

*Transplantacje narządów – możliwości i granice*

## Cytaty

### **Jan Paweł II. Encyklika „Evangelium Vitae” (25 marca 1995 r.)**

86. Logika kultu duchowego przyjemnego Bogu (por. Rz 12, 1) wymaga, aby sławienie Ewangelii życia dokonywało się przede wszystkim w codziennym życiu i wyrażało się przez miłość do innych i dar z samego siebie. (...) To właśnie dokonuje się w tak wielu gestach ofiary, często niepozornej i ukrytej, spełnianej przez mężczyzn i kobiety, dzieci i dorosłych, młodych i starszych, ludzi zdrowych i chorych.(...) Oprócz faktów powszechnie znanych, istnieje jeszcze heroizm dnia codziennego, na który składają się małe lub wielkie gesty bezinteresowności, umacniające autentyczną kulturę życia. Pośród tych gestów na szczególne uznanie zasługuje oddawanie organów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym, pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei.

### **Jan Paweł II. Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego (29.08.2000 r.)**

Technika przeszczepów to wielki krok naprzód w dziejach nauki służącej człowiekowi. Niemało jest dzisiaj ludzi, którzy zawdzięczają życie przeszczepowi organów. W coraz większej mierze technika przeszczepów jawi się jako skuteczna metoda realizacji podstawowego celu wszelkiej medycyny, którym jest służba ludzkiemu życiu. Dlatego w encyklice *Evangelium vitae* wskazałem, że jednym ze sposobów krzewienia autentycznej kultury życia jest «oddawanie organów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym, pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei» (*Evangelium vitae*, 86).

(...)

3. Przede wszystkim należy podkreślić — jak zauważyłem już przy innej okazji — że każdy przeszczep organu ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej: «decyzji, aby bezinteresownie ofiarować część własnego ciała z myślą o zdrowiu i dobru innego człowieka» (przemówienie do uczestników kongresu nt. przeszczepu organów, 20 czerwca 1991 r., 3). Na tym właśnie polega szlachetność tego czynu, który jest autentycznym aktem miłości. Nie oznacza on jedynie oddania czegoś, co do nas należy, ale co jest częścią nas samych, jako że «na mocy substancjalnego zjednoczenia z duszą rozumną ciało ludzkie nie może być uważane tylko za zespół tkanek, narządów i funkcji; (...) jest bowiem częścią

istotną osoby, która poprzez to ciało objawia się i wyraża» (Kongregacja Nauki Wiary, Donum vitae, Wstęp, 3).

**Jan Paweł II. List do Papieskiej Akademii Nauk: „Etyczne aspekty transplantacji narządów” (1.02.2005 r.)**

2. Jak wiecie, Magisterium Kościoła od samego początku z niezmiennym zainteresowaniem śledzi uważnie rozwój chirurgicznej praktyki przeszczepu organów, której celem jest ratowanie od bliskiej śmierci oraz przedłużenie życia chorych.

(...)

Z jednej strony Kościół zachęca do dobrowolnego dawstwa narządów; z drugiej zaś zwraca uwagę na etyczne aspekty dawstwa, podkreślając obowiązek ochrony życia i godności zarówno dawcy, jak i biorcy. Wskazuje on również obowiązki specjalistów, którzy dokonują transplantacji narządów. Jest to złożona posługa na rzecz życia, w której trzeba pogodzić postęp techniczny z wymogami etyki oraz konieczność humanizacji relacji międzyludzkich z rzetelnym informowaniem opinii publicznej.

3. Z uwagi na nieustanny postęp eksperymentalnej wiedzy naukowej, osoby, które dokonują przeszczepów narządów, winny wciąż prowadzić badania naukowo-techniczne, aby każda operacja miała maksymalne szanse powodzenia, a życie pacjenta po transplantacji mogło trwać jak najdłużej. Konieczny jest też nieustanny dialog z ekspertami w zakresie antropologii i etyki, aby zapewnić poszanowanie dla życia oraz osoby ludzkiej i dostarczać prawodawcom wszelkie dane potrzebne do opracowania ścisłych norm w tej dziedzinie.

## KONWERSATORIUM XCIV

(18 marca 2017)

### **Transplantacje narządów – możliwości i granice**

**Prowadzący:** dr Włodzimierz Wieczorek, nauczyciel akademicki, Szkoła Wyższa Przymierza Rodzin; Anna Jakubowska-Winecka, psycholog kliniczny, Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie; Jarosław Czerwiński, lekarz, zastępca dyrektora Poltrasplantu do spraw medycznych; ks. Jan O'Dogherty, lekarz, doktor filozofii.

#### **Włodzimierz Wieczorek**

Drodzy Państwo, solidarność międzyludzka stanowi istotny punkt odniesienia dla etosu praktyki medycznej, dla ingerencji medycznych. Także współczesne ingerencje medyczne, zwłaszcza te, które odnoszą się do struktury biologicznej człowieka, odwołują się do etyki solidarności. Życie pokazało, iż są problemy w medycynie, w których solidarność nie ogranicza się tylko do sytuacji, gdy jeden człowiek może drugiemu człowiekowi dać z tego, co posiada. W niektórych sytuacjach solidarność polega na tym, że daje się siebie samego w sensie bardziej dosłownym. Dotyczy to m.in. problematyki transplantacji i bioetycznych rozważań w zakresie transplantologii. To właśnie będzie tematem naszej dzisiejszej refleksji. Stawiamy kolejny krok w refleksji bioetycznej. Wcześniej były to zagadnienia związane z bioetyką początków życia, dzisiaj pochylimy się nad problematyką możliwości i granic transplantologii.

Samo przeszczepianie narządów nie jest czymś nowym. Rozwinęło się dynamicznie po drugiej wojnie światowej. Wzrastające możliwości w różnych dziedzinach medycyny, jak serologia, immunologia czy chirurgia sprawiły, że znacznie więcej mamy dziś możliwości przeszczepiania narządów, co ratuje każdego roku życie bardzo wielu osób. Ciekawostką jest też to, że wraz z postępem dziedziny transplantologii modyfikowało się również nauczanie Kościoła w tym zakresie. Między nauczaniem Piusa XII, którego pontyfikat przypada na okres drugiej wojny światowej, a nauczaniem Jana Pawła II, jest pewna różnica, bo o ile wczesne nauczanie było bardzo powściągliwe jeśli chodzi o transplantacje, to Jan Paweł II w 1991 roku w przemówieniu na *I międzynarodowym kongresie transplantologów* rozwinął pojęcie etyki solidarności na gruncie transplantologii.

Dzisiaj będziemy się pochylać nad tym zagadnieniem w wyśmienitym gronie specjalistów, których mamy honor gościć w naszej społeczności akademickiej. Niech mi będzie wolno przywitać doktor nauk medycznych panią Annę Jakubowską-Winecką, psychologa klinicznego w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Witamy doktora habilitowanego nauk medycznych pana Jarosława Czerwińskiego, zastępcę dyrektora Poltransplantu do spraw medycznych. Witamy również bardzo serdecznie księdza doktora Jana O'Dogherty, który jest z wykształcenia lekarzem oraz doktorem filozofii. To dla nas zaszczyt, że możemy Państwa gościć w skromnych progach tej uczelni.

Przebieg konwersatorium będzie standardowy. Najpierw wypowiedzą się nasi Goście, a potem będzie możliwość zadawania pytań.

Bardzo proszę Panie Profesorze o wypowiedź na temat tego, jakie w optyce chirurga są możliwości i granice w transplantologii.

