Dar dla życia?

W artykule *Moralnie znaczy twórczo* opisany został model nowego człowieka, proponowany przez Organizację Narodów Zjednoczonych – człowieka zredukowanego do sfery materialnej, pozbawionego wolności wyboru. Wyjaśniony został również sposób urzeczywistniania tego modelu za pośrednictwem ponadnarodowych korporacji.

Jednak nie tylko korporacje działają jako agenci, za pomocą których dokonuje się „przełożenie oenzetowskiej etyki na moralność konkretnych uczestników życia korporacyjnego, a w konsekwencji i społecznego." Takimi agentami są także różnego rodzaju organizacje pozarządowe, agencje rządowe, współpracujące z ONZ oraz organizacjami od ONZ zależnymi.

Jednym z przykładów skutecznej realizacji celu ONZ w praktyce jest dziedzina opieki zdrowotnej, a dokładnie medycyny transplantacyjnej.

Organy dla zrównoważonego rozwoju

Jedna z organizacji wyspecjalizowanych ONZ, Światowa Organizacja Zdrowia, stawia przed każdym z krajów członkowskich cele mające służyć „globalnej współpracy, w tym także w różnych obszarach opieki zdrowotnej, dla „zrównoważonego rozwoju" (np. formalny cel dla obszaru medycyny transplantacyjnej: *Revitalize the global partnership for sustainable development*), poprzez „poprawę jakości opieki zdrowotnej, jej finansowania i regulacji oraz badań naukowych, poprzez globalną współpracę poszczególnych państw".

Jak można się dowiedzieć z oficjalnych informacji przekazywanych przez WHO, w odpowiedzi na zagrożenia ze strony „czarnego rynku” w handlu organami, w tym tzw. „turystyki transplantacyjnej”, organizacja ta wyznacza standardy, w tym zasady etyczne, które obowiązują we wszystkich krajach, i którymi powinny się kierować wszystkie organizacje i instytucje, a także poszczególne osoby związane z medycyną transplantacyjną, w tym potencjalni dawcy – czyli, jak się wkrótce przekonamy, niemal wszyscy uczestnicy życia społecznego poszczególnych krajów.

Wspomniane zasady, wraz z „najlepszymi praktykami”, celami szczegółowymi i zakresami odpowiedzialności zatwierdzane są w oparciu o konsensus przez delegatów WHO oraz współpracujących organizacji, wchodzących w skład tzw. komitetów etycznych.

Jedną z przykładowych organizacji partnerskich, aktywnie promujących zasady WHO jest The Transplantation Society (TS) – stowarzyszenie pozarządowe stawiające sobie za cel osiągnięcie „globalnego przywództwa” w dziedzinie transplantacji organów. Stowarzyszenie aktywnie promuje standardy WHO, organizuje kongresy, szkolenia, wydaje publikacje, podejmuje działania promocyjne, nagradza najbardziej zasłużonych w dziedzinie transplantologii uczonych, polityków, liderów, działaczy.

Model hiszpański

W licznych publikacjach i materiałach powstałych w efekcie działań WHO czy organizacji takich jak TS wskazywany jest przykład Hiszpanii, jako wzór kraju, w którym w sposób idealny realizowane są standardy wyznaczone przez wspomniane organizacje. W wyniku ścisłej współpracy lokalnych organizacji i instytucji z TS i WHO, Hiszpania osiągnęła znacząco większą liczbę wykonanych transplantacji od pozostałych krajów.

To właśnie te wyniki mają świadczyć o wyjątkowości „modelu hiszpańskiego”.

W uzyskaniu tak imponujących liczb pomogła lokalna agencja

hiszpańskiego Ministerstwa Zdrowia – National Transplant Organisation (ONT), będąca zarazem Centrum Współpracy WHO (WHO Collaborating Centre).

