

Autoryzacja pobrania narządów do transplantacji — czy ma znaczenie dla identyfikacji dawców?

Authorisation of organ procurement — is it influential factor for the identification of potential organ donors?

Krzysztof Pabisiak

Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Abstract

For many years, the authorisation of organ procurement has been discussed as a contributory factor to the number of potential organ donors. This paper presents different forms of authorisation and their influence on the decisions of both individuals and society. The general legal framework for the authorisation of organ procurement in Poland is described along with the solutions implemented by countries in which both implicit and explicit consent models are in effect. The presented arguments suggest that the form of authorisation does not directly influence the number of organs procured for transplantation.

Key words: brain death, presumed consent, authorisation of organ procurement

Słowa kluczowe: śmierć mózgu, zgoda domniemana, autoryzacja pobrania narządów

Anestezjologia Intensywna Terapia 2015, tom XLVII, nr 2, 187–193

W 1968 roku ustanowiono neurologiczne kryteria rozpoznania śmierci [1]. Nie powodowały one zmiany definicji śmierci lecz były komplementarne dla dotychczas obowiązującego postępowania przy orzekaniu zgonu człowieka. W zdecydowanej większości śmierć nadal jest stwierdzana za pomocą kryteriów krążeniowych określonych dalej jako „klasyczne”. W roku 2012 w Polsce zmarło około 384 tys. osób, 786 zgłoszono jako potencjalnych dawców narządów, co oznacza, że orzeczono u nich śmierć według kryteriów neurologicznych [2, 3]. Konsekwencją stwierdzenia śmierci mózgu jest zakończenie stosowania środków nadzwyczajnych w terapii, co skutkuje zatrzymaniem krążenia. Drugą możliwością

postępowania jest podtrzymanie funkcji życiowych i rozwiązanie pobrania narządów do transplantacji [4].

Precyzyjnie określone warunki, które muszą być spełnione dla rozpoznania śmierci według kryteriów neurologicznych, powodują to, że nie mają one zastosowania u osób w stanie wegetatywnym, z zespołem zamknięcia, u dzieci z anencefalią. Zapisy dotyczące śmierci, w ujęciu prawnym, do czasu ustalenia kryteriów neurologicznych funkcjonowały w kontekście sukcesji po zmarłym lub poszukiwania znamion przestępstwa. Ustanowienie ram prawnych podkreślało wyjątkowość sytuacji, do której odnosiły się kryteria oraz uwiarygadniało je w oczach obywatela.

Należy cytować anglojęzyczną wersję:

Pabisiak K: Authorisation of organ procurement — is it influential factor for the identification of potential organ donors? *Anaesthesiol Intensive Ther* 2015; 47: 181–187.

POWODY POSZUKIWANIA AUTORYZACJI POBRANIA NARZĄDÓW

Warunkiem *sine qua non* dla transplantacji jest narząd. Na początku rozwoju transplantologii klinicznej, w latach 50. i 60. XX wieku, narządy do transplantacji pochodziły w większości od dawców zmarłych według kryteriów krążeniowych. Sformułowanie kryteriów neurologicznych śmierci stworzyło sytuację dotychczas niespotykaną, czyli możliwość pobrania narządów z ciała z zachowanym krążeniem krwi. Fakt ten spowodował, że medycyna transplantacyjna stała się głównym beneficjentem nowych kryteriów.

Konsekwencją tych działań w Stanach Zjednoczonych było uchwalenie pierwszego na świecie aktu prawnego pod nazwą „akt anatomiczny”. Zapisano w nim, że zgodę na pobranie narządów po śmierci wyraża się osobiście i jest prawnie wiążąca. W poprawce z 1987 roku doprecyzowano ten zapis, dołączając informację, że autoryzacja obowiązuje również wtedy, kiedy rodzina jest przeciwna pobraniu narządów do transplantacji [5].

FORMY AUTORYZACJI POBRANIA NARZĄDÓW

Podstawowym założeniem dla działań medycznych jest świadoma zgoda chorego na podjęcie określonych czynności. Przekładając to na język rynkowy, jest rodzajem kontraktu zawartego pomiędzy lekarzem a chorym. Szczególna sytuacja, którą jest moment rozważania pobrania narządów, stawia szczególne wymagania autoryzacji działań personelu medycznego. Niezbędnymi cechami dla niebudzącej etycznie wątpliwości zgody, w tym przypadku na pobranie narządów, są: samoświadomość, wolna wola, pełna informacja związana z podejmowaną decyzją, czas na podjęcie decyzji, możliwość zmiany podjętej decyzji. W poniższym tekście słowo „autoryzacja” będzie zastępowało słowo „zgoda”. Zgoda zakłada akceptację pewnego stanu rzeczy. W przypadku pobrania narządów rozważa się podjęcie decyzji, która nie zawsze będzie się wiązała ze zgodą na działanie.