### **Jarosław Czerwiński**

Bardzo dziękuję panie doktorze, dziękuję też pani rektor za zaproszenie. Przeszczepianie narządów, tkanek i komórek jest dobre i służy wszystkim, zarówno dawcom jak i biorcom. Zastanawiałem się od czego zacząć, tak żebyśmy wiedzieli o czym mówimy. Transplantologia to nauka o mechanizmach odrzucania i o możliwościach przeszczepiania. Medycyna transplantacyjna, jest tym, czym medycy transplantacyjni się zajmują, wykorzystując je możliwości przy łóżku chorego. Transplantacja, czyli po prostu przeszczepienie, jest to zastąpienie chorej komórki, tkanki, która jest niewydolna, martwa, tkanką, komórką lub narządem pochodzącą od innej osoby (dawcy), w celu zastąpienia utraconej funkcji, czynności w organizmie biorcy. Przeszczep to jest to, co bierze chirurg od dawcy, przez chwilę przechowuje, ogląda, analizuje jego zalety dla ewentualnego biorcy. Podstawową sprawą w medycynie transplantacyjnej jest dawstwo. Nie ma medycyny transplantacyjnej, jeśli nie ma przeszczepu, nie ma przeszczepu, jeśli nie ma dawcy tego przeszczepu. Należałoby teraz powiedzieć o biorcach, czyli ludziach chorych z niewydolnym narządem, na przykład chorych na białaczkę, czekających na przeszczepienie szpiku. I tutaj trzeba wprowadzić takie pojęcie jak lista oczekujących. To jest system jakości, system bezpieczeństwa, to jest transparentność. Wszyscy chorzy, którzy oczekują na przeszczepienie narządów i komórek są wpisani na państwową, prowadzoną przez Poltransplant (który tutaj reprezentuję) listę oczekujących na przeszczepienie. To jest olbrzymie narzędzie w zakresie jakości i przejrzystości w medycynie transplantacyjnej. Mamy jeden narząd do przeszczepienia i mamy tysiące osób, które na ten narząd czekają. Osoby te są spisane z

imienia i nazwiska, mają także podane cechy biologiczne. Znane są zatem cechy dawcy i cechy narządu oraz cechy potencjalnego biorcy. Po to, żeby jakość przeszczepienia była akceptowalna w kontekście analizy ryzyka i korzyści, porównujemy cechy dawców z cechami biorcy i dopasowujemy narząd dawcy do biorcy. Wybór biorcy przeszczepu to alokacja, alokować znaczy umiejscawiać.

Kolejny wielki obszar działań dotyczy ludzi i podmiotów, które dokonują przeszczepień. Niezwykle ważna sprawa. Wymagane są specjalne i oddzielne przepisy prawne, dotyczące medycyny transplantacyjnej. W krajach, gdzie nie ma określonych przepisów dawstwa, alokacji, nie są wpisane kwalifikacje osób i podmiotów leczniczych, które to dokonują, w tych krajach dochodzi do złych praktyk w medycynie transplantacyjnej. Są kwalifikacje osób i pozwolenia dla podmiotów, które dokonują przeszczepień. To jest prawdziwa droga przez mękę dla szpitala, chcącego uzyskać pozwolenie na przeszczepianie narządów. Ten system organizacyjny służby zdrowia – nie tylko w Polsce, ale i w Europie, i w Ameryce – wymaga specjalnych możliwości i kwalifikacji dla szpitala i personelu. W końcu nie zapominajmy o wynikach. Biorcy muszą mieć pożytek z tego, że im się przeszczepi komórki, szpik, tkanki, narządy, czyli wyniki takiego przeszczepiania muszą być na określonym poziomie jakości. I ten system jakości w medycynie transplantacyjnej, nadzór, monitorowanie naszych działań jest w Polsce moim zdaniem szczelny. Podstawowym ograniczeniem w medycynie nie są kwalifikacje lecz niedostatek przeszczepów, narządów, dostępnych do przeszczepienia. Polska, Europa i Świat w różny sposób starają się temu zaradzić. W Polsce oczekuje na przeszczepienie narządów w tej chwili około trzech tysięcy ludzi, w skali roku zabezpieczamy około połowę z nich. Skąd brać narządy? To są niezwykle czułe punkty w medycynie transplantacyjnej. Musimy mieć zwiększającą się populację dawców, to jest jedna z metod, a druga, mamy prawo wykorzystywać narządy i tkanki do przeszczepienia także te nieco gorszej jakości. Zachodzi to w sytuacji, gdy pacjentowi wymagającemu przeszczepu serca grozi, że nie dostawszy tego narządu umrze w krótkim czasie. Narządów do przeszczepienia jest mało. Czekać na „idealny” narząd, chory nie ma szansy przeżyć. Wykorzystujemy wtedy narządy nieco gorszej jakości. W Polsce przeszczepia się narządy od pięćdziesięciu lat, do dziś 28 tysięcy narządów zostało przeszczepionych. Oceniamy, że w Polsce żyje aktualnie 18 tysięcy osób z przeszczepionym narządem. W każdej gminie, do każdego lekarza rodzinnego, do każdego chirurga trafiają chorzy, którzy są przed lub po przeszczepieniu narządów.

**Włodzimierz Wieczorek**

Dziękujemy bardzo Panie Profesorze. Korzystając z okazji od razu chciałbym zadać pytanie, które mi się nasunęło w trakcie tej prezentacji. Pytanie dotyczące zasad kojarzenia dawcy z biorcą. Z jednej strony zasadę tę definiuje kryterium zgodności biologicznej, z drugiej wymóg poziomu jakości narządu, poniżej którego nie można zejść. Jednakże rolę odgrywa też chyba kryterium kolejności zgłoszeń? Jakie są procedury kojarzenia dawcy z biorcą?

### **Jarosław Czerwiński**

Bardzo dziękuję za to pytanie. Jeżeli w danym kraju w systemie transplantacyjnym nie ma ściśle określonych w prawie kryteriów wyboru biorcy, tam może dochodzić do nadużyć. Te kryteria są przede wszystkim ściśle medyczne i są one w naszym prawie opisane. Jest ich siedem. Kryterium pilności wskazań. Nietrudno, zgadnąć, że ktoś ma niewydolność wątroby i może poczekać na narząd pół roku, rok, a ktoś inny ma taką niewydolność wątroby, że nie może poczekać nawet tygodnia. Kryterium doboru wieku dawcy do wieku biorcy. Ma to swoje znaczenie, można przyjąć, że narząd od dziecka trafia do chorego dziecka, a narząd osoby starszej trafia także do osoby starszej. Czas oczekiwania na przeszczepienie ma swoje znaczenie, ale nie jest to kolejka, nie jest to numer. Kolejne kryterium to potwierdzenie lub wykluczenie zgodności lub niezgodności tkankowej. Każdy wie, że jest pojęcie odrzucania i jeżeli się lepiej dobierze tkankę dawcy do biorcy, to odrzucanie przeszczepu będzie mniej nasilone. Następne kryterium, to niby oczywisty dobór pod względem warunków fizycznych. Nietrudno zgadnąć, że wątroba pobrana od potężnego mężczyzny nie zmieści się w ciele dziecka. Z drugiej strony, gdyby od drobnej kobiety przeszczepić takiemu mężczyźnie serce, to ono nie działałoby długo, bo nie uciągnęłoby stu kilogramów. Jest też ważny aktualny stan zdrowia dawcy i biorcy (biorca może mieć na przykład gripę). Alokacja to niezwykle czuła sprawa. Dostanie się na listę oczekujących wiąże się z pewną umową pomiędzy tymi, którzy tę listę prowadzą, czyli Poltrasplantem i biorcami. Biorcy zobowiązują się do tego, żeby przestrzegać pewnych reguł: być dostępnym na wezwanie do przeszczepienia, nie upijać się, dbać o swoje zdrowie. A my z drugiej strony tym ludziom dajemy perspektywę otrzymania przeszczepu zgodnie z pewnymi przestrzeganimi i nadzorowanymi regułami. Jeżeli te siedem kryteriów alokacji zbierzemy już w bardzo ściśle kryteria medyczne – co to znaczy pilne wskazanie, co to znaczy dobór, na ile w doborze wielkości serca możemy sobie pozwolić na różnicę – i ułożymy wszystko w odpowiedni sposób, to pomimo, że jest jeden narząd do przeszczepienia, a tysiąc ludzi oczekujących, operując tymi kryteriami okaże się, że po pierwszym kryterium zostanie 500 osób, po drugim 200, po trzecim 50, a po siódmym okaże

