

Sprawozdania i recenzje

ETYKA 4, 1969

ETYKA I PROBLEMY TRANSPLANTACJI

Ethics in Medical Progress, with special reference to transplantation, G. E. W. Wolstenholme, M. O'Connor (red.) — Ciba Foundation Symposium, Churchill, London 1966, ss. 257.

Omaiwana książka zawiera treść sympozjum zorganizowanego w Londynie w dniach 9—11 marca 1966 roku przez fundację firmy Ciba Według opisanych w przedmowie założeń sympozjum, wszystkie wygłoszone tam referaty musiały być związane z przeszczepianiem narządów, natomiast dyskusja była pomyślana jako nieskrępowana wymiana zdań na temat rozmaitych „trudności etycznych, medycznych i prawnych, które obecnie ujawniają się tak dramatycznie w związku z postępem nauk medycznych w świecie, gdzie istnieją różne religie, różny stosunek do świętości ciała ludzkiego i do poszanowania jednostki ludzkiej”.

Starannie opracowana i wydana książka składa się z trzech części. Część I obejmuje sześć referatów oraz dyskusję po każdym z nich. Oto tytuły referatów: 1) przeszczepianie: problem kliniczny, 2) postępowanie znane od dawna: rozwój przetaczania krwi, 3) postępowanie znane od niedawna: przeszczepienie rogówki, 4) przeszczepienie narządów: możliwości praktyczne, 5) przeszczepianie: istniejące przepisy prawne, 6) niektóre problemy etyczne i ekonomiczne związane z hemodializą przerywaną. Na część II składa się dyskusja poświęcona problemom etycznym w postępowaniu medycznym. Część III zawiera sześć aktów legislacyjnych, kodeksów międzynarodowych i istniejących już deklaracji dotyczących kwestii związanych z problematyką sympozjum (Kodeks Norymberski, Kodeks Etyczny Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego: eksperymentowanie na człowieku; Deklaracja Genewska; odpowiedź papieża Piusa XII na niektóre ważne kwestie związane z „reanimacją”; Human Tissue Act, 1961; District of Columbia Tissue Bank Act, 1962).

Na końcu książki znajduje się spis uczestników sympozjum wraz z krótkimi danymi biograficznymi o każdym z nich. Z notek tych wynika, że spośród 28 uczestników sympozjum, połowa pochodziła z Wielkiej Brytanii, a połowa z innych krajów (z USA — 7, z Francji — 3, po jednym — z Belgii, Włoch, Szwecji i Holandii). 21 uczestników stanowili lekarze. Najwięcej było wśród nich chirurgów, chirurgów-urologów, chirurgów zajmujących się transplantacją narządów lub w szczególności nerek oraz chirurgią plastyczną (9), następnie internistów ogólnych lub zajmujących się szczególnie nerkami (7), lekarzy zajmujących się eksperymentalną medycyną (3); ponadto była reprezentowana oftalmologia — przeszczepianie rogówki (1) oraz medycyna społeczna (1). Spośród 7 uczestników sympozjum nielekarzy było 5 prawników, duchowny (kościół anglikański) oraz wydawca literatury naukowej. Z notek biograficznych wynika również, że sympozjum zgromadziło eminentnych przedstawicieli wymienionych dyscyplin i specjalności: znaczną większość uczestników stanowili profesorowie, kierownicy instytutów badawczych, klinik uniwersyteckich, zakładów i ośrodków naukowych — pokolenie pionierów w zakresie przeszczepiania narządów i stosowania narządów sztucznych.

„Symposium zostało zorganizowane pod wpływem wznastającej świadomości, że postęp medyczny przynosi problemy etyczne, które są przedmiotem troski nie tylko lekarzy, lecz całych społeczności; rozwiązanie tych problemów nie jest możliwe bez intensywnych badań wielospecjalistycznych. Szczególne trudności są związane z rozwijającymi się od niedawna możliwościami przeszczepiania narządów i budowy narządów sztucznych” (Woodruff, s. 6).

W przedmowie wyrażono nadzieję, że „publikacja będzie sprzyjać lepszemu zrozumieniu odpowiedzialności, możliwości i niebezpieczeństw nieodłącznie związanych z postępowaniem praktyki i nauki medycyny”.

