Zasady pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek do transplantacji w ujęciu Europejskiej Konwencji Bioetycznej

Małgorzata Zembala

Absolwentka Uniwersytetu Wrocławskiego, aplikantka notarialna

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2009; 6 (4): 407–411

Transplantacje są bezpieczną, skuteczną, czasami wręcz jedyną metodą leczenia chorych ze schyłkową niewydolnością narządów. Głównym problemem tej dziedziny medycyny jest niedobór narządów występujący zarówno w Polsce, jak i w Europie. Przykładowo, w krajach UE liczba przeszczepionych narządów jest bardzo różna, waha się od 5–70 na milion populacji. W Polsce w roku 2008 przeszczepiono narządy pobrane od 428 dawców, co stanowi 11,2 na milion populacji [1].

Narządy niezbędne do transplantacji mogą pochodzić od dawcy żyjącego lub zmarłego w zależności od rodzaju przeszczepu. W Austrii i Hiszpanii przeważają przeszczepy od dawców zmarłych, natomiast w krajach skandynawskich dominują przeszczepy *ex vivo*. Najbardziej jednak pożądaną formą w większości krajów świata jest dawstwo altruistyczne od dawców nie tylko niespokrewnionych genetycznie, ale także emocjonalnie, takich, którzy wyrażają zgodę na oddanie narządów, tkanek nieznanemu sobie biorcy [1].

Problematyka transplantacji została uregulowana w rozdziale VI Europejskiej Konwencji Bioetyczej [2] zatytułowanym „Pobieranie narządów i tkanek od żyjących dawców dla celów transplantacji", natomiast regulacja pośmiertnego dawstwa została zawarta w Protokole Dodatkowym do EKB.

Obydwie regulacje prawne posługują się pojęciem „dawcy". Dawcą jest żywy człowiek lub zwłoki ludzkie, od których pobiera się komórki, tkanki i narządy [3]. Jest to definicja bardzo ogólna, jej uściślenie znajduje się w corocznie wydawanym biuletynie Poltransplantu, zgodnie z którym należy wyróżnić dawców potencjalnych, prawdopodobnych, z przyzwoleniem na pobranie, rzeczywistych, wreszcie dawców wykorzystanych.

Dawca prawdopodobny to osoba z ciężkim pierwotnym lub wtórnym uszkodzeniem mózgu bez bezwzględnych przeciwwskazań do pobrania narządów. Jak zauważył Z. Religa [4], jest to jedna (obok ofiar wypadków drogowych) z dwóch zasadniczych grup dawców organów. Osoby takie cierpią najczęściej na tętniaka mózgu. Niestety, tylko niewielka część tych osób jest zgłaszana do Poltransplantu.

Dawca potencjalny to osoba z rozpoczętą (lub wysuniętym podejrzeniem śmierci mózgu, ang. *possible death brain*) lub ukończoną procedurą rozpoznania śmierci mózgu (ang. *confimed death brain*) bez medycznych przeciwwskazań do pobrania narządów. Po stwierdzonej śmierci pnia mózgu przez komisję złożoną z: neurochirurga, anestezjologa oraz lekarza medycyny sądowej, sprawdza się wpisy w CRS [5] oraz rozpoczyna się rozmowy z rodziną [6].

W prawie polskim obowiązuje tzw. zgoda domniemana; oznacza to, że brak sprzeciwu zgłoszonego do CRS należy poczytywać za zgodę. Jednakże w praktyce lekarze, zanim przystąpią do pobrania narządów, zawsze pytają rodzinę o akceptację.

Dawca z przyzwoleniem na pobranie (autoryzowany, ang. *consented donor*) to podmiot, który nie wyraził sprzeciwu do CRS, a ponadto jest przyzwalająca opinia prokuratora i zgoda rodziny. W stosunku do takiej osoby rozpoczyna się koordynacja wielonarządowego pobrania, podczas której może dojść do stwierdzenia medycznych przeciwwskazań w postaci dyskwalifikacji określonych narządów.