Jak można się dowiedzieć z oficjalnych dokumentów, jest to organizacja „koordynująca dawców oraz transplantacje realizowane w skali międzynarodowej, zapewniająca najlepsze wykorzystanie komórek, tkanek i narządów zgodnie z zasadami współpracy, skuteczności i solidarności. Jej głównym celem jest promowanie dawstwa altruistycznego, którego jedynym celem jest to, aby każdy obywatel Hiszpanii potrzebujący transplantacji posiadał jak największe szanse na jej uzyskanie. ONT działa również jako agencja służąca krajowemu systemowi opieki zdrowotnej, promując stały wzrost dostępności komórek, tkanek i narządów do transplantacji.”

W praktyce organizacja składa się z tzw. zespołów transplantacyjnych, mających za zadanie współpracę z mediami, ekspertami oraz instytucjami. W skład zespołów wchodzą „koordynatorzy transplantacji”, pracujący w szpitalach, a także przy zespołach ratunkowych w karetkach. Stawianym przed nimi celem jest poszukiwanie potencjalnych dawców, m. in. w modelu tzw. „transplantacji domowych”.

Do zadań wspomnianych koordynatorów, oprócz prężnej akwizycji dawców, należy także ich formalna weryfikacja, zatwierdzanie tzw. „śmierci mózgowej”, a dalej – jak można się dowiedzieć z dokumentów organizacji – „zarządzanie dawcą”, m.in. formalne potwierdzanie śmierci, uzyskiwanie zgody od rodziny dawcy – jeśli to konieczne, uzyskiwanie wszelkich pozwoleń formalnych, a także sprawy organizacyjne związane z pobraniem organów i ich przechowywaniem.

Koordynatorzy są intensywnie i wszechstronnie szkoleni w celu skutecznego realizowania wyznaczonego celu; szkolenia obejmują nawet treningi „międzykulturowe”, służące efektywnemu przekonywaniu rodzin potencjalnych dawców także spoza kraju, do zgody na pobranie organów.

Skuteczność tak efektywnej realizacji ich zadań w Hiszpanii wynika m.in. z faktu, że otrzymują oni nagrody finansowe za każdy pozyskany organ, nagradzają też „bonusami” rodziny dawców.

Ponieważ liczba dawców się zmniejsza, ze względu na lepszą opiekę neurochirurgiczną, mniej wypadków drogowych – wraz z ekspertami opracowują nowe kryteria, obejmujące szerszą grupę potencjalnych dawców. Współpracują w tym w celu z instytucjami i ekspertami określającymi kryteria „śmierci mózgowej”, przeprowadzają audyty, szkolenia. Działają na rzecz zmian w regulacjach prawnych oraz regulacjach dotyczących opieki paliatywnej.

Dawstwo altruistyczne

Medycyna transplantacyjna jest intensywnie promowana jako „dawstwo altruistyczne”. Jednym ze sposobów rozpowszechnienia tak rozumianej transplantacji było ustanowienie w 2005 r. Światowego Dnia Donacji i Transplantacji, którego promocji w licznych krajach towarzyszyło hasło „Dar dla życia” (*A gift for life*).

Nieprzypadkowo do tego właśnie wydarzenia odnosi się list papieża Benedykta XVI napisany w 2008 r. do uczestników jednego z kongresów transplantologii – „A Gift for Life. Considerations on Organ Donation”. Ojciec Święty zwraca w nim uwagę na to, że jakkolwiek podarowanie komuś organu do transplantacji może stanowić akt miłosierdzia, to jednak w tym przypadku „świadoma zgoda (*informed consent*) jest warunkiem wstępnym wolności, tak aby transplantację można było określić jako dar, a nie jako akt przymusu lub nadużycia”.

W rzeczywistości altruizm, rozumiany jako bezinteresowne działanie dla dobra innych zasadza się na dobrowolności. Człowiek jest zdolny do działań altruistycznych, bezinteresownych, czyli do przekraczania siebie, dzięki posiadanym władzom intelektu i woli. Jedynie świadomy,

rozumny, dobrowolny dar może być czynem rzeczywiście służącym moralnemu doskonaleniu.

