# Transplantacija organa

Informirano suglasje

determinacija smrti

dead donor rule (Truog 2008)

* heart-lung kriterij
* brain death kriterij

Principi:

* koristi
* pravde (Veatch, 2000)

definicija smrti

alokacijske odluke

načini nabavke organa

Konvencija iz Ovieda (1997)

Stavovi javnosti o transplantaciji (Siminoff, Burant, Youngner 2004)

Uvod

Transplantacija organa medicinski je postupak odstranjenja tkiva ili organa iz tijela žive ili preminule osobe kako bi se oni presadili u tijelo primatelja, da bi se time primatelju omogućilo produženje ili spašavanje života (Parker & Parker 2003.). Donacija organa je etički ili pravni postupak kojim se osoba darivatelja slaže da se medicinski postupak odstranjenja organa izvrši na njoj i presadi u tijelo druge osobe (Wright et al. 2008.). U javnom žargonu ta se dva termina i postupka izjednačavaju, pa se termin donacija (ili darivanje) organa koristi i za postupke presađivanja organa s mrtve osobe.

U slučaju presađivanja organa s mrtve osobe koriste se dvije pravne definicije ili pretpostavke, odnosno socijalno-medicinska načela. Prema prvoj definiciji (sustavu) takav se postupak presađivanja s tijela mrtve osobe može obaviti isključivo ako je osoba za života dala *informirani pristanak* (informed consent), odnosno ako je koristila postupak *opt-in*, tj. postupak svjesnog uključenja u klasu ljudi koja želi darivati svoje dijelove tijela nakon smrti. Prema drugoj definiciji (socijalno-medicinsko-pravnom sustavu) da se postupak transplantacije nakon smrti ne bi obavio na njoj, osoba mora potpisati pravni dokument kojim traži da se to nakon njezine smrti *ne* čini. Takav sustav zovemo *opt-out*, a načelo djelovanja osobe - *pretpostavljeni pristanak* (presumed consent), jer se pretpostavlja da je osoba koja takav dokument *nije* potpisala, suglasna da se nakon njezine smrti takav postupak presađivanja organa s njezina tijela smije obaviti.

Za svaku kategoriju transplantacije (tj. ovisno o tome presađuje li se organ s tijela mrtve ili žive osobe), društva utvrđuju posebna zakonska i medicinska pravila. U slučaju presađivanja s tijela mrtve osobe, važan je kriterij - utvrđivanje smrti donatora (dead donor rule) (. U većini zemalja takav postupak mogu obaviti samo licencirane ustanove. Za utvrđivanje smrti donatora, i ovisno o kakvoj je vrsti transplantata riječ, koriste se dva načela: a. načelo moždane smrti i b. načelo prestanka rada srca i pluća.

U slučaju presađivanja organa iz tijela žive osobe, u prvome redu koristimo se medicinskim indikacijama (kompatibilnost tkiva, krvnih grupa, imunoloških kriterija, starost, životne navike i sl.) kojima se utvrđuje podobnost neke osobe da bude donator organa. Nadalje, utvrđuje se njezina sposobnost za davanje informiranog suglasja, tj. spremnosti da legalno i etički bude donator organa. Utvrđuju se posebne okolnosti, poput srodstva ili vezanosti za osobu kojoj će se presaditi organ, odnosno pravila kojima se pokušava zaštititi stvarna autonomija osobe prilikom donošenja odluke o statusu donatora (primjerice postoji li latentna prisila uže sredine, primjerice obitelji, na potencijalnog donatora, je li riječ o afektivnom pristanku ili razumnome i sl.).

Posebnu kategoriju pravno-etičkih problema čine dvije kategorije vezane za *načelo pravde* i *načelo koristi* (Veatch 2000, Wikipedia – Organ Donation). Načelo koristi obično se upotrebljava kako bi se riješili stvarni životni i medicinski problemi velikog dijela populacije kojem je tehnika presađivanja i postupak donacije potreban kako bi produžili ili spasili svoj život. Obično je naime broj pacijenata kojima trebaju organi bitno veći od broja stvarnih (pa čak i potencijalnih) donatora, pa društva smišljaju pravna i etička rješenja kojima bi riješila socijalno-medicinski problem. Načelo pravde koristi se kao protuteža utilitarizmu (načelu što veće koristi za što veći broj pojedinaca u društvu), time što štiti autonomiju pojedinaca i njihovih odluka, ili u situacijama kada pokušava riješiti problem alokacije oskudnih resursa. U tom kontekstu, jedan od najbitnijih sporova između ta dva načela (filozofska stava) jest problem kako se doniranje organa manifestira u društvu, odnosno stvara li ono (ne)željene socijalne i medicinske posljedice: određuje li raspodjela organa socijalnu nejednakost ili socijalna nejednakost utječe na alokaciju organa. Ta se rasprava često pojavljuje primjerice prilikom odlučivanja o tome smije li se (i u kojoj mjeri) donacija organa kompenzirati financijski ili na neki drugi način. Premda postoje međunarodne konvencije kojima se zabranjuje trgovanje organima (vidi primjerice Europska komisija 2000, Europska komisija 2004.), one nisu univerzalno ratificirane. Stoga nastaje posebna kategorija socijalnih problema vezana za nabavku organa, primjerice tzv. crno tržište ili transplantacijski turizam, kao i brojni drugi socijalni i medicinski problemi (Scheper-Hughes 2004; Sarvestani, 2006, Kimbrell 1993.).