Zgoda świadoma (ang. *voluntary, explicit, express, informed consent, opt-in*) określa czynną formę zaakceptowania pobrania narządów po śmierci w celu ratowania i poprawy jakości życia innych osób, poprzez podpisanie deklaracji na oddanie narządów/tkanek lub rejestracji w rejestrze dawców. W USA ustawodawca założył, że najwłaściwszą formą przyzwolenia na pobranie narządów będzie zgoda wprost. W terminologii anglosaskiej powyższa forma deklaracji określona jest jako zgoda w pierwszej osobie (ang. *first-person consent*).

Przyjęta w USA forma autoryzacji wynika z poszanowania praw obywatelskich, przede wszystkim wolności i suwerenności obywatelskiej. Zgodnie z przyjętym we wszystkich stanach USA prawem „daru anatomicznego” każdy ma możliwość zgłoszenia swojej woli dla oddania narządów

do transplantacji. Deklaracja nie wymaga potwierdzenia ze strony innych osób. W zależności od miejsca zamieszkania (stanu) formą autoryzacji może być wpis do prawa jazdy, karta dawcy lub rejestracja w elektronicznym rejestrze dawców. W przypadku braku informacji o woli zmarłego, rodzina jest informowana o możliwości oddania narządów do transplantacji. Według statystyk amerykańskich zgodę na pobranie wyraża około 50% rodzin, z którymi przeprowadzano rozmowę [6, 7].

KONSEKWENCJE DLA JEDNOSTKI I SPOŁECZEŃSTWA

Zgoda wprost wydaje się najwłaściwszą formą informacji w kontekście decyzji o losach ciała po śmierci. Przynależne każdemu prawo do samostanowienia, autonomii w dokonywaniu wyborów daje możliwość realizacji tych praw w czynnym akcie zgody (np. przez podpisanie oświadczenia woli). Powyżej znalazł się zapis „wydaje się”, gdyż z perspektywy doświadczeń państw, w których obowiązuje, stanowi powód do twierdzenia, że jest przyczyną małej liczby pobrań narządów do transplantacji. Przykład Stanów Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii uwidacznia, jak trudne jest podjęcie decyzji o pobraniu narządów. Pomimo edukacji społecznej na wszystkich szczeblach kształcenia, funkcjonowania elektronicznych „rejestrów dawców”, kampanii społecznych kierowanych do różnych grup etnicznych, zgoda na pobranie narządów jest w dalszym ciągu mało popularnym aktem samostanowienia. Decyzję o przekazaniu organów po śmierci do transplantacji, w sposób aktywny podjęto około 30% Amerykanów. Czy jest to dowód na brak akceptacji społecznej dla transplantacji?

Około 40% przeszczepień nerek w USA odbywa się po pobraniu narządu od dawcy żywego. Tak duży odsetek osób z przeszczepioną nerką od dawcy żywego świadczy o akceptowaniu tej metody leczniczej i, co ważniejsze, jest dowodem dobrych relacji międzyludzkich. Dla porównania w Polsce odsetek ten wynosi około 5% [8]. Przyczyn może być kilka — od prozaicznych (np. nie mam czasu), przez ignorancję (to mnie nie dotyczy), po abstrakcyjność pojęcia śmierci.

Potrzeba refleksji na temat końca życia jest prawdopodobnie głównym powodem, dla którego czynnie deklaracja nie jest składana. W przypadku jej braku to rodzina podejmuje decyzję. Część rodzin zgadza się na pobranie i upatruje w tym akcie czynu, który jest zgodny z przekonaniami i sposobem postępowania bliskiego. Przykładem kraju europejskiego, w którym obowiązuje zgoda świadoma, jest Holandia. Diametralnie różna terytorialnie i populacyjnie od USA, jako byłe państwo kolonialne również wielokulturowa. W Holandii funkcjonuje rejestr, w którym obywatel może zgłosić zgodę lub sprzeciw na oddanie narządów lub wskazać bliskich do podjęcia decyzji po śmierci. Edukacja szkolna

(skierowana do młodzieży kończącej 18 lat) oraz kampanie medialne są stałymi elementami w propagowaniu wiedzy transplantacyjnej. Sposób, w jaki działa system autoryzacji w Holandii, zawiera modelowe rozwiązania. Wymienione na początku czynniki sprzyjające podjęciu decyzji są spełnione, pomimo tego nie ma aktywnej autoryzacji osobistego wyboru. Od początku istnienia rejestru, to jest od roku 1998, wykazano dodatnią korelację pomiędzy kampaniami na rzecz dawstwa a liczbą pobieranych narządów.