„Odpowiedzialności, możliwości i niebezpieczeństwa” są złożonymi problemami fachowo-medycznymi, ogólnofilozoficznymi, etycznymi, prawnymi i społecznymi. Książka jest pełna wszystkich tych wątków, ściśle ze sobą związanych, trudno dających się rozgraniczyć. Sądzę, że tylko lekarz, i to tylko taki lekarz, który zajmuje się zawodowo dziedzinami stanowiącymi treść książki mógłby podjąć się zrecenzowania jej medycznego wątku, mógłby ocenić obrady lodyńskie pod kątem fachowym. Natomiast inne treści książki mniej nadają się do tego, żeby być przedmiotem recenzji. Wydaje się wątpliwe, czy filozof, socjolog, prawnik lub ewentualny inny recenzent dysponuje już taką wiedzą na temat przeszczepiania narządów, żeby dokonać oceny książki w oparciu o argumenty naukowe, a nie tylko osobiste poglądy i opinie. Wydaje się natomiast, że na obecnym, początkowym etapie rozwoju transplantowania narządów i stosowania narządów sztucznych celowe i użyteczne byłoby, gdyby humaniści przystąpili do gromadzenia i porządkowania szybko rozwijającej się wiedzy empirycznej o pozafachowych aspektach tej problematyki. Symposium dostarczyło wiele materiału w tym zakresie.

Poniżej podaję analizę porządkującą problematykę społecznych aspektów treści książki. Ponieważ wątek społeczny występuje w książce głównie w związku z transplantacją nerki i stosowaniem sztucznej nerki¹, omówienie dotyczy pro-

¹ Sztuczna nerka nazywa się urządzenie, które przejmuje pewne, niezbędne dla życia, funkcje niewydolnych nerek. Jeśli krew pacjenta przepuszcza się od czasu do czasu przez to urządzenie, to pacjent może żyć, nawet jeśli obie jego nerki są zupełnie zniszczone lub usunięte. Zabieg ten nazywa się hemodializą. Początkowo stosowano go do przypadków ostrych, kiedy trzeba było zastąpić funkcjonowanie nerek do czasu ich wyzdrowienia. Uczestnicy sympozjum zajmują się jednak inną formą dializy, a mianowicie taką, którą nazywają przewlekłą lub przerywaną i którą stosuje się u pacjentów z nieodwracalną niewydolnością nerek (leczenie takich pacjentów przy pomocy hemodializy rozpoczęło się ok. r. 1960). Hemodializę przewlekłą stosuje się dwa razy w tygodniu, po 12—14 godzin. Jeśli leczenie jest wykonywane prawidłowo, to śmiertelność jest niska, pacjenci czują się dobrze i wracają do pracy. Nie jest to jednak populacja zupełnie „normalna”. Życie lub śmierć zależy tutaj od regularnego podłączania lub niepodłączania człowieka do sztucznej nerki. Potencjalna długość życia ludzi żyjących dzięki sztucznej nerce nie jest jeszcze znana. Murray proponuje, żeby za sukces leczenia dializą uważać przedłużenie życia (pełnego, wartościowego) o 10 lat (s. 61).

Przeszczepianie nerki, w formie współczesnej, rozpoczęło się ok. r. 1961. Obecnie już setki osób po transplantacji nerki przeżyły więcej niż 1 rok i prowadzą normalne życie. Jednak nie wiadomo jeszcze, jak długo może funkcjonować udany przeszczep. Nieznana jest więc wartość transplantacji z punktu widzenia prognozy 5-letniej czy 10-letniej. Bez wątpienia pacjent z nieodwracalną niewydolnością nerek łatwiej może przeżyć 2 lata, jeśli jest leczony przy pomocy hemodializy, niż jeśli otrzyma przeszczep nerki. Lecz pacjent z udanym przeszczepem nerki prowadzi normalniejsze życie, a przy tym koszt jednorazowego zabiegu — transplantacji — jest znacznie niższy niż koszt długo stosowanej dializy. Jednak stosowanie sztucznej nerki nie pociąga za sobą poważnych problemów natury prawnej i semantycznej związanych z otrzymaniem przeszczepów, z osobą dawcy — żyjącego lub zmarłego. Oba sposoby leczenia — transplantacja i dializa powinny się rozwijać i uzupełniać. (Przypis ten został opracowany wyłącznie na podstawie omawianej książki).

blematyki społecznej transplantowania nerki i stosowania sztucznej nerki. Uwzględniono te zagadnienia, które mogą mieć znaczenie dla naszego kraju, dla warunków istnienia naszego systemu służby zdrowia.

