

**UNIVERZA V LJUBLJANI
TEOLOŠKA FAKULTETA**

Jure Mubi

**Pravičnost pri darovanju in
porazdeljevanju organov**

DIPLOMSKO DELO

Ljubljana, 2018

UNIVERZA V LJUBLJANI
TEOLOŠKA FAKULTETA
UNIVERZITETNI ŠTUDIJSKI PROGRAM PRVE STOPNJE
TEOLOŠKI IN RELIGIJSKI ŠTUDIJI

Jure Mubi

**Pravičnost pri darovanju in
porazdeljevanju organov**

DIPLOMSKO DELO

Mentor:

doc. dr. Roman Globokar

Ljubljana, 2018

Seznam kratic

ETKAS – Sistem Eurotransplanta, ki skrbi za porazdelitev ledvic (angl. Eurotransplant kidney allocation system)

HU – status visoke medicinske nujnosti, ki določa nujnost prejema organa (angl. High urgency status)

NT – nezmožnost presaditve organa (angl. not transplantable)

KRW – korejski won (denarna valuta, ki se uporablja v Južni Koreji)

COTRS – sistem, ki je bil ustanovljen avgusta 2013 na Kitajskem. Predstavljen je bil kot način etičnega pridobivanja in razporeditve organov (angl. China Organ Transplant Response System).

Kazalo

Seznam kratic	III
Kazalo	IV
Uvod	1
1. Organizacija Eurotransplant	3
1.1 Sistem ETKAS	3
1.2 Dodelitev organov znotraj ETKAS	4
1.3 Status visoke medicinske nujnosti (HU status)	5
1.4 Presaditev pri otrocih	6
2. Načini in sistemi doniranja organov	8
2.1 Denarna spodbuda	8
2.1.1 Južna Koreja	9
2.1.2 Švedska	11
2.1.3 Nemčija	13
2.1.4 Vrednost telesa	14
2.2 Altruizem, solidarnost in recipročnost	15
2.2.1 Altruizem	15
2.2.2 Solidarnost	16
2.2.3 Recipročnost	18
3. Nepravičnost do donatorjev v procesu pridobivanja organov	23
3.1 Pridobivanje organov po izvedeni evtanaziji	23
3.1.1 Evtanazija in doniranje v Belgiji ter na Nizozemskem	23
3.1.2 Potek odvzema po evtanaziji	25
3.1.3 Etičnost doniranja po evtanaziji	26
3.2 Odvzem organov zapornikom	28
3.2.1 Položaj v ZDA	28
3.2.2 Položaj na Kitajskem	31
4. Pravičnost	35

4.1 Načelo in teorije pravičnosti	35
Sklep	37
POVZETEK	38
ABSTRACT	39
Bibliografija	40

Uvod

Proces darovanja in transplantacije organov kot način reševanja življenj je v zadnjih desetletjih doživel velik vzpon. To pa prinaša nove težave, ki so povezane z oskrbo organov. Število organov, ki so na voljo za transplantacijo, je namreč veliko manjše kot zahtevajo potrebe. To v težko situacijo postavlja donatorje, ki so zaradi pomanjkanja organov izkoriščani. V težkem položaju je tudi osebje, ki sodeluje pri transplantaciji, saj mora, da bi čim več prejemnikov ob pravem času prejelo organe, sprejeti težke in včasih nepravične odločitve. Največje posledice pa trpijo prejemniki, saj zaradi pomanjkanja organov umirajo. Trenutni sistemi zagotavljanja organov na različne načine zmanjšujejo to razliko in s tem rešujejo več človeških življenj. Pomembno pa je tudi dejstvo, da pravičnejše ravnanje z donatorji zdravnikom olajšuje breme, ki ga prinese izbira prejemnika.

V uvodnem delu je opisano trenutno stanje organizacije Eurotransplant. To je neprofitna organizacija, ki skrbi za mednarodno darovanje organov. Trenutno v tej organizaciji deluje osem evropskih držav, med katerimi je tudi Slovenija. Eurotransplant beleži potrebo po določenih organih in omogoča mednarodni transport le-teh. Predstavljeno je, kako ta organizacija skrbi za uspešno porazdelitev ledvic s svojim sistemom ETKAS (Eurotransplant kidney allocation system). V nalogi je opisan tudi njihov sistem točkovanja, ki skrbi za urejenost čakalne liste prejemnikov.

V nadaljevanju so opisani še drugi sistemi in načini prerasporeditve organov, ki so trenutno na voljo. Sistemom je v večini skupno to, da želijo zmanjšati pomanjkanje organov za presaditev. Zato so ukrepi, kot je denarni nadomestek, etično veliko bolj sporni, kot pa darovanje kot dejanje altruizma in solidarnosti. Darovanje naj bi bila svobodna odločitev vsakega posameznika, denarni nadomestek pa sicer poveča motivacijo, vendar se izgubi namen in se povečajo možnosti za zlorabo. Denarni nadomestek ne vključuje miselnosti darovanja kot dobrega dela, ampak bolj meji na prisilo, ki prepričuje donatorja, naj se odpove delu svojega telesa. Gre za bitko med ohranjanjem dostojanstva človeške osebe in zagotavljanjem pravice za povečanje števila organov.

Tretji del je namenjen pregledu pravic donatorjev, ki so zaradi primanjkljaja največkrat kršene. V Belgiji ter na Nizozemskem je pravno dovoljeno dejanje evtanazije, kar omogoča tudi povezavo z odvzemom organov. Pacient v primeru, da se ni že v času svojega življenja registriral kot donator, ne more odločati o svojem telesu. Poleg tega pa obstaja nevarnost, da se zgolj zaradi potrebe drugega človeka predčasno konča njegovo življenje. Občutljiva skupina so tudi zaporniki, ki so obsojeni na smrtno kazen. Pogled na njihov položaj pa je z vidika Zahoda in Vzhoda precej drugačen. Na Zahodu je doniranje usmrčenega donatorja sporno, saj namen usmrtitve ni pomoč pri oskrbi z organi, ampak je povračilo za to, kar je obsojeni storil. Težava pri tem razmišljanju je v tem, da si nekateri želijo darovati, vendar jim sistem jemlje pravico do razpolaganja z lastnim telesom. Na Vzhodu pa Konfucijanska etika dovoljuje darovanje organov usmrčenih zapornikov v primeru, če v to usmrčeni in njegova družina privolijo. Donatorju naj bi ob prehodu na drug svet to dejanje omogočilo, da stori še zadnje dobro delo za ljudi, ki živijo na tem svetu. Zahod obsoja pridobivanje organov na tak način, zato je Kitajska uvedla etičen način prostovoljnega darovanja, ki pa je le krinka za nadaljnje neetično delo.

V četrtem delu je opisana pravičnost v povezavi s presajanjem organov. Predstavljena so načela pravičnosti, ki znotraj teorij pravičnosti določajo, kaj razumemo kot pravično. Predvsem utilitaristična ter liberalna teorija pravičnosti sta tisti, ki določata proces presajanja organov. Ob upoštevanju le-teh lahko govorimo o pravičnosti do darovalcev ter prejemnikov.

1. Organizacija Eurotransplant

Pri procesu darovanja organov je, zaradi prevelike razlike med potrebo in zahtevo po organih, treba imeti sprejet trden sistem meril, ki mora biti javno znan, njegovo delovanje pa mora biti odprto za javnost. Po načelih, sprejetih s strani Usmerjevalnega odbora za bioetiko Sveta Evrope, mora transplantacijski sistem za dodeljevanje organov vzpostaviti pravila, ki so pregledna in pravična. Preglednost pomeni, da so merila za dodelitev pravična in razumljiva. »Pravičnost pa pomeni, da temeljijo na poštenosti, tankovestnosti (accuracy) in doslednosti (reproducibility) in da so v soglasju z etičnimi načeli, ki so zapisana v Konvenciji o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino.« (Trontelj 2014, 222–223) Eurotransplant je neprofitna organizacija, ki skrbi za porazdelitev doniranih organov v osmih evropskih državah. Mednje sodijo Avstrija, Hrvaška, Belgija, Nemčija, Madžarska, Luksemburg, Nizozemska in Slovenija, kjer živi skoraj 118 milijonov ljudi. Ogrodje organizacije omogoča mednarodno povezanost in sodelovanje vseh klinik, kjer presajajo organe, laboratorijev, kjer proučujejo tkiva, in vseh klinik, kjer lahko posamezniki donirajo svoje organe. Kot posrednik med donatorjem in prejemnikom ima Eurotransplant ključno vlogo pri dodelitvi in porazdelitvi doniranih organov, ki so na voljo za presaditev. Glavni cilj organizacije je optimalna uporaba vseh razpoložljivih organov. Z razvojem znanstvenih raziskav skuša Eurotransplant stalno izboljševati potek presajanja. Zaradi mednarodnega delovanja je mreža donatorjev in pacientov na čakalni listi precej zapletena, vendar pa kljub temu dosegajo najboljše možne rezultate pri povezovanju enih in drugih, s tem pa najbolj optimalno razporeditev doniranih organov. (Mayer in Persijn 2006, 2–3)

1.1 Sistem ETKAS

Organ, ki je največkrat presajen, je ledvica. Prav zaradi števila presajanj je Eurotransplant razvil sistem, ki skuša zagotoviti najbolj primerno porazdelitev darovanih ledvic z upoštevanjem posameznih kriterijev. Živimo v času, v katerem primanjkuje darovalcev organov. Prav zato sta izjemno pomembna dolgoročna uspešnost ter razplet presaditev ledvic preminulih darovalcev. Sistem je bil uveden leta 1996 in je stalno stremel k izboljšanju postopka, da bi omogočili preživetje pacienta ter

pravilno delovanje presadka. Hkrati želijo zagotoviti objektivno določitev prejemnikov s sistemom, ki temelji na zdravniških in imunoloških kriterijih ter racionalizirati uporabo organov, ki so na voljo. (Volger et al. 2016, 1517)

1.2 Dodelitev organov znotraj ETKAS

Vse ledvice, ki so priskrbljene na področju Eurotransplanta, so dodeljene pacientom na podlagi različnih algoritmov. Vendar pa velja pravilo, da imajo presaditve ledvice skupaj s presaditvijo neledvičnega organa prednost pred presaditvijo, kjer je presadek samo ledvica. Kandidati za presaditev so razvrščeni na čakalni listi glede na posebne šifre, ki določajo nujnost potrebe presaditve. »Te šifre zavzemajo vidik možnosti presaditve, (ja ali ne, to pomeni nezmožnost presaditve, krajše NT), medicinske nujnosti, (visoka nujnost oziroma HU) in trenutno stanje protiteles (<6% odzivnih protiteles pomeni možnost transplantacije, ≥6% ampak <85% odzivnih protiteles pomeni imuniziranost, >85% pa predstavlja visoko imuniziranost).« (Mayer in Persijn 2006, 2) Ko so kandidati na listi za presaditev, pa so lahko registrirani v katero izmed podskupin. Program sprejemljivega neujemanja, ki je uporabljen pri vsakem primeru preminulega donatorja ledvice, vključuje paciente, ki so v zgodovini dosegli odstotek odzivnih protiteles višji od 85%. Vendar pacientu v času iskanja ujemanja organov ni potrebno biti visoko imuniziran. Obstaja pa tudi Eurotransplant program za ostarele, ki ledvice ljudi starejših od 65 let dodeli prejemnikom, ki so prav tako starejši od 65 let. Da bi bil čas neprekrvavljenosti organa čim krajši, postopek za določitev ujemanja ni tako podroben, kot sicer. V primeru, da darovan organ ne dobi prejemnika, je opravljen podroben pregled, po katerem program za ostarele rezultate sporoči Eurotransplantu. Za ledvice, ki niso dodeljene preko programa za ostarele, so potencialni prejemniki najprej iskani znotraj programa sprejemljivega neujemanja. Če še vedno ni najden ustrezen kandidat, se iskanje nadaljuje s pacienti, katerih stanje levkocitov se popolnoma ujema z darovalcem. Lahko se zgodi, da je takih pacientov več in zato so razvrščeni glede na točkovni sistem, ki obvelja tudi v primeru, če ne bi bilo popolnega ujemanja. Pacient z največjim številom točk je na vrhu lestvice in prvi dobi ponudbo za presaditev. Če jo zavrne, se ta postopek nadaljuje do prvega, ki jo sprejme. Število točk je odvisno od različnih spremenljivk, med drugim tudi nujnost presaditve, stopnja ujemanja

levkocitov, možnost neujemanja, čakalna doba in stanje znotraj posamezne države. Največje število točk prinaša status visoke medicinske nujnosti – 500 točk. Prav tako veliko pridobijo mladi, ki v času registracije še niso dopolnili 16. leta starosti. Ko se kandidat registrira, mu čakalna doba začne teči s prvo dializo oziroma s ponovno vzpostavitvijo dialize, če je pred tem že dobil presadek. Za vse države, razen Nemčije, velja, da z enim letom čakanja pacient pridobi 33.3 točk. Glede na lokalno, regionalno in nacionalno stanje, ki označuje razdaljo med darovalcem in prejemnikom, vsak pacient iz vseh držav, razen Nemčije, dobi dodatnih 300 točk. Vsak delovni dan v obdobju 365 dni je pregledana razlika med priskrbljenimi in izmenjanimi organi znotraj ali med državami. Negativno stanje države pomeni, da je priskrbel več organov, kot jih je bilo presajenih, za pozitivno stanje velja ravno obratno. Nacionalno stanje točk se dobi tako, da se najvišjemu stanju uvoza organov odšteje stanje prejemnikove države, vse skupaj pa se pomnoži z 10. Sistem ETKAS je od svojega začetka dosegel precej prvotnih ciljev, ki so bili zastavljeni. Zmanjšala se je čakalna doba presaditve, hkrati pa se ohranja uravnoteženo stanje izmenjave organov med posameznimi državami. (Mayer in Persijn 2006, 2–3)