się, że jest to ta jedna konkretna osoba. Dokumentacja procesu wyboru biorcy jest jednym z najważniejszych elementów w systemie jakości medycyny transplantacyjnej. To są ważne sprawy z perspektywy tych, którzy ten narząd otrzymali. Bo wyobraźmy sobie taką sytuację. Nowak i Kowalski są na stacji dializ, jeden ma dializę i drugi ma dializę. Przychodzi następny dzień i również obaj mają dializę, znają się, rozwiązują krzyżówki. Nagle tego Nowaka nie ma – został wezwany do przeszczepienia. W tej sytuacji jeśli Kowalski spyta dlaczego on a nie ja, potrafimy to udokumentować, wytłumaczyć.

### **Włodzimierz Wieczorek**

Relacje między dawcą a biorcą, czy kontekst szerokiego kręgu rodzin tych osób, to jest też kwestia ogromnych emocji. Przykładem może być przekazywanie narządów, które w jakiś sposób kojarzą się z tożsamością człowieka. Czy bycie biorcą serca od kogoś, kto umierając przekazał swój narząd, wiąże się z utożsamianiem biorcy z dawcą? Są to kwestie dotyczące sfery psychologii. Mamy wśród nas psychologa. Bardzo prosimy Panią Doktor o podzielenie się pani doświadczeniami i wiedzą w tym zakresie. Jak wygląda praca psychologa z dawcami i biorcami narządów oraz z ich rodzinami?

### **Anna Jakubowska-Winecka**

Z osobami, które czekają na przeszczep narządów oraz z osobami, które są po przeszczepieniu, pracuję od 1984 roku. Pytania, które tutaj padły, zawsze były aktualne, ale odpowiedź na nie się zmieniała. Może zacznę od tego, że przez wszystkie lata od kiedy psychologowie zajmują się transplantologią w żadnych badaniach naukowych, które były prowadzone – chyba najbardziej intensywnie w latach 70/80. w Stanach Zjednoczonych – nie udowodniono, że posiadanie cudzego organu w jakikolwiek sposób zmienia biorcę. Szczególnie dotyczyło to biorców serca. Rzeczywiście na przykład pytanie, czy to, że dostałem serce od niezbyt rozgarniętej blondynki nie spowoduje, że będę taką osobą, pytanie, które dziś wydaje nam się naiwne, było przez naukowców badane. Nie udowodniono żadnego znaczenia, jeśli chodzi o rodzaj narządów. Zwłaszcza dużo uwagi naukowcy poświęcili wątrobie, która jest też szczególnym organem. Na przykład Chińczycy wierzą, że dusza mieszka w wątrobie, a z perspektywy medycznej organ ten pełni mnóstwo funkcji immunologicznych, hormonalnych, więc wydawałoby się, że może jakieś oddziaływanie tutaj uda się udowodnić. Nie udało się. Co nie znaczy, że kiedy się rozmawia z biorcami, oni nie przypisują tym narządom jakiegoś symbolicznego znaczenia. To się może zdarzyć, to jest kwestia indywidualna. Są osoby, których nie interesuje, czyja jest nerka, czyje jest serce,

które dostali, czyja jest wątroba. Oni traktują to jakby wzięli z półki ze sklepu narząd, który był czyjś, a teraz jest ich. I nie interesuje ich dawca. Ale są też osoby, które są bardzo tym zainteresowane, patrzące na to, trochę z takiej perspektywy obaw. Na przykład myślą, czy ten człowiek, który umarł, po to żebym ja mógł dostać jego serce, nie przyjdzie i nie upomni się o swoje. Część osób w związku z tym ma taką potrzebę, żeby podziękować dawcy, który jest w niebie, jego rodzinie, która nie utrudniała tego aktu donacji. Część osób na przykład chce wiedzieć, kim był dawca. Zdarza się, że taki człowiek myśli, że jeśli dostał serce od dwudziestolatka, to teraz będzie miał tyle siły, będzie tak długo żył, bo jest o dwadzieścia lat młodszy. Ponieważ mam serce młodego człowieka, to będę żył teraz jak młody człowiek. Ale to są, jak powiedziałam kwestie indywidualne. Generalnie nie udowodniono, że posiadanie cudzego narządu w jakiś sposób zmienia funkcjonowanie, czy psychikę człowieka. Drugą ważną rzeczą z perspektywy solidarności, z perspektywy społeczności, o której często zapominamy, a na którą wskazuje statystyka, jest to, że prawdopodobieństwo, że każdy z nas w jakimś momencie swojego życia będzie potrzebował narządów do przeszczepienia jest kilkukrotnie wyższe, niż że zostanie dawcą. Pracujemy na to przez całe życie i nasz organizm się wyczerpuje. Dawcy narządów należą do elity. Nie każdy może ofiarować swój narząd. Nie każdy może uratować życie nie jednej, tylko kilku osobom, ponieważ najczęściej pobiera się wiele narządów.

Mówiłam już o ewolucji myślenia, dotyczącej różnych zagadnień związanych z transplantacją. Przez wiele lat w Polsce panowało takie nastawienie, że pozyskiwanie narządów do przeszczepienia, to jest ciemna strona transplantologii, takie drugie dno. Często w popularnych dyskusjach studenci albo inne osoby pytały jak to jest, dlaczego zabieramy ludziom narządy. To jest fatalne, błędne myślenie. Prawo w Polsce jest tak skonstruowane i tak bardzo rygorystyczne, że nie pobieramy narządów od ludzi, którzy tego nie chcą. Ustawodawca dał naprawdę szereg możliwości do tego, żeby ludzie, którzy nie chcą oddać narządów do przeszczepienia, mogli się przed tym zabezpieczyć. Osobną kwestią jest nieznanie prawa. Ale ono jest tak skonstruowane, że ktoś kto za życia o tym pomyślał i chciałby zastrzec możliwość pobrania swoich narządów do przeszczepienia, ma taką możliwość. A tych możliwości jest wręcz kilka.

Już na zakończenie, powiem, że patrząc na to z perspektywy grupy, społeczności, z perspektywy losów człowieka, ofiarowanie narządów jest czymś wyjątkowym, podzielenie się narządami, to takie symboliczne zapewnienie sobie istnienia. Ludzie się czasem wahają. Pracuję w szpitalu, w którym przeszczepia się i pobiera się narządy. Jest to szpital dziecięcy i rodzice muszą wyrazić zgodę na pobranie narządów od ich dziecka. Ludzie czasem się

wahają i mówią: „no dobrze, ale jak to będzie jak ja się zgodzę?”. Wtedy odpowiadam: „niech państwo się zastanowią; wy będziecie myśleć o tym, że serduszko Jasia bije w innym dziecku, mamy inne dzieci, które dostaną Jasia narządy, będą się modliły za panią, i ciepło myślały o tym. I to jest dobroć. będzie się pani dobrze z tym czuła, a nie źle”. Nikt, kto nie chce nie musi się na to godzić, ale ten kto chce, może być z tego dumny, może się z tego cieszyć w tym tragicznym momencie, kiedy umiera jego bliski. Bo ta śmierć nie idzie na marne. W tej tragicznej sytuacji może stać się coś dobrego.