Nadalje, u posljednje se vrijeme, zbog sve veće potražnje za organima, govori i radi na supresiji imunoloških reakcija i genetskoj „pripremi“ tkiva za transplantaciju tkiva i organa dviju različitih prirodnih vrsta. Osnovna ideja ksenotranplantacije jest da bi se pojedina tkiva drugih životinja mogla pripremiti (recimo genetski podesiti genomu recipijenta), i održavati u tijelu do operacije presađivanja na organizam druge prirodne vrste, tj. čovjeka. Kako je stopa učinkovitosti takvog postupka i među različitim životinjama razmjerno vrlo niska, većina društava (za sada) ne dopušta ksenotranplantaciju sa životinje na čovjeka.

U izvjesnom smislu sličan problem predstavljaju i problemi transplantacije umjetnih organa i dijelova tijela. Zanemarimo li mehaničke transplantate, riječ je o biološkom, a u bližoj budućnosti i genetskom inženjeringu tkiva, stanica i cijelih organa. Osim uzgoja i već izmijenjenih transplantiranih tkiva, trenutno se istražuju načini stvaranja umjetnih pluća, jetra, maternice i drugih organa. (Rothenberg, 200). Etički problemi vezani navedene probleme a posebno za uzgoj matičnih stanica, i njihovu „pluripotentnost“, tema su posebnoga članka.

Napokon, uz transplantaciju organa vežu se i brojni metafizički, religijski i inter-kulturalni problemi u vezi sa shvaćanjem svetosti, nedodirljivosti, ili „vlasništva“ tijela i osobe koji u medicinskoj praksi mogu imati značajan utjecaj. (ref.) Postavljaju se i pitanja „Ima li osoba pravo odreći se važnog dijela svojeg tijela? Je li moralno opravdano odstraniti životni organ iz jedne osobe i smjestiti ga u tijelo druge?“ i sl. (Jonsen, 1997)

Kako ćemo vidjeti, nijedan od spomenutih problemskih područja nije riješen na način koji bi zadovoljio sve osobe (a pogotovo ne sve kulture). A ta nas činjenica dovodi do cijelog niza dodatnih etičkih i pravnih problema o kojima je riječ u ovome tekstu.

Medicinski aspekti

Zanemarimo li povijest transfuzija (Kimbrell 1993), tehnika presađivanja tkiva i organa do 1954. bila je u povojima i zbog nepoznavanja pravilnosti genetskih i imunoloških reakcija, unatoč brojnim pokušajima, nije donosila značajne rezultate, stoga su svi takvi pokušaji završavali odbacivanjem transplantata. Prva uspješna transplantacija (bubrega) dogodila se 1954. kada su donator i primatelj bili identični blizanci, čime je prevladana poteškoća imunoloških reakcija na strana tijela. (Joseph Murray dobio je za taj postupak Nobelovu nagradu 1990.) Krajem 1950-ih imunološke reakcije počele su se potiskivati iradijacijom (zračenjem X-zrakama), kemijskom imunosupresijom, steroidima, ili njihovom kombinacijom. Takvi su postupci olakšavali transplantaciju, tj. produživali životni vijek pacijenata. Veliki poticaj transplantaciji bile su operacije dr. Christiaana Barnarda koji je 1967. u Južnoj Africi napravio nekoliko, u današnjim razmjerima, relativno uspješnih transplantacija srca. Ali glavni doprinos današnjim razmjerima transplantacije donijelo je otkriće ciklosporina, i nešto kasnije, lijekova FK506 i OKT3, koji učinkovito potiskuju imunološke reakcije na strana tijela. Proizvodnja takvih lijekova bila je (i ostala) najbitniji faktor u sve većoj stopi uspješnosti transplantacija.

Danas se presađuju brojni organi i tkiva. Presađivanje bubrega, rožnice, jetra i srca postale su „rutinske“ operacije. Sljedeća tablica pokazuje razmjere učinkovitosti pojedinih vrsta transplantacija jednu i pet godina nakon operacije.

Tablica 1.

Stopa preživljavanja pacijenata i transplantiranog tkiva nakon transplantacije

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Transplantirani organ | Pacijent nakon 1 god. | Tkivo nakon 1 godine | Pacijent nakon 5 god.  | Tkivo nakon 5 godina |
| Bubreg živog donora | 98% | 95% | 91% | 78% |
| Bubreg s mrtvog tijela | 95% | 89% | 82% | 65% |
| Jetra | 88% | 89% | 74% | 66% |
| Srce | 86% | 85% | 70% | 69% |
| Pluća | 77% | 76% | 44% | 42% |
| Srce i pluća | 60% | 58% | 42% | 41% |
| Pankreas | 93% | 76% | 84% | 42% |
| Mjehur | 79% | 64% | 50% | 37% |

Izvor: UNOS 2001. cit. prema Stiller & Stiller, 2004.