Dwie grupy problemów wybijają się na plan pierwszy:

(1) problemy związane z kosztem ekonomicznym przeszczepiania nerki i stosowania sztucznej nerki,

(2) problemy związane z wyborem pacjentów do tych zabiegów.

Ad (1) Ekonomiczny koszt stosowania sztucznej nerki jest wysoki. Profesor medycyny wewnętrznej z Londynu de Wardener (s. 105, 108—110) przeprowadził następujący szacunek dla Wielkiej Brytanii: liczba chorych wymagających przeszczepu nerki lub stosowania przewlekłej hemodializy wynosi 2230 osób rocznie². Koszt urządzenia szpitalnego, potrzebnego dla wykonywania dializy wynosi 1500 funtów szterlingów na łóżko. Jeśli dializę przeprowadza się 6 razy tygodniowo dla 3 pacjentów, to koszt inwestycji (bez przeróbek budowlanych względnie nowych budowli) wynosi ok. 500 funtów na pacjenta. Roczny koszt utrzymania pacjenta autor określa na ok. 1500 funtów (tj. około 30 funtów tygodniowo). Leczenie szpitalne 2230 osób wyniosłoby więc rocznie ok. 3 500 000 funtów. Przy leczeniu prowadzonym odpowiednio i śmiertelności prawdopodobnie niskiej, większość pacjentów będzie żyła w roku następnym, a więc przy końcu drugiego roku koszt leczenia byłby 7 000 000 funtów. Przyjmując, że połowa pacjentów pozostawałaby w leczeniu przy końcu piątego roku, maksymalna liczba osób leczonych przy końcu dziesiątego roku wyniosłaby ok. 11 000. Oznacza to (przy założeniu, że koszt utrzymania pozostanie bez zmian), iż po dziesięciu latach od rozpoczęcia leczenia wydawano by na nie rocznie ok. 16 000 000 funtów (oraz dodatkowo ok. 7 000 000 funtów na niezbędne inwestycje w okresie 10 lat leczenia). W przypadku pacjentów leczonych w domu, inwestycje kosztowałyby w przybliżeniu sześć razy więcej, natomiast utrzymanie o połowę mniej³.

Uczestnicy sympozjum nie mają wątpliwości, że przedłużanie życia przy pomocy hemodializy jest szlachetne. De Wardener uważa, że życie takich ludzi, mimo ograniczeń, może być przyjemne i pożyteczne, że żyją oni normalniej niż np. paraplegicy (osoby dotknięte porażeniem poprzecznym obu kończyn dolnych lub górnych), że są znacznie mniej upośledzeni niż np. chorzy na zniekształcające zapalenie stawów. Jeśli zaś chodzi o koszt stosowania hemodializy, który wydaje się wielu ludziom taki wysoki, że występują przeciw rozwojowi tej metody leczenia, to warto zauważyć, że przyzwyczailiśmy się wydawać duże sumy na inne cele, np. na leczenie gruźlicy, nie pytając, ile to kosztuje. Obecnie koszt leczenia chorego na gruźlicę w sanatorium wynosi w Wielkiej Brytanii ok. 30 funtów tygodniowo, to znaczy tyle samo, ile pacjenta leczonego w szpitalu przy pomocy hemodializy. W r. 1954, w 6 lat po wprowadzeniu streptomycyny, w Wielkiej Brytanii było 30 000 łóżek głównie w sanatoriach, zajętych przez chorych na gruźlicę. Według cen obecnych przedstawia to wydatek roczny 52 000 000 funtów. Można argumentować, że leczenie chorego na przewlekłą niewydolność nerek jest korzystne tylko dla pacjenta, podczas gdy leczenie chorego na gruźlicę jest korzystne także dla jego otoczenia; inaczej mogłyby zachorować również osoby kontaktujące się z chorym. Niewydolność nerek nie jest zaraźliwa, a więc może z tego punktu widzenia istnieć mniejsza potrzeba leczenia.