### **Włodzimierz Wieczorek**

Czy dynamika przeżywania żałoby po stracie kogoś, kto został dawcą narządu, ma jakąś swoją specyfikę? Pani Doktor powiedziała o elemencie ciągłości życia, który przewija się w rozmowach z rodzinami w postaci przekonania, że dziecko umiera, ale „jego serduszko bije w innym dziecku”. Czy ta świadomość ma zauważalny dla psychologa wpływ na przeżywanie żałoby?

### **Anna Jakubowska-Winecka**

Trudno mi odpowiedzieć tak generalnie. Żałoba jest bardzo indywidualnie przeżywana. Ludzie, którzy godzą się na oddawanie narządów nie przeżywają jej mniej, czy nie przeżywają jej w inny sposób. Ale wydaje mi się, obserwując ludzi przez stosunkowo krótki czas, że przynajmniej część z nich ma taką potrzebę, aby kontaktować się jeszcze ze szpitalem, żeby się dowiedzieć, kto dostał serduszko, czy te narządy dobrze funkcjonują. Nie możemy odpowiedzieć wprost, że to Jan Kowalski dostał, ale możemy powiedzieć, że dostał siedmioletni chłopiec i podobny na przykład do Jasia i to pewnie tę stratę w jakiś sposób łagodzi. Dowodem na to jest to, że te osoby pytają się, chcą mieć ten kontakt, a nie rzadko chcą wiedzieć, czy za jakiś czas też jeszcze będą mogły się dowiedzieć. Część osób pyta, czy mogłaby poznać tego Jasia. Prawo na to nie pozwala, więc nie możemy tych osób kontaktować, ale wskazuje to, że ludzie widzą w tym jakiś sens. Ten proces żałoby musi być przeżyty, ale być może to jest jakiś bufor i ten żal się jednak zmniejsza przez poczucie dobra, które ktoś otrzymał.

### **Włodzimierz Wieczorek**

Zagadnienie to, tak jak szereg innych w dziedzinie medycyny, ma swoje konotacje etyczne. Można mówić o różnych systemach etyki, bioetyki, ale w świetle przyjętej przez nas bioetyki personalistycznej nie wszystko to, co jest technicznie możliwe jest dozwolone z

punktu widzenia Kościoła. Bardzo proszę Księdza Doktora, o syntezę myśli bioetycznej Kościoła, odnoszącej się do praktyki transplantacji.

### **Ks. Jan O'Dogherty**

Na samym początku chciałbym powiedzieć, że to co Kościół mówi na ten temat, jest nauką, wynikającą z prawa naturalnego, czyli może ją prawidłowo rozumieć każdy człowiek prawy, a nie tylko człowiek wierzący. Tak samo dzieje się w przypadku nauki Kościoła o innych zagadnieniach bioetycznych, jak na przykład o zapłodnieniu *in vitro*.

Nauczanie Kościoła jeśli chodzi o przeszczepy rozwija się, ponieważ szybko rozwija się sama praktyka przeszczepów. Mamy tego prosty dowód w zasięgu ręki. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, który jest punktem odniesienia dla naszej wiary, w pierwszym wydaniu z roku 1992 miał jeden numer (2296) poświęcony transplantacji. Osiem lat później Kościół wydał tzw. *corrigenda*, czyli poprawki do Katechizmu, w których punkt ten został wydłużony.

Udało mi się znaleźć w internecie nowy dokument Kościoła o zagadnieniach medycznych, a mianowicie nowe wydanie (z końca 2016 roku) *Karty Pracowników Służby Zdrowia*, Papieskiej Rady ds. duszpasterstwa służby zdrowia. Na razie nie ma oficjalnego polskiego tłumaczenia tego dokumentu, ale mam hiszpańską wersję, z której spróbuję przetłumaczyć niektóre fragmenty dla Państwa. Pierwsze wydanie tego dokumentu ukazało się w roku 1995 i nie było tam mowy o transplantacjach. W najnowszym wydaniu natomiast jest na ten temat pięć stron. Czyli na nowo stwierdzamy, iż nauka Kościoła się rozwija. Dlaczego? Bo życie się zmienia. Kościół kiedyś nie mówił o zapłodnieniu *in vitro*, ponieważ po prostu go nie było. Kościół musi cały czas stawiać czoło nowym wyzwaniom, pogłębiając zrozumienie depozytu wiary, który otrzymał od Pana Jezusa. Proszę dobrze zrozumieć: ten rozwój nie oznacza, że Kościół przeczy temu, co mówił wcześniej, lecz że to pogłębia, lepiej wyjaśnia, odpowiada na nowe pytania, znajduje lepsze słownictwo, by tłumaczyć dane zagadnienie itp.

W moim wystąpieniu skupię się jedynie w transplantacjach od zmarłego dawcy, które są głównym tematem tego panelu. Nie będę mówił ani o ksenotransplantacjach (organów pochodzenia zwierzęcego) ani o przeszczepach od żywego dawcy. Również nie będziemy mówić o komórkach macierzystych, które mogą stanowić terapię alternatywną dla przeszczepów w niektórych przypadkach, i mogą być w przyszłości przydatne w leczeniu niektórych chorób, szczególnie neurologicznych jak na przykład choroby Parkinsona.

Oto nr 2296 z *Katechizmu Kościoła Katolickiego* (z 1998 roku) o transplantacjach, który jest krótką syntezą tego, co Kościół mówi na ten temat:

Przeszczep narządów zgodny jest z prawem moralnym, jeśli fizyczne i psychiczne niebezpieczeństwa, jakie ponosi dawca, są proporcjonalne do pożądanego dobra biocyta. Oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały; należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności. Moralnie nie do przyjęcia jest pobranie narządów, jeśli dawca lub jego bliscy, mający do tego prawo, nie udzielają na to wyraźnej zgody. Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednio powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci jednej istoty ludzkiej, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób.

Należy po pierwsze powiedzieć, że Kościół wyraża się pozytywnie o przeszczepach, zawsze kiedy są przestrzegane odpowiednie warunki. Na dowód tego w tekście *corrigenda* dodano zdanie, którego nie było w pierwszym wydaniu *Katechizmu*: „Oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały; należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności”. Możemy jeszcze zacytować fragment encykliki *Evangelium Vitae*, nr 86, Jana Pawła II:

Oprócz faktów powszechnie znanych, istnieje jeszcze heroizm dnia codziennego, na który składają się małe lub wielkie gesty bezinteresowności, umacniające autentyczną kulturę życia. Pośród tych gestów na szczególne uznanie zasługuje oddawanie organów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym, pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei.

Obecnie Kościół zachęca chrześcijan do oddawania organów do przeszczepu – z jak najgłębszym poszanowaniem wolności indywidualnej – jako formę naśladowania Jezusa Chrystusa, który „odał swe życie dla zbawienia wszystkich innych” (J 3,14).