Ovdje ćemo se usredotočiti na nekoliko važnih definicija i klasifikacija.

Kada je riječ o transplantacija genetički identičnih organa i tkiva, govorimo o isograftima; ako je riječ o genetski različitim organima govorimo o alograftima. Autografti su tkiva transplantirana s jednog dijela na drugi dio tijela iste osobe. Napokon, ako je riječ o presađivanju tkiva s druge prirodne vrste govorimo o xenograftima ili ksenotransplantatima (Stiller & Stiller 2004.)

Transplantacije se razlikuju s obzirom na to je li transplantat iz mrtvog ili živog tijela. U slučaju mrtvoga tijela, tradicionalni način utvrđivanja smrti bio je prestanak rada srca i disanja. Od 1968. kada je komisija Harvardskog medicinskog fakulteta donijela protokol o „neurološkoj smrti“, počinje se prihvaćati i kriterij moždane smrti. „Uzrok smrti… mora se znati. Pacijenti s potencijalno reverzibilnim stanjima, poput hipotermije ili kome inducirane lijekovima, ne smatraju se potencijalnim donatorima. Kako bi mozak pacijenta proglasili mrtvim, pacijent mora biti u nepovratnoj komi i ne smije reagirati na bol. Ne smiju postojati refleksi moždane stapke, tako da pacijent bez umjetne pomoći ne može disati, gutati ili treptati… Godine 1971. Finska je postala prva zemlja koja je pravno prihvatila kriterij moždane smrti.“ (Stiller & Stiller 2004). Taj je kriterij smrti omogućio bitan porast dostupnog broja organa za transplantaciju, jer su druge vitalne funkcije organa (prokrvljenost i dr.) još uvijek na djelu, pa je kvaliteta organa bitno bolja, a transplantacije se mogu planirati unaprijed.

Kada je riječ o donatorima kojima je prestao rad srca, („non-heart beating donors – NHBD“), tzv. maastriški kriteriji određuju pet kategorija pacijenata kao potencijalnih donatora:

Tablica 2.

Maastriška klasifikacija donatora

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Br. | Opis | Klasifikacija |
| 1 | Pacijent doveden u bolnicu mrtav | nekontrolirani |
| 2 | Neuspješno oživljavanje | nekontrolirani |
| 3 | Doći će do prestanka rada srca | kontrolirani |
| 4 | Prestanak rada srca nakon moždane smrti | kontrolirani |
| 5 | Prestanak rada srca kod bolničkog štićenika (pacijenta) | nekontrolirani |

Prema: Kootstra G. et al. 1995; Wikipedia Non-heart-beating donation; Stiller & Stiller 2004.

Ta je klasifikacija važna zbog standardizacije postupaka (prema „maastriškim kriterijima“) koje je medicinski i pravno potrebno izvesti prije transplantacije. U slučaju „kontroliranih“ pacijenata, medicinski je moguće unaprijed planirati transplantaciju, a pravno, moguće je pravodobno pribaviti legalno dopuštenje da se postupak obavi. U slučaju nekontroliranih (mrtvih) pacijenata, kada se srčani zastoj nije mogao predvidjeti, medicinski i pravni postupci izvode se u neidealnim uvjetima, pod „nekontroliranim“ pritiskom vremena.

