

Do szpitala przywieziono ciężko rannego chłopca, ofiarę wypadku samochodowego. Dzięki wysiłkom lekarzy utrzymano u niego oddech i krążenie, natomiast w mózgu zaszły nieodwracalne zmiany, których wykładnikiem jest krzywa płaska elektroencefalogramu. Rodzice chłopca, mimo nieuchronności tego, co musi nastąpić, nie wyrażają zgody na odłączenie aparatury podtrzymującej życie i pobranie nerek, na które czekają inni chorzy. Kierując się swą najlepszą wiedzą medyczną, lekarze podejmują decyzję o odłączeniu aparatury i pobraniu nerek od nieżyjącej już (?) ofiary wypadku wbrew stanowisku opiekunów. Jedną z nerek zostaje przeszczepiona pacjentce szpitala, dziewczynce. Operacja ratuje jej życie. W szpitalu zjawia się jednak prokurator, stawiając lekarzom nader ważne — z punktu widzenia prawnego i moralnego — pytania...

Oto w największym skrócie treść sztuki Jana Szymańskiego „KRZYWA PŁASKA”, która od kilku nastu miesięcy grana jest w Teatrze Ochoty, jednej z najciekawszych scen stolicy. Teatr Ochoty, kierowany przez popularnego aktora Jana Machulskiego, reżyserującego większość spektakli, stawia od początku na dialog ze współczesnością, pełną dylematów ludzkich i moralnych. Dyskusja, jakie aktorzy prowadzą z widownią, przeradza się niejednokrotnie w rozmowę o najważniejszych dla człowieka sprawach: o godnych postawach oraz potrzebie i konieczności zachowania w naszym życiu tych wszystkich wartości, które nadają mu głęboki sens.

Nie bez przyczyny wśród widzów „KRZYWEJ PŁASKIEJ” przeważają lekarze i prawnicy. Chętnie dzielą się oni swoimi refleksjami na temat problemów, które prezentuje sztuka, jakie często znanych im z własnej praktyki. O wadze zagadnienia mówią następujące dane: „Z powodu przewlekłej niewydolności nerek co roku umiera w Polsce około trzech tysięcy osób. Aktualnie dializowanych jest około dwustu chorych, oczekujących na możliwość przeszczepienia im nerek. Polska była jednym z pierwszych krajów europejskich, w którym zaczęto dokonywać transplantacji nerek. Na świecie istniejących u nas Akademii Medycznych, aż pięć ośrodków wykonuje tego typu operacje. W Warszawskim Ośrodku Transplantacji miało miejsce sto siedemdziesiąt przeszczepień u stu sześćdziesięciu chorych, z tego czterdziestu pacjentów do dziś żyje”.

Zdaniem lekarzy, przeszczepy nie są już eksperymentem, ale normalnym zabiegiem leczniczym. Każdy rok przynosi nowe osiągnięcia w tej dziedzinie. Nadal jednak wiele problemów natury moralno-etycznej i prawnej pozostaje nie rozwiązanych.

Po obejrzeniu spektaklu zaprosiliśmy do naszej redakcji lekarza, prokuratora i sędziego prosić, by wypowiedzieli swój pogląd na temat spraw, jakie porusza „Krzywa płaska”. W dyskusji, której fragmenty publikujemy, udział biera: dr MIECZYSLAW LAO — zastępca dyrektora Instytutu Transplantacji Akademii Medycznej w Warszawie; prokurator EDWARD SANECKI z Prokuratury Generalnej oraz dr JÓZEF MUSIOŁ, sędzia Sądu Najwyższego. Redakcja „Prawa i Życia” reprezentował red. Marek RYMUSZKO.

DZIENNIKARZ: Nie wiem, czy się panowie zgodzą, ale wydaje mi się, iż w „Krzywej płaskiej” mamy do czynienia z trzema podstawowymi problemami. Pierwszy z nich sprowadza się do pytania, czy i kiedy lekarz ma prawo podjąć decyzję o odłączeniu aparatury podtrzymującej krążenie i oddychanie chorego wobec nieodwracalnych zmian w pracy jego mózgu. Po drugie, czy może on w takiej sytuacji dysponować nerkami i innymi narządami dawcy; wreszcie po trzecie, komu powinien ów narząd przeszczepić. Wiadomo bowiem, iż oczekujących jest wielokrotnie więcej niż dawców, co wiąże się każdorazowo z koniecznością dokonywania wyboru. Proponuję, żebyśmy skoncentrowali się właśnie na tych kwestiach. Jednocześnie chciałbym postawić nieco prowokujące pytanie. Chodzi mi o to, jaką decyzję podjąłby każdy z panów — w ramach swych powinności zawodowych — mając do czynienia ze stanem faktycznym, prezentowanym w sztuce. Czy pan doktor postąpiłby identycznie, jak lekarz na scenie? Czy pan prokurator wniosłby akt oskarżenia, a jeśli tak, to pan sędzia wydałby wyrok skazujący, czy uniewinniający?