Sposób realizacji „dawstwa altruistycznego” przez hiszpańską ONT nie jest jedynym faktem budzącym wątpliwości w odniesieniu do bezinteresowności i dobrowolności czynów uczestników opisanych działań.

W ich efekcie w Hiszpanii ponad 90% organów do transplantacji pochodzi od osób z formalnie stwierdzoną „śmiercią mózgową”, czyli „śmiercią pnia mózgu”. W takich przypadkach nie można mówić o świadomej zgodzie na ofiarowanie daru drugiej osobie. Nie ma tutaj mowy nawet o dobrowolnym darze, szczególnie dlatego, że w wyniku działań organizacji wspierających standardy WHO w wielu krajach przeforsowane zostało tzw. prawo „domniemanej zgody” na dawstwo organów do transplantacji. Polega ono na tym, że bez zgłoszenia formalnego sprzeciwu każdy obywatel jest potencjalnym, „domniemanym dawcą”.

Takie regulacje prawne obowiązują w Hiszpanii, a także w Polsce. W konsekwencji osoba niewyrażająca zgody na oddanie organów, jest zmuszona zgłosić sprzeciw (podpisać i przesłać oświadczenie do organizacji Poltransplant – centralnego rejestru sprzeciwów).

Ile śmierci człowieka?

Ojciec Święty w swoim nauczaniu dodaje, że „różne narządy można pobrać tylko *ex cadavere* [z martwego ciała], które posiada własną godność i powinno być szanowane”. Zasada „zmarłego dawcy” obowiązuje w systemie prawnym każdego kraju, w którym pobierane są organy do transplantacji.

Jednak czy człowiek, u którego stwierdzona została „śmierć mózgowa” jest rzeczywiście martwy? Niemal od czasu wprowadzenia samej koncepcji „śmierci mózgowej” istnieją co do tego poważne wątpliwości. Sam fakt utworzenia takiej koncepcji oraz okoliczności temu towarzyszące wzbudzają liczne kontrowersje.

W grudniu 1967 roku lekarz medycyny Christian Barnard przeprowadził pierwszy zabieg transplantacji serca, publikując jego opis w *South African Medical Journal* [1]. Został on nazwany „Cudem z Cape Town” od nazwy miejsca, w którym się to stało. Niemal natychmiast pojawiły się pytania: Czy dawca nie żył, kiedy pobrano od niego serce? A jeśli żył, to czy lekarz ponosi odpowiedzialność za jego uśmiercenie? [2]

W odpowiedzi lekarze medycyny pod kierunkiem Henrego Beechera z Harwardzkiej Szkoły Medycznej zorganizowali spotkanie w trybie pilnym, definiując na nim nowy rodzaj śmierci człowieka – „śmierć mózgową”, mającą wystąpić w przypadku „nieodwracalnej śpiączki”. Nową koncepcję opublikowali w raporcie pod tytułem: „Definicja nieodwracalnej śpiączki. Raport komitetu Harwardzkiej Szkoły Medycznej w celu weryfikacji definicji śmierci mózgowej” (oryg. *A definition of irreversible coma, Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*).[3]

Medycy odnieśli się w raporcie do tradycyjnie pojmowanej śmierci człowieka, jako zaniku życia organizmu, wszelkich jego objawów, m.in. zaprzestania krążenia krwi i oddychania. Stwierdzili, że współczesna medycyna pozwala na stwierdzenie śmierci także ze względu na utratę świadomości, podając kryteria „śmierci mózgowej”, tj. brak świadomości przejawiający się brakiem reakcji (na nawet najbardziej bolesne bodźce z zewnątrz), brakiem ruchu i odruchów na bodźce, oraz samodzielnego oddychania, a także „płaskim ECG”.

Jak sami napisali w raporcie, utworzyli tę koncepcję ze względu na „potrzebę systemu prawnego”, gdyż sądy nie mogą orzekać inaczej, niż wynika to z „tradycyjnie pojmowanej śmierci”.