Prošle je godine Robert Truog i niz poznatih liječnika i bioetičara (Gawande, Caplan, Boucek) objavio raspravu o nizu problema vezanih kriterije utvrđivanja smrti donatora. U toj raspravi Truog tvrdi kako „(a)rgument o tome zašto bismo pacijente trebali smatrati mrtvima nikada nije bio posve uvjerljiv. Definicija moždane smrti traži da postoji potpuna odsutnost svih moždanih funkcija, ali mnogi takvi pacijenti zadržavaju bitne neurološke funkcije, poput izlučivanja hipotalamičkih hormona… Neugodan zaključak koji treba izvući iz literature jest… da etički razlog za (transplantaciju) nije taj da smo uvjereni kako su oni stvarno mrtvi.“ Sličan zaključak Truog (2008) izvlači i za kriterij srčane smrti: „U tipičnim protokolima pacijenti se proglašavaju mrtvima 2 do 5 minuta nakon nastupa asystole… a potom se organi brzo uklanjaju radi transplantacije. Premda se svi slažu da se mnogi pacijenti mogu oživjeti i nakon intervala od 2-5 minuta, zastupnici tog pristupa donaciji kažu kako se ti pacijenti smiju smatrati mrtvima jer smo donijeli odluku da ih ne pokušavamo oživjeti...“ (Taug, 2008:674) Taug nadalje napada pojam „nereverzibilnosti“ (nepovratnosti): „(U) ovome kontekstu ireverzibilnost se tumači kao rezultat izbora da pacijenta ne vratimo u život. Takvo tumačenje stvara paradoks da srca pacijenata koje smo proglasili mrtvima… budu presađena i uspješno funkcioniraju u prsima nekog drugog.“ Premda autor ne spori potrebu za donacijama i etičkim kriterijima pri transplantaciji, on drži da pravi razlog za suvremenu praksu nije „smrt“ pacijenta, i dodaje: „Gledajući unatrag, čini se da oslanjanje na pravilo smrti donatora ima veći potencijal da potkopa povjerenje u postupak transplantacije, negoli da ga održi.“ Da nije riječ o jednostavnom „semantičkom“ problemu, govori i nedavni članak Willama Saletana (2008) koji opisuje sve nejasnije granice smrti radi „žetve organa“ , primjerice slučaj u Denverskoj dječjoj bolnici, u kojoj je smišljen protokol za transplantaciju dječjeg srca 75 sekundi nakon srčanog zastoja: „Liječnici ne čekaju na smrt davatelja. Oni je aranžiraju… Liječnici iz Denvera to zovu „anticipiranom smrću“… Ali postoji još veća neizvjesnost: Koliko „pogubna“ mora biti neka ozljeda? Ako je smrt podložna novim definicijama, ne vrijedi li isto i za „pogubnost“? A isto možemo pitati i za pojam „besmisleno“ (kada odustajemo od oživljavanja).“

Je li doista riječ o društvenome licemjerju kako bi se prikupilo više organa? Ili o medicinskome, kako bi se povećale stope uspješnosti transplantacije? Bez obzira kako kategorizirali navedeni problem, spomenuti primjeri pokazuju opravdanost i nužnost sve veće semantičke i medicinske preciznosti, kako bi se etičko-pravni problemi uopće mogli točno formulirati, odnosno kako bi javnost imala dovoljno povjerenja da se prilikom donacije poštuju odluke pojedinaca i njihovo dostojanstvo.[[1]](#footnote-1)

Socijalni aspekti

Najvažniji socijalni aspekt donacije i transplantacije organa jest njihov manjak s obzirom na sve veće medicinske i društvene potrebe. Zbog nedostatka transplantacijskih organa u SAD svake godine premine 10.000 osoba. Na nacionalnoj listi za čekanje organa u svakom trenutku ima 100.000 osoba i ona se svakih 10 minuta nadopunjuje novim imenom. „Sa starenjem populacije popis će biti sve duži; već sada više se osoba u nj upisuje negoli sa njega skida.“ (Munson, 2007:212) Slične statistike vrijede i u cijelome svijetu, pa tako i u Hrvatskoj. Prema podacima Hrvatske donorske mreže godine 2002. u Hrvatskoj je izvedeno 70 transplantacija bubrega, 18 transplantacija jetara i 9 srca. Premda je broj eksplantacija u stalnome rastu, on zaostaje za europskom razinom. Devet stotina bolesnika čeka na presađivanje bubrega, a pet stotina na jetru.[[2]](#footnote-2) Statistike obično prate broj izvršenih transplantacija na milijun stanovnika. Prema tim statistikama, po broju donacija na vrhu su Španjolska (27/milijun), Austrija (24), a na dnu je Grčka (6) (Stiller & Stiller 2004, Wikipedia, Organ donation).

Drugi najvažniji socijalni problem jest problem nabavke i distribucije organa („procurement“), odnosno načina kojima pojedinci, pacijenti, pokušavaju doći do njih. Različita zakonska regulativa u raznim zemljama omogućuje i potiče više ili manje legalnu trgovinu organima ili još češće tzv. „transplantacijski turizam“. Mnogi bogatiji pacijenti putuju u Indiju i kupuju bubrege od zdravih Indijaca. Najveći izvoznik ljudskoga srca donedavno je bila Kina, koja je trgovala organima pogubljenih zatvorenika. Zatvorenici su navodno dobrovoljno pristajali na takav postupak, kako bi ublažili politički pritisak na svoje obitelji. (Scheper-Hughes, 2004.) Stanovnici zemalja u kojima su takve transplantacije nezakonite putuju u druge zemlje. Europljani su putovali u Belgiju, jer je belgijsko zakonodavstvo bilo jedno od prvih koje je legaliziralo "prešutni pristanak" građana da se njihovi organi nakon smrti transplantiraju. Židovi putuju u Tursku. Koreanci, Japanci i Tajvanci u Kinu. Južnoamerikanci na Kubu (Kimbrell, 1993). Slučajevi krađe organa učestale su u Indiji, a sumnja se da su i mnogi slučajevi otmica male djece u Latinskoj Americi počinjeni zbog dječjih organa. Primjerice, između 1976. i 1991. godine Institut za mentalno zdravlje Montes de Oca iz Buenos Airesa ubijao je pacijente zbog prodaje organa; zabilježeno je oko 1400 slučajeva misterioznih nestanaka pacijenata. Kada su pronađeni neki leševi, 11 je liječnika te bolnice bilo uhapšeno. (ref!!!)\* Premda je Svjetska Zdravstvena Organizacija (ref.!!)\* osudila prodaju ljudskih organa radi transplantacije, razmjeri takve prakse u dogledno se vrijeme zasigurno neće smanjiti.