LEKARZ: Zaczniemy może od pierwszej kwestii: odłączenia aparatury. Sztuka nie mogła oczywiście uwzględnić wszystkich elementów, jakie są niezbędne do podjęcia takiej decyzji. Chodziło tu raczej o sprawy zasadnicze i takim właśnie koronnym argumentem jest krzywa płaska elektroencefalograficzna. Z dialogów między lekarzami można się jednak domyśleć, że kryterium zgony, które brali pod uwagę, było więcej. Testy wykazywały jednoznacznie, że mamy do czynienia ze śmiercią mózgu, przy jednoczesnym podtrzymywaniu w sposób sztuczny krążenia i oddychania. Wobec tego zaś uważam, iż — przy obecnym stanie wiedzy — lekarz miał prawo odłączyć aparaturę. Raz jeszcze chcę zastrzec, że mam na myśli sytuację, w której krzywa płaska nie była jedynym objawem śmierci mózgu. Stanowiłaby ona bowiem ważny, ale niewystarczający argument dla podjęcia takiej decyzji. Gdyby na przykład przyczyną stanu chorego był nie uraz głowy, a zatrucie, krzywa płaska nie uprawniałaby do odłączenia aparatury, gdyż istniałaby jeszcze szansa farmakologicznego pobudzenia czynności bioelektrycznej mózgu.

SEDZIA: Panie doktorze, ale czy rzeczywiście możemy już mówić o pełnej jasności co do tego, który moment należy uważać za śmierć człowieka? Mam na myśli kryteria, którymi może — i musi — posługiwać się medycyna, a tym samym i prawo.

LEKARZ: W innych krajach — np. w NRD, na Węgrzech czy w licznych stanach USA — te kryteria są sprecyzowane bardzo dokładnie i na ogół powszechnie się je przyjmuje. U nas istnieje tylko pewnego rodzaju zalecenie Komisji Zdrowia przy Radzie Naukowej Ministra Zdrowia. Wylicza ono dziewięć kryteriów śmierci mózgu. I to jest to, czym obecnie się kierujemy.

SEDZIA: Czy po to, by orzec śmierć, muszą zostać spełnione każdorazowo wszystkie kryteria?

LEKARZ: Powiedzy sobie szczerze, że wszystkie dziewięć kryteriów może być zweryfikowane tylko w nielicznych ośrodkach medycznych kraju. Przyjmujemy, że jeżeli pacjent spełnia cztery spośród tych kryteriów, możemy go traktować jako potencjalnego dawcę narządu.

PROKURATOR: Byłem na spektaklu, który — jak się potem dowiedziałem — w większości oglądali słuchacze szkoły medycznej. Pan Machulski postawił pytanie: kto jest za oskarżeniem lekarzy, a kto za ich uniewinnieniem? Ze względu na konfigurację widowni, większość była oczywiście za tym drugim rozwiązaniem. Ale i padły w dyskusji głosy, które w różnej formie, niejako abstrahując od obowiązujących przepisów, domagały się procesu przeciwko lekarzom. Wówczas bowiem, jak twierdzili tęcznicy tego poglądu, lekarze zostaliby oczyszczeni moralnie, a opinia publiczna byłaby wolna od podejrzeń i wątpliwości. Słuchałem tego cierpliwie, ale gdy głosy te zaczęły się mnożyć, zapytałem: Czy państwo zdają sobie sprawę, czym jest proces karny? Czy byśmy zakładali swego rodzaju fikcję? Prokurator powie lekarzom: zrobimy wam sprawę karną, ale tak naprawdę nikomu nie stanie się krzywda. Tylko, jaki byłby sens tego rodzaju manipulacji? Powiedziałem też, że przy tak zarysowanym stanie faktycznym ja, jako prokurator, nie widziałbym ani społecznej potrzeby, ani podstaw prawnych, by kierować akt oskarżenia do sądu. Mówiąc w pewnym uproszczeniu: bazowałem na założeniu, że krzywa płaska — ze względów czysto dramatycznych — jest wypadkową tych wszystkich elementów diagnostycznych, które zespół lekarzy stosuje w odniesieniu do każdego chorego, z takim samym zaangażowaniem nie tylko zawodowym, ale i ludzkim. W takiej zaś sytuacji ów „zakreślenie kurka” byłoby wprowadzić brutalnym, ale jedynie sensownym wyjściem z sytuacji „bez wyjścia”.

SEDZIA: Pan prokurator swoją wypowiedzią uwolnił mnie od konieczności odpowiedzi na pytanie, jaki wydałbym wyrok w tej sprawie. Skoro bowiem, jak powiedział, nie wniosłby aktu oskarżenia, nie doszłoby do procesu. Ale przecież nie tylko o to tu chodzi. Moim zdaniem, cały problem bardziej nadaje się do rozważań w płaszczyźnie moralnej i etycznej. Kwestia odpowiedzialności, wyboru błędy, o czym mówił red. Rymuszek, wszystko to rapawa zrozumiałym niepokojem. Ja mimo wszystko boję się, czy jeśli w jakimś momencie — postępując szczerze z punktu widzenia wiedzy (choć ocena słuszności, jak wiemy, jest rzeczą względną) — zakreślimy ów przyszłowiowy „kurek” wtedy, gdy człowiek jeszcze żyje, skrócimy mu życie przyspieszając w sposób sztuczny agonię — czy nie tkwi w tym wielkie niebezpieczeństwo?

LEKARZ: Jakie niebezpieczeństwo?