Istnieją natomiast pewne uwarunkowania o charakterze etycznym. Etyka jest nauką precyzyjną, tak samo jak medycyna, tylko że ma inne zasady i narzędzia pracy. Etyka analizuje każdy akt ludzki, biorąc pod uwagę trzy aspekty: jego przedmiot moralny, jego cel czyli intencję podmiotu i jego okoliczności. Wszystko jest ważne: i cel, i okoliczności i przedmiot muszą być dobre, by akt w całości zasłużył na pozytywną ocenę.

Ludzki akt transplantacji jest aktem złożonym, w którym występuje szczególnie dużo okoliczności do rozważenia: bierze w nim udział wiele osób, może dotyczyć różnych organów, pacjentów w różnych sytuacjach, itd. Na skutek tego, analiza etyczna tego aktu również nie jest prosta i wymaga pewnej wiedzy fachowej, podobnie jak w analizie innych

interwencji medycznych, np. *in vitro*. Podam jeden przykład. Nie jest tym samym transplantacja narządów w Polsce – gdzie medycyna stoi na wysokim poziomie – i w krajach afrykańskich, w których możliwości terapeutyczne są o dużo bardziej ograniczone. By dawanie organów było moralnie pozytywne, należy szanować następujące okoliczności:

1. musi chodzić o organ, który nie jest niezbędny do życia;
2. danie organu musi być dobrowolne, i powinno mieć uczciwy cel. A więc w tej materii nie jest dopuszczalny żaden przymus, ani komercjalizacja ludzkich organów;
3. dawca lub ew. bliska rodzina muszą być uprzednio szczegółowo poinformowani o ryzyku, na jakie się naraża, by mogli szkodą dawcy świadomie i swobodnie wyrażać swe przyzwolenie lub odmowę;
4. operacja powinna dawać racjonalne nadzieje na sukces i musi zachodzić właściwa proporcja pomiędzy oczekiwaną korzyścią biorcy, a możliwą.

### **Włodzimierz Wieczorek**

Pani Doktor wspomniała o tym, że w świetle badań transplantacja narządów takich, jak serce czy wątroba, nie rzutuje na psychikę, na poczucie tożsamości biorcy. W komentarzach niektórych bioetyków katolickich można spotkać uwagi, które mówią, że gruczoły płciowe, czy mózg należą do tych, które są związane z tożsamością i stąd nie należałoby ich przeszczepiać. Oczywiście przeszczepianie mózgu to jest jeszcze raczej dziedzina futurystki (choćby były prowadzone pewne eksperymenty na zwierzętach). Jednak z punktu widzenia teorii, czy w opinii Księdza Doktora tego rodzaju zastrzeżenia związane z tożsamością dawcy czy biorcy należą do takich granic, które już w przyszłości się nie zmienią, czy raczej stopniowo, wraz z rozwojem nauki, mogą ulec modyfikacji?

### **Ks. Jan O'Dogherty**

Odwołam się tutaj do wspomnianego dokumentu *Karty Pracowników Służby Zdrowia*, nr 88:

Z punktu widzenia etycznego, nie wszystkie organy mogą zostać przekazane do przeszczepienia. Z transplantacji są wykluczone mózg i gruczoły płciowe, które są odpowiedzialne za tożsamość osobową i prokreacyjną człowieka. Chodzi o organy, dzięki którym w sposób szczególny kształtuje się niepowtarzalna jedyność danej osoby. Medycyna jest zobowiązana ją chronić.

## **Jarosław Czerwiński**

Bardzo się cieszę, że ksiądz doktor pochodzi z Hiszpanii, która w medycynie transplantacyjnej jest liderem na świecie. Każdy z nas transplantologów jeździł do Barcelony, do Madrytu uczyć się od Hiszpanów.

W przypadku Polski i znacznej części Europy musimy się niezmiernie cieszyć, mając w prawie i obyczaju tak dobrze funkcjonującą medycynę transplantacyjną, gdzie nie dochodzi do nadużyć. Bo są na świecie kraje, o czym alarmuje Światowa Organizacja Zdrowia, w których w obszarze medycyny transplantacyjnej dzieją się rzeczy złe. W których nie ma właściwych, prawnych, instytucjonalnych i być może etycznych systemów uszczelniających. To jest wspaniale dla medycyny transplantacyjnej w Europie i w Ameryce. Medycyna transplantacyjna jest uszczelniona, ale zło rzeczywiście nie śpi i zadaniem Światowej Organizacji Zdrowia jest dbać o te niszowe obszary w świecie, gdzie do złych praktyk w dawstwie i przeszczepianiu narządów może dojść i dochodzi. Cieszę się, że padły te słowa, które i literalnie i duchem swojego przekazu wspierają medycynę transplantacyjną, jest to bardzo cenna sprawa. Lekarze mają swoje powinności. Szpital sto lat temu miał proste zadanie leczyć ludzi, do którego później dołączono nauczanie studentów – i tak było przez kolejne sto lat – a potem stwierdzono, że lepiej jest zapobiegać chorobom niż je leczyć. Ale od dziesięciu lat dołożono szpitalom nowe zadanie – dbanie o dawstwo komórek i narządów do przeszczepienia. I dzisiaj kończąc studia medyczne każdy lekarz ma tego świadomość.

## **Włodzimierz Wieczorek**

Bardzo dziękujemy panelistom i otwieramy teraz rozmowę na forum wszystkich uczestników. Bardzo proszę o zadawanie pytań, dzielenie się swoimi wątpliwościami czy komentarzem do wygłoszonych tutaj treści.

## **Dyskusja**

### **Jadwiga Przewłocka**

Gdy kilkadziesiąt lat temu profesor Religa przeszczepiał serce, wiadomo było, że nie jest on jedynym takim specjalistą, było już wielu innych, którzy podjęliby się takiej operacji. Nie mniej jednak była to z jego strony kwestia odwagi, że był w stanie zakręcić kurek respiratora, mimo że serce jeszcze biło. Definicja śmierci została wypracowana kilkadziesiąt lat temu. Czy ta definicja budzi jeszcze jakieś kontrowersje, czy ta sprawa już jest absolutnie zamknięta. Jak to wygląda?

### **Jarosław Czerwiński**

To niezwykle ciekawy i ważny problem. Muszę użyć tutaj frazesu znanego i w prawie i w etyce. Gdybyśmy chcieli stworzyć idealne prawo transplantacyjne, to na pewno takie pojęcie jak zasada zmarłego dawcy by się tam pojawiło. Jest to w wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia. Wydaje się, że od 1968 roku nie zmieniła się podstawowa definicja, czyli że człowiek umiera wtedy, kiedy umiera jego mózg. Jest to definicja finalna. I w tym kontekście przeszczepianie mózgu nie ma żadnego uzasadnienia. Natomiast jest tak, że w miarę upływu czasu, doświadczeń, uszczegółwiają się definicje operacyjne, czy człowiek umiera wtedy, kiedy umiera część jego mózgu, czy wtedy kiedy umiera jego najważniejsza część, czy cały mózg. Są ludzie po udarze, którzy stracili 100 gramów tkanki mózgowej i żyją. Te definicje operacyjne przekładają się na wskazówki i wytyczne dla specjalistów. Umarł człowiek, stwierdzenie tego faktu zostawmy specjalistom. I te wskazówki praktyczne i medyczne, czyli stwierdzanie poprzez kryterium neurologiczne, będą się w pewnych szczegółach różnić pomiędzy krajami i – jak uważam – nie ma w tym nic złego. Nie ma jedynej światowej ścieżki stwierdzania śmierci mózgu. Na dzisiaj mnie to wcale nie dziwi.

### **Jadwiga Przewłocka**

Czy to budzi wobec tego jakieś wątpliwości?