Arthur Caplan govori o tri vrste izrabljivanja: fizičkoj, financijskoj i „novom kanibalizmu“ (Caplan, )

Novac kao sredstvo dobavljanja organa, unatoč konvencijama i pravnoj regulativi u većini zemalja, ostaje glavni pokretač socijalnih problema vezanih za transplantaciju. Zanemarimo li etičke aspekte te problematike, može li novac ipak biti rješenje za kronični manjak organa? Bioetičari o tome iznose suprotstavljene stavove. Arthur Caplan primjerice tvrdi: „Ako se u teoriji organi mogu prodati po astronomskim cijenama, vjerojatno će biti manje osoba koje će pristati na dobrovoljne donacije, pa će opća posljedica tržišta ustvari biti smanjivanje broja organa i tkiva dostupnih za transplantaciju.“ (Caplan:152). Neke empirijske činjenice daju mu za pravo. Kada je u Sjedinjenim državama uveden sustav plaćanja za „donaciju“ krvi, broj darovatelja (prodavatelja) se smanjio (Kimbrell, 1993.). Čini se da i u drugim specifičnim oblicima ljudske interakcije u kojima ljudi žele pokazati svoju iznimnu ljudskost i altruizam, vrijedi isto (Levitt & Dubner, 2006.; Ariely 2008.)

Neki autori misle da je razlog ekonomskoj, medicinskoj i pravnoj neravnoteži i disproporcionalnosti koja rađa kriminal, vrlo različita kulturna pozadina zemalja u kojima se odvija transplantacija (Fox & Swazey, 2004). Autorice tvrde kako je pojam transplantacije kao „dara života“, tj. zahtjeva da se u iznimnim životnim situacijama pomogne drugima, imanentan židovsko-kršćanskoj civilizaciji. „Pojam transplantacije organa kao dara nije institucionaliziran, a na njega se čak ni ne pozivaju društva s drukčijim religijskim tradicijama“ (Fox & Swazey, 2004:1953). Bez obzira je li ta tvrdnja istinita, činjenica je da bioetičari s pravom sve više pažnje obraćaju na lokalni socijalni kontekst. Jednu od takvih kulturnih kontingencija pokazuje slučaj Japana, u kojem pojedinci mogu samostalno i autonomno izabrati moždani ili srčani kriterij smrti. (ref!!!) Isto je tako vrlo važna navodno civilizacijska razlika između onih koje tijela i organe pojedinaca nakon smrti smatraju kolektivnim vlasništvom i onih koje smatraju da posljednji sud o vlastitome tijelu treba donijeti pojedinac. (Wright, Ross, Daar 2008:146)

Fox i Swazeyeva međutim pomoću ideje o „darivanju“ života pokušavaju izvesti niz dodatnih, dalekosežnih objašnjenja koja često nisu vidljiva liječnicima, pravnicima i etičarima iz rakursa „vlastite“ kulture. Primjerice, članovi obitelji u našoj kulturi nisu posve autonomni u donošenju odluka kada se pokaže potreba da svom srodniku, pogotovo djetetu, daruju organe. Oni su implicitno „prisiljeni“ to učiniti, stoga između dobrovoljnosti (i informiranog suglasja) i kulture „darivanja“ postoji često manifestni sukob. Da je tome tako svjedoče i razne udruge, pa čak i pravne preporuke kako zaštititi autonomiju pojedinaca (pogotovo djece) u takvim slučajevima (Munson, 2007:235).

Temeljni etički i pravni problem: informirano suglasje u kontekstu transplantacije

Autonomija pojedinca, tj. pravo pojedinca da samostalno donosi odluke koje se tiču njegove osobe i vlastitoga tijela, doista smatramo dijelom „naše“ kulture, ili civilizacijske tekovine. Etičko utemeljenje takvog prava obično zovemo (kantovskom) deontologijom, i vjerujemo da je svaka osoba racionalna i da (jedina) najkompetentnije može i smije donositi odluke koje se tiču nje same. Unatoč tomu, kada je riječ o medicinskim odlukama, u „našoj“ kulturi često prihvaćamo sudove stručnjaka, i smatramo da liječnici nose najveći teret odgovornosti za odluke o našem zdravlju. Takav kulturno-medicinski sustav nazivamo paternalističkim, i on je posve oprečan sustavu autonomnog odlučivanja. Sukob između ta dva „sustava“ nije najočitiji na području transplantacije, jer se u slučajevima donacije organa pretpostavljamo da ipak mi moramo donijeti takvu odluku. To je temelj tzv. „informiranog suglasja“, tj. etičkog i pravnog temelja odgovornosti za postupke koji se tiču naše osobe. Da bi (medicinska) odluka pojedinca bila podložna definiciji „informiranoga suglasja“, ona mora biti: a. samostalna. Na osobu se ne smije vršiti izravan i neizravan pritisak, i ona odluku mora donijeti sama; b. takvu odluku može donijeti isključivo kompetentna osoba, koja razumije njezine posljedice; c. da bi donijela razumnu odluku, ona mora posjedovati relevantne informacije koje se odnose na odluku koje će biti dovoljno dobre za procjenu posljedica, d. osobu mora biti zaštićena od svih oblika prisile, manipulacija, prijevare ili situacijskih pritisaka. „Funkcija informiranog suglasja nije da zaštiti ljude od posljedica njihovih djela i odluka,već da se osigura da znaju (koliko se već može znati) o prirodi i rezultatima, potencijalnim rizicima i koristima svakog izbora koje im stoji na raspolaganju prije negoli donesu odluku“ (Munson, 2007:218).