SEDZIA: Choćby takie, że w innej sytuacji, w innej i innych racji może dojść do nadużycia tego przyzwolenia. Mam na myśli przypadek, który nie będzie już tak klarowny, jak ten w sztuce. Nurtuje mnie to i dlatego, że moim zdaniem, życie jest jakimś odcinkiem czasowym, który różnie przeżywamy. Jeśli w pewnym momencie pozostaje nam na tej przedziałce jeszcze maleńki kawałek — czy wolno nam pozabawiać go człowieka?

LEKARZ: Panie sędzio, przy obecnym stanie wiedzy możemy psu odciąć głowę, podłączyć do niej sztuczne płuco, serce i „on” będzie żył, tylko czy możemy powiedzieć, że to jest pies? Możemy również tę głowę podłączyć do płuco-serca i ona też będzie żyła. Wyobraźmy sobie w podobnej sytuacji człowieka, który ma obciętą głowę, a którego serce bije, podtrzymuje się krążenie. Czy to jest człowiek? Raczej preparat biologiczny. Dlatego trudno tu mówić o skracaniu choćby najmniejszego fragmentu życia człowieka.

PROKURATOR: Odnoszę wrażenie, że medycyna ma niekiedy do czynienia z sytuacjami, w których człowiek staje się jak gdyby jednym z elementów czegoś, co można porównać do gniazda maszyny, pracujących dzięki włączeniu ich do obiegu. Ten jeden element, który ma zewnętrzną postać człowieka, trwa w tylko dzięki temu, że nie zawodzi ani jedna z części całej „linii technologicznej”. Taki człowiek nie jest zdolny ani przez minutę do samodzielnego funkcjonowania, nawet w stanie całkowitej niewiedomości. Dlatego do pojęcia życia włączyłbym ten etap, na którym istnieje — w jakiegokolwiek, nawet szkieletowej formie — świadomość, bądź też są przesłanki, by zakładać, że proces świadomości może powrócić wskutek działania diagnostyki medycznej.

LEKARZ: Ja bym poszedł jeszcze dalej niż pan prokurator. Świadomość nie jest, moim zdaniem, najistotniejsza. Człowiek, podłączony do aparatury może przez jakiś czas zachować funkcje biologiczne. Będzie u niego funkcjonowało krążenie, oddychanie, itd. Wskutek zniszczenia centralnego układu nerwowego po odłączeniu aparatu nie będzie on już jednak nigdy zdolny do samodzielnego życia, nawet bez ustraty świadomości.

Natomiast to, o czym mówi pan sędzia — chodzi o ewentualność nadużycia uprawnień — jest problemem tak starym, jak stary jest zawód lekarza. Wszyscy się obawiają, czy medycyna nie nadużyje swojego szczególnego statusu. Ale też dylematu tego nie da się rozwikłać na gruncie prawa. Bo po prostu pewne fakty są nie do odtworzenia. Żadne śledztwo ich nie wykaże i tylko lekarz będzie wiedział, jak było naprawdę. Tak że to jest przede wszystkim kwestia zaufania do lekarza i jego wysokiego morale.

DZIENNIKARZ: Panie doktorze, a jaka jest gwarancja, że za jakiś czas, czas, w którym można byłoby tego chorego utrzymać przy życiu mimo nieodwracalnych zmian w mózgu; medycyna nie wynajdzie środka, zmieniającego sytuację na jego korzyść, potrafiącego wskrzesić to, co w danej chwili wydaje się definitywnie nie do uratowania?

LEKARZ: Gwarancji takiej nie ma i być nie może choć w przypadku, o jakim mówimy, taki „przewrót” jest bardzo mało prawdopodobny. Ale też właśnie dlatego potrzebne są nam ściśle kryteria, które powinny być w miarę postępu wiedzy aktualizowane.

PROKURATOR: Powstaje jeszcze inny problem. Wiadomo przecież, że ta aparatura nie jest dostępna

w takiej ilości, w jakiej byłaby potrzebna. Przypuśćmy, że w szpitalu działa jedno-takie urządzenie.

LEKARZ:... dobrze, jeśli w ogóle jest.

PROKURATOR: ... i teraz przywożę z wypadku kogoś, kogo można uratować tylko przez podłączenie aparatury. Co wtedy? W dyskusji ktoś powiedział, że dylemat ten powinien rozstrzygać sąd. Znowu zawodzi wyobraźnia. Sąd nie wyda decyzji o godzinie pierwszej w nocy przez telefon. A tu liczą się minuty. I co? Lekarze mają wszystko rzucać i siadać do maszyny do pisania po to, by sąd zebrał się w określonym trybie i rozpatrywał wniosek? Przecież to byłoby chowanie się za papierki, zwalanie odpowiedzialności na kogoś innego. Spytajmy więc raczej o tryb podejmowania decyzji w tak trudnej sprawie. Wiemy już, że jest on kolektywny, ale jakie inne elementy zabezpieczają prawidłowość postępowania?

LEKARZ: Zarządzenie ministra zdrowia mówi, że decyzję podejmuje trzech doświadczonych lekarzy. W

praktyce sprowadza się to do tego, że zostają oni ściągani telefonicznie i po zbadaniu pacjenta oraz zapoznaniu się z dokumentacją muszą zdecydować. Jeśli nie zgadzają się, trzeba zrobić jeszcze raz „krzywą” i czekać. Interes dawcy jest więc zabezpieczony — i zwyczajowo, i prawnie.

DZIENNIKARZ: Ja jednak chciałbym mieć pewność, że niemożliwa jest sytuacja, w której odłączenie aparatury i pobranie narządu do przeszczepu będzie spowodowane innymi okolicznościami niż te, o których mówimy.