1.3 Status visoke medicinske nujnosti (HU status)

Zaradi prednosti, ki jih prinaša, je to predvsem krajša čakalna doba, je najbolj vprašljiv status visoke medicinske nujnosti, ki ga pacient doseže le, če izpolnjuje točno določene kriterije. Prvi kriterij je, da pacient nima takojšnjega dostopa do ledvične in peritonealne dialize. Status mu je zagotovljen tudi, če obstaja visoko tveganje za samomor zaradi psihološke nezmožnosti prenašanja dialize ali če je prisotno močno stanje polinevropatije. Status pa pacient prejme tudi, če ima resne težave z mehurjem, ki so posledice nepravilnega delovanja presadkov po že večkratni presaditvi ledvic ali trebušne slinavke. Ta status pri Eurotransplantu velja že od leta 1970 in omogoča rešitev življenja prejemnika, ki bi sicer pred uvedbo statusa umrl v zelo kratkem časovnem obdobju. V primeru, da pacient prestane revizijo, prejme kot kandidat za prejem v sistemu ETKAS 500 točk, s tem pa je pospešen proces prejema presadka. Za bolj jasno predstavbo: trenutno je prejemniku dodeljen presadek, ko zbere od približno 850 do 900

točk. Kljub vsemu pa se pojavljajo dvomi o statusu visoke medicinske nevarnosti, saj se je umrljivost pacientov, ki so na čakalni listi za prejem ledvice, v zadnjih desetletjih skoraj izničila. Obstajajo očitki, da je razpis tega statusa izgubil svoj namen, ki je bil reševanje življenj. Zagovorniki trdijo, da je večji odstotek preživelih in pravilno delujočih organov posledica mlajših prejemnikov, boljšega fizičnega stanja in boljše kvalitete presajenih organov. Do teh nasprotovanj pa je prišlo, ker ni bilo na voljo dovolj podatkov o presaditvah ledvic pacientov s statusom visoke nevarnosti v primerjavi z vsemi pacienti, ki so jim presadili ledvico. Prav zato je bila opravljena raziskava, ki je obravnavala prvih 15 let delovanja sistema ETKAS in znotraj njega uvedbo posebnega statusa. S to raziskavo so želeli dokazati prednosti in predvsem nujnost uvedbe statusa nujnosti. Rezultati raziskave so pokazali na težave v sistemu. Strinjamo se z Volgerjem (Volger et al. 2016, 1521), ki trdi, da bi bilo zaradi velikega pomanjkanja ledvic na področju Eurotransplanta, večanju števila kandidatov za prejem, daljših čakalnih dob, umrljivosti, kvalitete življenja ter stroškov medicinske oskrbe bolje, če bi ledvice, ki so dodeljene pacientom s statusom medicinske nujnosti, prinesle boljši izid, v kolikor bi bile dodeljene ustreznim kandidatom brez tega statusa. Iz te trditve pa izhaja mnenje, da bi morali biti veliko bolj pazljivi pri dodelitvi tega statusa, s tem pa bi preprečili manj podskupin, kar pomeni, da ne bi več zavrgli takega števila organov. Z ozirom na kriterije za dodelitev statusa bi bilo zato potrebno obdržati le tiste podskupine prejemnikov, ki jim status visoke medicinske nujnosti najbolj koristi. (Volger et al. 2016, 1517 in 1521)

1.4 Presaditev pri otrocih

Kadar pride do presaditve pri otrocih, ima sistem ETKAS posebne kriterije za otroke. Pri presaditvi ledvic so otroci bolj privilegirani v večini sistemov dodelitve organov, ker ima dializa močan negativen vpliv na rast in razvoj. V starejšem sistemu so mlajši od 16 let prejeli različno število točk glede na leta. Možnost je bilo dobiti 33, 66 ali 99 točk, kar je pomenilo, da so morali čakati od 1 do 2 leti, v primerjavi z odraslimi, ki so na presaditev čakali okoli 7 let. »V decembru leta 2010 je Eurotransplant spremenil sistem točkovanja za otroke: vsi otroci pod 16. letom starosti, ki so registrirani, prejmejo 100 točk, točke, ki jih pridobijo z ujemanjem levkocitov, pa se podvojijo. Vsi otroci mlajši

od 16 let, ki imajo potencial za rast – dokazano z rentgenom leve dlani – pridobijo pediatrični dodatek. Organi darovalcev mlajših od 16 let so sedaj po možnosti dodeljeni mladim prejemnikom.« (Pape, Ahlenstiel in Kanzelmeyer 2013, 650) Še vedno pa imajo prednost prejemniki, katerih neujemanje levkocitov je nično. Kot je pokazala raziskava, novi algoritem, ki ga je uvedel Eurotransplant, daje prednost otrokom. Raziskava je pokazala, da se je čakalna doba za otroke z novim algoritmom precej skrajšala, zaradi manjšega števila mladih darovalcev pa ta sprememba na odrasle paciente ne vpliva. (Pape, Ahlenstiel in Kanzelmeyer 2013, 650–651)

Eurotransplant skuša kljub pomanjkanju organov zagotoviti pravično porazdeljenost darovanih organov. S porazdeljenostjo ledvic, največkrat presajenega organa, se ukvarja sistem ETKAS, na čigar delovanje smo se osredotočili. Vendar so tudi pri razporejanju preostalih transplantiranih organov uveljavljeni podobni sistemi. Videli smo, da sta pri določanju prednosti v sistemu ETKAS najbolj pomembna starost (prednost mladih do 16. leta) ter zdravstveno stanje prejemnika, kadar je ogroženo življenje. V času, ko potreba presega zmožnosti, bo stalno prisotno nasprotovanje s strani tistih, ki jim ni dodeljena prednost, vendar pa uveljavljeni sistemi točkovanja znotraj Eurotransplanta, ki določajo seznam prejemnikov, kar najbolje skrbijo za pravično porazdeljenost.

2. Načini in sistemi doniranja organov

Največji izziv, ki zahteva neko novo rešitev, je pomanjkanje organov za darovanje. Ko se namreč spopadamo z razporeditvijo doniranih organov, se mora prav zaradi zavedanja, da vsem pacientom ne bo mogoče zagotoviti presadka, sprejeti odločitev, komu se da prednost. Zdravniki so postavljeni pred težke odločitve, še posebej ko gre za presaditev srca ali jeter, komu med čakajočimi bolniki vsaditi nov organ, koga pa pustiti umreti (Trontelj 2014, 222). Ta sistem kategorizacije pa kljub poizkusom, da bi dosegli neko objektivno, pravično raven izbora prejemnikov, s trenutnim razmerjem med povpraševanjem in potrebo, ne bo mogel v celoti uspeti. Rešitev predstavlja povečanje števila ljudi, ki bi bili pripravljeni, predvsem po svoji smrti, darovati organe. Nacionalne strategije za področje zdravja iščejo načine, kako čim več ljudi najprej podučiti in s tem prepričati, da v času svojega življenja privolijo v posmrtno darovanje svojih organov ali organov svojih bližnjih, če bodo morali sprejeti tako odločitev. V ta namen so bili preizkušeni različni sistemi, ki temeljijo na recipročnosti ali na solidarnosti, spet drugi iščejo rešitve v nagrajevanju donatorjev. (Guttman et al. 2016, 909)

2.1 Denarna spodbuda

»Čeprav je doniranje organov, da bi pomagali drugim, občudovanja vredno, pa ne moremo zanikati, da trenutni sistem, ki temelji na altruizmu kot glavni motivaciji za darovanje, ne more premostiti razlike med potrebo in zmožnostjo.« (Omar, Tinghog in Welin 2011, 162) Denarna spodbuda predstavlja eno od možnosti, ki so bolj učinkovite od nematerialne motivacije za doniranje, vendar pa ima tudi negativne plati, zaradi katerih se denarna nagrada ni uveljavila v velikih razsežnostih. Z moralnega vidika je nagrajevanje posameznika s katerokoli od materialnih dobrin sporna. Vsakemu, ki se odloči za doniranje, bi morala biti zadostna motivacija dejstvo, da bo s tem dejanjem naredil dobro delo, da bo nekomu pomagal in mu rešil življenje. S tem upoštevamo etično vodilo, ki pravi: »moralna vrednost vsakega ravnanja, ne glede na to, ali obstaja zanjo striktna obveznost ali ne, je odvisna od tega, da je prevzeta svobodno in ni izsiljena.« (Schockenhoff 2013, 376) Darovanje se pojmuje kot ljubezensko dejanje, ki

mora vedno izhajati iz svobodne odločitve. Za prejemnika je darovanje organa njemu neznanega človeka nenadejan dar, ki ga lahko sprejme le s hvaležnostjo. Nasprotniki tega mišljenja pa pravijo, da denarna korist, ki jo lahko pojmuje kot spodbudo ali odškodnino, nikakor ne izniči prostovoljnosti darovanja. Če darovalci sprejmejo ponudbo materialnega nadomestila za darovanje iz prepričljivih razlogov, je mogoče v denarnem priznanju njihove prostovoljne odločitve videti celo dejavnik, ki spodbuja avtonomijo. »Ugovoru, da bi smel vsak ponuditi lastne organe po prosti tržni ceni, in bi bili finančno močnejši ter tisti, ki bi ponudili več, v prednosti, se zoperstavljajo s predlogom, naj se dopusti samo reguliran trg, na katerem smejo plačevati za darovane organe državne zdravstvene organizacije ali bolniške blagajne, ne pa zasebni kupci.« (Schockenhoff 2013, 384) Prav tako bi lahko prejeti denar namenili za nesebične namene, tako dejanje pa zato ne bi izničilo altruistične motivacije. Oblikovali so se že posamezni modeli za finančno podporo. Odškodninski model gleda zgolj na izravnavo stroškov, ki nastanejo v povezavi z odvzemom organov. Pri tržnem modelu pa gre za finančno storitev kot plačilo za vrednost samega organa, ki se določi v konkurenci na trgu in ni nič drugega kot oblika trgovine z organi. (Schockenhoff 2013, 376; 383–384) V nekaterih državah se s poskusom uvedbe različnih vrst modelov že ukvarjajo, v nekaterih pa potekajo vsaj raziskave, ali bi tak sistem lahko bistveno izboljšal stanje števila organov.

V nadaljevanju bomo predstavili, kako so se izziva lotili v določenih državah po svetu. Opazili bomo, kako so rezultati pogojeni s kulturo posameznega okolja.

2.1.1 Južna Koreja

Kot del promocije za darovanje organov v Južni Koreji, sta Jisoo Ahn and Hyun Soon Park leta 2012 za neprofitno korejsko organizacijo KONOS (Korean Network for Organ Sharing) izvedla raziskavo, ki je imela namen raziskati vpliv nagrade za doniranje organov kot način oglaševanja. Proučuje, kako se učinki nagrade razlikujejo glede na vrsto nagrade in kako vpliva na posameznikovo podobo v javnosti. V Koreji se od začetka 21. stoletja število potrebnih prejemnikov veča, število donatorjev pa upada. Izjemno težka naloga je ljudi prepričati, da bi postali donatorji, predvsem zaradi

dojemanja posmrtnega življenja, razumevanja družine in številnih mitov, ki jim ljudje še verjamejo. Leta 2003 je zato korejska vlada uvedla politiko nagrajevanja, da bi povečali število donatorjev. Nagrada je znašala 4500\$ za pogrebne storitve. Mnogi so ji nasprotovali, saj naj bi tak sistem odvrnil tiste potencialne darovalce, katerih namen je bil altruističen. Kljub temu da se je tak sistem obrestoval v Kuvajtu in je etično sprejemljiv v ZDA, pa v Južni Koreji nima enakega odziva. (Ahn in Park 2016, 118–119)

V raziskavi je bilo udeleženi 204 dodiplomskih študentov iz večje univerze v glavnem mestu Južne Koreje, Seoulu, ki so študirali novinarstvo in komunikacijske vede. Med njimi je bilo 53 (26%) moških in 151 (74%) žensk, njihova povprečna starost je bila 23.45 let. Da bi ugotovili vpliv različnih nagrad, so vsakemu udeležencu dali letak s sporočiloma, ki sta povzeta v spodnji tabeli: (123)

Materialna nagrada	Nematerialna nagrada
<p>Po donaciji organa boste vi in vaša družina prejeli največ 6 milijonov KRW (vključno z nadomestilom ter pogrebnimi storitvami) v znak hvaležnosti in spomina. Za povrnitev stroškov pogreba obiščite pisarno korejskega Centra za nadzor in preprečitev bolezni z naslednjimi dokumenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mrliški list • račun medicinskih stroškov • Prošnja za nadomestilo 	<p>Po donaciji organa bo vam in vaši družini predana medalja časti za donatorja v znak hvaležnosti in spomina. Poleg tega bo vsako leto vlada vam v čast priredila spominsko slovesnost.</p>

Podobo posameznika v javnosti pa so merili z lestvico, na kateri je bilo pet trditev: (123)

- Zelo mi je pomembno, kako sem predstavljen v družbi.