² Liczba ta obejmuje tylko takie osoby cierpiące na nieodwracalną niewydolność nerek, które wymieniony autor określa jako „nadające się” (tj. w wieku 16—55 lat, bez przeciwwskazań medycznych i w pełni sił psychicznych).

³ Murray podaje, że hemodializa wykonywana w domu kosztuje w USA ok. 7800 dolarów rocznie (na 1 pacjenta), a początkowa inwestycja — ok. 2000 dolarów (s. 62).

Jeśli zaś chodzi o inne wydatki, np. o koszt opieki szpitalnej nad 57 000 dzieci upośledzonymi umysłowo w Wielkiej Brytanii, to wynosi on co najmniej 28 500 000 funtów rocznie. „Nie sugeruję, że nie powinniśmy opiekować się upośledzonymi umysłowo. Jeśli tego nie zrobimy, upośledzeni umysłowo będą włączyć się po ulicach, będą kłuć nas w oczy i narażać na wyrzuty sumienia. Natomiast jeśli nie będziemy leczyć chorych na niewydolność nerek, chorzy ci umrą i zostawią nas w spokoju” (s. 106).

„W Wielkiej Brytanii — mówił de Wardener — istnieje, jak wiadomo, Państwowa Służba Zdrowia; normatywnie — wszechstronna i pełna [*comprehensive*], w rzeczywistości — coraz bardziej nieadekwatna. Ten paradoks nigdy zapewne nie będzie rozwiązany ku zadowoleniu wszystkich, a kwestia hemodializy ujawnia go wyraźniej. Jeśli opieka zdrowotna w Wielkiej Brytanii ma rzeczywiście obejmować wszystkie świadczenia, to za prowadzenie dializy ponosi odpowiedzialność Ministerstwo Zdrowia. Ta zasada została zresztą zaakceptowana w r. 1965 i istnieją plany, żeby w r. 1967 uruchomić około 15 ośrodków 10-lóżkowych, każdy na 30 pacjentów. Jeśli rozwój tych ośrodków będzie postępował, to Ministerstwo szybko będzie musiało sięgnąć do rezerw finansowych, albo też wzrośnie rozpiętość między «pełnością» a nieadekwatnością brytyjskiej służby zdrowia” (s. 112—113).

Systemy opieki zdrowotnej w świecie współczesnym nie nadążają za przemianami w nauce i technice, za potrzebami społecznymi, rozwojem demograficznym itd.; muszą tedy ustalać priorytety. Jedyny na sympozjum przedstawiciel medycyny społecznej — prof. Brotherston z Edynburga — powiedział, że system uspołecznionej służby zdrowia wyraźniej niż inne systemy ujawnia trudności w związku z ustalaniem priorytetów (s. 121).

Jak ustalać priorytety? Jak określać hierarchię potrzeb? Jak dokonywać wyborów? Autorce wydaje się, że istnieją co najmniej trzy poziomy wyborów: (1) Wybory mają miejsce w ramach środków już przyznaných. Wspomniane 16 000 000 funtów rocznie potrzeba dla utrzymania przy życiu 11 000 chorych na niewydolność nerek; lecz tę sumę można przeznaczyć na inny cel: tyle samo kosztowałoby np. wybudowanie dwóch szpitali 800-lóżkowych (s. 113). Wybór zależy od lekarzy. Mogą oni uznać na przykład, że nie będą się zajmować wszystkimi dolegliwościami, zaburzeniami i przypadłościami nazywanymi wspólnie „chorobą”, np. różnymi stanami nerwicowymi, zaburzeniami osobowości, stanami psychotycznymi. Lekarze mogą również zdecydować, żeby służba zdrowia nie brała na siebie głównego ciężaru zwalczania takich problemów społecznych, jak np. alkoholizm. (2) Nie wystarczają środki już posiadane. Trzeba przekonać społeczeństwa i rządy, że potrzebne są nowe fundusze społeczne na jakieś cele opieki zdrowotnej, np. na rozwój hemodializy. W tym wypadku nie rozstrzygają czynniki zawodowe. To „Państwo ma zdecydować, czy będziemy mieć dializę, czy też nowy samolot odrzutowy” (Kilbrandon, prawnik z Edynburga, s. 124). (3) Bezpośrednia, najbardziej dramatyczna płaszczyzna wyboru: selekcja pacjentów do hemodializy, czyli do leczenia, od którego zależy życie. Oto trzy wypowiedzi uczestników sympozjum na ten temat:

Ad (2) „«Stosowność», «odpowiedniość», «nadawanie się» — to wygodne, elastyczne pojęcia. Niektórzy mogliby nie bez racji zauważyć, że każdy pacjent z krańcową niewydolnością nerek nadaje się do leczenia dializą. Ponieważ jednak mamy ograniczone możliwości, musimy dokonywać wyboru. Większość z nas zaważa wybór do pacjentów w okresie życia między pokwitaniem a przekwitaniem, do zdrowych na umyśle i do takich, którzy będą prawdopodobnie łatwi w leczeniu.

Poza tym niektórzy z nas woleliby wybierać pacjentów, którzy mają małe dzieci, a większość wolałaby nie zaczynać leczenia pacjentów, którzy znajdują się w końcowym stadium choroby. (...) Jeśli nowa technika ma wykazać swoją użyteczność, to sądzę, że jest usprawiedliwione wybieranie przede wszystkim takich pacjentów, na których użyteczność dializy będzie można wykazać najlepiej. Im wcześniej to wykazemy, tym szybciej dializa zostanie zaakceptowana, a przez to dostępna dla większej liczby pacjentów" (de Wardener, s. 107—108).

„Czy w przyszłości będzie istnieć nieograniczone przeszczepianie narządów dla stosunkowo niewielu ludzi? Lub czy transplantacja doprowadzi do pomyślnego leczenia staję rozszerzającego się kręgu pacjentów i chorób?" (Murray, s. 55).

„Jeśli wskutek przeszczepienia nerki nastąpi przedłużenie życia nawet nie więcej niż o kilka lat, to i tak niezaprzeczalna stąd korzyść dla w pełni wykwalifikowanego człowieka dorosłego, który może zająć użyteczne miejsce w społeczeństwie. Lecz jak rozstrzygać kwestie ludzi niewykształconych lub dzieci? U podstawy systemu selekcji leży założenie, że niewielu ludzi jest uprawnionych do tego, żeby rozstrzygać kwestię wartości życia kogoś innego. Jeśli taki system jest nieunikniony z powodu niemożności sprostania potrzebom, to jak postępować w jego ramach?" (Starzl, s. 68).

*

Konferencja londyńska, stanowiąca treść omawianej książki, jest przykładem licznych dyskusji, toczących się obecnie w środowiskach fachowych wielu krajów na temat przeszczepiania narządów i stosowania narządów sztucznych. Również w środowiskach humanistycznych rośnie zainteresowanie tą problematyką. Przykładem tego może być konferencja zorganizowana w Warszawie, omówiona w niniejszym numerze „Etyki”.

W wielu krajach wzrasta liczba ośrodków stosujących transplantację nerki oraz hemodializę i wzrasta liczba pacjentów leczonych tymi metodami. Staje się to już aktualne także dla Polski. Niewątpliwie zaczyna się rysować potrzeba przygotowania, a niedługo pewnie i podjęcia systematycznych badań społecznych w tej dziedzinie. Jakie istnieją kryteria wyboru pacjentów do transplantacji nerki i do dializy? Jak przebiegają procesy selekcji? Kto ma głos decydujący? Czy w procesach tych uczestniczą nielekarze? Kim pod względem społecznym są osoby leczone? Jak się przedstawia ich sytuacja życiowa? Jak się układa ich życie rodzinne? Czy wracają do pracy i jak pracują?