LEKARZ: Co pan ma na myśli?

DZIENNIKARZ: Wyobraźmy sobie, że potencjalny dawca podłączony jest do aparatury, a tuż obok leży ktoś, komu jego nerka bardzo jest potrzebna. I teraz odzywa się telefon na biurku lekarza, np. od jego zwierzchnika. Ten ktoś mówi: odłączcie tamtego, ten człowiek pilnie potrzebuje nerki, jest zasłużony, musicie mu pomóc. Załóżmy dodatkowo, że taki telefon może stanowić znaczący punkt w karierze lekarza. W

Krzywa płaska

Prokurator — To pan był wtedy, 20 listopada, dyżurnym lekarzem, kiedy zmarł młody człowiek po wypadku?

Dr P. — Tak.

Prokurator — Czy pacjent naprawdę wtedy zmarł?

Dr P. — Panie prokuratorze, zawsze umiera się naprawdę.

Prokurator — Pan wie, o co mi chodzi. Czy on już nie oddychał?

Dr P. — Oddech nie jest oznaką, czy ktoś żyje czy nie. Wiem, o co panu chodzi. Ten człowiek nie żył, gdy podpisałem protokół.

Prokurator — Jest pan tego pewny?

Dr P. — Tak. Byli przy mnie koledzy, którzy badali płaską EEG. To taki skrót. Ale to jest znak, że pacjent nie żyje.

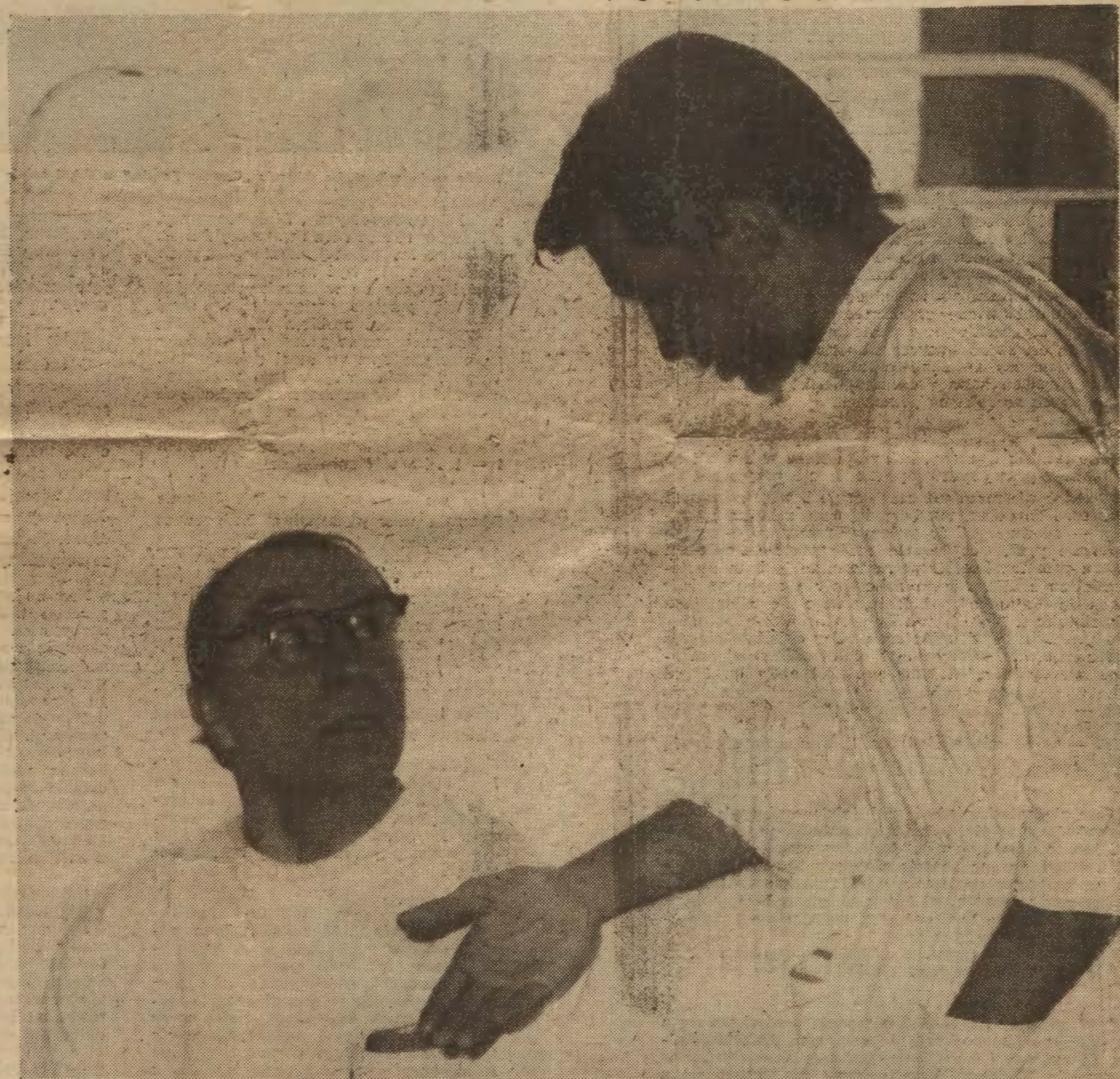
Prokurator — Rozumiem. Ale podobno już dwie godziny przed tym faktem prosiłście rodziców o nerkę ich syna. Skąd była ta pewność, że on umrze?