- Vedno, ko nekaj vrednotim, imam v glavi tudi vrednotenje ostalih.
- Na druge skušam narediti dober vtis.
- Skrbi me, kaj si drugi mislijo o meni.
- Pozoren sem na to, kakšen je moj videz.

Rezultati raziskave so potrdili, da nagrada ne vpliva bistveno na odločitev posameznika za registracijo v sistem darovalcev. Pomembnejši podatek pa je bil, da imajo ljudje, ki so bolj vključeni v sam proces darovanja organov, tudi sami večji namen darovati svoje organe. To kaže na to, da se je za povečanje števila organov potrebno bolj osredotočiti na tiste ljudi, ki so v svoji preteklosti že pomislili na darovanje, saj je večja možnost, da bodo le-ti pripravljene darovati. Za izboljšanje stanja števila organov je potrebna izobrazba družbe o doniranju, ne pa materialni nadomestek. (125–126)

2.1.2 Švedska

Švedska je zaradi pomanjkanja organov želela izvedeti, kakšne spodbude bi najbolj vplivale na povečanje donatorjev. »Na Švedskem mora katerikoli podan predlog za izboljšanje ustrezati Švedskemu etičnemu programu za prednost v zdravstvu. Ta program vključuje načela, ki upoštevajo človeško dostojanstvo, potrebe, solidarnost ter učinkovitost glede na stroške. Ta načela predstavljajo jedrne vrednote Švedskega zdravstvenega sistema.« (Omar, Tinghog in Welin 2011, 157) Glavna vidika znanstvenega dela, ki so ga spisali člani Univerze Linkoping z Oddelka za zdravstvene vede, sta bila podati predlog, ki bi potencialno zmanjšal razliko med potrebami in številom organov ter pri tem upoštevati načela švedskega etičnega programa. Predlog, ki so ga podali, je temeljil na denarnem nadomestilu za darovan organ. Sistem, ki je v uporabi na Švedskem, kot temeljno motivacijo za doseg potrebnih donacij uporablja altruizem kot nesebično skrb za dobrobit drugih brez denarne nagrade. Zaradi prevelike razlike med potrebo in aktualnim stanjem, pa zgolj taka motivacija ne učinkuje. Predlog raziskave je bil, da bi uvedli nekakšno spodbudo, ki bi temeljila na neke vrste materialnem nadomestilu za darovane organe preminulih donatorjev. Tak predlog naj bi pomagal rešiti težavo pomanjkanja. Možna rešitev bi lahko bilo enkratno plačilo vsem

potencialnim donatorjem v času, ko se le-ti registrirajo kot darovalci organov. Težava takega načina je, da bi bili v tem primeru izplačani vsem registriranim, brez zagotovila, da bodo njihovi organi uporabljeni, da se darovalci mogoče ne bodo držali dogovora ter da lahko sorodniki ob smrti preprečijo presaditev. Prav zato bi bil verjetno bolj učinkovit sistem, kjer bi na mestu družini preminulega ponudili denarni prispevek. Tak prispevek bi lahko ponudili v različnih oblikah. Možnost je, da bi dodatek namenili za točno določeno storitev, spet druga možnost bi družini omogočila, da denar porabijo po svoji presoji. Da bi se izognili vplivu prisile na družino, boljše možnost predstavlja določenost prispevka. Predlog je bil, da bi bil državni prispevek okoli 5000€ in bi bil namenjen pogrebnim storitvam. Ta prispevek pa naj ne bi bil nujen in bi se mu lahko družina odpovedala, če bi se zato lažje odločili za donacijo. Prejeti denar pa bi lahko v celoti, ali le del tega, namenili kateri izmed dobredelni organizaciji, ki jo izbere družina. Kot primer bi lahko bil denar namenjen organizaciji, ki se ukvarja z rakavimi obolenji ali pa tistimi, ki se borijo proti revščini. »Zaradi praktičnih razlogov, pa bi se lahko sestavil seznam potencialnih organizacij, med katerimi bi lahko donator ali njegova družina izbirali. Ta potencialni seznam pa bi moral biti potrjen s strani oblasti, delovanje dobredelnih organizacij bi bilo potrebno predhodno preveriti. »Verjamemo, da bi bila možnost, kjer bi darovanje organov predstavljalo dvojno dobrodelno dejanje, saj bi rešili življenje in hkrati podprli določeno organizacijo, privlačna za ljudi, hkrati pa bi bila družbeno izjemno učinkovita.« (Omar, Tinghog in Welin 2011, 159) Opisan sistem nagrajevanja pa bi bil hkrati združljiv z načeli Švedskega etičnega programa ter vrednotami Švedskega zdravstvenega sistema. Navkljub vsem pozitivnim znakom pa bi tudi na Švedskem uvedba takega sistema prinesla določene etične pomisleke. Na družine bi lahko denarni prispevek vplival prisilno in bi zaradi njega ravnali drugače, kot pa so njihove resnične želje. Prav tako bi lahko zaradi vključitve denarja truplo postalo tržno blago in bi morali paziti, da bi ves proces financiranja potekal znotraj urejenega državnega sistema. Obstaja pa tudi možnost, da bi ljudje izgubili zaupanje v državni zdravstveni sistem, zato je potrebno pred uvedbo novih sistemov pridobiti potrditev od ljudi, torej prebivalcev Švedske. (Omar, Tinghog in Welin 2011, 156–163) Podan predlog za rešitev težave pomanjkanja je sprejemljiv z vidika, da darovalci ne bi prejeli denarja kot nadomestilo, ampak bi bil uporabljen kot poplačilo stroškov pogreba ali pa v

dobrodelne namene po želji svojcev. Težava, ki so jo omenili že pisci predloga (Omar, Tinghog in Welin 2011) je, da bi vključenost denarja v postopek transplantacije lahko ušel izpod nadzora in bi sicer dobronamerni sistem začeli izkoriščati.

2.1.3 Nemčija

Nemčija je članica organizacije Eurotransplant in kot taka upošteva sistem, ki ga je vzpostavila organizacija. Vendar pa so kljub temu Markus Eyting in Goethejeve univerze v Frankfurtu, Arne Hosemann iz Bain & Company v ZDA ter Magnus Johannesson iz Stockholmske šole za ekonomijo izvedli raziskavo, ki je bila objavljena leta 2016. Želeli so izvedeti, če bi denarna ali dobrodelna pobuda motivirala ljudi, da bi izpolnili kartico za darovanje organov, s katero posameznik v Nemčiji potrdi, da je po smrti pripravljen darovati organe. Z večjim številom izpolnjenih kartic bi se potencialno povečalo tudi število darovanih organov. Nemčija ima, kot veliko drugih držav, veliko čakalno listo prejemnikov in v povprečju umrejo trije pacienti na dan, ker presadka ne dobijo v pravem času. Trenutno lahko vsak državljan po dopolnjenem 16. letu starosti poda odločitev o doniranju z izpolnitvijo kartice za doniranje organov, ki jo lahko brezplačno pridobi na internetu, v lekarni ali zavarovalnici. Če pri posamezniku take vrste potrditve ne najdejo, o donaciji odločijo bližnji. Posameznik lahko svoje mnenje o donaciji kadarkoli spremeni. To stori tako, da prejme novo kartico za doniranje organov. Z raziskavo so zato želeli izvedeti, ali bi se število doniranih organov z denarno nagrado povišalo. Dobljene rezultate bi primerjali s trenutnim sistemom kartic, ki bolj temelji na dobrodelnosti. Udeleženci so bili člani štirih nemških univerz, ki še niso izpolnili kartice, in so bili razporejeni v tri skupine. V prvi, kontrolni skupini, so imeli možnost izpolniti kartico brez povračila, v drugi skupini so za izpolnitev prejeli nagrado 10€, v tretji pa bi z izpolnitvijo darovali 10€ Rdečemu križu. Delež udeležencev, ki je izpolnil kartico je bil 71.70% v skupini s plačilom, 34.86% v skupini, kjer so denar darovali ter 35.24% v kontrolni skupini. Iz tega rezultata je razvidno, da je bil delež precej višji tam, kjer so udeleženci prejeli plačilo. To nakazuje, da je spodbuda z nagrado za izpolnitev kartice učinkovit način povečanja števila donatorjev. Delež novih darovalcev je bil v skupini z nagrado za okoli 60% višji, kot v kontrolni skupini.

Potrebno pa je poudariti, da so bili udeleženci upravičeni do nagrade le z izpolnitvijo kartice in tako še niso postali darovalci. Plačilo lahko premaga tisto negotovost pri ljudeh, ko se ne morejo odločiti. Tak način spodbudi več ljudi, kar pa lahko pomeni tudi več darovalcev. Raziskava ni pokazala večjih negativnih vplivov nagrade na pripravljenost doniranja. Če bi prišlo do negativnih vplivov, bi se bilo bolje usmeriti v dobrodelen ali drugi sistem, ki ne ponuja plačila. (Eyting, Hosemann in Johannesson 2016, 56–58)

2.1.4 Vrednost telesa

Videli smo, kako v različnih državah iščejo načine, da bi povečali število darovalcev in kako raziskave nakazujejo, da bi bila rešitev lahko v denarnem nadomestilu za darovanje. Ob tem pa se pojavljajo nekateri temeljni etični pomisleki, ki se predvsem dotikajo telesnosti. Telo je del človeka in s tem presega katerokoli materialno vrednost. S tem, ko bi prodali del telesa, bi prodali del osebe. Kljub povečanju števila organov pa takšen način ne sme biti sprejemljiv.

Človeku organi njegovega telesa ne pripadajo na enak način kot poseduje, hišo, avto ali delnice. Odnos človeka do posameznih delov lastnega telesa je že v osnovi drugačne vrste, kot je odnos do zunanjih stvari, ki imajo zgolj funkcionalno vrednost. Pri denarnem nadomestilu tako obstaja nevarnost, da človekovo lastno telo postane blago, ki ga lahko drugim ponudi v prodajo. To pa pomeni, da se posameznik razosebi. Kot poudarja moralni teolog Eberhard Schockenhoff, prepoved finančnih spodbud za darovanje organov zato ne temelji samo na bojazni pred zlorabo, ampak v spoštovanju, ki pripada telesu človeka kot telesnemu izrazu njegove subjektivne biti. (Schockenhoff 2013, 385) »Prepoved trgovine z organi je zato z antropološkega vidika treba gledati kot preventivni ukrep, ki naj bi avtonomne subjekte odvrčal od samorazvrednotenja njihove subjektivnosti, ki se daje samo skozi telesni način bivanja.« (Schockenhoff 2013, 385–386)

2.2 Altruizem, solidarnost in recipročnost

Pri doniranju organov, predvsem z ozirom na donatorje, so začeli uporabljati altruizem kot glaven poziv k doniranju. Vendar pa temu mnogi oporekajo ter predlagajo uporabo solidarnosti in recipročnosti kot poziv ljudi k pro-socialnemu ravnanju. Ljudi želijo prepričati s tem, da bodo s svojim dejanjem pozitivno ravnali v odnosu do celotne družbe. (Guttman et al. 2016, 909)