Međutim, postoje brojna ograničenja, i problemi koji se katkada prikrivaju, i koji često dovode do nesamostalnih, neautonomnih odluka.

Najvažniji problem vezan za informirano suglasje i regulaciju transplantacije organa i tkiva odnose se na dobrovoljnost, tj. informirani pristanak na davanje i primanje organa. Kao što smo u uvodu spomenuli, taj se pristanak različito odnosi na presađivanje organa i tkiva još za života, odnosno u slučaju smrti. Živa se osoba može konzultirati i od nje se (u normalnim uvjetima) može dobiti informirani pristanak, tj. odluka o tome želi li prihvatiti ili dati vlastiti organ za transplantaciju. Kada je riječ o mrtvim osobama, tj. odlukama pojedinaca o tome što će se raditi s njihovim tijelima nakon smrti, podaci o broju darivatelja organa u državama svijeta koje vode statistike pokazuju kako je broj potencijalnih darovatelja organa za transplantaciju u pravilu bitno veći kada države prihvate tzv. *sustav pretpostavljenog suglasja* (presumed consent), negoli u slučaju nacionalnog *sustava informiranoga suglasja* (informed consent) – vidi tablicu 1.[[3]](#footnote-3) Uz zemlje spomenute u tablici 1. sustav pretpostavljenog suglasja vrijedi u većini preostalih europskih država, pa i u Hrvatskoj.

Tablica 3. Broj donatora u različitim donacijskim sustavima

Svjetlije kolone označavaju broj donatora u sustavu informiranoga suglasja, a tamnije broj donatora u sustavu pretpostavljenog suglasja.

Izvor: Gigerenzer, G.: Bauchentscheidungen, Snaga intuicije, prema: Johnson, E. J., D. G. Goldstein: »Do defaults save lives?« *Science* 302 (2003), p. 1338 f..

U prvome slučaju, *pretpostavljenog suglasja*, osoba mora podnijeti zahtjev za upis u registar pojedinaca koji *ne žele* darivati organe. U potonjem slučaju (*informiranoga suglasja*), zakon pretpostavlja da osoba nije željela postati donator, ako nije poduzela nikakve korake da izrijekom (napismeno) utvrdi kako želi postati donator organa.

Osnovni pravni problem pri izboru ta dva sustava vrlo je bitan za problematiku autonomije: ako pretpostavimo da je osoba „svoga tijela gospodar“, te da se na njoj ne smiju izvoditi postupci koje ona izrijekom nije dopustila, smije li država bilo što pretpostaviti o odlukama te osobe, ako se ona o njima nije izjasnila? Odnosno: je li osoba „gospodar svoga tijela“ i nakon svoje smrti? Nadalje, je li načelo koristi za zajednicu (što više raspoloživih organa za transplantaciju) dovoljno jako da derogira pravo osobe da raspolaže svojim tijelom (pa makar i nakon njezine smrti).

Da je u sustavu *pretpostavljenog suglasja* očito riječ o koristi za zajednicu, i o odustajanju od prava osoba na odluke o tome što će se činiti s njihovim tijelima u slučaju smrti, vidljivo je po tome što se razni drugi oblici zloupotreba mrtvih tijela (korištenje u medicinskim i znanstvenim, posebno forenzičnim eksperimentima bez jasnog, prethodno danog informiranog suglasja) smatraju kaznenim djelima. Drugim riječima, osoba *mora* dati pristanak na to da se njezino mrtvo tijelo koristi u *eksperimentalne* svrhe, ali se njezin pristanak pretpostavlja ako se njezino mrtvo tijelo koristi u *terapijske* svrhe (dobrobit stvarnih, živih osoba).