Kolejnym pojęciem używanym w terminologii medycznej jest dawca rzeczywisty. Jest to podmiot, od którego pobrano co najmniej jeden narząd. Od ponad połowy takich dawców pobiera się jednak więcej niż jeden organ, decydujący w tym zakresie jest fakt wciąż zbyt małej liczba dawców w stosunku do rosnącej grupy biorców.

Gdy narząd dawcy zostaje przeszczepiony, mamy do czynienia z tzw. dawcą wykorzystanym.

W praktyce występuje jeszcze pojęcie dawcy zgłoszonego, który w Poltransplancie ma założoną kartę dawcy i elektroniczny rekord [7].

Należy podkreślić, że pobranie narządów to niezwykle skomplikowana procedura, która wymaga spełnienia kilku przesłanek łącznie. Przesłankami tymi są: po pierwsze – śmierć mózgu dawcy, po drugie – brak wyrażonego sprzeciwu, po trzecie – brak patologii dyskwalifikującej dany narząd do pobrania oraz istnienie krążenia przed pobraniem organu. Brak któregokolwiek z ww. warunków decyduje o niedopuszczalności przeszczepu. Ponadto należy mieć na uwadze, że narząd nadający się do przeszczepu musi być pobrany w stanie umożliwiającym podjęcie funkcji w orga-

Adres do korespondencji: mgr Małgorzata Zembala, ul. Cukrowa 13 E/12, 52-316 Wrocław, e-mail: mzembala@wp.pl

nizmie biorcy – oznacza to na tyle wczesne w sposób pewny rozpoznanie śmierci człowieka, aby zapobiec obumarciu narządu przeznaczonego do przeszczepu [8].

Śmierć mózgu musi być stwierdzona w sposób niewątpliwy. Pomocne w tym zakresie są wytyczne, które stanowią załącznik do Komunikatu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Śmierć mózgu musi być stwierdzona jednomyślnie przez komisję złożoną z co najmniej: jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii i neurochirurgii. Rozpoznanie śmierci mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji. Zdaniem P. Smolenia i B. Zagórskiego, „ustalenie kryteriów stwierdzenia śmierci mózgowej ma – obok medycznego i etycznego – również istotne znaczenie prawne. W ewentualnych sytuacjach konfliktowych postępowanie lekarzy będzie bowiem oceniane pod kątem zgodności z ustalonymi kryteriami, co w konsekwencji może mieć decydujący wpływ na ustalenie ich odpowiedzialności" [9]. Postępowanie poprzedzające pobranie jest procedurą dwustopniową. Pierwszy etap to podejrzenie śmierci mózgu w oparciu o następujące kryteria: chory jest w śpiączce lub jest sztucznie wentylowany, gdy przeprowadzone badania wykazały strukturalne uszkodzenie mózgu, które wobec aktualnego stanu wiedzy medycznej jest nieodwracalne, wykluczając jednocześnie zatrucie środkami farmakologicznymi, stan hipotermii wywołanej przez przyczyny zewnętrzne, zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne. Jeżeli wyżej opisane przesłanki są pozytywne, rozpoczyna się drugi szczebel procedury. Obejmuje on badanie odruchów pionowych oraz bezdech, które przeprowadza ordynator oddziału/kliniki, dwukrotnie w odstępach 3-godzinnych. Badanie odruchów pionowych wykazuje: brak reakcji źrenic na światło, brak ruchów gałek ocznych spontanicznych, brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej, brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych, brak odruchów wymiotnych i kaszlowych, brak odruchu oczno-mózgowego. Natomiast badanie bezdechu wykazuje brak reaktywności ośrodka oddechowego.

Wszystkie te badania potwierdzające śmierć mózgu są powtarzane po upływie 3 godz. od chwili zakończenia pierwszej serii badań.