2.2.1 Altruizem

Med temeljnimi vprašanji o odnosih znotraj družbe, ki so povezana s pojmom altruizma, je povezano tudi vprašanje darovanja organov. Pri darovanju je altruizem predvsem uporabljen kot etičen poziv, ki naj bi vplival na pro-socialno ravnanje. Altruizem razumemo kot moralni poziv za darovanje, zato je neposredno povezan z vrednotami družbe. Zato se moramo vprašati, ali je za ljudi tak način prepričevanja za doniranje sprejemljiv. Kljub temu pa je altruizem danes bolj razumljen kot neko namerno in prostovoljno ravnanje, kjer posameznik stori nekaj koristnega za drugega, ne da bi za to v zameno pričakoval kakršnokoli plačilo. S tem dejanjem pa hkrati presega zahteve, ki mu jih postavlja družba. Prav zaradi vseh teh vidikov, ki jih vključuje altruizem, je tako močno povezan s samim darovanjem organov. Darovanje je namreč resna medicinska potreba in vključuje dobro delo posameznika s tem, da se odpove svojim organom. Poleg tega pa imajo na ves proces velik vpliv tudi družbene norme. (Guttman et al. 2016, 909–911)

Že od samega začetka je diskurz o darovanju organov preminulih ljudi poudarjal vrednote povezane z altruizmom. Da bi to tudi etično opravičili, so se sklicevali na pomoč drugemu oziroma na daritev drugemu. Organizacije za oskrbo organov so tudi uradno izjavile, da bi moralo darovanje temeljiti na altruizmu. »To se odraža že v samem pojmu "darovanje" in z opisom darovanja organov kot "daru življenja". Ljudje, ki se odločijo postati darovalci organov, tako sorodniki darovalcev kot tisti, ki so registrirani kot donatorji, so dejali, da je njihova motivacija v glavnem temelji na želji, da bi pomagali drugim, ki so v stiski.« (Guttman et al. 2016, 912) Družinski člani pa so

dodali tudi, da jih tolaži misel na to, da organi preminulega »nadaljujejo« svoje življenje tudi po njegovi smrti. Donatorji so zatorej v očeh javnosti dobri in altruistični ljudje in prav na tem temelji veliko oglasov, ki prepričujejo posameznike k registraciji za darovalca in tudi bližnje k darovanju organov preminulega sorodnika. Vendar pa se oglaševanje doniranja srečuje z različnimi psihološkimi, družbenimi, pravnimi in logističnimi preprekami. V večini držav, tudi če ni pravno določeno, je potrebno za odvzem organa pridobiti soglasje bližnjih sorodnikov, ki v tem času preživljajo emocionalne travme. Poleg tega so tudi nasprotovanja določitvi možganske smrti zaradi verskih in kulturnih prepričanj. Tudi tisti, ki sicer podpirajo darovanje organov, se bojijo, da bi bila zaradi njihovega statusa donatorjev, njihova smrt določena prehitro. Pri oglaševanju darovanja organov je največ pomislekov. V določenih državah, kot smo videli v raziskavah na Švedskem (Omar, Tinghog in Welin 2011) ter v Južni Koreji (Ahn in Park 2016), skušajo darovanje oglašati z ekonomskimi pobudami, ki jim nasprotuje večji del ljudi in zdravniških organizacij. Na drugi strani v Izraelu kot pobudo uporablja sistem prioritete. To pomeni, da imajo tisti, ki sami darujejo, prednost pri prejemu organa, če ga bodo potrebovali. Zagovorniki altruizma pa poudarjajo, da bi bilo potrebno zamenjati bistvo oglaševanja, saj bi le-to moralo pozvati ljudi k »darovanju življenja«, kar pa predpostavlja popoln altruizem. Kot zamenjava bi se lahko za pro-socialen poziv k darovanju obrnili na recipročnost ter na solidarnost. (Guttman et al. 2016, 912–913)

2.2.2 Solidarnost

Solidarnost in recipročnost skupaj predstavljata pro-socialna pojma in sta povezana z družbenimi normami, za katere etiki menijo, da bi morale imeti osrednjo moralno vlogo pri darovanju organov. Solidarnost je širše definirana kot kolektivna dolžnost skrbeti za potrebe in dobrobit drugih, še posebej najbolj ranljivih, s prepoznavanjem podobnosti njihovih potreb z lastnimi potrebami, zaradi česar bi jih lahko premostili s skupnim doprinosom. (Guttman et al. 2016, 913) Čeprav lahko v solidarnosti vidimo le neko predstavo ljudi, ki držijo drug z drugim, pa njeno bistvo predstavlja človekovo vedênje do drugih znotraj družbe. Sodobno pojmovanje jo vidi kot nasprotovanje individualizmu

in atomizaciji znotraj družbe ter kot osnovno družbeno vrednoto, ki vodi do družbene pravičnosti in prerazporeditvi javnih dobrin. Drugi jo razumejo kot predanost določeni skupini, kateri posameznik pripada, in je zatorej močnejša motivacija za darovanje organov kot altruizem. Bila naj bi komunitaren in vodilni moralni pristop, saj človek dela tisto »pravo« stvar, ki koristi družbi kot celoti. Kritiki pristopa pa se sklicujejo na trditve, da s tem ne bi upoštevali avtonomije posameznika ter da nastane dilema, do koga biti in do koga ne biti solidaren. (913)

Pri doniranju organov lahko solidarnost prvič opazimo v ideji Joshue Lederberga, ki je leta 1967 predlagal tako imenovani »vzajemni klub« potencialnih darovalcev organov. Predvideval je, da bi lahko ta shema pomagal rešiti dva največja problema, s katerima se darovanje organov spopada še danes: pomanjkanje organov in racioniranje pri razporeditvi organov. Zavedal se je tudi, da sta ta dva problema med seboj tesno povezana. Razen njegovega predloga do konca 20. stoletja ni bilo drugega vpogleda v ta problem. Kadar se je govorilo o spodbudah za darovanje organov, je na koncu vedno prišlo do istega rezultata: zavračanje denarnih spodbud. Ob tem pa se nikoli niso dovolj posvetili možnosti spodbud, ki niso povezane z denarjem in nagradami. Leta 1997 pa je G. Gubernatis predstavil, kot ga je sam poimenoval, »model solidarnosti«. »Model/sistem darovanje in dodelitev organov je solidaren, v kolikor daje relativno prednost tistim potencialnim prejemnikom organov, ki so se sami izrekli za potencialne donatorje organov.« (Gubernatis 1997, 3264) To pomeni, da je tistim, ki so izrazili svojo pripravljenost donirati, še posebej preden so zboleli in bili postavljeni na čakalno listo, dana prednost kot prejemnikom. V primeru presaditve ledvice, bodo tisti, ki so ledvico darovali že v času svojega življenja, imeli največjo prednost, v primeru, da jim bo po presaditvi druga ledvica začela odpovedovati. Potrebno je dodati, da skupnost solidarnih donatorjev organov ni sestavljena tako, da bi izločevala nečlane. To je skupnost posameznikov, ki vztrajajo, da se poleg medicinskih kriterijev, ki vladajo trenutnemu sistemu razporeditve organov, pacientova lastna pripravljenost donirati upošteva pri določitvi, kdo ima prednost pri zdravljenju. »Z ozirom na model solidarnosti želijo biti ljudje solidarni do vseh drugih, ki trpijo zaradi težkih bolezni, še bolj pa solidarni do tistih, ki so sami solidarni.« (Gubernatis 1997, 3264) Že zaradi etičnih razlogov je zaželeno, da se odločitve, ki so povezane z darovanjem organov, čim

bolj osredotočajo na izjavo namere posameznika v času njegovega življenja. Etični razlogi pa tudi kažejo na to, da naj spodbude ne bi bile povezane z denarjem. Obe etični merili sta upoštevani v primeru uporabe modela solidarnosti. Možnost, da nekdo prejme prednost pri presaditvi v primeru bolezni, bi morala biti zadostna spodbuda za darovanje. Prejemnik je namreč tisti, ki zavezujoče izrazi svojo voljo. Niti sorodniki niti drugi ne morejo spremeniti te odločitve po določitvi možganske smrti. Varno je reči, da bi se v primeru upoštevanja takšne sheme stopnja darovanja organov zvišala. Tudi tragične odločitve, ki morajo biti sprejete pri razporeditvi organov, so posledica dejstva, da je na voljo izjemno malo organov za presaditev. Deloma je za to kriva nepripravljenost darovanja s strani ljudi, zato je to vsaj do neke mere potrebno upoštevati tudi pri odločitvah o razporeditvi. Model solidarnosti doseže točno to. »Zato je zelo očitno, da bi z vzpostavitvijo modela solidarnosti dosegli večjo poštenost in pravičnost pri deljenju organov.« (Gubernatis 1997, 3462) Gledano v celoti, je potrebno poudariti, da bi z vzpostavitvijo takega modela, ki bi temeljil na solidarnosti pri razporeditvi organov, le izboljšali in ne zamenjali obstoječi sistem. Tako bi moral biti prilagojen zahtevam različnih sistemom, ki so uporabljeni v različnih državah. Brez večjih težav bi se prilagodil Eurotransplantu in njegovi lestvici točkovanja. V povezavi s to lestvico, bi morale biti število točk odvisno od tega, ali je nekdo potencialen donator organov po smrti, če je že v času svojega življenja doniral organe v časovnem obdobju med odločitvijo ter časom, ko se je znašel na čakalni listi. (Gubernatis 1997, 3265–3266) Sistem, ki ga je predstavil G. Gubernatis, bi lahko prinesel boljše rezultate pri razporeditvi organov, hkrati pa bi prinesel večjo pravičnost. To pa je predvsem rezultat tega, da ne zahteva večjih sprememb, vendar je prilagodljiv in ga je mogoče priključiti k že obstoječim sistemom.

V tesni povezanosti z modelom solidarnosti pa je tudi recipročnost, ki v medicinskem sektorju velja za načelo pravičnosti. (Gubernatis 1997, 3264)

2.2.3 Recipročnost

Recipročnost je za razliko od solidarnosti videna kot bolj pragmatičen pristop k vplivanju na ljudi, da bi le-ti postali darovalci organov. Recipročnost lahko razumemo

kot temeljno načelo v družbi, ki predvideva, da so ljudje sicer pripravljeni pomagati drugim, vendar le v primeru, da drugi pomagajo njim, ko bo to potrebno. Ni nujno, da jim to pomoč vrnejo isti ljudje. Uporabljen je tudi izraz »recipročni altruizem«, saj nekdo dela dobro, da bi pomagal drugemu v stiski, hkrati pa pomaga sebi. Rezultat tega so številna dejanja drugih ljudi, ki koristijo vsem, kar je dobro razloženo s primerom: »Doniram, ker bodo drugi enako storili zame.« (Guttman et al. 2016, 913). Znanstveniki se strinjajo, da bi lahko recipročnost v primeru doniranja organov bolj privlačila ljudi kot altruizem. Največjo kritiko principu recipročnosti pa poudarja filozof Emmanuel Levinas, ki meni, da je odgovornost za druge stalna moralna zahteva. Pravi, da je to asimetričen odnos, ki ne sme pričakovati ničesar v zameno, kot to predpostavlja recipročnost. Druga kritika pa je, da je recipročnost odvisna od prepoznavanja potrebe drugih. Če torej nekdo ne prepozna potrebe, bi lahko posledično sklepali, da drugi ne potrebuje in ne želi pomoči. (Guttman et al. 2016, 913).

Sistemi recipročnosti, med katere bi lahko do določene mere uvrstili tudi model solidarnosti, so bili med drugim predmet številnih raziskav, predvsem je bil namen letih, da bi dobili vpogled v odnos ljudi do teh sistemov. Želeli so izvedeti, ali je recipročnost videna kot nematerialna spodbuda za povečanje števila doniranih organov ter če se jim tak način pridobivanja donatorjev zdi moralno sprejemljiv.