~~Zapadnjačkoj publici posebno mrsko zvuče izvješća o eksplantaciji organa pogubljenih zatvorenika u Kini, i njihovo korištenje za komercijalnu i nekomercijalnu transplantaciju. Prema izvješćima tzv. Bellagio Task Force, kao i aktivista za ljudska prava, „Kina sistematski eksplantira bubrege, rožnice, tkivo jetre i srčane zaliske iz pogubljenih zatvorenika“ (Scheper-Hughes 1997.) Prema izvješćima istih organizacija, postoje svjedočanstva da se eksplantacija vršila i prije utvrđivanja moždane smrti. Prema Davidu Rothmanu, članu Bellagio skupine, „iza te drakonske anti-kriminalne kampanje, cvjeta medicinski biznis koji se oslanja na organe zatvorenika. Država sponzorira „neodoljivu mašinu za ubijanje,“, koju potiče golema potreba za svježim i zdravim organima.“ (Scheper-Hughes, 1997.)~~

U većini sličnih situacija, autonomija osobe smatra se osnovnim pravom čovjeka u civiliziranim društvima. Gledajući *strictu senso*, pretpostavljeni pristanak narušava to pravo, jer unaprijed pretpostavlja na koji bi se način osoba izjasnila kada bismo je pitali.

Drugi veliki problem odnosi se na situacije u kojima pojedinac nije kompetentan davati neki razuman sud, a takva je situacija, u kontekstu transplantacije (tj. eksplantacije organa) gotovo tipična. Najveći broj kliničkih bioetičkih problema odnosi se upravo na te situacije, kada je pacijent bez svijesti, ozlijeđen, deprimiran, bolestan i sl. Smijemo li pretpostaviti (ako je uopće pri svijesti) da će ta osoba moći donijeti kompetentan, razuman i autonoman sud? Kako je odgovor negativan, taj se problem rješava na nekoliko standardnih načina: a. tako da se konzultira surogatni odlučitelj (roditelj, suprug, dijete, član obitelji), b. tako da se zakonski odredi sustav odlučivanja u vezi s darivanjem organa nakon smrti; c. kombinacijom prvog i drugog načina (primjerice, u većini europskih zemalja, koje imaju "zakon pretpostavljenog pristanka" običaj je da se bliska obitelj neposredno umrlog člana ipak pita za dozvolu za uzimanje organa radi presađivanja); d. sudskim odlučivanjem, u kojem se utvrđuje što je osoba „mislila“ za života, odnosno što bi rekla da je u živa i u svjesnome stanju.

Treći veliki problem odnosi se na neautonomne osobe, poglavito djecu (ali i za kategoriju nesamostalnih, „radno nesposobnih“ osoba). U slučaju transplantacije organa, to je posebno akutan problem, jer su djeca gotovo uvijek tipični ili „najbolji“ potencijalni darivatelji organa, budući da su najsrodniji svojim roditeljima a pogotovo svojoj braći i sestrama. Ronald Munsen takve osobe zove „donatorima posljednje instance“. „Mi slobodno odlučujemo o rizicima po vlastiti život… Djeca to ne mogu. Stoga, kada odlučujemo u njihovo ime moramo preuzeti najkonzervativniji stav kompatibilan s njihovim interesima“ (Munson, 2007:232). Budući da se od odraslih i kompetentnih osoba razlikuju po sposobnosti donošenja autonomnih odluka, za djecu i nesposobne za suglasnost moraju se dizajnirati posebni pravni (i medicinski) oblici zaštite, i sagledati „najbolji interesi“ tih osoba. Međutim, ta zaštita ne služi u prvome redu da onemogući donaciju: u toj se procjeni mora odvagnuti moguća psihološka šteta u slučaju (primjerice) smrti bliske osobe kojemu je takva osoba (dijete) mogla donirati organ. Međutim, roditelji, tipični surogatni odlučitelji u ime djeteta, često su i zainteresirane strane u socijalnoj situaciji transplantacije (recimo da se spasi drugo dijete), stoga oni nisu najobjektivniji procjenitelji najboljeg interesa djeteta. Munson, nakon rasprave na primjerima, zaključuje kako to nisu ni liječnici, ni liječničke komisije, jer liječnici ne procjenjuju druge kontekstualne faktore bitne za donošenje odluka. Stoga Munson (2007:234) predlaže da se ta zaštita djece i nekompetentnih izvodi preko sudova, te zaključuje svoju raspravu općim pravilima reguliranja donacije kod živih donatora:

„Prvo, potencijalni donator mora biti kompetentan…; 2. potencijalni donator na raspolaganju mora imati adekvatne informacije…; 3. potencijalnog donatora ne smijemo nagovarati…; 4. potencijalni donator mora biti zaštićen od pritisaka da volontira pri donaciji… Kandidatu također moramo omogućiti da promijeni mišljenje, sve do zadnjeg trenutka prije operacije…; 5. Procjenu podobnosti potencijalnog donatora ne smije vršiti liječnik, niti bilo tko drugi uključen u zbrinjavanje potencijalnog primatelja… procjenu mora izvršiti skupina stručnjaka…; 6. potencijalnom donatoru moramo pružiti medicinske i pravne advokate…. 7. treba ustanoviti registar podataka o zdravlju živih donatora…; 8. donatori nesposobni za suglasnost, mogu postati donatori ako je to u njihovom najboljem interesu, ako je rizik mali, ako nema drugih davatelja, i ako je odluka kojom se to dopušta izrečena sudski. (Munson, 2007:235-6).