Pomimo zwiększania wysiłków na rzecz edukacji liczba zgłaszanych deklaracji zmniejsza się. W jednym z opracowań analizującym przyczyny braku zgody na pobranie narządów autorzy stwierdzili, że trend jest wywołany przez czynnik trudny do zdefiniowania [9]. Wy tłumaczeniem dla opisanych sytuacji mogą być obserwacje dokonane przez psychologów opisujących zachowania związane z podejmowaniem decyzji. Wskazują oni, że wybory dotyczące ważnych kwestii, dokonywane pod wpływem „nacisku”, skutkują wyborem opcji, które dają poczucie większego bezpieczeństwa i psychologicznego komfortu. Decyzja będzie efektem dążenia do sytuacji, w której zminimalizowany zostanie dyskomfort psychiczny, przy braku określenia preferencji. W rozważanej kwestii niezależnie od formy autoryzacji wynikiem końcowym będzie brak decyzji (*no-choice option*) [10].

AUTONOMIA DECYZJI

Słuszność założenia zgody wprost wynika nie tylko z tradycji demokratycznej, lecz również założeń etycznych postulowanych przez nurt personalistyczny. Według Beauchampa i Childressa, przedstawiciele tego kierunku etycznego, właściwa forma autoryzacji powinna przebiegać etapowo. W przekazie społecznym powinniśmy posługiwać się określeniem świadomego wyboru przekazania narządów do transplantacji. Wynika to z faktu ustalenia dyspozycji wykraczającej poza doczesne życie, decyzja nie jest związana z czynnościami, które wpływają na nasze życie i jego jakość. Podstawą dla aktu świadomego wyboru, jest natomiast poszanowanie decyzji jednostki, mającej wiedzę niezbędną do podjęcia go w zgodzie z uznawanymi wartościami, przekonaniami i preferencjami [11]. Niezbędne do podjęcia autonomicznej decyzji są również: przyswojenie wiedzy na temat dawstwa narządów (przejawem będzie dyskusja i rozważania na temat różnych opcji), zrozumienie różnic pomiędzy opcjami, dobrowolność (podjęcie decyzji wolnej od nacisków) oraz możliwość zakomunikowania o niej [12].

Oprócz wagi indywidualnego wyboru, walorem nie do przecenienia jest możliwość określenia woli przed śmiercią. Jest to bardzo ważne, jeśli przedstawimy sobie dramatyczną sytuację rodziny w obliczu straty bliskiej osoby i konieczności podjęcia decyzji o pobraniu narządów. Cohen określił rozmowę o pobraniu narządów i jej okoliczności

następująco „Pytamy niewłaściwe osoby, w najmniej odpowiednim momencie, o rzeczy, o które nie powinny być nigdy pytane” [13].

ZGODA DOMNIEMANA (ANG. *IMPLICIT, PRESUMED CONSENT, OPT-OUT*)

W założeniu definicja zgody domniemanej jest przejrzysta. Każdy po śmierci jest potencjalnym dawcą tkanek i narządów, jeśli za życia nie postanowił inaczej. Wnioskowanie, że każdy jest dawcą, jeśli nie zgłosił sprzeciwu, to literalne traktowanie tej definicji. W zależności od sposobu realizacji zapisów wyróżniono trzy formy interpretacyjnej „zgody domniemanej”.

„ZGODA BEZWARUNKOWA”

Jest założeniem, w którym na mocy prawa powołane służby mogą pobrać od każdej zmarłej osoby tkanki/narządy. Oparta na przesłance, że społeczeństwo, po śmierci jednostki, jest dysponentem zwłok i prawa do ewentualnego ich wykorzystania. Wybór jednostki i rodziny nie jest brany pod uwagę, właściwym postępowaniem jest działanie w imieniu dobra społecznego.

„TWARDA FORMA ZGODY DOMNIEMANEJ”

To definicyjne traktowanie zapisu przytoczonego wyżej. Decyzja o pobraniu narządów jest komunikowana, a nie konsultowana z rodziną zmarłego. Złożenie deklaracji sprzeciwu na pobranie narządów, jest jednoznaczne z odstępniem od działań transplantacyjnych, co nie wyklucza orzeczenia śmierci według kryteriów neurologicznych. W Polsce działa rejestr sprzeciwów, tzw. Centralny Rejestr Sprzeciwów, który administrowany jest przez Poltransplant, agendę rządową nadzorującą pobieranie i przeszczepianie narządów.