Ena izmed anket je bila izvedena v Kanadi, kjer so želeli dobiti odziv družbe, ki nima strokovne izobrazbe povezane z darovanjem organov, na sistem recipročnosti, s tem da so vključili odzive odločenih darovalcev nasproti odzivom tistih, ki se za to še niso odločili. To spletno anketo je med 11. ter 22. junijem izvedla kanadsko anketno podjetje Ipsos Reid. Poudarek je bil predvsem na dojemljanju poštenosti ter učinkovitosti recipročnega sistema. Rezultati raziskav, ki so videni v tabeli, so pokazali, da med udeleženci ni bilo močnejšega odziva na poštenost sistema: (Burkell, Chandler in Shemie 2013, 963–964)

Odziv na predlagan sistem recipročnosti

	Se strinjam (6-10)	Nevtralno (5)	Se ne strinjam (0-4)	Povprečje
Ta sistem bi povečal preskrbo z organi	61%	19%	20%	6.4
Ta sistem bi me spodbudil, da bi postal darovalec	52%	18%	30%	5.7
Ta sistem bi bil primeren glede na pomanjkanje organov v Kanadi	54%	17%	29%	5.8
Ta sistem bi bil pošten do vseh potencialnih prejemnikov organov	46%	17%	37%	5.2
Ta sistem bi bil pošten do vseh Kanadčanov	44%	16%	39%	5.1
Ta sistem bi bil usklajen s kanadskimi vrednotami	37%	20%	43%	5.0

Z uporabo lestvice od 0 do 10, kjer velja, da je rezultat od 0 do 4.9 proti takim sistemom, ter 5.1 do 10 za uvedbo takega sistema, so že odločeni dosegli rezultat 5.1, neodločeni pa 5.6. Kljub temu, da se je večina udeležencev strinjala, da ni pravično sprejeti organ, ne da bi sam daroval, s čimer so podprli idejo recipročnosti, so le redki sprejeli z na videz naravnim dodatkom te ideje, da bi bil urejen sistem recipročnosti pravičen. Eden izmed glavnih razlogov za tako razmišljanje je bila skrb, da obstaja možnost, ko bi lahko tak sistem neprimerno kaznoval posameznike, ki imajo legitimne razloge za zavrnitev doniranja. V nasprotju s poštenostjo pa je rezultat učinkovitosti bolj

pozitiven, saj je bil na prej omenjeni lestvici v povprečju dosežen rezultat 6, torej večja je nagnjenost k temu, da bi bil tak sistem učinkovit. Tisti, ki so bili bolj nagnjeni k registraciji za donatorja, so recipročnost ocenili kot bolj učinkovito v primerjavi z ostalimi. Hkrati pa so rezultati dali globlji vpogled na vpliv recipročnosti na odločitev o registraciji. Raziskava je namreč pokazala, da še neodločenih darovalcev, ki imajo zadržke do darovanja zaradi verskih in kulturnih dejavnikov, po vsej verjetnosti sistem recipročnosti ne bo dovolj motiviral, da bi se odločili darovati. Odločitev je, na podlagi rezultatov te raziskave, bolj emocionalna kot pa racionalna. (Burkell, Chandler in Shemie 2013, 980–981)

Druga raziskava pa je bila izvedena v Izraelu, kjer so člani z oddelka za komunikacijo Univerze v Tel Avivu ter fakultete Ono Academic, ki se nahaja v Kiryat Ono. Izvedena je bila med medicinskim osebjem, torej tistimi, ki so neposredno udeleženi v procesu presaditve organov. Poziv k recipročnosti je bil mnogim neznan in je zato prejel mešane odzive, v glavnem pa so to idejo podpirali. Nekateri so prepoznali povezavo s solidarnostjo, vendar so jo definirali kot bolj optimalno, saj vključuje utilitaristične in moralne vrednote. S tem naj bi recipročnost ljudi prepričala, saj se sklicuje tudi na lastni interes posameznika. Videli so jo tudi kot pragmatičen pristop, katerega rezultat je »iz srca« storjeno dobro delo. Recipročnost pa je bila deležna tudi kritik, saj naj bi tako razmišljanje v ospredje postavljalo lastno korist kot temeljno življenjsko silo. Glavna motivacija pri registraciji za donatorja bi namreč morala biti pomoč drugemu. Raziskava je v celoti potrdila, da je recipročnost pravičen in pošten pristop s praktičnimi rešitvami, ki ljudem olajšajo odločitev in jim približajo doniranje organov. (Guttman et al. 2016, 922)

Brez dvoma bodo medicinska merila imela ključno vlogo ne le v sedanjih, ampak tudi v prihodnjih ustanovah, ki se ukvarjajo z razporeditvijo organov. Na drugi strani pa se bodo, pojavljali problemi s pravičnostjo porazdelitve organov, ki jih ne bodo mogli rešiti le medicinski kriteriji. Zanimarjanje nemedicinskih vidikov pa pripelje do številnih nepravičnosti, kar je razvidno iz naslednjih dveh primerov, ki jih navaja Gubernatis. V prvem primeru posameznik svoji sestri v času svojega življenja daruje ledvico, čez nekaj let pa mu druga ledvica odpove. Ta človek že več let čaka na nov organ in umira na dializi. V drugem primeru pa imamo dva posameznika: prvi je

pripravljen darovati še preden sam potrebuje organ, drugi pa se za to odloči šele, ko je bolan. V kolikor je drugi na čakalni listi le en dan več, ima po sistemu prednost pred prvim, saj se ne upošteva pripravljenost, ki jo je že pred potrebo izrazil prvi. (Gubernatis 1997, 3266)

Zaradi pomanjkanja organov po vsem svetu iščejo nove načine, kako bi povečali število donatorjev. Kot smo videli, je eden izmed načinov denarna spodbuda. Raziskave v Južni Koreji so pokazale, da tak sistem ne bi bistveno izboljšal stanja, medtem ko bi v Nemčiji tak sistem bolje učinkoval. Tudi na Švedskem so vsaj nekateri (Omar, Tinghog in Welin 2011) v tem videli možno rešitev. Vseeno pa večina takega načina še ne sprejema, saj vidi darovanje kot altruistično dejanje. Torej kot solidarno dejanje, katerega namen je pomagati drug drugemu. Raziskavi v Izraelu ter Kanadi pa sta pokazali, da je družba, tako strokovno usposobljeni del kot tudi ostali, naklonjena sistemu recipročnosti. Rezultati kažejo, da je recipročnost bolj učinkovita, kot je altruističen pristop, saj predstavlja bolj pragmatičen pristop. Ljudje bi lažje darovali organ, če bi vedeli, da ga bodo ob potrebi tudi sami dobili. Vsi ti pristopi imajo svoje prednosti in svoje pomanjkljivosti. Materialna nagrada bi povečala število organov, vendar bi preveč posegla v dostojanstvo človeške osebe. Nematerialni pristopi bi bili sicer najbolj pošteni, vendar ne bi bistveno vplivali na stanje števila razpoložljivih organov za presaditev. Korak v pravo smer je zagotovo izobrazba družbe. O darovanju je večina premalo poučena in ta tematika jim je precej tuja. Zato je potrebno, da se o doniranju ter transplantaciji začne več govoriti. Z več znanja se bo povečala tudi pripravljenost ljudi za doniranje ter število donatorjev.

3. Nepravičnost do donatorjev v procesu pridobivanja organov

Poleg nepravičnosti, ki so neposredno povezane s trenutnimi sistemi znotraj medicine, ki določajo dodelitev organov, pa so prisotne tudi druge nepravičnosti, povezane s krivičnim odvzemom organov. Tu so v ospredje postavljeni zaporniki, ki so zaradi pomanjkanja organov za transplantacijo mnogokrat uporabljeni kot »skladišče organov«. Prav tako pa obstajajo primeri, kjer kratijo pravice tistim, ki jim zaradi prevelike potrebe po njihovih organih, po možnosti z evtanazijo predčasno zaključijo življenje, kot bo bolj podrobno prikazano v nadaljevanju.

3.1 Pridobivanje organov po izvedeni evtanaziji

V času soočanja s pomanjkanjem organov, ki bi lahko rešili mnogo življenj, je treba iskati nove rešitve, nove ideje, da bi lahko rešili življenja, ki bi bila sicer izgubljena. Eden izmed potencialnih virov organov, ki nam je na voljo, še zdaleč ni izkoriščen. Imamo namreč mnogo pacientov, ki vsak dan pod nadzorovanimi razmerami umirajo v bolnišnicah, njihovi organi pa bi lahko rešili življenja drugih. Večino teh posmrtnih ostankov pa se zažge in zakoplje. Prav zaradi obsežnosti težave, ki jo povzroča pomanjkanje organov, je prišlo do velike spremembe v odnosu do, v pravnem položaju in v medicinski oskrbi, umirajočih in mrtvih pacientov. Ta težava je pripomogla k razvoju in razširitvi sprejema kriterija možganske smrti. V zadnjem času se je ponovno pojavila tudi ideja o doniranju po srčnem zastoju. Predstavlja pa tudi glavno motivacijo za sklenitve sporazuma o spremembah procesa doniranja v državah, kot so Velika Britanija, Nova Zelandija in Avstralija. (Wilkinson in Savulescu 2012, 32)

3.1.1 Evtanazija in doniranje v Belgiji ter na Nizozemskem

Evtanazijo se lahko definira kot načrtno končanje življenja s strani zdravnika na prošnjo pravno pristojnega odraslega človeka, ki je ob času izreka prošnje pri zavesti. Prošnja mora biti prostovoljna, dobro premišljena, večkrat ponovljena, prav tako pa posameznik, ki sprejme tako odločitev, ne sme biti pod nikakršnim zunanjim pritiskom.

Pacient mora biti v življenjskem stanju, ki je z zdravstvenega vidika nesmiseln. Hkrati mora prenašati stalno in nevzdržno fizično ali psihično trpljenje, ki ga je nemogoče ublažiti in je rezultat resne ter neozdravljive motnje, ki izhaja iz bolezni ali nesreče. »V kolikor pacient ni v zadnji fazi bolezni, se morata zdravnik, ki naj bi opravila evtanazijo, posvetovati s še tretjim zdravnikom, ki je lahko psihiater ali specialist za določeno bolezen. Med pisno prošnjo ter samo izvedbo mora preteči vsaj en mesec. Vsak tak uboj iz usmiljenja mora biti prijavljen zvezni komisiji, ki pri samem postopku in nepravilnostih posreduje, v kolikor je to potrebno.« (Ysebaert, Van Beeumen et al. 2009, 585–586) Vendar pa Svetovno zdravniško združenje vidi tako evtanazijo kot pomoč pri samomoru v nasprotju z osnovnimi etičnimi vidiki medicinske stroke in močno obsoja obe dejanji ter spodbuja vse zdravstvene organizacije ter zdravnike, da naj pri tem ne sodelujejo, tudi če jim po zakonu njihova država to dovoljuje. Čeprav je evtanazija prepovedana po skoraj vseh državah na svetu, pa je bila v Belgiji legalizirana leta 2002 za odrasle pod strogimi pogoji. Podoben zakon so leta 2001 sprejeli tudi na Nizozemskem. (Ysebaert, Van Beeumen et al. 2009, 585–586)

Čeprav je teoretično mogoče in pravno dopustno, pa je donacija organov po evtanaziji na Nizozemskem precej redka. Povezanost doniranja in evtanazije je namreč zdravstveno etično in tudi politično precej občutljiva zadeva. Od leta 2001, ko je bila evtanazija na Nizozemskem zakonsko dovoljena, je bilo do leta 2010 3136 poročil o izvedbi evtanazije, do leta 2014 pa 5306. Nekateri izmed teh pacientov so izrazili željo, da bi po smrti donirali organe. Povezava teh dveh dejanj pa je na Nizozemskem in tudi v Belgiji zelo redka. V Belgiji je med leti 2005 in 2012 le devet pacientov darovalo organe po izvedeni evtanaziji. Leta 2012 in 2013 je s podobnim postopkom doniralo sedem pacientov. Na Nizozemskem je bilo izvedenih le 16 donacij v povezavi z evtanazijo med leti 2012 in 2016. Povsem jasno je, da zaradi različnih bolezni niso vsi pacienti primerni za darovanje. Večino tistih, ki so lahko donirali organe po evtanaziji, so oddali prošnjo na podlagi bolezni, kot je multipla skleroza. Le 5 do 10% ljudi s prošnjo po končanju življenja naj bi bilo primernih za odvzem. Če bi upoštevali vsakega izmed teh, bi to prineslo od 200 do 400 novih darovalcev na leto, kar predstavlja veliko število za transplantacijo primernih organov. (van Wijngaarden, van Westerloo in Ringers 2016, 3061–3062)

3.1.2 Potek odvzema po evtanaziji

Trenutna donacija organov je možna s strani dveh podskupin pacientov, ki jih pri življenju ohranjajo le še naprave. Pacientom, ki se jim določi stanje možganske smrti, se lahko odvzame organe, medtem ko se ostale telesne funkcije ohranjajo mehanično. Druge paciente, ki niso možgansko mrtvi, pa se jih dokončno odklopi od življenjske podpore – izvede se evtanazija. Ko se jim ustavi srce, so taki pacienti proglašeni za mrtve in njihovi organi so na voljo za odvzem. Slednji postopek imenujemo tudi donacija po zastoju srca. Taka donacija naj bi predvideno zvišala število darovalcev organov za več kot 30%. Vendar pa je ta praksa še vedno povezana s številnimi praktičnimi omejitvami. Medtem ko donacija po možganski smrti omogoča transplantacijo trebušnih in torakalnih organov, pa donacija po zastoju srca omogoča le odvzem torakalnih. Trebušnim organom se namreč poveča možnost poškodbe, če jim ogrozimo dotok krvi in kisika. Če imajo torej pacienti pred smrtjo obdobje nizkega krvnega pritiska in nizko raven kisika v krvi, ali če se presaditev ne izvede takoj po smrti, obstaja velika možnost, da organi ne bodo več primerni za transplantacijo. Mnoge smernice določajo časovno obdobje, ki lahko mine od prekinitve življenjske podpore do smrti, po katerem pacienti postanejo neprimerni za tak način darovanja. Pravijo, da naj bi imeli za presaditev jeter na voljo le 30 minut po evtanaziji, medtem ko se lahko ledvica in trebušna slinavka odvezmeta v eni uri po smrti. (Wilkinson in Savulescu 2012, 35)