Dr P. — No, właśnie ta płaska EEG. To był pierwszy znak, że zmiany są nieodwracalne.

(...)

Dr P. — Czy prawo i przepis mogą uwolnić człowieka od własnej odpowiedzialności? Od trudnych decyzji?

Prokurator — Panowie stwarzacie sytuacje, w których łatwo o przestępstwo.
(fragmenty sztuki „Krzywa płaska”)



...granica, której nie wolno przekroczyć — w roli lekarzy Tadeusz Bogucki i Janusz Leśniewski.

Fot. A. KIZIUKIEWICZ

zależności od tego, co zadecyduje... może tak być, czy nie?

LEKARZ: Nie, gdyż nigdy nie zdarza się, by człowiek który oczekuje na przeszczep nie rękował przeżycia do następnego dnia. W przeciwnym razie nie przeżyłby samego zabiegu przeszczepienia. Mało tego: on musi dać podstawę do prognozy, że będzie z tym przeszczepem żył. Definicje pilności zabiegów są na świecie różne. W krajach socjalistycznych istnieje organizacja o nazwie „Intertransplant“, która dzieli chorych na dwie grupy. Pierwszą z nich stanowią ci, którzy kwalifikują się pilnie do zabiegu, tak jak ta dziewczynka ze sztuki. Oznacza to, że zostały wyczerpane możliwości leczenia za pomocą sztucznej nerki. Drugą grupę tworzą wszystkie pozostałe osoby. W obu przypadkach w grę wchodzi miesiąc. Tak, że to nigdy nie jest sprawa natychmiastowego zabiegu.

DZIENNIKARZ: Dobrze. Ale nie uwierzę, że nie macie panowie do czynienia z różnego rodzaju interwencjami i naciskami...

LEKARZ: Ja tego nie powiedziałem. Oczywiście, że mamy. Jest to dla nas wielka zmoja. Z tym, że takie sytuacje dotyczą samego włączenia chorego do programu oczekiwania na przeszczep do leczenia dializami przy pomocy sztucznej nerki. Na to może być tylko jeden sposób: ten zostaje wcześniej włączony, kto pierwszy się zgłasza. Kto zgłosił się drugiego stycznia, ma większe prawo do takiego leczenia od tego, kto przyszedł trzeciego stycznia. Jeśli zwalnia się miejsce...

SEDZIA: Czyli chory umiera, to pan chciał powiedzieć?

LEKARZ: Tak, chory umiera... lub otrzymuje przeszczep nerki. Wtedy następny po nim przesuwają się w kolejce. Na wszelkie interwencje mamy jedną odpowiedź: kogo skreślić? I wtedy zapada cisza. Bo takiej decyzji nikt nie chce brać na swoje sumienie.

Musicie, zresztą, panowie wiedzieć, że jeśli chodzi o wzajemne relacje dawca-biorca, to sprawa jest absolutnie jawna. Jeżeli mamy dawcę i wykonamy oznaczenia jego cech osobniczych, przekazujemy te dane do centrum komputerowego w Pradze i po otrzymaniu odpowiedzi orientujemy się, czy przeszczep jest realny. Jeśli z kolei oni mają lepszego biorcę, niż nasz, to tę nerkę możemy eksportować. Nasi kontrahenci postępują podobnie. Niemożliwe jest więc, by coś odbyło się po cichu. Centrum w Pradze obejmuje wszystkie kraje socjalistyczne, w których przez całą dobę pracują ośrodki komputerowe. Każdy z nich ma swoją lokalną kartotekę biorców, która jest stale aktualizowana. My tych ludzi w ogóle nie widzimy. Opiaramy się głównie na informacji dokumentacyjnej i telefonicznej. Decyduje komputer, który ustala międzynarodową listę chorych, najbardziej potrzebujących nerki. Spośród nich wybiera tego, kto najbardziej „pasuje” do przeszczepu, przy uwzględnieniu wszystkich kryteriów. Nie znamy tych ludzi; cała rzecz opiera się na danych, które są aktualizowane przynajmniej raz w miesiącu i porównywane z potencjalnymi dawcami.

SEDZIA: Panie doktorze, to, co pan mówi jest doskonałe, ale czy nie uważa pan, że okrutne?

LEKARZ: Dlaczego? W dyskusji po jednym ze spektakli spostrzegłem człowieka, któremu sam kiedyś przeszczepiałem nerkę. Wydawałoby się, że powinien mieć jakiś emocjonalny stosunek do tej sprawy. Spytałem go: proszę pana, czy pan coś czuje w stosunku do dawcy? — A jakież ja mogę mieć uczucie? Przecież to były zwłoki. — No dobrze, a czy pana nie interesuje to, że tamta nerkę wyjęto na przykład o minutę za wcześnie? — Nie, bo o tym decydowali lekarze. Oni wiedzieli, co robią.

Notabene nie ujawniamy faktu, kim był dawca ze względu na możliwość powikłań, nachodzenia potem biorcy przez rodzinę zmarłego i domaganie się jakiegś rekompensaty. A stosunek emocjonalny... Muszę powiedzieć, że ja się tym ludziom nie dziwię. Gdyby wszystko to zaczęli roztrząsać na poważnie, nie mogliby normalnie żyć. Więc po prostu o tym nie myślą.