„MIĘKKA FORMA ZGODY DOMNIEMANEJ”

W tej formie autoryzacji pomimo braku zapisu o sprzeciwie w rejestrze, decyzja o pobraniu narządów jest konsultowana z rodziną zmarłego. Ważny element w rozmowie stanowi pytanie o znajomość opinii osoby zmarłej, a nie o zgodę rodziny co do pobrania narządów. W przypadku informacji o braku akceptacji, odstępnie się od pobrania narządów. Ta forma jest preferowana w większości krajów, w których obowiązuje zgoda domniemana.

„MILCZĄCA FORMA ZGODY NA POBRANIE” [14]

Brak wiedzy, przesłanek potwierdzających sprzeciw osoby może być interpretowany jako milcząca przyzwolenie na pobranie narządów po śmierci do transplantacji. Taki sposób interpretacji braku autoryzacji był proponowany przez władze nadzorujące transplantacje w Holandii. Założeniem zapisu było dwukrotne zapytanie — jeśli osoba nie odpowiedziałaby w sposób wiążący: „tak” lub „nie”, byłaby

wpisana jako dawca narządów (zapis nie został przyjęty przez parlament tego kraju w 2005 roku).

KONSEKWENCJE DLA JEDNOSTKI I SPOŁECZEŃSTWA

Zgoda bezwarunkowa w swej prostocie i braku poszanowania podstawowych wartości jednostki jest poza sferą dopuszczalnych rozważań. Pozostałe interpretacje tej formy autoryzacji powinny mieć zastosowanie w przypadku zaistnienia sytuacji, w której dana osoba posiada wiedzę o możliwości zgłoszenia sprzeciwu na pobranie narządów lub przekazała swoją opinię bliskim. Oznacza to obowiązek zapewnienia każdemu obywatelowi informacji o możliwości zadeklarowania sprzeciwu wobec pobrania narządów po śmierci do transplantacji.

Oprócz wiedzy potrzebnej do podjęcia decyzji obywatel powinien mieć możliwość zarejestrowania deklaracji oraz jej zmiany. Przy spełnieniu wymienionych warunków można uważać, że w danym rejestrze znajdą się osoby nieakceptujące pobrania narządów.

Zwolennicy zgody domniemanej twierdzą, że brak sprzeciwu na pobranie jest zgodą na zaakceptowanie pobrania narządów po śmierci. Czy na pewno? Czy prawdą jest, że osoby, które nie zgłosiły sprzeciwu zaakceptowały oddanie narządów? Czy można postawić znak równości pomiędzy brakiem sprzeciwu i wyrażeniem zgody na pobranie narządów? Tak, jeśli są spełnione warunki wymienione wcześniej, uprawnione jest rozważanie zastosowania definicji milczącej zgody.

Badania opinii społecznej w Polsce dotyczące pobierania narządów do transplantacji wskazują na dużą akceptację dla metody leczenia i, co się z tym wiąże, deklaracji na oddanie narządów. Na przestrzeni ostatnich 10 lat odsetek osób deklarujących oddanie narządów po śmierci zwiększał się i wynosi ponad 80% [15].

W odniesieniu do USA, zwolennicy zgody domniemanej twierdzą, że jej ustanowienie daje możliwość zrealizowania składanych deklaracji wobec dawstwa narządów po śmierci, w sposób mniej wymagający niż zgoda wprost [16]. Czy można postawić znak równości pomiędzy „pobranie z błędnym założeniem milczącej zgody” i „brakiem pobrania z błędnym założeniem sprzeciwu”? Oponenti akcentują, że poprzez nierespektowanie prawa do integralności ciała takie podejście narusza autonomię osób, które nie wyraziły w sposób skuteczny swojej woli [17]. Powyższe wątpliwości nabierają znaczenia przy uważnym przyjrzeniu się systemowi opieki zdrowotnej w USA. W aktualnie obowiązującym systemie ubezpieczeń zdrowotnych około 50 mln Amerykanów nie ma dostępu do procedur transplantacyjnych. Ustanowienie zasady równości społecznej w kwestii pobrania narządów, przy jej braku w przypadku leczenia choroby,

staje się więc nadużyciem. Jest to kwestia, która w Polsce, jak również w innych krajach europejskich, nie występuje.