Dopiero po powtórnie wykonanych badaniach, przeprowadzonych właściwie, przy braku jakichkolwiek wątpliwości komisja orzeka o śmierci mózgu. W przypadku oceny śmierci mózgu czynnikiem decydującym jest stwierdzenie śmierci pnia mózgu, które jest równoznaczne ze śmiercią człowieka.

Definicja śmierci była różnie postrzegana przez samo środowisko medyczne i ewoluowała na skutek poszerzania wiedzy medycznej [10]. Śmierć w znaczeniu biologicznym jest procesem, a nie nagłym zjawiskiem, oznacza to, że nie od razu umierają wszystkie układy [11].

Zgodnie z wytycznymi, stanowiącymi załącznik do Komunikatu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej [12], śmierć należy postrzegać jako zjawisko dysocjowane. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki, komórki w różnym czasie, efektem czego jest dezintegracja organizmu przejawiająca się przede wszystkim w tym, że niektóre układy człowieka wciąż funkcjonują, podczas gdy inne obumarły. Jest to tzw. nowa definicja śmierci.

Inną definicją, która jest dość powszechnie używana przez środowisko medyczne, jest tzw. definicja klasyczna śmierci. Jej diagnostyka opiera się głównie na typowych objawach klinicznych, takich jak: ustanie krążenia krwi, które pociąga za sobą ustanie pracy serca. Odpowiednio długi okres braku krążenia krwi w organizmie człowieka skutkuje niedotlenieniem innych układów i tkanek, powodując w nich nieodwracalne zmiany.

Inna definicja, tzw. nowa zmodyfikowana, zakłada, że nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu. Niekoniecznie oznacza natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu.

Śmierć mózgową akceptuje ogromna większość lekarzy – aż 98% [13].

W regulacji EKB i Protokole wyrażona została zasada, zgodnie z którą pobierane narządy powinny pochodzić od osób zmarłych, nie od dawców żyjących. Z przepisu wyrażonego w artykule 19 EKB wyraźnie wynika prymat modelu transplantacji postmortalnej, eksplantacja organu *ex vivo* ma jedynie charakter subsydiarny [14].

Artykuł 19 EKB wskazuje dopuszczalność transplantacji *ex vivo* w trzech sytuacjach: po pierwsze, gdy nieosiągalny jest narząd lub tkanka od osoby zmarłej, po drugie, gdy zabieg ten może być wykonany wyłącznie w celu korzyści terapeutycznej dla biorcy oraz gdy nie ma alternatywnej metody terapeutycznej o porównywalnej skuteczności. *A contrario* można powiedzieć, że zakazane jest pobranie narządów i tkanek od osoby żyjącej, gdy dysponuje się organem pochodzącym ze zwłok ludzkich.

Nie są to jedyne przesłanki warunkujące dopuszczalność transplantacji. Zgodnie z postanowieniami Protokołu, państwa członkowskie mają obowiązek ustalenia dodatkowych kryteriów, włączając wymóg uzyskania zezwolenia odpowiedniego organu czy instytucji. Intencją ustawodawcy jest przede wszystkim ochrona przed wywieraniem bezprawnej presji wobec potencjalnego dawcy. W doktrynie podkreśla się, że przeszczep *ex vivo* musi wynikać ze szlachetności, a nie z chęci bezprawnego wzbogacenia [15].

Transplantacja jest obecnie jedyną skuteczną metodą leczenia skrajnej niewydolności narządów, niejednokrotnie będąc także jedyną metodą ratowania ludzkiego życia. Przykładowo, wobec pacjenta z niewydolnością nerek dosyć powszechnie stosuje się dializy, które często – będąc utrudnieniem w codzienności lub wręcz uniemożliwiając życie – dla pacjentów stają się „sensem" życia. Jedyną metodą podniesienia jakości życia takiego pacjenta jest przeszczep nerki, który przywróci normalne życie.

