – mąż Nadziei – nie zgadza się z jej dyspozycją zakazującą przeprowadzania resuscytacji i kategorycznie żąda podjęcia próby przywrócenia krążenia. Lekarze pod wpływem presji zgadzają się i skutecznie przywracają czynność serca u pacjentki, która pozostaje w śpiączce, a po kilku tygodniach następuje „poprawa” i zostaje u niej zdiagnozowany stan wegetatywny.

Przytoczony przykład pokazuje jasno, że Nadzieja żyła, gdy lekarze stwierdzili śmierć i planowali pobranie narządów. Rekonwalescencja pacjentki wskazuje, że po pięciu minutach zatrzymania krążenia nie doszło u niej do śmierci mózgu. Ta bowiem wyklucza możliwość odzyskania zdolności do samoczynnego oddychania. Trudno także twierdzić, że miało u niej miejsce nieodwracalne zatrzymanie krążenia, skoro jej serce obecnie bije. Gdyby od Nadziei pobrano narządy do przeszczepu, bez wątpienia naruszono by regułę martwego dawcy. Wniosek ten można jeszcze wzmocnić, jeśli wyobraźmy sobie pewien możliwy dalszy ciąg historii:

- Mąż pacjentki, dowiedziawszy się o technikach neuroobrazowania i wykorzystaniu ich w weryfikacji diagnozy stanu wegetatywnego (Espejo, Owen, 2013; Monti i in., 2010; Owen i in., 2006), napisał do Adriana Owena prośbę o zbadanie Nadziei za pomocą rezonansu magnetycznego. W wyniku przeprowadzonych testów okazało się, że żona zachowuje świadomość i wrażliwość na ból, a także potrafi odpowiadać „tak” lub „nie” na zadawane jej pytania, choć nie jest w stanie porozumiewać się z otoczeniem inaczej niż za pomocą aktywności swojego mózgu wykrywanej w rezonansie magnetycznym.

Dalszy ciąg historii Nadziei świadczy o tym, że po pięciu minutach zatrzymania krążenia możliwy jest powrót do świadomego życia, a więc jest to czas niewystarczający do tego, aby pacjent nieodwracalnie utracił cechy wyznaczające jego status moralny.

Zakończenie

Głównym celem tego artykułu było przeanalizowanie zależności między krążeniowym i neurologicznym kryterium śmierci oraz odpowiedź na pytanie, czy praktyka pobierania narządów po zatrzymaniu krążenia nie narusza reguły martwego dawcy. Każda z trzech przedstawionych koncepcji śmierci traktuje zatrzymanie krążenia jako ważne kryterium o tyle, o ile prowadzi ono do śmierci mózgu¹¹. Tymczasem wiadomo, że pięć minut braku przepływu krwi może nie wystarczać, aby mózg osiągnął taki stan, co więcej, po tym czasie możliwe jest przywrócenie pacjenta do świadomego życia. Jasno stąd wynika, że pobieranie organów po zatrzymaniu krążenia w tej formie, w jakiej procedura ta jest obecnie stosowana, może naruszać regułę martwego dawcy. Inna ważna wątpliwość, na którą nie znajdują państwo odpowiedzi w tym artykule, dotyczy tego, czy od żywych pacjentów rzeczywiście nie można nigdy pobierać organów, czy też może raczej trzeba zastąpić regułę martwego dawcy zasadą nieszkodzenia i szacunku dla autonomii, dopuszczając w wyjątkowych sytuacjach pobieranie narządów od umierających osób, jeśli taka jest ich wola (Wilkinson, Savulescu, 2012; Truog, Miller, 2012; Nowak, 2018).

Bibliografia

- Bernat, J.L. (2013). On Noncongruence between the Concept and Determination of Death. *The Hastings Center Report*, 6 (43), 25–33.
- Bernat, J.L., Culver, C.M., Gert, G. (1981). On the Definition and Criterion of Death. *Annals of Internal Medicine*, 3 (94), 389–394.

¹¹ Anonimowy recenzent czasopisma *Analiza i Egzystencja* zwrócił uwagę, że „w polskim prawie kryterium krążeniowe i kryterium neurologiczne są traktowane jako równorzędne – stosowanie ich jest zależne od okoliczności, w których dochodzi do stwierdzenia zgonu. Mają więc niejako kontekstowy charakter”. Podobne zdanie na ten temat ma także Paweł Łuków (2015, s. 26, przypis 10). W pełni zgadzam się z opinią, że kryteria śmierci mają kontekstowy charakter, mimo że jednocześnie bronię tezy o nadrzędności kryterium neurologicznego nad krążeniowym. Podobnie jak recenzent nie uważam, żeby należało we wszystkich sytuacjach rozpoznawać śmierć za pomocą testów neurologicznych. Twierdzę jedynie, że kryterium krążeniowe powinno mieć inną postać niż obecnie – „nieodwracalne zatrzymanie krążenia” powinno być zastąpione przez „zatrzymanie krążenia, którego czas trwania jest wystarczający do tego, aby nastąpiła śmierć mózgu”.