W Polsce każdy ubezpieczony może otrzymać narząd w sytuacji schyłkowej niewydolności organu oraz leczenie po transplantacji, niezależnie od statusu materialnego. Z tej perspektywy mamy równy dostęp do leczenia. Powinniśmy sobie natomiast zdawać sprawę z faktu, że sama transplantacja to początek leczenia. Żeby mówić o sukcesie takiej operacji, potrzebna jest pewność, że osoba po transplantacji będzie miała zapewnione warunki pozwalające na jego funkcjonowanie. W USA wyraża to poprzez weryfikację — przed zgłoszeniem do transplantacji obowiązuje tak zwany „*wallet scan*”, co oznacza „jeśli cię nie stać, nie masz do tego dostępu” [18].

AUTONOMIA DECYZJI

W formule zgody domniemanej można upatrywać właściwego wzorca zachowań społecznych opartych na wartościach opisanych pojęciami: solidarność, altruizm, woluntaryzm społeczny. Jednocześnie istnieją możliwości podjęcia w tym przypadku indywidualnej decyzji — o niezgłaszaniu sprzeciwu na przekazanie narządów do transplantacji.

Oponenti zgody domniemanej sugerują, że odbiera się w ten sposób możliwość deklaracji aktu najwyższej hojności [19], którą jest „świadoma zgoda” na oddanie narządów do transplantacji. Czy świadomy brak sprzeciwu jest mniej wartościowy od „zgody wprost” w swojej hojności? Wyjaśnienie wątpliwości czy zgoda domniemana jest właściwą formą realizacji indywidualnych postanowień, kieruje w stronę rozważań filozoficzno-socjologicznych.

AUTORYZACJA POBRANIA NARZĄDÓW W POLSCE

W Polsce pierwsze uregulowania prawne dotyczące działalności medycznej w obszarze transplantacji są datowane na rok 1949. Na początku lat 50. XX wieku przeszczepianie narządów było na etapie eksperymentu, stąd zapisy dotyczyły postępowania przy pobraniu tkanek. Jeden z paragrafów określał: „brak prawa rodziny osoby zmarłej do wyrażenia zgody ani też sprzeciwu co do pobrania tkanek ze zwłok »dla celów leczniczych« bądź naukowych”.

Państwo było jedynym dysponentem ciała zezwalającym na przeprowadzenie procedury. Powyższy zapis prawny funkcjonował do 1994 roku. Na początku lat 90. XX wieku, kiedy procedury dotyczące przeszczepień stały się w Polsce codziennym faktem, decyzję o pobraniu narządów podejmował kierownik kliniki przed upływem 12 godzin od chwili stwierdzenia śmierci. Brak jasno sprecyzowanych zasad pozostawiał do rozstrzygnięcia wątpliwości natury etycznej i prawnej w gestii lekarzy. Decyzja o stwierdzeniu śmierci była oparta na zasadzie *primum non nocere* i zawierzeniu wiedzy lekarskiej. Zacytowany powyżej zapis

spełnia kryteria norm utilitarystycznych i wpisywał się w doktrynę obowiązującą w Polsce po roku 1945. Prawo do samostanowienia jednostki, osoby, nie było brane pod uwagę. W kolejnych nowelizacjach prawnych decyzję o pobraniu tkanek i/lub narządów do transplantacji zastąpiono formułą zgody domniemanej. W efekcie obywatel uzyskał możliwość zakomunikowania o swojej woli, a dokładnie o braku zgody na pobranie narządów w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów w 1996 roku [20]. Obowiązujący prawnie rodzaj autoryzacji pobrania narządów w Polsce określa się formułą „twardej zgody domniemanej”. W praktyce realizowana jest forma „miękkiej zgody domniemanej”. Pomimo braku zapisu o konieczności zapytania „rodziny” o zgodę, właściwie bez tej zgody nie dokonuje się w Polsce pobrania narządów do transplantacji. Zgoda domniemana z punktu widzenia ustawodawcy była najprostszym sposobem na wprowadzenie standardu obowiązującego w krajach cywilizowanych. Do 2007 roku można jednak uznać, że była tylko i wyłącznie przykładem pozytywizmu prawnego na rzecz transplantologii.

W czasie procesu legislacyjnego nad ustawą transplantacyjną prawnicy akcentowali następujący fakt: „przy stosunkowo małej świadomości prawnej naszego społeczeństwa, warunek sprzeciwu zdaje się być fikcją, która będzie musiała budzić znaczne konflikty z rodziną zmarłej osoby” [21]. Intuicyjnie lekarze zobowiązani przez kodeks etyki lekarskiej do dochowania najwyższej staranności w swoich działaniach, podejmują rozmowę z rodzinami.