Jednym z najważniejszych warunków dopuszczalności przeszczepu jest zgoda dawcy, wyrażona w sposób konkretny oraz świadomy. Pacjent musi mieć świadomość natury interwencji, jej konsekwencji i grożącego ryzyka. Z racji charakteru transplantacji – interwencji niezwykle ryzykownej – ustawodawca dla wzmocnienia znaczenia wyrażonej

zgody przewidział formę pisemną lub też dokonaną przed odpowiednimi instytucjami, do których SW zalicza m.in. notariusza czy sędziego [16].

Nadto nie można pobierać organów i tkanek od osoby, która nie ma zdolność do wyrażenia zgody. W tym zakresie jednak ustawodawca przewidział wyjątek, stanowiąc, że od osoby niezdolnej do wyrażenia zgody można pobrać tkanki zdolne do regeneracji, w sytuacji gdy „zostaną spełnione wszystkie warunki, tj. odpowiedni dawca mający zdolność do wyrażenia zgody jest nieosiągalny, ponadto gdy biorcą jest brat lub siostra" [17]. Ustawodawca formułując w ten sposób przepis, wprowadził istotne ograniczenia przedmiotowe oraz podmiotowe. Pierwsze z nich dotyczy przedmiotu podlegającego pobraniu i przeszczepieniu, którym jest tkanka zdolna do regeneracji. Pod tym pojęciem należy rozumieć tkankę zdolną do przywrócenia swej masy oraz swych funkcji po ich częściowej amputacji [18]. Do tkanek odnawialnych zaliczyć można szpik kostny, który może być przeszczepiony tylko pomiędzy osobami kompatybilnymi genetycznie.

Pobranie szpiku kostnego od osoby niezdolnej do wyrażenia zgody, z racji wymogu zgodności genetycznej, może nastąpić pomiędzy rodzeństwem. W tej sytuacji mamy do czynienia z tzw. zasadą pomocy wzajemnej.

Kolejną przesłanką, która stanowi uzasadnienie dla przeprowadzenia interwencji medycznej bez wymaganej prawem zgody osoby dawcy, jest zdarzenie, w którym przeszczep jest niezbędny dla ratowania życia biorcy. W tym zakresie należy ocenić rzeczywiste ryzyko grożące biorcy przy zachowaniu wszelkich standardów zawodowych przewidzianych w art. 4 EKB.

Pobrania można także dokonać, jeśli potencjalny dawca nie zgłosił sprzeciwu. W każdym przypadku przeprowadzania interwencji medycznej, niezależnie od stopnia podejmowanego ryzyka, należy szanować wolę pacjenta poddanego zabiegowi, w szczególności wyrażony przez niego sprzeciw. W tym przypadku mamy do czynienia z realizacją zasady wyrażonej w art. 9 EKB.

Podobną regulację przyjmuje Rezolucja numer 78/29 Komitetu Ministrów Rady Europy z 11.05.1978 r. dotycząca harmonizacji ustawodawstw państw członkowskich związanych z pobieraniem i przeszczepianiem ludzkich tkanek i narządów [19]. Rezolucja ta, niemająca charakteru wiążącego, została wydana w celu ujednolicenia ustawodawstw Stron Konwencji.

Zakres przedmiotowy Rezolucji został określony w art. 1, według którego reguły przedstawione w dokumencie „dotyczą pobierania narządów i tkanek oraz innych form wykorzystywania substancji pochodzenia ludzkiego, pobranych bądź zgromadzonych dla celów terapeutycznych bądź diagnostycznych, na korzyść osoby innej niż dawca oraz dla celów badawczych". Rezolucja nie reguluje kwestii związanej z przenoszeniem embrionów, usuwaniem i przeszczepem jąder oraz jajników, jak również wykorzystywaniem komórek jajowych oraz spermy [20].