### **Jarosław Czerwiński**

Są osoby, które od czasu do czasu to kontestują, co może budzić wątpliwości. Są wśród tych osób o. Jacek Norkowski i pan profesor rehabilitacji Tala, którzy negują tę wyjściową koncepcję śmierci człowieka. Byłbym nieuczciwym człowiekiem i lekarzem, gdybym uważał, że wszystko już jest zamknięte. Tak jak ksiądz powiedział, nie możemy zamknąć etyki chrześcijańskiej, bo świat się zmienia. Wszystko robimy na podstawie naszych doświadczeń, najlepszej praktyki, jaką do tej pory mamy.

### **Ks. Jan O'Dogherty**

Mówiliśmy wcześniej, że przeszczepy są złożonymi aktami ludzkimi i że należy uważnie rozważać wszystkie zachodzące okoliczności. Najważniejszą do rozważenia okolicznością wydaje się zagadnienie diagnozy śmierci klinicznej. *Karta pracowników służby zdrowia*, o której mówiłem na początku poświęca pięć stron transplantacjom i dwie strony momentowi śmierci. Kościół jest bardzo powściągliwy, kiedy mówi o tym temacie, który nie

dotyczy bezpośrednio jego kompetencji. Ustalić kryteria śmierci to sprawa lekarzy, a nie Kościoła.

Skoro nie jest to bezpośredni temat tego panelu, ograniczę się do zacytowania słów Św. Jana Pawła II 29 sierpnia 2000 roku:

Śmierć osoby, rozumiana w swoim zasadniczym sensie, jest wydarzeniem, którego nie może bezpośrednio uchwycić żadna technika naukowa ani metoda empiryczna. (...) Jednakże ludzkie doświadczenie pokazuje, że gdy śmierć już nastąpi, jej nieuniknioną konsekwencją są pewne zjawiska biologiczne, które medycyna uczy się rozpoznawać z coraz większą precyzją. Należy zatem rozumieć, że «kryteria», jakimi posługuje się dziś medycyna, aby upewnić się o śmierci człowieka, nie służą do techniczno-naukowego ustalenia dokładnego momentu śmierci, ale są naukowo pewnymi środkami określania biologicznych oznak świadczących o tym, że człowiek naprawdę umarł. (...) Od pewnego czasu naukowe metody stwierdzania śmierci nie skupiają się już na objawach krążeniowo-oddechowych, ale kierują się kryterium «neurologicznym». Mówiąc konkretnie, polega to na stwierdzeniu — na podstawie jasno określonych wskaźników, powszechnie uznawanych przez międzynarodową społeczność naukową — że ustała w sposób całkowity i nieodwracalny wszelka aktywność mózgowa (w mózgu, mózdzku i rdzeniu mózgowym). Jest to traktowane jako oznaka, że dany organizm utracił już swą zdolność integrującą.

A więc ogólnie można stwierdzić, że Kościół przyjmuje kryterium neurologiczne jako kryterium śmierci. Kryterium neurologiczne (tzw. *total brain death*: nie tylko śmierć kory mózgowej) w obecnej medycynie zastąpiło kryterium krążeniowo-oddechowe, jeśli chodzi o przeszczepy, w których zależy na tym, by dysponować organami w najlepszym możliwym stanie. Do medycyny należy określić parametry i kryteria pozwalające stwierdzić śmierć mózgową. Serce jest w stanie pracować w sposób niezależny nawet po całkowitym oddzieleniu go od reszty organizmu. Dzięki tej zdolności można pacjenta podłączyć do respiratora i utrzymać krążenie w pozostałych narządach nawet po całkowitym ustaniu czynności mózgu, co z kolei pozwala zachować w dobrym stanie organy zmarłego do ewentualnego pobrania w celu przeszczepu. To jest szczególnie ważne w transplantologii, ponieważ sukces przeszczepu zależy w znacznej mierze od szybkości przeniesienia organu. Ale jednak przed pobraniem organów trzeba mieć pewność co do śmierci dawcy, dzięki wyczerpującemu i pilnemu sprawdzeniu oznak śmierci neurologicznej.

W świecie naukowym panuje powszechna zgoda co do neurologicznych kryteriów śmierci od momentu pierwszego ich sformułowania w Harvardzie w 1968 roku. Spornym zagadnieniem pozostaje maksymalny czas utrzymywania pracy serca. Według polskiego prawa pobranie narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Śmierć mózgu musi zostać stwierdzona jednomyślnie przez komisję złożoną z trzech lekarzy, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Powtarzam, że zasadniczo Kościół akceptuje takie rozwiązanie. Ale należy przy tym dodać, że kiedy chodzi o diagnozę śmierci mogą pojawiać się dwa problemy:

1. błędy w diagnozie śmierci: w tej dziedzinie mogą nastąpić błędy, tak samo jak w innych diagnozach medycznych. Są powszechnie znane przypadki pacjentów, którzy – po latach w stanie śpiączki lub w sytuacji określonej jako „trwały stan wegetatywny” – byli wybudzeni przez odpowiednią terapię, kiedy już prawie byli uważani za zmarłych;
2. nadużycia: niektórych pacjentów niepokoi fakt, że mogliby znaleźć się lekarze, którym nadmiernie zależy na pobieraniu organów do transplantacji, nie dbając należycie o to, czy w tym przypadku spełnione są wszystkie kryteria śmierci mózgowej. Warto w tym momencie przypomnieć znaną moralną zasadę, według której nawet jeśli istnieje wątpliwość, że mamy do czynienia z żywą osobą, musimy okazywać jej szacunek i powstrzymać się od jakichkolwiek kroków zmierzających do przyspieszenia jej śmierci.

Myślę, że do transplantologów należy tłumaczyć opinii publicznej te niepokojące sytuacje. Na przykład co się stało w przypadkach wybudzenia pacjentów, którzy byli prawie już uważani za osoby nieżyjące. Rozumiem, że w większości przypadków chodziło o błędy diagnostyczne, o mylenie stanu wegetatywnego ze śmiercią neurologiczną. Rzetelna informacja w tej dziedzinie może rozwiewać wątpliwości i powodować, że będzie więcej dawców.

### **Anna Jakubowska-Winecka**

To było bardzo ważne, co ksiądz doktor powiedział, ale chciałabym jeszcze podkreślić pewną kwestię. Kryterium neurologiczne nie zostało ustalone dla celów transplantologii. Kiedy medycyna poczyniła postępy, można było wentylować zwłoki człowieka już po jego śmierci. Widywałam jak wygląda ciało człowieka, który już umarł, którego dusza poszła do nieba już dawno temu, a jego zwłoki są dalej wentylowane, ponieważ nikomu się nie chciało przeprowadzić odpowiedniej procedury. Kiedy zaczynałam pracę, był taki czas kiedy nie przeprowadzało się tak często procedury rozpoznania śmierci mózgu, co umożliwiało trwanie człowieka już po śmierci i wentylowanie jego ciała. Można było podać jeszcze jakieś leki, lub

krw i chociaż ten człowiek już nie żył, jeszcze można było dokonywać różnych sztuczek. Nie po to zaczęto stosować neurologiczne kryterium śmierci, które było opracowane już kilkadziesiąt lat temu, żeby pobrać organy do transplantacji, tylko po to, żeby to ciało, które dusza już opuściła, można było pochować, odprawić to co należy i żeby ono nie leżało na oddziale intensywnej terapii. To kryterium nie zostało wymyślone dla transplantologii, tylko dla ludzi, którzy już umarli, których miejsce jest nie na oddziale szpitalnym, i dla ich rodzin, które pytały, dlaczego to trwa tak długo. Mogę powiedzieć, że wielokrotnie spotykałam się z takimi pytaniami. My sobie rozmawiamy na takim poziomie abstrakcyjnym, ale ja jako psycholog mając doświadczenia z tymi sytuacjami, chcę państwu przekazać, że to nie są sprawy, które rozważa się tylko intelektualnie, aczkolwiek ten poziom wiedzy, kryteria takiej ścisłej wiedzy, stanowią priorytet.