W raporcie podali dokładne wskazówki co do zakresu odpowiedzialności lekarzy, przypisując wyłącznie im (a nie sądowi czy rodzinie pacjentów) możliwość podejmowania decyzji

co do stanu pacjenta i stwierdzania „śmierci mózgowej”. Jak napisali – decyzję i odpowiedzialność za stwierdzenie śmierci a następnie odłączenie pacjenta od respiratora ma podejmować lekarz, nie „zmuszając” rodziny do podejmowania takich decyzji jak odłączenie od respiratora – co byłoby ich zdaniem „niewłaściwe i niepożądane”.

Kilkakrotnie w tym krótkim raporcie zwrócili uwagę na to, że konieczne jest „stwierdzenie śmierci a następnie podjęcie działań zmierzających do odłączenia” od respiratora i „sztucznego podtrzymywania życia”; deklaracja stwierdzenia śmierci musi nastąpić „wcześniej, gdyż w innym przypadku lekarz będzie odłączał, zgodnie z obowiązującymi [wówczas] warunkami, respirator żywemu człowiekowi”. Dzięki temu, jak zapewniają, „pod względem prawnym będą zabezpieczeni wszyscy włączeni w sprawę”.

Zaledwie kilka lat po tym wydarzeniu pojawiły się pierwsze krytyczne publikacje podważające tak rozumianą śmierć człowieka [4], z czasem kolejne komisje rozszerzały, zmieniały, aktualizowały (i robią to nadal) kryteria „śmierci mózgowej”, gdyż fakty pokazywały, że wiele osób ze zdiagnozowaną „śmiercią mózgową” nie było rzeczywiście martwych; niektórym wracała świadomość (w Polsce takie przypadki opisuje m.in. prof. medycyny Jan Talar), a dodatkowo okazywało się, że kryteria podane przez harwardzkich medyków są bardzo pobieżne i nie obejmują wielu innych funkcji mózgu, wciąż poprawnie działających, nawet po spełnieniu wskazanych kryteriów itp. Dodatkowo, sam mózg jest przecież w niewielkim stopniu naukowo poznany.

W praktyce jednak coraz częściej lekarze podejmują decyzje na podstawie wspomnianych kryteriów, nie uwzględniając nawet decyzji rodzin pacjentów – na co pozwalają regulacje prawne w wielu krajach. Nieliczne wyjątki stanowią ciężarne kobiety, w przypadku których w wyniku nalegania rodzin odłączane są one dopiero po urodzeniu dziecka, znajdując się w stanie „nieodwracalnej śpiączki” czy „śmierci mózgu” – co wskazuje

przecież samo przez się, że nie mamy do czynienia z martwym ciałem; to „martwe ciało” nie tylko nie umarło, ale nawet rodzi nowe życie.

Problemy z rzeczywistością

Jednym z przykładów obiektywnego, rzeczywistego porządku rzeczy, jaki podaje Arystoteles a następnie Tomasz z Akwinu jest przykład medycyny, a konkretnie lekarzy, oraz celu wszystkich podejmowanych przez nich decyzji i działań. Celem tym jest *zdrowie*. Trudno znaleźć bardziej wymowny przykład, niż ten, którym ci filozofowie realiści posłużyli się po to, aby każdy mógł zrozumieć czym jest właściwe organizowanie, czyli porządkowanie rzeczy do celu.

Pierwszy problem z rzeczywistością, jaki można zauważyć w raporcie opracowanym przez harwardzkich lekarzy dotyczy właśnie owego celu. W publikacji nie ma mowy o obiektywnym celu, w jakim lekarze wykonują swoją pracę. Nie ma mowy o zdrowiu – ani pacjentów, od których pobiera się organy, czyli dawców, ani biorców.

Jest natomiast wyraźnie wskazany inny cel powołania komisji, ustalenia definicji nowego rodzaju śmierci, oraz przekazania jej do publicznej wiadomości. Celem tym jest przedstawienie wymiarowi sprawiedliwości nowej podstawy orzecznictwa w przypadku transplantacji: „System prawny w USA jest w wielkiej potrzebie swego rodzaju analizy i rekomendacji dla procedur medycznych w przypadkach nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, tak jak to opisano”. Dotychczas, jak piszą, sądy opierają się na *niezbyt nowoczesnej* definicji śmierci, czyli – zaniku wszelkich oznak życia.