Poleg tega morajo biti organi odvzeti zelo hitro, zato se donatorje odklopi od življenjske podpore kar v operacijski sobi, da so kirurgi takoj pripravljeni na odvzem. To pa povzroči vznemirjanje in stisko družinskih članov, ki želijo biti v času smrti ob pacientu. Hkrati pa tak postopek onemogoča, da bi bili družinski člani s svojim bližnjim tudi po smrti. Pri doniranju po izvedeni evtanaziji je prišlo do napredka, ki omogoča uspešno izvedbo ter večje število organov za presaditev. Posegi pred in po smrti omogočajo, da so organi primerni za presaditev. Pred smrtjo lahko infuzija zdravil, kot je heparin, zaustavi nastajanje krvnih strdkov znotraj organov, ko se pretok krvi prekine. Prav tako se lahko vstavi arterijski ali venski kateter v času, ko je pretok krvi še stabilen. S tem je omogočena infuzija mrzle tekočine po smrti. Lahko pa se organe takoj po smrti prestavi

v naprave, ki vzdržujejo pretok krvi ter kisika, in s tem podaljšajo delovanje organov. (Wilkinson in Savulescu 2012, 35–36)

V primerjavi s standardnim postopkom donacije organov se donacija po evtanaziji razlikuje od drugih na več načinov. Prva razlika je, da se mora primernost darovanega organa preveriti veliko prej. Pomembno je, da se pridobi mnenje več različnih zdravniških specialistov, ki z dodatnimi testi že v zgodnji fazi minimalizirajo obremenjenost pacienta. Prav zaradi takih primerov je dobila računalniška tomografija prednost pred bronhoskopijo. Ta proces zahteva veliko časa in lahko močno vpliva na pravi trenutek za evtanazijo. Postopek odvzema organov mora biti izveden le v bolnišnici po sprejemu na enoti za intenzivno nego. Evtanazija mora biti izvedena v neznanem okolju, kar lahko pacientu ne ustreza. Poleg tega se ne sme spregledati pravnih, etičnih ter organizacijskih vidikov opravljanja evtanazije na enoti za intenzivno nego. Zdravniki ter medicinske sestre na enoti ne vedo nič o stanju potencialnega darovalca, vendar so vseeno vključeni v proces darovanja in evtanazije. Pravično bi bilo, da bi se medicinsko osebje prostovoljno odločilo za sodelovanje v takem postopku. (van Wijngaarden, van Westerlo in Ringers 2016, 3062–3063)

3.1.3 Etičnost doniranja po evtanaziji

Ti postopki pa so deležni tudi pomislekov, predvsem z etičnega vidika. Nekateri posege, ki so opravljeni pred smrtjo, kritizirajo zaradi dejstva, da pacientu/donatorju ne prinašajo koristi. Drugi menijo, da bi donatorju lahko škodovali s tem, ker bi mu povzročili bolečine zaradi premajhne količine analgetikov, spet drugi opozarjajo, da kateri izmed udov ne bi dobil zadostne količine kisika, lahko pa bi prišlo tudi do krvavitve ali bi celo pospešili pacientovo smrt. Posmrtni postopki, ki omogočajo povrnitev prekrvavitve ali transplantacijo srca, pa sprožajo vprašanje o definiciji smrti. »Kot primer, v kolikor je mogoče prekrvavitev po smrti umetno vzpostaviti, se ne more reči, da je stanje nepovratno, ter da je pacient po definiciji mrtev. Poleg tega pa običajno možganska smrt nastopi kmalu po prekinjeni prekrvavitvi.« (Wilkinson in Savulescu 2012, 36) Tako pacienti, ki izpolnjujejo pogoje za srčno smrt, kmalu izpolnjujejo tudi pogoje za možgansko smrt. Zaradi napredka znanosti pa se lahko zgodi, da je človek

možgansko že mrtev, srčno pa še ne. Zgodi se, da srce začne znova biti, saj preko njega steče kri, ki je polna kisika. Da bi rešili te pomisleke, so začeli kirurgi uporabljati zdravila, ki preprečijo bitje srca. Razvili pa so tudi različne postopke, ki omogočajo prekrvavitev samo trebušnih organov. Ti nekonvencionalni postopki preizkušajo meje določitve smrti ter dopustnost donacije organov na tak način. Prikazujejo napetost med na eni strani potrebo po čim večjem številu organov, na drugi strani pa imamo paciente, ki zato umirajo. Wilkinson in Savulescu opozarjata, da se je treba odločiti, ali se je potrebno držati načel, ki trenutno veljajo pri transplantaciji organov. Treba se je vprašati, kakšne so etične norme, povezane s transplantacijo in ali le-te dopuščajo doniranje po evtanaziji. (Wilkinson in Savulescu 2012, 36)

Prvi izmed etičnih vidikov, ki jih je potrebno upoštevati, je, da potencialni donatorji organov niso na noben način oškodovani. Nekatere vrste oškodovanja pa so kljub temu dovoljene. To je manjša škoda, ki jo mora odobriti pacient, ali pa škoda, ki je nujna, da bi se doseglo večje dobro. Ker je pri doniranju organov korist na strani prejemnikov, naj se donatorju ne bi povzročalo večje škode. Kadar obstaja možnost izbire enega od postopkov, kjer vsi prinašajo enak rezultat, vendar bo eden manj škodoval donatorju, se mora nujno izbrati slednji. Poleg tega je potrebno spoštovati avtonomijo pacienta. Potrebno je spoštovati tako tiste, ki izrazijo željo po darovanju, kot tudi tiste, ki je ne. Potrebno je preprečiti, da bi določena načela preprečila darovanje tistim, ki izrazijo željo, ali pa da se jim organe odvzame proti njihovi volji. V obeh primerih gre za kršenje avtonomije posameznika. Večkrat pa zaradi neodločenosti pacienta v času življenja odločitev o darovanju preide na družinske člane. Njihovo odločitev je prav tako potrebno sprejeti, ne glede na to, ali se njihove želje ujemajo z željami pacienta ali ne. Naslednje načelo je, da se pod nobenim pogojem ne sme še živečemu človeku odvzeti organov in je potrebno počakati na razglasitev smrti. Tu lahko upoštevamo tudi možgansko smrt, ki naj bi bila tista kritična, vendar sprejemljiva točka, po kateri bi bil odvzem organov sprejemljiv. Pred tem bi se lahko zgodilo, da bi pacient zaradi posega trpel. Najpomembnejše načelo pa je prepoved ubijanja pacientov. Čeprav je evtanazija dovoljena le redko kje, pa naj nikjer ne bi zdravniki ubijali svojih pacientov. Tu se pojavi glavni dvom, saj ni nikjer razjasnjeno, ali evtanazija spada v kategorijo uboja. (Wilkinson in Savulescu 2012, 37-38)

Etično sporno pa je že samo dejstvo, da povezujemo dejanji evtanazije ter doniranja organov. Zdravniki in drugi vpleteni v presajanje organov v Belgiji se strinjajo, da je nujno potrebno jasno razločevanje med zahtevo po evtanaziji, evtanazijo samo ter postopkom pridobivanja organov (Ysebaert, Van Beeumen et al. 2009, 585). Tudi Rimsko katoliška Cerkev nasprotuje povezovanju teh dveh dejanj. V kolikor je prostovoljno in nesebično dobrodelno dejanje, je doniranje organov podprto s strani rimskokatoliške Cerkve. Težavo pri tej povezavi pa predstavlja evtanazija, saj po prepričanju Cerkve človek ne more razpolagati s svojim telesom, kar pa spada med ključne pravice človeka kot osebe. (van Ittersum in Hendriks 2012, 433) Pravno gledano sta to sicer dva ločena postopka, vendar pa imata kljub temu velik vpliv drug na drugega. Skupaj predstavljata dejanje, ki ga je pred izvedbo potrebno dobro organizirati, se ustrezno pripraviti in se o tem pogovoriti z vsemi, ki bodo del tega postopka. (van Wijngaarden, van Westerloo in Ringers 2016, 3063)

3.2 Odvzem organov zapornikom

»Težnja k poizkusu zmanjšanja razlike med potrebami in trenutnim stanjem števila organov je nedavno prispela do zaporniških vrat.« (Caplan 2011, 1) Odločitev za to pa s seboj prinaša tako praktične kot tudi moralne pomisleke, hkrati pa ne bi s tem dosegli večje razlike pri pridobivanju organov. Tako bi problem, ki naj bi ga imel tak način pridobivanja namen rešiti, še vedno obstajal. (Caplan 2011, 1)

Poglejmo si trenuten položaj v ZDA in na Kitajskem. V obeh državah – v ZDA sicer ne v vseh zveznih državah – je smrtna kazen po zakonu še vedno dovoljena. Ker pa ti državi predstavljata dve različni kulturi ter dva različna načina mišljenja, je tudi odziv družbe na pridobivanje organov po smrtni kazen precej različen.

3.2.1 Položaj v ZDA

V večini zveznih držav ZDA kaznjenci, tako običajni, kot tudi tisti, ki so obsojeni na smrtno kazen, ne morejo donirati svojih organov. Marsikdo temu nasprotuje, saj naj bi kljub velikemu povpraševanju po organih kratili pravice zapornikom, ki izrazijo

pripravljenost za darovanje v času življenja ali pa po smrti. Mnogi nasprotujejo taki ideji zaradi velikega tveganja, predvsem v povezavi z zdravstvenim stanjem ter starostjo zapornikov ter posledično neprimernosti organov. (Weichert 2016, 277–278) Povprečno obdobje od obsodbe zapornika do izvršitve zaporne kazni traja 10,6 let. To pomeni, da so v času usmrčitve običajno stari več kot petdeset let, kar drastično zmanjša možnost, da bi bili primerni za darovalca. Prav tako se ne more upoštevati zapornikov, ki so zaprti zaradi povezav z drogo ali posilstva, saj se v zaporu hitro širijo HIV, hepatitis ter druge spolno prenosljive bolezni. Prisotnost teh bolezni je v zaporih veliko višja kot v preostali družbi. Še posebej tisti, ki so obsojeni na daljše časovne kazni, so bolj izpostavljeni takim boleznim, s tem pa si onemogočijo, da bi lahko postali donatorji, saj bi lahko ogrozili življenje prejemnika. (Caplan 2011, 2) Zapor okrožja Maricopa v Arizoni pa kljub nasprotovanju združenja, ki v ZDA skrbi za razdeljevanje organov, izvaja program, ki dovoljuje doniranje določenih organov. Ko zapornik pride v zapor, mu ponudijo možnost, da se registrira kot donator. To velja za zapornike, ki so v priporu ali pa so obsojeni na manj kot leto dni zaporne kazni. Ko so izpuščeni, ostanejo na seznamu potencialnih donatorjev, vendar pa ne spadajo več v kategorijo visokega tveganja. Potrebno pa je vedeti, da večino programov, ki kaznjencem omogoča darovanje, to omogoča le po njihovi smrti. Bojijo se namreč, da bi pri darovanju v času življenja prišlo do zlorab, kot so prisila ali krajšanje zaporniške dobe zaradi darovanja. Prav slednjo možnost so nekateri zakonodajalci že predlagali. V Južni Karolini so tako leta 2007 predlagali zakon, ki bi skrajšal čas prestajanja zaporne kazni tistim, ki bi darovali kostni mozeg ali ledvico. Taki predlogi pa so popolnoma neetični, saj bi delovali na način podkupnine. (Weichert 2016, 278–280) Obljube nagrad bi bilo potrebno zamenjati s spodbujanjem, da bodo s tem storili dobro delo ter bo to upoštevano pri morebitnem pogojnem izpustu, ne bo pa le-tega zagotavljalo. (Caplan 2011, 4–5)

Na smrt obsojeni zaporniki niso v nič boljšem položaju. Niti v času življenja niti po smrti ne morejo postati darovalci. Nekateri so namreč mnenja, da v času prestajanja kazni nimajo niti pravice do svojega telesa. Drugi pa verjamejo, da bo darovanje zmanjšalo kazensko naravo, ki jo ima sama smrtna kazen. Drugače povedano bi tako dejanje altruizma »olepšalo« smrtno kazen, ki bi izgubila svojo resnost. (Weichert 2016,