### **Dagmara Przybylska-Bogusiewicz**

Chciałam zapytać i bliżej poznać zagadnienie odrzucania przeszczepów, o którym wspominał pan w swoim wystąpieniu. Czy przeszczepy są dzielone na jakieś ważniejsze i mniej ważne? Jak to wygląda?

### **Jarosław Czerwiński**

Nawet w najbardziej bliskim, biologicznym układzie pomiędzy dawcą a biorcą, może z wyjątkiem bliźniąt jednojajowych, jest wymagane leczenie przeciwko odrzucaniu. Proces odrzucania zaczyna się natychmiast. Wynika to faktu, że nasi prapraprzodkowie i ich komórki przez cały okres rozwoju cywilizacji miały do czynienia z mnóstwem cząstek, pochodzących od innych istnień. Dla zachowania integralności osoby nauczyliśmy się poprzez stulecia produkować pewne komórki i cząstki białkowe, które będą atakowały obce komórki. Zachodzą przeróżne procesy biologiczne, sposób produkcji, wzajemne oddziaływanie pomiędzy komórkami, gdy jedna komórka informuje drugą o tym, że wdarła się inna cząstka, obca i niebezpieczna dla mnie i tych procesów może być cała masa. Niektórym z nich na podstawie nauk biologicznych umiemy na różne sposoby się przeciwstawić. Jeżeli poznamy mechanizm w jednej komórce, na przykład szlak produkcji białka, które będzie odrzucało inną komórkę, to potrafimy wprowadzić tam lek, który ten proces powstrzyma. Jeden lek za mało, musimy dać jeszcze jeden, który będzie zmniejszał namnażanie się szkodliwych komórek, produkujących przeciwciała i uruchamiających tę reakcję. Kolejną grupę leków stanowią gotowe, podawane z zewnątrz przeciwciała, które będą niszczyły komórki zwalczające przeszczep. I to są trzy główne mechanizmy, czyli wkradanie się w proces

przekazywania informacji pomiędzy jedną komórką a drugą, hamowanie rozwoju tych komórek, mnożenie się ich lub blokowanie komórek.

**Dagmara Przybylska-Bogusiewicz**

Czy zatem leczenie przeciwko odrzuceniu jest w większości przypadków skuteczne?

**Jarosław Czerwiński**

Ono nigdy nie jest w stu procentach skuteczne. Odrzucanie zaczyna się od samego początku i trwa. Nasze leki potrafią pomniejszyć jego siłę i skutki. Najprostsza zasada mówi, że należy przeszczepić narząd, który ma działać nie krócej niż dziesięć lat. To są możliwości medycyny transplantacyjnej. Później można przeszczepić kolejny narząd. Po przeszczepieniu zachodzą takie procesy, że dawki leków można zmniejszać, a nawet niektóre z nich wycofać.

**Dagmara Przybylska-Bogusiewicz**

Czy one obniżają też odporność?

**Jarosław Czerwiński**

Tak, oczywiście.

**Anna Jakubowska-Winecka**

Tutaj pan profesor wszedł na dosyć wysoki poziom abstrakcji. Powiem jak ja tłumaczę to moim pacjentom. Organizm zawsze rozpoznaje przeszczepiony narząd, zawsze rozpoznaje obcą tkankę, że ona jest inna. Leki, które doktorzy dają (indywidualnie dobierane dla pacjenta), mają oszukać organizm w taki sposób, żeby on nie identyfikował tego przeszczepionego narządu jako wroga, tylko żeby go zaakceptował, żeby go „nie widział”, żeby go nie niszczył. Nie możemy, tak jak pani pyta, obniżyć tej odporności, chroniąc przeszczepiony narząd. Nie możemy spowodować takiego obniżenia odporności, żeby ten człowiek był niewrażliwy na inne bakterie i wirusy, które wtargną do organizmu, bo musi się przeciw nim bronić. Więc to jest bardzo duża umiejętność medyczna, żeby chronić przeszczepiony narząd, chronić biorcę, żeby mógł funkcjonować, żeby mógł rodzić dzieci, pracować. Z tego powodu ten narząd nie funkcjonuje tak jak byśmy chcieli od początku do końca. Ale wchodzi coraz to nowe leki, lekarze coraz lepiej umieją rozpoznawać zachodzące procesy, zmniejszając skutki uboczne.

### **Jarosław Czerwiński**

Dajemy przynajmniej trzy leki standardowo. Każdy z nich ma działania niepożądane. Ale jeżeli byśmy dali jeden lek w dużej dawce, to jego działania niepożądane byłyby większe. Zmniejszmy więc dawkę tego leku i dodajmy drugi lek, który też będzie go wspomagał. Każdy z nich będzie miał swoje działania niepożądane, ale mniejsze, bo zależne od mniejszej dawki. Sumaryczny wynik działania obu dla ochrony przeszczepu będzie wystarczający. Powikłania wynikające z działania leków, to pewna cena, którą płaci chory, o czym informujemy biorców przeszczepów.

### **Dagmara Przybylska-Bogusiewicz**

Jeszcze mam pytanie w związku z przeszczepami u dzieci. Jestem ciekawa jak to przebiega, jeśli dziecku jest przeszczepiony jakiś narząd. Czy ten narząd rośnie wraz z dzieckiem, czy po iluś latach trzeba powtórzyć przeszczep?

### **Jarosław Czerwiński**

Dostosowuje się cała nerka, choć nie wzrasta liczba jej komórek. Tylko komórki regulują swój wzrost. W przypadku serca jest podobnie. Czyli można przeszczepiać dzieciom.

### **Anna Jakubowska-Winecka**

Znam pacjentów, którzy otrzymali nerkę jako małe dzieci, i teraz przychodzą do nas ze swoimi dziećmi i ciągle z tą samą nerką.

### **Dagmara Przybylska-Bogusiewicz**

Nie ma kresu żywotności tych narządów?

### **Jarosław Czerwiński**

Jest. O kresie żywotności możemy mówić szerzej – dlaczego ludzie umierają. Mają pięćdziesiąt lat, są zdrowi, a umierają. Koncepcja tak zwanej zaprogramowanej śmierci komórki wymaga pewnego uzupełnienia. Dane szacunkowe potrafią powiedzieć, ile może funkcjonować narząd. Czyli w narządzie przeszczepionym spotykamy się z tą oczywistością. W przypadku przeszczepionego narządu wcześniej czy później jego żywotność będzie ograniczona tym bardziej, że podlega wszystkim procesom odrzucania. To nie jest nieskończoność.

## **Edyta Puc**

Chciałam zapytać jakie jest u nas obowiązujące prawo, dotyczące pobierania organów. Czy zawiera ono zasadę domniemanej zgody? Czy musi być to wyraźna zgoda? Jak w tej chwili nasze prawo to reguluje?