Koncepcja „nieodwracalnej śpiączki” i „śmierci mózgowej” powstała w celu zupełnie innym, niż zdrowie pacjentów – lekarze przeanalizowali porządek systemu prawnego, orzecznictwa sądowego i odpowiedzieli na jego domniemane „wymaganie”. Jest to porządek prawny, a nie medyczny. Poprzez

przyświecający im cel, należący do porządku prawnego, znaleźli się de facto w tymże porządku, wykraczającym poza ich kompetencje.

Podjęli się także uzasadnienia własnej decyzji w porządku moralnym; m.in. cytując słowa Ojca Św. Piusa XII nt. znaczenia decyzji lekarzy w przypadku zabiegów medycznych – jednak nie odnosząc się do stanu zdrowia konkretnych pacjentów, ale wyznaczając nowe normy decydowania i postępowania dla innych. Opracowali nawet szczegółowy sposób postępowania sędziów oraz wszystkich lekarzy związanych z medycyną transplantacyjną, wyłączając przy tym możliwość podejmowania decyzji przez rodziny pacjentów.

Opracowana przez nich koncepcja, mimo że wydaje się atrakcyjna z perspektywy orzecznictwa w przypadkach ewentualnych sporów w dziedzinie medycyny transplantacyjnej, niewiele ma wspólnego z rzeczywistym stanem zdrowia pacjentów, nawet jeśli wziąć pod uwagę wyłącznie naturalną, biologiczną kondycję ich ciał. To określenie zresztą podważyli, jako „nieuwzględniające współczesnych osiągnięć medycyny".

Powyższy problem wiąże się z kolejnym – harwardzcy lekarze utożsamili ciało człowieka wyłącznie z mózgiem. Poddając krytyce wcześniejszą koncepcję serca, jako centralnego organu ciała człowieka, jednocześnie wskazali na inny organ – mózg. Uszkodzenie mózgu (wg podanych kryteriów) w ich opinii jest równoznaczne ze śmiercią całego ciała.

Kolejny problem wynika z utożsamienia egzystencji całego człowieka z jego świadomością. To kolejne, nierealne założenie zostało przyjęte przez licznych nowożytnych naukowców, a wywodzi się z filozofii Kartezjusza i jego koncepcji natury ludzkiej. Zakładał on, że istnienie człowieka jest jednoznaczne z myśleniem. Jego naśladowcy utożsamili myślenie z materią, a dokładnie: z mózgiem.

W istocie człowiek rozumie świat rzeczywisty nie tylko poprzez

myślenie, ale przede wszystkim dzięki niematerialnym władzom duszy: rozumowi (intelektowi) oraz rozumnemu pragnieniu (woli). Realistyczne rozumienie człowieka uzupełnia wszelkie braki, a nawet absurdy koncepcji tworzonych w oparciu o założenia Kartezjusza. Filozofowie realistyczni wyjaśniają, że wprawdzie człowiek jest bytem szczególnym ze względu na swoją rozumność, jednak sama rozumność współstanowi osobę ludzką z czymś znacznie od rozumności ważniejszym: z samym *aktem istnienia*, dzięki któremu osoba ludzka może samodzielnie istnieć, a istniejąc, dzięki rozumności jest najdoskonalszym z istnień. W rzeczywistości istnienie poprzedza myślenie, istnienie jest istotniejsze – odwrotnie niż zakładał Kartezjusz.

Filozofowie na tym poprzestają; filozofia nie jest w stanie wyjaśnić szczególnej godności osoby ludzkiej, wykracza to poza możliwości rozumu naturalnego. Godność tę objaśniają teolodzy, w odniesieniu do Objawienia o szczególnej miłości Bożej dla każdej istniejącej osoby ludzkiej.