Zasady transplantacji *ex vivo* zostały zawarte w rozdziale II Rezolucji. Regulacja ta wykazuje wiele elementów wspólnych z EKB. Po pierwsze – pobranie narządu nie może nastąpić bez swobodnie wyrażonej zgody dawcy. Zgoda ta w przypadku pobierania substancji regenerujących nie wymaga zachowania formy szczególnej, natomiast w przypadku interwencji medycznej związanej z ryzykiem musi być wyrażona na piśmie. Po drugie – dawca lub przedstawiciel ustawowy osoby małoletniej lub niezdolnej do czynności prawnych musi być odpowiednio poinformowany o celowości zabiegu, ryzyku z nim związanym oraz możliwych negatywnych konsekwencjach. Została tu wyrażona zasada prawa do informacji przewidziana w art. 10 EKB.

Istotne znaczenie ma również regulacja dotycząca anonimowości biorcy i dawcy, która obowiązuje nie tylko na płaszczyźnie międzynarodowej, ale także w polskiej regulacji prawnej. Wyjątkiem są przeszczepy tzw. rodzinne.

W kwestii pobrania substancji podlegającej regeneracji z art. 6 EKB wynika wymóg zgody zastępczej – wyrażonej przez przedstawiciela ustawowego pod warunkiem zaistnienia sytuacji wyjątkowej – bezpośredniego zagrożenia życia, oraz braku sprzeciwu osoby poddanej interwencji. W stosunku do substancji niepodlegających regeneracji interwencja taka może się odbyć tylko i wyłącznie po wcześniejszym wyrażeniu zgody przez państwo. Państwo wyraża zgodę „w przypadkach szczególnych, uzasadnionych z powodów terapeutycznych lub diagnostycznych, o ile dawca udzieli swojej zgody, jeśli jego przedstawiciel ustawowy lub odpowiednia władza zezwalają na pobranie oraz jeśli dawca i biorca są ze sobą spokrewnieni" [21].

Gdy pobranie narządu lub tkanki wiąże się z zagrożeniem dla życia lub zdrowia dawcy, może być ono przeprowadzone tylko wyjątkowo, w sytuacji silnej motywacji dawcy, podyktowanej jego relacją rodzinną lub z ważnych powodów medycznych. Mimo tak przedstawionej wytycznej nie stanowi ona przeszkody dla państwa do zakazania takich praktyk [22].

W każdym innym przypadku pobieranie tkanek czy organów jest zabronione.

Kolejną wytyczną jest konieczność przeprowadzenia badań medycznych przed pobraniem organów lub tkanek. Taki przymus ma na celu odpowiednie przygotowanie stanu zdrowia pacjenta-dawcy oraz biorcy do eksplantacji. Jednocześnie ma to duże znaczenie dla lekarza podejmującego się transplantacji, który znając dokładne wyniki badań, może uniknąć ryzyka niepowodzenia wywołanego innymi czynnikami, podczas tak niezwykle trudnego zabiegu. Sama eksplantacja powinna odbywać się w wyspecjalizowanych ośrodkach służby zdrowia, które gwarantują odpowiednie warunki przeprowadzania transplantacji, jednocześnie stwarzając jak najmniejsze ryzyko dla dawcy. Niezwykle istotne znaczenie ma fakt odpowiednich warunków rekonwalescencji, zarówno dawcy, jak i biorcy. Należy pamiętać, że u obydwu grup występuje bardzo obniżona odporność, która może być niebezpieczna dla organizmu tak osłabionego człowieka. Pod pojęciem odpowiednich warunków należy rozumieć także doświadczone zaplecze medyczne, które potrafi w odpowiednim momencie „wyłapać" pewne niepokojące oznaki, zwłaszcza w stosunku do biorcy, u którego istnieje duże ryzyko odrzucenia nowo otrzymanego organu czy tkanki.

Nie ulega wątpliwości, że najistotniejszą rolę w medycynie transplantacyjnej odgrywają przeszczepy *ex mortuo*.

Regulacja tej dziedziny znajduje się głównie w przepisach Protokołu uzupełniającego EKB oraz Rezolucji.