SEDZIA: Traktują to jak swego rodzaju plombe...?

LEKARZ: Tak. Zresztą jest wielu biorców, którzy nielato przechodzą okres adaptacji do nowego narządu. Nasłuchują co się w środku dzieje, wydaje im się, że coś szumi, pęcznieje itd. Dopiero po pewnym czasie przyzwyczajają się, że to jest ich integralna część. Z początku poruszają się, jak gdyby byli ze szkła. Ochraniają tę nerkę, żeby jej nie urazić, wolno chodzą itd. To jest zresztą normalna reakcja u pacjentów, którzy przeżyli ciężką operację.

Chciałbym dodać, że w Polsce wykonano do tej pory ponad 170 przeszczepień nerek. Jeśli zaś chodzi o przekrój społeczny naszych pacjentów, to jest on ogromny: od traktorzysty w Góldapi do profesora Polskiej Akademii Nauk. Większość z tych ludzi żyje do dziś, z czego jedna osoba ponad dziesięć lat. Jeśli więc ktoś jest już u nas zarejestrowany, żadne względy nie grają roli. Gdy chory ma niestosowny zawód, zalecamy mu, ażeby się przekwalifikował, podjął np. nienormowaną pracę. Musi bowiem zjawiać się u nas na kontrolę i w związku z tym mieć pewną swobodę poruszania.

SEDZIA: Jaki jest w takim razie tryb kwalifikowania do przeszczepu?

LEKARZ: Prowadzimy rejestr pacjentów, w którym mamy odnotowane wszystkie wyniki badań, grupę krwi itd. Przy zapotrzebowaniu ponad 100 zabiegów na milion ludzi (sztuczna nerką lub przeszczep) wykonujemy jakieś 2,5—3, co daje 50 przeszczepień rocznie. W naszym naszym instytucie zarejestrowanych jest 180 osób czekających na operację. Aktualna sytuacja wygląda tak, iż pacjent może otrzymać przeszczep w ciągu czterech lat.

PROKURATOR: A czy nie ma problemu ze strony rodzin dawców w tym sensie, by uniemożliwić pobranie nerki?

LEKARZ: Nasze przepisy, w przeciwieństwie do niektórych innych krajów, nie wymagają zgody rodziny na pobranie narządów zmarłego i wykonanie sekcji, co przy obecnym poziomie świadomości społecznej znacznie ułatwia nam sprawę. Czy występujemy o taką zgodę? Jeśli widzimy, że rodzina rozumie nasze intencje

robimy tak, by uniknąć dodatkowych kłopotów. I niejednokrotnie zgodę taką uzyskiwaliśmy. Chodziło głównie o ludzi młodych, którzy zginęli w wypadku. Rodzina zdawała sobie sprawę, że chory nie przeżyje i szła nam na rękę. Często jest jednak odwrotnie. Po prostu jakość i wartość życia w świadomości niektórych ludzi nie jest zbyt wysoka. W związku z tym nawet członkowie rodziny niechętnie oddają narządy swym bliskim. Mało tego; czasem zgadzają się, a później wycofują. Potencjalny dawca jest zdrowszy, jak koń i może bez szkody dla siebie oddać nerkę bliskiej osobie. Zaczyna się jednak zastanawiać: po co ryzykować? Zwłaszcza, że dowiaduje się, iż istnieje możliwość pobierania przeszczepów ze zwłok. Czyli jest alternatywa, o której dotąd nie wiedział. Zaczyna więc myśleć tak: niech matka, która leży umierająca w szpitalu jeszcze trochę poczeka. Żyć bez nerki nieporównanie jakoś — może uda się „wycisnąć” ten przeszczep inną drogą? W rezultacie tylko co czwarty człowiek, który zgłasza się jako dawca, ostatecznie nerkę oddaje.

Miałem kiedyś taką sytuację. Przyjechała gromada dziewcząt, żeby chorej siostrze oddać nerkę. Weszły do gabinetu: silne, zdrowe, młode. Pytam: wszystkie panie są zdecydowane? To dobrze, wybierzemy najlepszą. A one zaczynają się przepychać, aż wreszcie jedna, najstarsza mówi, że właściwie przyjechały tylko dlatego, bo im kazano. Tak naprawdę jednak to żadna nie chciała dać nerki. No cóż, jeśli panie bardziej kochają własną nerkę niż siostrę, to nie ma sprawy. Do widzenia. — Tak — mówią te dziewczyny — ale my byśmy chciały dostać od pana zaświadczenie, że nie możemy dać nerki.

DZIENNIKARZ: I co, dał pan?

LEKARZ: Dałem.

SEDZIA: Dlaczego?

LEKARZ: Dlatego, że dawca przeszczepu musi nadawać się nie tylko pod względem fizycznym, ale i psychicznym. W przeciwnym razie nie jest dawcą pełnowartościowym. Z tego punktu widzenia te dziewczyny nie nadawały się do przeszczepu.

SEDZIA: Pan mówi bardzo ciekawe rzeczy...