Wydaje się, że problemy związane ze stosowaniem sztucznej nerki i przeszczepianiem nerki można traktować jako przykład przyszłych problemów społecznych, jakie przyniesie dalszy rozwój biotechnologii, przeszczepianie narządów i inne urządzenia przedłużające życie. Nawet jeśli osiągnęlibyśmy kiedyś wystarczającą ilość aparatury i wyposażenia, to kwestie wyboru i tak pozostaną, choćby dlatego, że jak wykazuje doświadczenie krajów wysoko uprzemysłowionych, urządzenie techniczne w przypadku sztucznej nerki stanowi — przynajmniej w tych krajach — stosunkowo niewielką część kosztów związanych z leczeniem. Więcej kosztują wyspecjalizowani pracownicy fachowi, niezbędni w przeprowadzaniu dializy. Przynajmniej więc rozpiętość między środkami potrzebnymi a posiadanymi na całym świecie będzie raczej wzrastać niż maleć. Wobec tego — kto ma żyć, a kto umrzeć? Kto i w jaki sposób będzie o tym decydował?

Jedyne dotąd badanie socjologiczne w dziedzinie hemodializy pochodzi z USA⁴. Zbadano tam cechy psychospołeczne i kulturowe całej populacji amerykańskich pacjentów, którzy w styczniu 1968 r. byli leczeni przy pomocy dializy (805 osób) oraz kryteria wyboru i procesy podejmowania decyzji w sprawie tego leczenia. Z badania wynika, że o wyborze do leczenia decydują wyłącznie lekarze i że nie posiadają oni takiej wiedzy psychologicznej i społecznej, która pomogłaby zrationalizować decyzję. Jeśli badania podjęte w Polsce również potwierdziłyby te wyniki, to zadaniem naszych etyków, socjologów, socjotechników byłoby dążenie do wypcсаżenia zespołów podejmujących decyzję w broń, która mogłaby im ułatwić ten ważki krok.

Magdalena Sokołowska

PSYCHOLOGIA, ETYKA I ESTETYKA W SŁUŻBIE MEDYCYNY

A. M. Izutkin, *Metodologičeskie problemy medycynskoj psichologii, etiki i estetiki*, Wyd. „Medycyna”, Moskwa 1968, s. 169.

Teza „nemo medicus nisi psychologus” — wielokrotnie powtarzana w podręcznikach dla młodych adeptów sztuki lekarskiej — jako elementarny postulat skutecznej terapii stała się truizmem dla każdego, kto choćby pobieżnie zetknął się z medycyną. O należywym docenieniu czynników psychicznych w procesie terapeutycznym świadczy chociażby zawarty w programach szkół medycznych zarówno średnich, jak i wyższych przedmiot psychologii ogólnej.

Nie dziwi również nikogo szczególnie miejsce, jakie zajmuje deontologia lekarska wśród przedmiotów wykładanych na uczelniach medycznych. Życzliwość, która jest przejawem elementarnej kultury etycznej w stosunkach międzyludzkich, okazywana pacjentowi przekształca się w zabieg terapeutyczny, jest — jakby powiedział Władysław Biegański — „wymagalnikiem” efektywnego leczenia.

Podobnie „służebną” rolę wobec praktycznej dyscypliny medycznej spełnia estetyka. O znaczeniu doznań estetycznych w procesie leczenia mówiono już w starożytności, a praktycznie źródeł „estetykoterapii” szukać należy we wspólnych gatunkowi ludzkemu i zwierzęcym reakcji na takie bodźce zewnętrzne, jak np. melodyjność tonów.

Zdaje sobie z tego sprawę autor książeczki poświęconej metodologicznym problemom medycznej psychologii, etyki i estetyki, zwracając we wprowadzeniu uwagę na rosnącą specjalizację i zarazem integrację współczesnej nauki — „nie jest żadnym zaskoczeniem obiektywne powiązanie takich dyscyplin jak medycyna, psychologia, etyka i estetyka” (s. 3).

Istotnie, nikogo to zestawienie, zwłaszcza w aspekcie socjotechnicznym, nie dziwi. Izutkin podejmuje jednak ten problem w dodatkowym aspekcie, szczególnie interesującym etyka — w aspekcie podstawowych założeń aksjologii marksistowskiej.

Obok wprowadzenia, w którym autor wysuwa postulaty naukowego opracowania teorii psychologii, etyki i estetyki medycyny przez przedstawicieli nauk

⁴ Alfred Katz, *Machine-Dependent Survival — The Hemodialysis Patient*; referat wygłoszony na I międzynarodowej konferencji poświęconej naukom społecznym i medycynie, Aberdeen, Szkocja, wrzesień 1968.