W przypadku pobierania narządów lub tkanek od osoby zmarłej nie mają zastosowania przepisy dotyczące wyrażenia zgody lub zgody zastępczej. W praktyce oznacza to, że podczas procedury pobrania organu lub tkanki należy dążyć do ustalenia wcześniej wyrażonej woli zmarłego.

Istnieją dwie formy przyzwolenia: pierwszą z nich jest wymóg formalnej zgody dawcy lub brak wcześniej wyrażonego sprzeciwu. Wymóg formalnej zgody jest konstrukcją, w której najlepiej realizowana jest zasada autonomii jednostki – jednostka sama podejmuje decyzję dotyczącą swojej sytuacji po śmierci. Wydaje się jednak, że wprowadzenie zgody formalnej do ustawodawstw państw członkowskich miałoby negatywny wpływ na transplantologię, gdyż spowodowałoby drastyczny spadek przeszczepów. Ponadto, jak zauważyła E. Zielińska, sytuacja, w której państwa przeszły od konstrukcji wymogu zgody do wymogu braku sprzeciwu skutkowała zauważalnym pobudzeniem w rozwoju transplantologii [23, 24]. Zgoda domniemana, występująca obecnie w wielu ustawodawstwach, także w Polsce, stwarza możliwość pobrania narządów tylko w razie braku sprzeciwu. Przyjęta konstrukcja, w myśl której „co nie jest zakazane, jest dozwolone", ma niezwykle istotne znaczenie w praktyce, bowiem pozwala zaoszczędzić tak potrzebny medycynie transplantacyjnej czas.

Pomimo tak przyjętej, klarownej procedury pobierania narządów wiele wątpliwości wzbudza w praktyce interpretacja zasady braku sprzeciwu wobec zasady autonomii jednostki wyrażonej w poszanowaniu woli wyrażonej za życia. Wątpliwości na tym tle powstają w sytuacji, gdy osoba, pomimo iż nie zgłosiła swojego sprzeciwu do Centralnego Rejestru Sprzeciwu, więc w myśl zasady zgody domniemanej jest potencjalnym dawcą, za życia była zagorzałym przeciwnikiem transplantacji, albo też sytuacja odwrotna, kiedy to osoba zgłosiła swój sprzeciw, a później na skutek jakichś przemyśleń zmieniła zdanie. Problem ten dotyka także dawców-cudzoziemców. W tym przypadku powstaje trudność z ustaleniem woli zmarłego z uwagi na fakt, iż nie we wszystkich krajach jest prowadzona baza danych uwzględniająca jego wolę. Poza tym nawet gdy powyżej opisana baza danych istnieje w danym kraju, to informacje te muszą być uzyskane niezwykle szybko [25]. Wiadomym jest, że bardzo ważny dla powodzenia transplantacji jest czas – odpowiedni dla pobrania narządów oraz odpowiedni dla wszczepienia narządu. Wynika to z faktu, że im dłużej organ pozostaje poza ciałem dawcy/biorcy, tym większe są problemy z jego przyjęciem i ryzyko jego odrzucenia.

W takich przypadkach, z którymi stykają się medycy, zasada autonomii pacjenta jest naruszana. Regulacja braku sprzeciwu nie dopuszcza wyjątków, chociaż jak podkreśla J. Wróbel, jest ona wątpliwa, bowiem „w rzeczach proporcjonalnie ważnych, a do takich niewątpliwie należy poszanowanie praw osobowych i obywatelskich człowieka, nie można opierać się na przesłankach wątpliwych czy niepewnych, a więc i na samym domniemaniu faktu czy zdarzenia" [26].

I o ile pod względem prawnym nie ma tu żadnych przeciwwskazań, to pojawiają się wątpliwości natury moralnej.