CZY SPOSÓB AUTORYZACJI WPLYWA NA LICZBĘ POBIERANYCH NARZĄDÓW?

Wielka Brytania jest krajem, w którym od wielu lat postulowano wprowadzenie zgody domniemanej w celu zmniejszenia dysproporcji pomiędzy listą oczekujących na transplantację a liczbą dawców narządów [22, 23]. Główną przesłanką było twierdzenie, że w przypadku obowiązywania zgody domniemanej brak sprzeciwu skutkuje sytuacją, w której osoba częściej może zostać dawcą niż w sytuacji „zgody wprost”. Z prawnego punktu widzenia jest to prawda, natomiast w rzeczywistości nie przekłada się to bezpośrednio na liczbę dawców narządów. Dobrym przykładem dla potwierdzenia tej tezy jest sytuacja panująca w Polsce. Pomimo rozwiązań prawnych akceptujących pobranie narządów od każdego, kto nie zgłosił sprzeciwu, od wielu lat widoczne są istotne dysproporcje pomiędzy regionami Polski w liczbie dawców narządów. Charakterystyczną cechą jest zmniejszanie się wskaźnika identyfikacji dawców postępujące z zachodu na wschód kraju (tab. 1). Wskaźnik ten nie ma związku z gęstością zaludnienia, stopniem industrializacji, rozmieszczeniem szpitali, liczbą oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. Podobny trend jest widoczny w innych krajach, w których obowiązuje zgoda domniemana [24]. Głównym czynnikiem różnicującym jest stopień zaangażowania służb medycznych w proces transplantacyjny, a dokładnie w identyfikację dawców narządów. W województwie zachodniopomorskim od początku działania zespołów transplantacyjnych, to jest od lat 90. XX wieku,

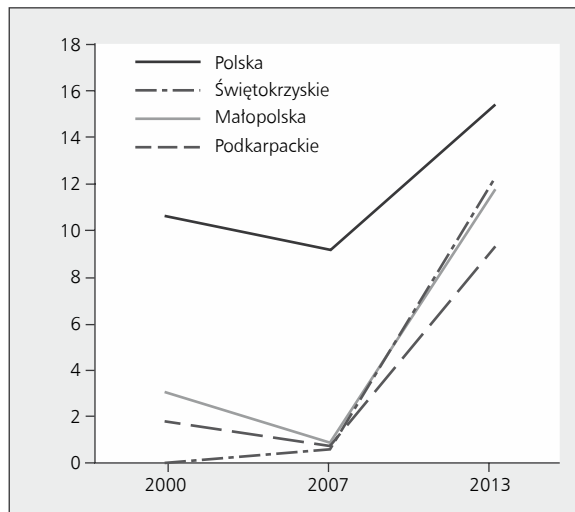
Tabela 1. Liczba dawców na milion mieszkańców w regionach Polski

	2000	2007*	2008*	2013	Średnia
Zachodniopomorskie	27,7	31,9	40,8	25,9	31,5
Wielkopolskie	17,4	16,9	25,5	26	21,4
Pomorskie	11,5	13,1	13,6	25,2	15,8
Opolskie	22,9	2,5	15,4	19	14,9
Mazowieckie	15	8,7	10,5	13,4	11,9
Lubuskie	14,7	8	8	14	11,0
Dolnośląskie	18,1	6,5	10,6	9,3	11,0
Warmińsko-mazurskie	3	7,6	14,1	19,3	11
Śląskie	8,8	8,6	8,2	17	10,6
Łódzkie	11,2	7	9,4	11,6	9,8
Kujawsko-pomorskie	2,9	12,6	13,3	10	9,7
Podlaskie	5	7,6	7,6	14,3	8,6
Lubelskie	2,2	4,6	8	10	6,2
Świętokrzyskie	0	0,8	4,7	12,3	4,45
Małopolskie	3,1	0,9	0,6	11,8	4,1
Podkarpackie	1,9	0,9	2,4	9,5	3,7
Polska	10,6*	9,2	11,2	15,4	11,9

*Punkty węzłowe: rok 2007 najniższy wskaźnik identyfikacji rok 2008 początek działań systemowych

stawiano przede wszystkim na ciągłą edukację personelu oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT), neurologii, neurochirurgii. Cykliczne szkolenia z zakresu identyfikacji i opieki nad dawcą narządów utrwały standardy postępowania na OAIIT. Pierwsze stanowisko koordynatora transplantacyjnego w Polsce zostało utworzone przy zespole transplantacyjnym Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie. Równie ważnym czynnikiem było utworzenie puli środków pieniężnych, które trafiały do szpitala dawcy i personelu identyfikującego dawcę jako ekwiwalent za wykonaną ponadstandardowo pracę.