Wreszcie, lekarze opracowujący raport podważyli także zasadność własnych zabiegów medycznych, mających służyć zdrowiu. Podważyli bowiem zasadność sztucznego utrzymywania przy życiu pacjentów z uszkodzonym mózgiem, jednocześnie nie zauważając, że w zakres tego „sztucznego utrzymywania przy życiu” wchodzą przecież także inne zabiegi wykonywane przez lekarzy, jak np. podawanie chemicznych substancji, przeprowadzanie operacji i wszelkiego rodzaju stała pomoc pacjentowi z zewnątrz, w tym też sztuczne podtrzymywanie go przy życiu za pomocą leków po transplantacji organów.

Dla życia?

Jeśli chodzi o skutki realizowanych transplantacji, wyrażane choćby wskaźnikami przeżywalności, długości i jakości życia biorców (oraz żyjących dawców) organów, nie są one podawane do publicznej wiadomości.

Takie dane są wprawdzie gromadzone przez wspomniane w niniejszym opracowaniu organizacje (np. w Unii Europejskiej przez Eurotransplant), jednak nie są one udostępniane nawet badaczom czy pracownikom naukowym, jeśli projekt badawczy, któremu miałyby one służyć nie zostanie formalnie zaakceptowany przez te same organizacje (np. „Komitet Doradczy" Eurotransplantu).

W efekcie, nikt poza samymi osobami zaangażowanymi, nie jest w stanie uzyskać danych pokazujących miarodajne, praktyczne efekty celów wyznaczanych przez ONZ, a realizowanych przez agencje pośredniczące w poszczególnych krajach.

[MG]

[1] Barnard CN. *The operation: a human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, Cape Town.* S Afr Med J 1967; 41:1271–1274.

[2] Truorg R.D., Miller F.G. *Brain death: justifications and critiques*. Clinical Ethics 2012; 7: 128–132.

[3] *A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*. JAMA 1968; 205:337–240.

[4] Jonas H. *Against the Stream. Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1974; Lamb D. *Death, brain death and ethics.* Albany, NY: State University of New York Press, 1985; Truog RD, Fackler JC. *Rethinking brain death.* Crit Care Med 1992;20:1705–13;

Nowsze: Shewmon DA. *Recovery from 'brain death'. A neurologist's apologia.* Linacre Q 1997;64:30–96; *The Dead Donor Rule: Can It Withstand Critical Scrutiny?* Miller, Truog i Brock, 2010, J Med Philos. 2010 Jun; 35(3): 299–312; Miller F.G. i Truog R.D., 2012, *Death, Dying, and Organ Transplantation,* Oxford University Press.

Do analiz wykorzystano ponadto następujące artykuły:

B.Miranda, J.Canon, N.Cuende. *The Spanish organizational structure for organ donation: Update.* Transplantation Reviews. Volume 15, Issue 1, January 2001, Pages 33-45. doi.org/10.1053/trre.2001/19313

Robert D Truog, Franklin G Miller. *Brain death: justifications and critiques.* Clinical Ethics. 2012. doi.org/10.1258/ce.2012.012m09

Ajay Kumar Goila, Mridula Pawar. *The diagnosis of brain death*. Indian J Crit Care Med. 2009 Jan-Mar; 13(1): 7–11.doi: 10.4103/0972-5229.53108

Franklin G Miller, Robert D Truog. *Controversies about brain death*. JAMA 2009 Jul 22;302(4):380-1; author reply 381-2. doi: 10.1001/jama.2009.1037.

Franklin G Miller, Robert D Truog. *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 Inst Ethics J. 2009 Jun;19(2):185-93. doi: 10.1353/ken.0.0282

Pradeep Kumar Prabhu. *Is presumed consent an ethically acceptable way of obtaining organs for transplant?* Journal of the Intensive Care Society 2018. doi.org/10.1177/1751143718777171

Benedict XVI on Organ Donation. VATICAN CITY, NOV. 7, 2008