Art. 17 ust. 1 Protokołu wprowadza zakaz pobierania organów od zmarłych bez wcześniej wyrażonej wymaganej przepisami prawa zgody: „organy lub tkanki nie będą pobierane z ciała osoby zmarłej, chyba że zostanie uzyskana prawem wymagana zgoda lub upoważnienie". Protokół przesuwa ciężar regulacji do obszaru prawa wewnętrznego; oznacza to, że państwo samo decyduje o warunkach eksplantacji organów. Należy zauważyć, że obydwie regulacje prawne, tj. Konwencja i Protokół, często w kwestiach drażliwych wyznaczają jedynie minimalny standard, który musi być zachowany, całą resztę powiązanych z tym problemów pozostawiają państwu.

Kolejny artykuł Protokołu wprowadza zakaz eksplantacji organu od osoby, która wyraziła sprzeciw. W tym przypadku mamy do czynienia z realizacją zasady autonomii osoby, której opinia jest szanowana i uwzględniana także po jej śmierci.

Twórcy Protokołu, w celu zapewnienia lepszego poszanowania zasady autonomii, sugerują wprowadzenie dodatkowych warunków w sytuacjach wątpliwych, od których spełniania będzie uzależniony zabieg. W sytuacjach stwarzających niepewność co do istnienia sprzeciwu dawcy wyrażonego za życia Protokół wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego według przepisów krajowych [27].

Kwestia uzyskania zgody na pobranie narządów od osoby, która za życia nie miała zdolności do wyrażenia zgody, jest tożsama z regulacją ogólną z tym wyjątkiem, że wymagane jest odpowiednie upoważnienie, a nie zgoda. Ponadto zastosowanie ma tutaj art. 17 ust. 2 Protokołu, zgodnie z którym, także w przypadku istnienia sprzeciwu osoby zmarłej wyrażonego pomimo braku zdolności prawnej, eksplantacja organu jest niedopuszczalna.

Zalecenia przedstawione w Rezolucji są nieco ubogie, został im bowiem poświęcony tylko rozdział III, jednakże jej merytoryczna treść jest dość gruntowna. Postanowienia Rezolucji zostały przyjęte przez większość ustawodawstw europejskich, w tym także przez Polskę [28, 29].

Zgodnie z zasadą poszanowania życzeń wcześniej wyrażonych przewidzianą w art. 9 EKB, nie można dokonać żadnego pobrania, gdy istnieje wyraźny lub choćby domniemany sprzeciw, mając na względzie przekonania religijne lub filozoficzne dawcy. Zgodnie z tym, jeżeli w stosunku do potencjalnego dawcy istnieje uzasadnione podejrzenie, że może być on przeciwny pobraniu narządów, lekarz jest zobowiązany odstąpić od jakiegokolwiek zamiaru przeprowadzenia interwencji medycznej. W związku z tym *a contrario* pobranie to może nastąpić w przypadku braku sprzeciwu (wyraźnego lub dorozumianego) zmarłego. Rezolucja pozostawia tu miejsce na regulację wewnętrzną państw, stanowiąc, że państwa członkowskie mogą uzależnić dopuszczalność transplantacji, gdy brak jest wyraźnego lub dorozumianego sprzeciwu, od zgody wyrażonej przez rodzinę zmarłego czy przedstawiciela prawnego osoby nieposiadającej zdolności do czynności prawnych.

Pobranie narządów może nastąpić także wtedy, gdy narządy, inne niż mózg, są sztucznie podtrzymywane. Rezolucja przyjęła definicję śmierci nowej lub nowej zmodyfikowanej.

Pobranie nie może pozostawać w konflikcie z koniecznością przeprowadzenia sekcji zwłok. Oznacza to, że pobranie może nastąpić tylko i wyłącznie, gdy nie stoi na przeszkodzie przeprowadzeniu odpowiednich badań.

Także w stosunku do tej kategorii dawców rezolucja wprowadza zalecenie, w myśl którego transplantacja ma odbywać się w odpowiednich warunkach oraz miejscu dysponującym dobrze przygotowanym personelem.