Rozwiązania z opisanymi wyżej założeniami obowiązują aktualnie w całej Polsce. Impulsem do zmian systemowych był spadek identyfikacji dawców, od połowy pierwszej dekady XXI wieku, który osiągnął punkt kulminacyjny w 2007 roku z powodu sprawy „doktora G”. Dzięki ówczesnemu konsultantowi do spraw transplantologii prof. Wojciechowi Rowińskiemu powołano Studium Koordynatorów Transplantacyjnych, które przygotowuje do pełnienia funkcji szpitalnych koordynatorów transplantacyjnych. Ministerstwo Zdrowia uruchomiło Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej z perspektywą roku 2020, który ma na celu dofinansowanie infrastruktury organizacyjnej, logistycznej i sprzętowej dla celów transplantacyjnych w Polsce. Projekt „Partnerstwo dla Transplantacji” angażujący lokalne struktury administracji rządowej (wojewódzkie i samorządowe) zaktywizował działania szpitali podległych tym podmiotom. Zaowocowały one zwiększeniem identyfikowanych dawców narządów szczególnie w regionach Polski o małych wskaźnikach pobieralności narządów: świętokrzyskie, małopolskie, podkarpackie (ryc. 1). Narodowy Fundusz Zdrowia od 4 lat umieszcza w katalogu procedur identyfikację dawcy narządów, środki finansowe są więc przekazywane bezpośrednio od płatnika do szpitala dawcy. Szpitale, w których ustanowiono stanowiska koordynatora szpitalnego, otrzymują dodatkowe punkty akredytacyjne. Wymienione działania podniosły wskaźnik identyfikacji dawców na milion w Polsce z 9,2 w roku 2007 do 15,4 w 2013 roku [25]. W Wielkiej Brytanii wskutek słabej identyfikacji dawców w roku 2006 powołano natomiast komisję, która opracowała raport analizujący proces transplantacyjny. Za podstawową przyczynę takiego stanu rzeczy uznano brak systemowych rozwiązań — od braku struktur koordynacyjnych do algorytmów postępowania w identyfikacji potencjalnych dawców. Sformułowane w 14 punktach założenia poprawy stanu wprowadzono w życie w latach 2008–2011. Efektem podjętych działań było zwiększenie liczby identyfikowanych zmarłych dawców, w ciągu trzech lat o 25% w porównaniu z okresem 2007/2008 [26]. Wyniki opisanych działań nie dostarczyły argumentów zwolennikom wprowadzenia zmiany autoryzacji w Wielkiej Brytanii.



Rycina 1. Liczba dawców na milion mieszkańców w regionach o najniższej identyfikacji dawców w Polsce

PODSUMOWANIE

Potwierdzeniem tezy, że forma autoryzacji pobrania narządów nie jest kluczowa dla identyfikacji dawców, są również przykłady działań prodonacyjnych w Austrii czy Singapurze [27]. W przedstawianym jako wzór „modelu hiszpańskim” dla działań donacyjnych kluczowym nie było wprowadzenie zgody domniemanej, ustalonej w 1979 roku, a powołanie narodowej organizacji nadzorującej transplantację (ONT) dziesięć lat później [28, 29]. Niezależnie od sposobu autoryzacji oraz kraju istotną cechą inicjatyw pozwalających na wzrost liczby pobieranych i przeszczepianych narządów jest ich stały charakter. Działania systemowe to podstawa do skutecznych działań o zasięgu lokalnym — kluczowych dla utrzymania wysokiego poziomu identyfikacji dawców w skali kraju.

PODZIĘKOWANIA

1. Pamięci Profesora Wojciecha Rowińskiego – osobowości, pioniera i orędownika idei transplantacji w Polsce.
2. Praca nie była finansowana.
3. Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo:

1. Refinements in criteria for the determination of death: an appraisal. A report by Task Force on death and dying of The Institute of Society, Ethics and Life Science. *JAMA* 1972; 221: 48–53. doi:10.1001/jama.1972.03200140034009.
2. Główny Urząd Statystyczny: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/zgony-wedlug-przyczyn-okreslanych-jako-garbage-codes,3,1.html> (18.05.2014).
3. Biuletyn Poltransplant 2013; 21: 11. <http://www.poltransplant.org.pl/biuletyny.html>.
4. Rutkowski B: Wytoczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. *Via Medica* 2009.
5. *Wijidicks EFM: Brain death*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2001: 8.