LEKARZ: Takie jest po prostu życie. Nam zależy na ludziach zdrowych psychicznie. Jeśli mamy wątpliwości, badamy dawcę psychiatrycznie. Rozmawiamy z nim za pomocą specjalnego zestawu pytań, chcąc dojść do motywów jego decyzji. Ustalić, czy stanowi ona rezultat nacisków środowiska, czy też jest to decyzja świadoma? Są tego rodzaju sytuacje, że rodzina potrafi zmusić najgłupszego albo starą matkę. Temu pierwszemu obiecuje, że np. w zamian za nerkę dostanie motorcykl. My musimy nad tym wszystkim czuwać, pilnować społecznego interesu. Mało tego — mieliśmy kiedyś w ośrodku matkę, która chciała oddać nerkę córce, ale okazało się, że ma rak i przy okazji ją wyleczyliśmy. Są to naprawdę bardzo skomplikowane sprawy i dlatego trzeba mieć pełne zaufanie do zespołu ludzi, który o nich decyduje.

DZIENNIKARZ: Chciałbym wrócić do poprzedniego wątku. Czy o tym, że czas oczekiwania na przeszczep jest tak długi, decyduje brak nerek, aparatury, technicznych możliwości operowania... czy może inne przyczyny?

LEKARZ: Był taki okres, że rzeczywiście brakowało nerek do przeszczepu. Od mniej więcej dwóch lat pracujemy na granicy naszych możliwości. Mam na myśli właśnie liczbę dostępnych nerek, wykwalifikowanych lekarzy, aparaturę. Możemy zwiększyć liczbę przeszczepów, powiedzmy z 50 do 60, ale już nie więcej, chyba że rozszerzymy możliwości lokalowe naszego ośrodka. A jeśli chodzi o oczekiwanie, chciałbym dodać, że drugim — obok czasu rejestracji — kryterium jest przydatność nerki. Ktoś może dopiero co zostać zarejestrowany i już po kilku dniach otrzyma nerkę, bo nie „pasuje” ona innym, poprzedzającym go w kolejce, a w jego przypadku testy wykazują, że powinna się przyjąć. Pamiętajmy, że chodzi o to, by chory przeżył zabieg i by przeszczep się przyjął. Zwykle jest tak, że te dwie nerki potencjalnego dawcy przypadają na kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu oczekujących. Spośród nich wybieramy się tych, którzy są najbardziej podobni i przeszczep ma największe szanse przyjęcia przez organizm.

Oczywiście tego nie można przewidzieć na sto procent. Bierzemy więc pod uwagę i inne okoliczności. Np. chory, który był długo leczony sztuczną nerką — przy tym samym podobieństwie — ma większe szanse przyjęcia przeszczepu niż ten, kto nie przeszedł transfuzji. Mężczyźni są lepszymi dawcami niż kobiety, kobiety lepszymi biorcami itd. Społeczeństwo musi więc wierzyć lekarzom, że chcą jak najlepiej i że przy obecnym stanie wiedzy potrafimy w sposób naukowy uzasadnić celowość takiego, a nie innego wyboru.

I jeszcze jedno. Trzeba rozróżnić dwie rzeczy: przeżycie pacjenta i przeżycie przeszczepu. Dziesięć lat temu, jeśli przeszczep nie przyjął się, człowiek umierał. Dziś, jeśli przeszczep nie przyjmie się, to się go „wymijuje” i podłącza pacjentowi sztuczną nerkę, z którą czeka na drugi przeszczep. Tak więc ryzyko śmiertelności znacznie się zmniejszyło. Po prostu przeszczepy mogą żyć krócej niż pacjenci. Jeśli zaś chodzi o rezultaty to, rzecz jasna, inne są one po trzech miesiącach, a inne po pięciu latach. A te pięć lat jest takim okresem, o który warto walczyć. I właśnie ponad połowa przeszczepów ze zwłok daje szansę pięcioletniego przeżycia. Są to zupełnie niezłe wyniki, jeśli je odnieść do innych rodzajów operacji.

PROKURATOR: Chciałbym wrócić do sytuacji przedstawionej w sztuce. Otóż ja wcale nie jestem przekonany, czy ten prokurator przyszedł do szpitala z myślą o tym, by lekarzy postawić przed sądem. Odniosłem wrażenie, że on po prostu chciał uzyskać — tak jak my wszyscy — pewną wiedzę o regulach, jakie rządzą tymi sprawami; o mechanizmach podejmowania decyzji i ich

ciąg dalszy na str. 12

ciąg dalszy ze str. 11

uwarunkowaniach. W tym też sensie reprezentował społeczeństwo, które na ten temat wie bardzo mało. Prokurator nieprzypadkowo przecież powiedział: „Proszę panów, przyszedłem porozmawiać“.

SEDZIA: Ale również chciał się upewnić, czy nie chodzi o jakieś nadużycie...

PROKURATOR: Pamiętajmy, że napisała do niego rodzina tego mężczyzny z wypadku, sugerując określone fakty...

SEDZIA: Jeśli mamy do czynienia z gwałtowną śmiercią, prokurator nie może odmówić wszczęcia postępowania.