Niemniej ważną kwestią jest prowadzenie na szeroką skalę promocji dawstwa tkanek i organów, w tym powszechnej informacji dla systemu służby zdrowia oraz opinii publicznej, przejrzystego systemu transplantacyjnego, a także rozpowszechnienie wiedzy w przedmiocie sposobów wyrażenia przyzwolenia na pośmiertne pobranie organów do transplantacji [29].

Piśmiennictwo

1. Memoriał dotyczący konieczności rozwoju programu przeszczepiania narządów w Polsce przygotowany przez W. Rowińskiego, P. Kalicińskiego, L. Pączka, M. Zembalę, K. Zieniewicza na prośbę Komisji Zdrowia, przedstawiany na posiedzeniu Senatu.
2. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny przyjęta 04.04.1997 r. w Oviedo, nieratyfikowana przez RP, w podtytule zwana 'Konwencją o prawach człowieka i biomedycynie', w literaturze określana 'Europejską Konwencją Bioetyczną', dalej EKB; http://www.conventions.coe.int/treaty/EN/Treaties/Html/164.htm; http://coe.org.pl/files/286115680/file/ets_164.pdf.
3. http://www.dawca.pl/
4. Osiecki J. Zbigniew Religia, człowiek z sercem w dłoni. Prószyński i S-ka, Warszawa 2009; 41.
5. CRS – Centralny Rejestr Sprzeciwów.
6. Biuletyn Poltransplantu, Warszawa 2009; 3.
7. Biuletyn Poltransplantu, Warszawa 2009; 4.
8. Jakliński A, Marek Z. Medycyna sądowa dla prawników. Kraków 1996; 213.
9. Smoleń P, Zagórski B. Transplantacja w ujęciu prawnym i teologiczno-moralnym. RNP 1997; 43.
10. Kielanowski T (red.). Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej. Warszawa 1980; 73.
11. Pawlica B, Szczepański M. (red.). Dar życia i jego społeczny kontekst, zabiegi transplantacyjne w świadomości społecznej. WSZINS, Tychy 2003; 68.
12. Dz.Urz. MZiOS z 1996 r. Nr 13, poz. 36.
13. Wasak A. Transplantacje. POLWEN, Radom 2007; 32.
14. Guzik-Makaruk EM. Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym – studium prawnoporównawcze. Temida 2, Białystok 2008; 79.
15. Sawicki J. Przymus leczenia i eksperyment lekarski w świetle prawa. Warszawa 1964; 163.
16. Sprawozdanie wyjaśniające; 40.
17. Art. 20 EKB.
18. Sprawozdanie wyjaśniające; 41.
19. www.coe.int.
20. Art. 1 pkt 2.
21. Załącznik do Rezolucji. W: T. Jasudowicz, op. cit.
22. Guzik-Makaruk EM. Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym – studium prawnoporównawcze. Temida 2, Białystok 2008; 85.
23. Zielińska E. Transplantacje w świetle prawa polskiego i na świecie. PIP 1995; 6: 20.
24. Skorek A. Prymat istoty ludzkiej w systemie Europejskiej Konwencji Bioetycznej, praca doktorska, niepublikowana, dzięki uprzejmości Autorki; 321. Skorek A. Pośmiertne dawstwo organów – kwestie prawne i etyczne w protokole II do EKB w sprawie transplantacji organów i tkanek pochodzenia ludzkiego. Kardiochir Torakochir Pol 2008; 3: 339-344.
25. Wróbel J. Zgoda domniemana w polskiej ustawie transplantacyjnej. Wątpliwości i obawy natury etycznej. Etyczne aspekty transplantacji narządów. W: Marcol A (red.). Sympozja, Opole 1996; 107.
26. Sprawozdanie wyjaśniające do PII, p. 101.
27. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Toruń 2001; 213.
28. Art. 19 Protokołu, p. 106.
29. Skorek A, Prymat istoty ludzkiej w systemie Europejskiej Konwencji Bioetycznej, praca doktorska, niepublikowana, dzięki uprzejmości Autorki; 326.