280–281) Družinski člani žrtve bi težko sprejeli smrtno kazen kot povračilo za njihovo trpljenje, v kolikor bi bil obsojeni s strani ljudi in medijev pred izvedbo kazni prepoznan kot altruističen človek, ker je daroval organe. Vprašanje je tudi, ali je možno smrtno kazen videti kot družbeno koristno dejanje. Čeprav so potrebe tistih, ki potrebujejo organe, resnične, pa ni naloga kazenskega sistema služiti medicinskim potrebam, ampak doseči pravico za tiste, ki so bili oškodovani, ter njihove bližnje in hkrati onemogočati prihodna kriminalna dejanja. Lajšanje grozote usmrtitve z možnostjo doniranja torej ne sovпада z bistvenim namenom usmrtitve. Država pa bi lahko začela kratiti pravice zapornikov, če bi začela usmrčevati ne zgolj zaradi potrebe povračila za storjeno dejanje. V kolikor bi se pojavila možnost doniranja organov po usmrtitvi, bi to lahko predstavljalo spodbudo zapornikom ter njihovim odvetnikom, da bi nasprotovali taki kazni, če bi obsojenci verjeli, da se bodo oddolžili za svoje dejanje in bi se jih spominjali v dobri luči, ker so bili pripravljeni donirati. Moralno sporno pa je tudi vprašanje vloge zdravnika pri postopku usmrtitve. Mnoge zdravstvene organizacije menijo, da zdravniki ne bi smeli biti prisotni niti pri usmrtitvi niti pri določitvi smrti po izvedenem dejanju. (Caplan 2011, 3–4) Njihova prisotnost je z etičnega vidika prepovedana, ker krši etične temelje samega poklica. Svetovno zdravniško združenje obsoja njihovo sodelovanje pri usmrtitvah. »Čeprav lahko prisotnost zdravnika v nekaterih primerih domnevno zmanjša bolečino v procesu usmrtitve, pa nekateri navajajo druge razloge, ki zavračajo prisotnost zdravnika.« (Weichert 2016, 288) Prisotnost zdravnika naj bi le prikazovala sočutje do usmrčenega ob sicer grozljivem dejanju. Poleg tega bi njegova prisotnost lahko nakazovala na lažno medicinsko legitimnost. Tretji razlog za nasprotovanje pa je, da bi zdravnik v imenu države deloval kot izvrševalec smrtne kazni. Prav zaradi teh razlogov je njihovo ravnanje videno kot negativno in to je pripeljalo do tega, da v dveh zveznih državah ZDA ne smejo biti prisotni ob usmrtitvi. (Weichert 2016, 287–288)

Kot smo videli, v ZDA darovanja s strani še živečih zapornikov družba še ni sprejela. V tem primeru gre predvsem za skrb o slabih razmerah, v katerih zaporniki živijo, s tem pa je posledično tudi večja možnost bolezni ter neprimernost darovanega organa. Pri darovanju s strani na smrt obsojenih zapornikov pa prevladujeta dva vidika, zaradi katerih tako dejanje ni sprejeto. Prva skrb je, da bi darovanje omililo smrtno kazen.

Namen le-te je kaznovati obsojenca, darovanje pa bi lahko v očeh družbe iz slednjega naredilo dobrodelneža. Druga težava pa je udeleženosť zdravnika pri usmrtitvi ter odvzemu organa, saj s svojim prisostvovanjem krši etične norme, ki mu jih predpisuje njegov poklic. Ne glede na polemike takšnega delovanja pa darovanje s strani zapornikov v ZDA ne bi bistveno izboljšalo stanja razpoložljivih organov. Treba je namreč vedeti, da se za ustreznost organa upoštevata starost ter zdravstveno stanje zapornika, ki pa mora biti tudi sam pripravljen darovati. Takih, za katere velja vse naštetu, pa ni dovolj, da bi se stanje števila organov za transplantacijo v večji meri izboljšalo.

3.2.2 Položaj na Kitajskem

Še bolj zaskrbljujoče pa je stanje na Kitajskem, kjer se med vsemi državami sveta izvede največ smrtnih kazni. Letno izvedejo približno 5000 usmrtitev. Kot primer, na drugem mestu jih Iran izvede okoli 400, nobena druga država pa ne več kot 100; za Severno Korejo ni podatka, saj ne poroča o izvedenih smrtnih kaznih. (Caplan 2011, 2) Na smrt so obsojeni kriminalci, ki so zagrešili umor, posilstvo, ki se konča z umorom, ter rop, ki se konča z umorom. Obsojeni so usmrčeni s strelom. Če sta obsojenec in njegova družina privolila v doniranje organov, bodo odvzeli organe takoj po usmrtitvi. V večini primerov usmrčenemu odvzamejo ledvice, v nekaterih pa celo jetra. Večino donacij organov na Kitajskem pridobijo prav od usmrčenih zapornikov. Celoten proces vsebuje sodelovanje usmrčenega, njegove družine, lokalne sodne oblasti ter bolnišnice, v kateri bo kasneje izvedena transplantacija. V večini primerov gre za prostovoljno privolitev v darovanje organov, vendar pa je znanih tudi nekaj primerov, kjer so družinski člani trdili, da so bili organi usmrčenega odvzeti brez privolitve obsojenega ali njegovih sorodnikov. Prostovoljno darovanje po usmrtitvi nasprotuje zahodnemu načinu razmišljanja. Ob vseh kritikah takšnega delovanja na Kitajskem namreč nihče ne upošteva družinske naravnosti Kitajcev, ki izhaja iz Konfucijeve etike. Z vidika te etike bi morali imeti tudi na smrt obsojeni možnost storiti krepostno dejanje. Ne bi se jim smelo odvzeti možnosti darovanja in s tem pomoči drugemu, ko bodo oni že zapustili ta svet. Tudi v medicini upoštevajo Konfucijeva načela *ren* –

človeškost/dobrost, *yi* – primernost in pravičnost, ter *cheng* – resnicoljubnost in zanesljivost. Čeprav jim vlada tega ne naroča, pa jim zdravniki in tudi preostali državljani še vedno sledijo. S tem razlogom mnogi državljani Kitajske verjamejo, da lahko donacija organov koristi ne le prejemnikom, ampak tudi donatorjem, torej usmrčenim. Dobro delovanje sistema darovanja organov je mogoče zaradi dobrega odnosa v Kitajski družbi. Če ne bi bilo zaupanja v integriteto sodnega sistema, bi bil le redko kdo pripravljen darovati organe po svoji smrti. Kljub temu da bi to nekateri vseeno želeli, pa obstaja velika možnost, da bi temu nasprotovali družinski člani. (Wang in Wang 2010, 198–202)

Družinski pogled na samo dejanje se močno razlikuje od individualizma in avtonomije Zahoda. Zahodne organizacije moti pomanjkanje individualističnega pristopa in meni, da prevelika usmerjenost na družino krši človekove pravice. Zaradi napačnega razumevanja pa so Kitajci pridobili navado, da o teh dejanjih raje molčijo. Molk pa je kljub dobremu namenu etično problematičen. Zaradi njega nihče od zunaj ne more vedeti, kaj se dogaja znotraj sistema darovanja po usmrčitvi. (Wang in Wang 2010, 200) Še huje pa je, da lahko molk povzroči zlorabo darovanja organov. Potrebno bi bilo spremeniti zakon, ki zahteva molk, da bi dosegli preglednost sistema ter bi vzpostavili ukrepe, ki bi preprečili zlorabe. Obstajati pa mora tudi zakon, ki zagotavlja, da bo doniranje organov posledica svobodne odločitve donatorja in njegove družine. Poleg tega pa mora zagotavljati, da za darovanje ne bo nobenega nadomestila ali dobička. S tem bi bil vzpostavljen pošten, pravičen ter odprt sistem za razporeditev doniranih organov, ki bi preprečil nepošteno ter nepravilno izkoriščanje človeških organov. (210–211)

V mnogih mednarodnih razpravah zahodni novinarji ter učenjaki kritizirajo donacijo organov na smrt obsojenih oseb na Kitajskem. Leta 2006 je Svetovno zdravniško združenje sprejelo sklep, ki poudarja pomembnost svobodne izbire doniranja organov. Prav tako je bilo od Kitajskega zdravniškega združenja zahtevano, da prepove vsako delovanje, ki nasprotuje etičnim načelom ter osnovnim človekovim pravicam, hkrati pa mora združenje zagotoviti, da kitajski zdravniki ne bodo udeleženi v postopku odvzema ter transplantacije organov usmrčenih zapornikov. Sklep Svetovne zdravniške organizacije je od Kitajske zahteval takojšnjo prekinitve prakse, ki uporablja zapornike

za pridobitev organov. To je povzročilo, da je Kitajska zdravniška organizacija 7. oktobra 2007 v Kopenhavnu na Danskem na Mednarodni zdravniški konferenci popustila ter privolila, da organi zapornikov ne bodo uporabljeni za transplantacijo, razen za člane njihove ožje družine. Vendar to kitajska družba zaradi konfucijanske miselnosti ni dobro sprejela. (198–199) V tem času so se pojavili tudi prvi pomisleki z Zahoda, predvsem v povezavi z izvorom darovanih organov. Kot odziv na obsodbe, ki so prihajale iz tujih držav, je kitajski režim po več letih (še leta 2015) oznanil, da ne bo več uporabljal organov usmrčenih zapornikov, ampak bodo popolnoma prešli na sistem prostovoljnega darovanja. (China organ harvest research center 2018, 11) Sistem COTRS – China Organ Transplant Response System, ki je bil razglašen avgusta 2013, pa ni mogel zadovoljiti potreb po organih. To pa naj bi bil po besedah Huanga Jiefu, podpredsednika Ministrstva za zdravje na Kitajskem, problem premajhnega števila centrov za izvajanje transplantacij. Rekel je tudi, da imajo dovolj organov. Leta 2017 so štiri nove klinike dobile potrdilo za izvajanje transplantacij. Po uradnih poročilih je Kitajska tega leta izvedla 50% več presaditev kot leto prej. Raziskave prek telefona med julijem 2016 ter junijem 2017 so dobile podatek, da so organi na Kitajskem visoke kvalitete, nekatere bolnišnice pa so celo trdile, da jih imajo preveč. Kljub temu pa večino organov za presaditev ni prišlo iz sistema COTRS, saj bolnišnice niso imele dostopa do njega. COTRS naj bi predstavljal tako imenovano »novo ero« etičnega načina pridobivanja organov na Kitajskem. Do konca leta 2017 je bilo, po uradnih podatkih, registriranih 373,536 donatorjev. V primerjavi z razmerjem med registriranimi in dejanskimi donatorji v ZDA bi to pomenilo manj kot 29 donatorjev na Kitajskem. Ti podatki nakazujejo, da Kitajska ni vzpostavila transparentnega ter etičnega sistema darovanja organov. Komercializacija ter pomanjkanje preglednosti sta pripeljala do tega, da so potencialni darovalci in njihove družine izgubile zaupanje v kitajski sistem darovanja organov. (14–16)

»Ves ta napredek se je zgodil v času pomanjkanja večjih prostovoljnih donacij in nadzora nad Kitajskim sistemom presaditve organov. To pa postavi vprašanje o resničnem izvoru presajenih organov na Kitajskem.« (China organ harvest research center 2018, 14)

Kitajska kljub obljubam ni prekinila pridobivanja organov s strani usmrčenih zapornikov. Res, da so ustanovili bolj etičen sistem pridobivanja organov, vendar smo po rezultatih raziskav videli, da je to le krinka, ki prikriva nadaljnje neetično delovanje. Na to namiguje dejstvo, da se uradno še vedno ne ve, od kod prihajajo organi na Kitajskem. Laž in nadaljevanje pridobivanja organov od zapornikov sta pripeljala do vse večjih nasprotovanj s strani preostalih organizacij ter držav po svetu.

4. Pravičnost

Videli smo, da se opisani sistemi in načini pridobivanja ter razporeditev organov srečujejo z vprašanjem pravičnosti. Ne glede na rezultat, kar zadeva stanje razpoložljivih organov, je treba biti pozoren na to, da se ne krati pravica tako darovalcev kot prejemnikov.