6. *Siminoff LA, Arnold RM, Caplan AL et al.*: Public policy governing organ and tissue procurement in United States. Results from National Organ and Tissue Procurement Study. *Ann Intern Med* 1995; 123: 10–17. doi: 10.7326/0003-4819-123-1-199507010-00037.
7. *Brown C, Foulkrod KH, Dworaczek S*: Barriers to obtaining family consent for potential organ donors. *J Trauma* 2010; 68: 447–451. doi: 10.1097/TA.0b013e3181caab8f.
8. *Biuletyn Poltransplant* 2013; 21: 22–23. <http://www.poltransplant.org.pl/biuletyny.html>.
9. *Coppen R, Friele RD, Gevers SK et al.*: Donor education campaigns since the introduction of the Dutch organ donation act: increased cohesion between campaigns has paid off. *Transplant Int* 2010; 23: 1239–1246. doi: 10.1111/j.1432-2277.2010.01139.x.
10. *Brazell JD, Dienier ChG, Karniouchina E et al.*: The no choice option and dual response choice designs. *Market Lett.* 2006; 17: 255–268. doi:10.1007/s11002-006-7943-8.
11. *Childress JF, Liverman CT (ed.)*: Organ donation. Opportunities for Action. National Academic Press, Washington D.C. 2006: 175–176.
12. *Beauchamp TL, Childress JF*: Principles of biomedical ethics. 5th ed. Oxford University Press, New York 2013: 121–125.
13. *Cohen C*: The case for presumed consent to transplant human organs after the death. *Transplantation Proc* 1992; 24: 2168–2172.
14. *Childress JF*: Practical reasoning in bioethics. Indiana University Press, Bloomington 1997: 277.
15. Raport BS/105/2012: Postawy wobec przeszczepiania narządów. Centrum Badania Opinii Społecznej Warszawa 2012.
16. *Gill MB*: Presumed consent, autonomy and organ donation. *J Med Philos* 2004; 29: 37–59. doi: 10.1076/jmep.29.1.37.30412.
17. *Veatch RM, Pitt JB*: The myth of presumed consent: ethical problems in new organ procurements strategies. *Transplantation Proc* 1995; 27: 1888–1892.
18. *Gill J*: Why are transplant outcomes so disparate between North America and Europe? ESOT Congress 2013 Vienna.
19. Przesłanie Jana Pawła II do uczestników Międzynarodowego Kongresu Transplantacyjnego Rzym http://w2.vatican.va/content/johnpaulii/en/speeches/2000/julsep/documents/hf_jpii_spe_20000829_transplants.html dostęp z dnia 18.05.2014
20. Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów” synonim Ustawa transplantacyjna Dz. U. Nr 138, poz. 682, 26 października 1995.
21. Biuro Orzecznictwa Sądu Najwyższego „Uwagi do projektu ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów”. Warszawa 1994: 1.
22. *Francome C, Brayant C, Dunne M*: Opting out scheme for donors has support in Britain. *BMJ* 1995; 31: 1440.
23. *Bird SM, Harris J*: Time to move to presumed consent for organ donation. *BMJ* 2010; 340: c2188 doi: 10.1136/bmj.c2188.
24. *Boyarsky BJ, Hall EC, Deshpande NA*: Potential limitations of presumed consent legislation. *Transplantation* 2012; 93: 136–140. doi: 10.1097/TP.0b013e31823173e0.
25. *Biuletyn Poltransplant* 2013; 21: 11. <http://www.poltransplant.org.pl/biuletyny.html>.
26. *Rudge ChJ, Buggins E*: How to increase organ donation: does opting out have a role? *Transplantation* 2012; 93: 141–144. doi: 10.1097/TP.0b013e31823a2411.
27. *Rithalia A, McDaid C, Suekarran S et al.*: Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review. *BMJ* 2009; 338: 3162. doi: 10.1136/bmj.a3162.
28. *Matesanz R, Miranda B, Felipe C*: Increasing the number of organ transplants. Professionalization of organ procurement in Spain has increased donors. *BMJ* 1995; 31: 1404. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.310.6991.1404>.
29. *Matesanz R*: A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. *Nefrologia* 2001; 21 (Suppl. 5): 59–67.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Krzysztof Pabisiak

Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70–111 Szczecin

e-mail: bkpn@pum.edu.pl

Otrzymano: 21.05.2014 r.

Zaakceptowano: 26.02.2015 r.