LEKARZ: Rodzina... Proszę panów, nie zdradzę tajemnicy, jeśli powiem, że rodzina chorego często do nas przyjeżdża i pyta szeptem, komu zapłacić za przeszczep. To jest odbicie pewnej ogólniejszej mentalności. Powiem więcej: my nieraz wcale nie jesteśmy pewni, czy ktoś ma konto skierowania chorego do naszego ośrodka nie wchodzi w grę. Nie wiem. Po prostu nie wiem. Mogę tylko powiedzieć w imieniu swoim i współpracowników z ośrodka wrocławskiego, że to nie są sprawy, które byłyby do załatwienia za pieniądze. Są nie tylko ze względów moralnych, ale i z racji ich skomplikowania. Można zapłacić i czekać całe lata na przeszczep, bo nie będzie nadającej się nerki. Ale mentalność ludzi kieruje się własnymi kryteriami.

DZIENNIKARZ: Proszę panów, wydaje mi się że suma wiedzy, jaką przekazał nam doktor Lao, jest bardzo cenna i pozwala zrozumieć prawnikom wiele problemów dotąd im nie znanych. Niemniej nie chciałbym, aby przytłoczyła nas w stopniu stawiającym pod znakiem zapytania kontradiktoryjność tej dyskusji. Przyznam szczerze, że stanowisko pana prokuratora odnośnie do niewnoszenia aktu oskarżenia, utrudniło nieco sprawę z punktu widzenia dramaturgii naszego spotkania. Ale skoro tak się stało, musimy je respektować. Mamy natomiast prawo zapytać, jaką argumentacją prawną posłużyłby się pan, wydając postanowienie o odmowie ścigania?

PROKURATOR: Spróbuję odpowiedzieć. Otóż, aby sporządzić akt oskarżenia, musiałbym wykazać lekarzowi bądź to, co nazywa się niedbalstwem, błędem w sztuce lekarskiej, bądź też przekroczeniem przez niego kompetencji. Mogłoby ono polegać np. na tym, że ów lekarz, wbrew zasadom, o jakich tu mówiono, zdecydował jednoosobowo o wyłączeniu aparatury, albo uczyniono to w sytuacji, gdy nie istniała jakaś nagła, pilna potrzeba. Zresztą, jak słyszeliśmy, przeprowadzenie operacji przeszczepu nie jest możliwe w pojedynkę, właśnie ze względu na rozległość zabiegu. To zaś niejako automatycznie eliminuje wątpliwość i podejrzenia. Tym samym, jak rozumiem, możliwość popełnienia błędu czy przekroczenia swych uprawnień jest bliska zeru.

Na czym więc powinienem się oprzeć, jako prokurator? Po pierwsze, mam do czynienia z dokumentacją, po drugie zaś, z zespołem biegłych. Z racji stopni naukowych oraz zajmowanych stanowisk winni oni być uniezależnieni od lekarzy podejmujących decyzję. Ich opinia plus dokumentacja — niemożliwa do spreparowania przez parę godzin w sytuacji, gdy odzwierciedla przebieg wielu lat leczenia — pozwala podjąć słuszną decyzję.

LEKARZ: Chciałbym coś do tego dodać. Współczesny ośrodek reanimacji czy transplantacji jest swego rodzaju fabryką. Pacjenci są podłączeni do monitorów, na ekranie widać krzywe, na sali pracują lekarze, pielęgniarki, stażyści, studenci medycyny. Wszyscy oni są świadkami tego, co się dzieje. Przy przeszczepie np. na sali operacyjnej muszą być obecni trzej chirurdzy, anestezjolog, dwie instrumentariuszki, w sumie jakieś osiem, dziewięć osób. Do tego dodajmy dokumentację badań i konsultacji. A im bardziej dramatyczny przypadek, tym papierów jest więcej.

DZIENNIKARZ: Mówiono tu o konieczności zaufania do lekarza. Nie kwestionując słuszności tego apelu, chciałbym zauważyć, że trudno jedynie na nim budować podstawy odpowiedzialności za decyzje, dotyczące ludzkiego życia i zdrowia. Prawo musi posługiwać się w tym względzie jasnymi i precyzyjnymi sformułowaniami. Proponuję więc, by na zakończenie zastanowić się nad tą właśnie kwestią. Czego pan, panie doktorze, oczekuje od prawa i prawników? W czym mogliby oni panu pomóc?

LEKARZ: Przede wszystkim bardzo jest nam potrzebna definicja śmierci mózgu. Nie ta sformułowana w czasopiśmie lekarskim, bo takie publikacje już mamy, ale ujęta w formę przepisu, który mówiłby, że przy obecnym stanie wiedzy takie to, a takie objawy ustalają fakt śmierci mózgu. Niektórzy lekarze mogą się z tym nie zgodzić i nie orzekną śmierci, mimo spełnienia tych kryteriów, ale większość je uzna. To zaś rozszerzy nasze możliwości pobierania narządów do przeszczepiania. Tę kwestię uważam obecnie za najważniejszą. Pozostałe normy prawne nie są zbyt dokładne i precyzyjne, w każdym jednak razie zezwalają na dokonanie przeszczepu.

PROKURATOR: Tylko że kryteria, o których pan mówi, muszą określić właśnie lekarze.

LEKARZ: Oczywiście. Co więcej one mogą ulegać zmianie, tak jak było wielokrotnie w przeszłości. Medycyna czyni ogromne postępy i to jest naturalne. Ale na danym etapie musi być coś, co będzie powszechnie obowiązujące, a taką sytuację może stworzyć jedynie odpowiednia norma prawna.

DZIENNIKARZ: Dziękuję Panom za udział w tej wlece interesującej dyskusji.

**Przygotował i opracował
Marek Rymuszko**