- Brock, D.W. (1999). The Role of the Public in Public Policy on the Definition of Death. W: *The Definition of Death. Contemporary Controversies*, red. S.J. Youngner, R.M. Arnold, R. Schapiro (s. 293–307). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Brugger, E.Ch. (2013). D. Alan Shewmon and the PCBE's White Paper on Brain Death: Are Brain-Dead Patients Dead? *Journal of Medicine and Philosophy*, 2 (38), 205–218.
- Espejo, F., Owen, A.M. (2013). Detecting Awareness after Severe Brain Injury. *Nature Reviews Neuroscience*, 14, 801–809.
- Galewicz, W. (2013). *Status ludzkiego zarodka a etyka badań biomedycznych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gert, B. (2006). Matters of „Life” and „Death”. Letters. *Hastings Center Report*, 3 (63), 4–6.
- Kodeks Etyki Lekarskiej. Pobrano z: http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf.
- Kubiak, R. (2010). *Prawo medyczne*. Warszawa: C.H. Beck.
- Lizza, J.P. (2006). *Persons, Humanity and the Definition of Death*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Lizza, J.P. (2009). Commentary on „The Incoherence of Determining Death by Neurological Criteria”. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4 (19), 393–395.
- Lizza, J.P. (2011). Where's Waldo? The 'Decapitation Gambit' and the Definition of Death. *Journal of Medical Ethics*, 12 (37), 743–746.
- Lizza, J.P. (2018a). Defining Death: Beyond Biology. *Diametros*, 55, 1–19.
- Lizza, J.P. (2018b). In Defense of Brain Death: Replies to Don Marquis, Michael Nair-Collins, Doyen Nguyen, and Laura Specker Sullivan. *Diametros*, 55, 68–90.
- Łuków, P. (2015). W poszukiwaniu zrozumienia śmierci. W: *Zrozumieć śmierć człowieka*, red. P. Łuków (s. 13–30). Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych.
- Marquis, D. (2010). Are DCD Donors Dead? *Hastings Center Report*, 3 (40), 24–31.
- Marquis, D. (2018). Death is a Biological Phenomenon. *Diametros*, 55, 20–26.
- McMahan, J. (2002). *The Ethics of Killing*. New York: Oxford University Press.
- Miller, F.G, Truog, R.D. (2009). The Incoherence of Determining Death by Neurological Criteria: A Commentary on Controversies in the Determination of Death,

- A White Paper by the President's Council on Bioethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4 (19), 397–399.
- Miller, F.G., Truog, R.D. (2012). *Death, Dying, and Organ Transplantation*. Oxford: Oxford University Press.
- Monti, M.M., Vanhauzenhuysse, A., Coleman, M.R., Boly, M., Pickard, J.D., Tshibanda, L., Owen, A.M., Laureys, S. (2010). Willful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness. *New England Journal of Medicine*, 362, 578–589.
- Nair-Collins, M. (2018). A Biological Theory of Death: Characterization, Justification, and Implications. *Diametros*, 55, 27–43.
- Nowak, P.G. (2016). 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).
- Owen, A.M., Coleman, M.R., Davis, M.H., Boly, M., Laureys, S., Pickard, J.D. (2006). Detecting Awareness in the Vegetative State. *Science*, 313 (5792), 1402.
- 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.
- Repertinger, S., Fitzgibbons, W.P., Omojola, M.F., Brumback, R.A. (2006). Long Survival Following Bacterial Meningitis-Associated Brain Destruction. *Journal Child Neurology*, 7 (21), 591–595.
- Shewmon, D.A. (1998). Chronic „Brain Death”: Meta-Analysis and Conceptual Consequences. *Neurology*, 6 (51), 1538–1545.
- Shewmon, D.A. (2001). The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating „Brain Death” with Death. *Journal of Medicine and Philosophy*, 5 (26), 457–478.

- Shewmon, D.A. (2009). Brain Death: Can It Be Resuscitated? *Hastings Center Report*, 2 (39), 18–24.
- Shewmon, D.A., Shewmon, E.S. (2004). The Semiotics of Death and Its Medical Implications. W: *Brain Death and Disorders of Consciousness*, red. C. Machado, D.A. Shewmon (s. 89–114). New York: Springer.
- Singer, P. (1997). *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Singer, P. (2018). The Challenge of Brain Death for the Sanctity of Life Ethic. *Ethics & Bioethics (in Central Europe)* (w druku).
- 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>.
- Thomas, A.G. (2012). Continuing the Definition of Death Debate: The Report of The President's Council on Bioethics on Controversies in The Determination of Death. *Bioethics*, 2 (26), 101–107.
- 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.
- Veatch, R.M. (2015). Killing by Organ Procurement: Brain-Based Death and Legal Fictions. *Journal of Medicine and Philosophy*, 3 (40), 289–311.
- Veatch, R.M., Ross, L.F. (2015). *Transplantation Ethics*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Warren M.A. (2010). O moralnym i prawnym statusie aborcji. W: *Antologia bioetyki. T. 2: Początki ludzkiego życia*, red. W. Galewicz (s. 197–214). Kraków: Universitas.
- Wilkinson, D., Savulescu, J. (2012). Should We Allow Organ Donation Euthanasia? Alternatives for Maximizing the Number and Quality of Organs for Transplantation. *Bioethics*, 1 (20), 32–48.
- Ziemiński, I. (1999). *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Żuradzki, T. (2011). Rola świadomości w decyzjach dotyczących zaprzestania podtrzymywania funkcji życiowych. *Rocznik Kognitywistyczny*, 5, 191–198.

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

Summary

This two-part article concerns with bioethical issues associated with organ donation after circulatory determination of death (DCDD). Part 2 is devoted to philosophical problems. I analyze three concepts of death, that identify the end of life with a) somatic disintegration of the organism, b) irreversible cessation of vital work of self-preservation and c) irreversible loss of patient's moral status. By referring to these positions I argue that circulatory criterion of death is reliable only if cessation of circulation lasts long enough for brain death to occur. Taking this into account, it might be supposed that the 5 minutes period of observation of cessation of circulation is not enough for patient's death to take place.