4.1 Načelo in teorije pravičnosti

Štiri običajno sprejeta načela v bioetiki sestavljajo načelo spoštovanja ter avtonomije, načelo neškodovanja, načelo dobrodelnosti ter načelo pravičnosti. Načelo pravičnosti je povezano z dejstvom, da določenih dobrin ter storitev primanjkuje, zato morajo biti vzpostavljeni pošteni načini porazdelitve sredstev. »John Rawls in drugi trdijo, da so mnoge neenakosti, ki smo jim priča, rezultat „naravne loterije“ ali „družbene loterije“, pri katerih ne moremo kriviti prizadetega posameznika, zato bi morala družba prispevati sredstva, s katerimi bi premagali to krivično situacijo« (University of Washington School of Medicine 2013) Načelo pravičnosti hkrati predstavlja močno motivacijo za prenovno sistema zdravstvene oskrbe, da bodo upoštevane potrebe celotne družbe. Zahteve tega načela morajo veljati za vsakega pacienta posebej, hkrati pa mora sovpadati z načeli in zakoni celotne družbe. (University of Washington School of Medicine 2013)

Do leta 1990 se je pri bioetiki etično vrednotilo tveganja ter motiv raziskav ter potrebnost zavarovanja subjektov, da jih ne bi ranili, zlorabili ali izkoristili. Še posebej je to potrebno v primerih, ko raziskava po vsej verjetnosti ne prinaša direktnih terapevtskih koristi subjektom. Vendar pa je v 90. letih moč zaznati spremembo paradigme. Pozornost se je takrat obrnila na možne koristi kliničnih raziskav, hkrati pa tveganja le-teh niso bila več v ospredju. Predvsem pa se začne uporabljati pojem distributivna pravičnost, ki pomeni pošteno, nepristransko ter primerno porazdelitev koristi ter bremena, ki jih določajo norme, te pa sestavljajo pogoje družbenega sodelovanja. (Beauchamp in Childress 2009, 250)

»Vsem teorijam pravičnosti je podobna minimalna zahteva, ki se jo tradicionalno pripisuje Aristotlu: Enaki morajo biti obravnavani enako in neenaki morajo biti

obravnavani neenako.« (Beauchamp in Childress 2009, 250) Ta trditev je poimenovana formalno načelo pravičnosti, saj ne določa kdo in zakaj je enak drugemu. Pove samo, da morata biti osebi, ne glede na to, na kakšen način sta si enaki, obravnavani enako. Načela, ki določajo pomembne značilnosti za enako obravnavo, pa imenujemo materialna načela, saj določajo konkreten razlog za enako vrednotenje. Ta načela se poleg tega ukvarjajo z moralno relevantnimi značilnostmi, ki jih mora posedovati posameznik, če želi biti primeren za določen postopek. Beauchamp in Childress navajata primer, da bi morale države vzpostaviti program, ki bi določal, ali je tujcem dovoljeno biti na čakalni listi za presaditev organa. Vlada mora določiti, ali je državljanstvo pomembna značilnost. Materialna načela se uporablja v teorijah pravičnosti. Poznamo štiri tradicionalne in dve sodobni teoriji. V povezavi s pravičnostjo pri darovanju organov, si bomo ogledali dve izmed tradicionalnih teorij. Prva, utilitaristična teorija, poudarja mešanico kriterijev z namenom maksimirati družbeno korist. Druga pa je liberalna teorija, ki poudarja pravice posameznika do socialne ter ekonomske svobode, hkrati pa poziva k pošteni obravnavi, namesto da bi bistveno vlogo pripisala rezultatu, kot je povečanje dobrobiti. Ti dve teoriji pravičnosti, kot tudi ostale, izražajo vsaka neko splošno in abstraktno materialno načelo distributivne pravičnosti. Utilitaristična teorija tako izraža načelo, da mora biti vsakemu posamezniku dana pravica v skladu s pravili in dejanji, ki maksimirajo družbeno korist. Liberalna teorija pa izraža načelo, da morata biti vsakemu dana maksimalna svoboda ter lastnina, ki sta posledica uveljavljanja svobodne pravice (pravica, ki ne obvezuje nikogar, razen tistega, ki je je deležen) ter sodelovanja na svobodnem trgu (kupci sami določajo ceno dobrine). (250–253) Pri presaditvi organov se je predvsem potrebno vprašati, kje postaviti mejo. Skoraj nemogoče je določiti, čemu dati prednost. Če kot glavno načelo vzamemo dobrobit družbe, do neke mere zanemarjamo pravice posameznika, kar pripelje do zlorab. Če damo prioriteto pravicam vsakega posameznika, pa na račun tega dobimo število darovanih organov, ki ne dohaja potreb. Beauchamp in Childress pravita, da ni nobene posebne meje, ki bi preprečevala sprejetje več materialnih načel, ki jih izražajo posamezne teorije pravičnosti, vendar so si običajno ta načela konkurenčna. Pri presaditvi organov se soočamo s prav takim izzivom. Ne moremo reči, da je eno pomembnejše od drugega.

Sklep

Presajanje organov se sooča s pomanjkanjem darovanih organov v primerjavi s potrebami. To pa pripelje do vprašanj o upoštevanju pravic donatorjev ter prejemnikov. Kot smo videli, skuša Eurotransplant s sistemi točkovanja v čim večji meri pravično porazdeliti organe, ki so na voljo. Druga težava pa je iskanje sistemov, katerih rezultat bi bil večje število donatorjev. Po raziskavah v Nemčiji in na Švedskem sodeč, bi se z materialno nagrado za doniranje to zgodilo, a so hkrati prisotni etični pomisleki, da se na ta način s telesom razpolaga kot z blagom. Poleg tega pa je iz izraelskih in kanadskih primerov razvidno, da družba bolj zagovarja darovanje kot altruistično dejanje. Predvsem poudarjajo naklonjenost recipročnosti, torej, če bom daroval organ, ga bom po potrebi tudi dobil. Pomanjkanje organov pa pripelje tudi do skrajnih ter neetičnih dejanj, kot je odvzem organov po izvedeni evtanaziji. Kljub temu da omenjena praksa ne prinaša bistveno boljšega rezultata stanja razpoložljivih organov, pa je to še vedno praksa na Nizozemskem ter v Belgiji. Neetično pa je tudi darovanje organov s strani usmrčenih zapornikov, ki v ZDA sicer ni odobravano, hkrati pa ne predstavlja pomembnejši del darovalcev. Nasprotno pa je stanje na Kitajskem, kjer je zaradi konfucijanskega načina razmišljanja tako dejanje sprejemajo. Zaradi pomanjkanja prostovoljnih darovalcev pa tak način pridobivanja organov predstavlja najpomembnejši način preskrbe. To je pripeljalo do zlorab ter nasprotovanj s strani preostalih držav. Vsi opisani primeri se bolj posvetijo ali koristi družbe ali pravici posameznika. Težko je namreč najti ravnotežje, ki bi do potankosti upoštevala oboje. Če se bo vzpostavil sistem, ki bo spoštoval dostojanstvo tako darovalca kot prejemnika, hkrati pa bo uspel čim bolj slediti potrebam po organih, bo to velik napredek v procesu transplantacije organov.

POVZETEK

Diplomska naloga se ukvarja s pravičnostjo pri darovanju ter porazdelitvi organov. Obravnava, kako trenutni sistemi in načini upoštevajo pravice donatorjev, zdravniškega osebja ter prejemnikov. Pokaže, na katerih področjih je potrebno biti še posebej pazljiv, da ne bi prišlo do zlorab. Na začetku se osredotoči na organizacijo Eurotransplant, ki skrbi za prerazporeditev organov v določenih državah Evrope, tudi v Sloveniji. Nato opiše sistem porazdelitve ledvic ETKAS, sistem točkovanja potencialnih prejemnikov ter kako obravnavajo paciente s statusom visoke nujnosti in otroke. V nadaljevanju obravnava še druge načine in sisteme, ki se ukvarjajo z doniranjem organov. Opisan je sistem denarnega nagrajevanja, odziv nanj v Nemčiji, Južni Koreji in na Švedskem ter kako vpliva na vrednotenje človekovega telesa. Za tem so opisani altruizem, recipročnost ter solidarnost. Ti trije koncepti predstavljajo jedro pomena darovanja organov in glavni razlog, zakaj naj bi se ljudje odločili za darovanje. Predstavljeni so primeri nepravičnosti v povezavi z doniranjem organov. Opisan je postopek darovanja organov po izvedeni evtanaziji, ki se izvaja predvsem v Belgiji in na Nizozemskem. Poleg tega pa je opisana tudi zmožnost in nezmožnost darovanja zapornikov v ZDA ter na Kitajskem in kakšen odnos imajo do tega. Ob koncu so predstavljena še načela pravičnosti, ki etično vrednotijo proces transplantacije organov.

Ključne besede: pravičnost, darovanje organov, Eurotransplant, altruizem, recipročnost, solidarnost, evtanazija, smrtna kazen.

ABSTRACT

Degree paper discusses justice at organ donation and allocation. It tells us, how do current ways and systems consider rights of donors, the medical staff and recipients. It shows, on which areas we have to be especially careful, so it doesn't come to any abuse. At the beginning, it concentrates on Eurotransplant organization, which takes care of allocation of organs in certain countries of Europe, including Slovenia. After that, it describes the ETKAS system, which is used to allocate donated kidneys, grading system of potential recipients and how do they take care of patients with high urgency status and kids. Afterwards it describes other systems and ways used at organ donation. Firstly, the reward system is introduced, how do people in Germany, South Korea and Sweden react to it and how does it influence the valuing of the human body. After that, altruism, reciprocity and solidarity are described. Those three concepts represent the core of what organ donating really means and the main reason, why people should donate. In the next part, the unjust actions correlated with organ donation are shown. This includes the process of organ donation after euthanasia, which mostly happens in Belgium and Netherlands. Besides that it describes the im/possibility of prisoners donating organs in the USA and in China, also showing what kind of attitude they have towards it. At the end, we introduce the principles of justice, which ethically value the process of organ transplantation.

Key words: justice, organ donation, Eurotransplant, altruism, reciprocity, solidarity, euthanasia, capital punishment.

Bibliografija

Ahn, Jisoo, in Hyun Soon Park. 2016. Reward for organ donation: Is it effective or not as a promotion strategy?. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing* 21, št. 2:118–129.

Beauchamp, Tom L., in James F. Childress. 2009. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.

Burkell, Jacquelyn A., Jennifer A. Chandler in Sam D. Shemie. 2013. Attitudes toward Reciprocity Systems for Organ Donation and Allocation for Transplantation. *Journal of Health Politics, Policy & Law* 38, št. 5:957–986.

Caplan, Arthur. 2011. The use of prisoners as sources of organs- an ethically dubious practice. *The American Journal of Bioethics* 11, št. 10:1–5.

China organ harvest research center (2018). *Transplant report in china continues despite claims of reform*.

Eyting, Markus, Arne Hosemann in Magnus Johannesson. 2016. Can monetary incentives increase organ donations?. *Economics letters* 142:56–58.

Gubernatis, Gundolf. 1997. Solidarity model as nonmonetary incentive could increase organ donation and justice in organ allocation at the same time. *Transplantation Proceedings* 29, št. 8:3264–3266.

Guttman, Nurit, Gil Siegal, Naama Appell in Gitit Bar-On. 2016. Should Altruism, Solidarity, or Reciprocity be Used as Prosocial Appeals? Contrasting Conceptions of Members of the General Public and Medical Professionals Regarding Promoting Organ Donation. *Journal of Communication* 66, št. 6:909–936.

Mayer, Gert, Guido G. Persijn. 2006. Eurotransplant kidney allocation system (ETKAS): rationale and implementation. *Nephrology Dialysis Transplantation* 21, št. 1:2–3.

Omar, Faisal, Gustav Tinghog in Stellan Welin. 2011. Incentivizing deceased organ donation: A Swedish priority-setting perspective. *Scandinavian journal of public health* 39, št. 2:156–163.

Pape, Lars, Thurid Ahlenstiel in Nele K. Kanzelmeyer. 2013. Consequences of the change in Eurotransplant allocation system on kidney allocation in children. *Clinical Transplantation* št. 5:650–651.

Schockenhoff, Eberhard. 2013. *Etika življenja*. Celje: Mohorjeva družba.

Trontelj, Jože. 2014. *Živeti z etiko*. Ljubljana: Inštitut za etiko in vrednote.

University of Washington School of Medicine. 2013. Principles of Bioethics. 1. oktobra. <https://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html#prin4> (pridobljeno 10. septembra 2018)

Volger, Assfalg, Norbert Hüser et al.. 2016. High-urgency kidney transplantation in the Eurotransplant Kidney Allocation System: success or waste of organs? The Eurotransplant 15-year all-centre survey. *Nephrology Dialysis Transplantation* 31, št. 9:1515–1522.

van Ittersum, Frans J. MD in Rev. Lambert Hendriks. 2012. Organ Donation after Euthanasia : Ethical Considerations from the Viewpoint of the Roman Catholic Church. *The National Catholic Bioethics Quarterly* 12, št. 3:431–437.

van Wijngaarden, A. K. S., D.J. van Westerloo in J. Ringers. 2016. Organ Donation After Euthanasia in the Netherlands: A Case Report. *Transplantation Proceedings* 48, št. 9:3061–3063.

Wang, Mingxu in Xueliang Wang. 2010. Organ Donation by Capital Prisoners in China: Reflections in Confucian Ethics. *The Journal of medicine and philosophy* 35, št. 2:197–212.

Weichert, Samantha J.. 2016. Justice for jailbirds: Summoning bioethical liberation for death row and reinventing Indiana's House bill 41. *Indiana Health Law Review* 13, št. 1:272–309.

Wilkinson, Dominic in Julian Savulescu. 2012. Sholud we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality or organs for transplantation. *Bioethics* 26, št. 1:32–48.

Ysebaert, Dirk, G. Van Beeumen et al.. 2009. Organ Procurement After Euthanasia: Belgian Experience. *Transplantation Proceedings* 41, št. 2:585–586.