## **Anna Jakubowska-Winecka**

Może zacznę od tego, że określenie „zgoda domniemana” jest niewłaściwym określeniem. To co reguluje prawo, to jest tak zwana rejestracja sprzeciwów. I my jak się spotykamy z prawnikami na dyskusjach, dotyczących prawa transplantacyjnego też zadajemy takie pytanie, czy to jest najlepsza regulacja. Każda dziedzina wiedzy ma swoje kryteria lepsze lub gorsze. Prawnicy uznają, że regulacja, która jest w Polsce, oczywiście nie jest idealna, ale ma przewagę nad tym, co niektórzy postulują, czyli rejestracją zgody. I udowadniają, z punktu widzenia prawnego, dlaczego taka rejestracja zgody nie jest najlepszym prawem, natomiast rejestracja sprzeciwu jest lepsza. Na czym polega ten przepis? Mówi on wyraźnie, że każdy dorosły człowiek, który dokonał refleksji, czy chciałby czy nie, żeby jego narządy po śmierci były pobrane do transplantacji, nie musi wyrażać swojej zgody, może natomiast wyrazić swój sprzeciw. Ustawa dopuszcza wyrażenie tego sprzeciwu w trzech formach. Pierwsza forma polega na tym, że oficjalnie zgłaszamy swój sprzeciw rejestrując go w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Jeżeli ktoś nie chce, żeby jego narządy były po śmierci pobrane do transplantacji wchodzi na stronę internetową, sięga po formularz, który może wydrukować, może to zrobić też w innej formie. Jest to oświadczenie, w którym jest wyraźnie napisane, że wyraża on swój sprzeciw na pobranie narządów. Wysyła się to pod wskazany adres. Kiedy ten sprzeciw dotrze do właściwego urzędu jest rejestrowany, a osoba, która ten sprzeciw zgłosiła otrzymuje potwierdzenie, że od dnia tego i tego jej sprzeciw jest zarejestrowany w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. I jeśli ta osoba ulegnie wypadkowi, czy z jakiegoś innego powodu może stać się dawcą narządów, zanim dojdzie do pobrania, czy do rozmowy z rodziną jest sprawdzana w Centralnym Rejestrze Narządów. Lekarz, który stwierdzi śmierć tego człowieka zgłasza ten fakt i osoby uprawnione mogą wejść do tego rejestru i stwierdzić, że ta osoba figuruje w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów i nie ma mowy o jego narządach do pobrania. Może również powiedzieć, że nie mamy tego człowieka w rejestrze. To jest jedna z opcji.

Druga opcja jest taka, że nie musimy wysyłać oświadczenia, gdy na przykład refleksja, że nie chcemy, by nasze narządy były pobierane, przyjdzie nam jak już znaleźliśmy się w szpitalu.

Wtedy możemy ustnie wyrazić swój sprzeciw i powiedzieć osobom, które nam towarzyszą, że gdyby coś z nami się stało, to nie życzymy sobie, żeby nasze narządy były pobrane do przeszczepienia. Osoby, które są świadkami takiej wypowiedzi, powinny sporządzić odpowiedni dokument, poświadczający sprzeciw ustny.

Trzecią możliwością jest napisanie zwykłego oświadczenia, że nie życzymy sobie, aby nasze narządy zostały po śmierci pobrane. Kłopot, który czasem się pojawia, to trudność z dotarciem do tego dokumentu sprzeciwu. Bo, jeśli ktoś jest zarejestrowany w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, to wszystko odbywa się automatycznie. Ale jeśli ktoś wyraził ustny sprzeciw lub sporządził taką notatkę, to obowiązkiem lekarza, informującego rodzinę o śmierci pacjenta i że zostanie on odłączony od aparatury podtrzymującej życie, jest zapytanie, czy wiedzą, że wyraził on za życia swój sprzeciw na pobranie narządów, lub zostawił odpowiedni dokument. Bardzo często lekarze nie są tak rygorystyczni, by pytać o dokument, częściej pytają o to, czy rodzina wie, że zmarły za życia wyraził taki sprzeciw. I to jest formuła prawna, według której powinna odbywać się rozmowa. Osobną kwestią jest, że prawo od nas nie wymaga, by za życia zająć stanowisko (takie lub inne) w sprawie dawstwa po śmierci. Jako psycholog nie chciałabym obarczać rodziny odpowiedzialnością za decyzję, którą powinien podjąć zmarły za życia. Jeśli rodzina w obliczu śmierci bliskiego człowieka musi jeszcze zdecydować, czy można pobrać jego narządy, a ta rodzina może jedynie domniemywać, to obarczanie jej odpowiedzialnością za to, co się z nimi stanie, jest dodatkowym obciążaniem, dodatkowym stresem. Rodzina nie musi odpowiadać na to pytanie. Osobną kwestią jest, czy w naszych relacjach jesteśmy w stanie dać taką autonomię naszym bliskim, że decydują za nas.

### **Ks. Jan O'Dogherty**

Pani doktor bardzo precyzyjnie przedstawiła sytuację prawną obowiązującą w Polsce dotyczącą przeszczepów, za co bardzo dziękuję. Podobna sytuacja istnieje w innych krajach zachodnich. Może rzeczywiście lepiej by było nazwać ją inaczej niż *domnieraną zgodą*. Ale meritum sprawy pozostaje fakt, iż zakłada się, że wszyscy pełnoletni zgadzają się na oddanie organów, chyba że bezpośrednio wyrazili wolę przeciwną. Według niektórych autorów, takie rozwiązanie prawne skłania się ku uznaniu ciała zmarłego jako *res communitatis*. Choć ciało zmarłego jest *res* (rzeczą), a nie *persona* (osobą), zachowuje pewną sakralność w ujęciu fenomenologicznym i psychologicznym.

Zgoda na taki sposób postępowania zakłada wielkie zaufanie do służby zdrowia, którego – z różnych powodów – niestety nie każdy ma. Dlatego osobiście rozumiem, że w

stosunku do tego rozwiązania można mieć wątpliwości. W świetle prawa, jeżeli rodzina otrzymuje w spadku majątek zmarłego, który nie pozostawił testamentu, to tym bardziej powinna mieć wpływ na to, co się stanie z jego ciałem. Rozwiązaniem alternatywnym może być pozostawienie w rękach rodziny ostatecznej decyzji co do autoryzacji pobrania organów do przeszczepu. Faktycznie, jak Pani doktor powiedziała, lekarze zwykle pytają rodzinę czy znają wolę wyrażaną przez zmarłego za życia.

### **Agnieszka Kubica**

Czy w przypadku choroby nowotworowej wątroby biorcy można mu wszczepić narząd dawcy, czy to dyskwalifikuje chorego?

### **Jarosław Czerwiński**

W przypadku niektórych nowotworów wątroby, a istnieją bardzo ściśle kryteria ich badania, rozpoznania mikroskopowego, ich wielkości, są wskazania do leczenia przeszczepieniem. W Polsce przeprowadza się siedem do dziewięciu procent rocznie takich przeszczepień wśród wszystkich przeszczepień wątroby. W przypadku serca jest jeden nowotwór, który także jest sam w sobie wskazaniem do przeszczepienia. Zakres i budowa mikroskopowa tego nowotworu, z powodu którego usuwa się chory narząd i zastępuje go narządem obcym, jest bardzo ściśle określona. Nietrudno zgadnąć, że chodzi o szanse przeżycia.

### **Włodzimierz Wieczorek**

Niestety czas już nie pozwala nam na dłuższą dyskusję. Bardzo dziękuję za udział w dzisiejszym Konwersatorium. Wprowadziło nas ono logikę dyskursu o człowieku, jako organizmie społecznym, który może działać etycznie, ofiarowując się nie tylko w sensie tego co posiada, ale także ofiarowując drugiemu samego siebie. Bardzo dziękujemy i zapraszamy za miesiąc na kolejne Konwersatorium.