Sljedeći niz problema u vezi s autonomijom pri odlukama o transplantaciji odnosi se na kompetentne pojedince za koje sumnjamo da odluku donose samostalno, primjerice poput štićenika u zatvoru. Smiju li zatvorenici biti donatori i recipijenti? Ne smije ih se diskriminirati. Have a heart program: zatvorenici dobrovoljno doniraju organe.

U posljednje vrijeme sve se više govori o vrsti odlučivanja koja pretpostavlja instrumentaliziranost tuđe odluke, primjerice rađanje djeteta kako bi se spasilo ono bolesno (recimo u slučajevima donacije koštane srži).

Napokon, problem u kojem se najviše ogleda sukob paternalizma i autonomije pojedinca, jest slučaj „herojskog donatora“, donatora (Munson)… Smije li liječnik (autonomno) odbiti transplantaciju od donatora kojem donacija nije u najboljem interesu?

Ostali etičko-pravni problemi u vezi s informiranim suglasjem

problemi zbrinjavanja živog donatora

Politički aspekti

* problem distribucije organa (smije li se jetra transplantirati alkoholičarima?)
* pitanje povjerenja u zdravstvo (ako postoji opt-out sistem) zbog afera, Brazil je odustao od tog sustava, jer je javnost bila vrlo nepovjerljiva što se sve radi s eksplantiranim organima. wiki.
* adekvatno financiranje, politička volja za što boljim ishodima transplantacije, posebni trening i facilities povećavaju donacije. Proširena definicija smrti, u Španjolskoj, povećava pool potencijalnih donatora i učinkovitost transplantacija.
* utjecaj plaćanja za organe: kada se organi ne mogu kupiti i prodati, kvaliteta i sigurnost se povećavaju, ali ponuda bitno zaostaje za potražnjom; kada se organi mogu kupiti, ponuda se povećava, ali se smanjuje sigurnost.
* zakonodavstvo (obaveza nošenja kaciga) može nenamjeravano smanjiti ponudu organa.
* davanje organa drugome – preko interneta potkopava tradicionalne alokacije preko nacionalnih popisa.

Posebni problemi (pravni)

Što je informirano suglasje (autonomija) u vezi sa transplantacijom?

Osnovni bioetički aspekti
brain-dead donor principle

rađanje djece zbog donacije (koštane srži)

rizici i koristi za donatora

rizici i koristi za recipijenta

mogućnost i valjanost suglasja

privatnost donatora

informirano suglasje

zaštita donatora

zahtjevi recipijenata

Osnovni pravni aspekti regulacije tranplantacije organa i tkiva

Ironically an approach intended to protect free choice might well hinder autonomous behavior rather than encourage it, since those with objections would have to state them and state them publicly rather than having the right to make no decision or to leave the decision to others if a tragedy were to occur. Caplan 152 The problem is that encouraged voluntarism using donor cards does not seem to be able to tap this powerful sentiment. A policy of a free market in buying and selling organs simply overlooks this valuable moral source of organs. A policy of presumed consent recognizes the prevailing desire of most people to help others upon their deaths but removes the moral dignity of donation by making it mandatory. 153 This policy option, which I have dubbed "required request," would restrict voluntarism but only on the part of hospitals and health care providers, not individual prospective donors and their families.153 A policy of legally mandating requests at the time of death addresses many of the failings of the current approach to cadaver organ procurement. It maximizes the opportunity to make a donation by way of a donor card or written directive since it ensures that some effort will be made by health professionals and family members to find a donor card if one exists. When no card exists, a required request approach allows families and guardians to make donations that now are simply lost due to a failure to ask…. A final benefit of a required request policy is that it adds an additional level of protection for those with objections to organ donation. By requiring requests of family or guardians, individuals who are opposed to donation are afforded greater protection that nothing will be done to their bodies that they would not want done were they in a position to make their views known. This protection can be optimized by simply restricting donations to those cases in which family or guardians (or donor cards) can be located…. While it is true that allocation criteria are closely tied both to the availability of organs and to the system used to obtain them, it is also true that the connection between the ethics of procurement and allocation is reciprocal. Few people will feel obligated to help those in need if they perceive inequities in the system used to designate exactly who is most in need and most deserving.157

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |

Drugi problem, prodaja organa.

Pravna regulativa u Hrvatskoj

Niz zakonskih i podzakonskih akata RH, te deklaracija i pravilnika regulira društvene odnose u vezi s transplantacijom, eksplantacijom, čuvanjem organa i sl. Iz sadržaja tih zakonskih i podzakonskih odredbi vidljivo je na kojim se aspektima regulacije najviše inzistira. Riječ je o sljedećim aktima:

*Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja*, NN, 31/80. u članku 10. zabranjuje naknadu za davanje dijelova tijela, živih i mrtvih, a članak 12. određuje pravilo tajnosti podataka. *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja*, NN, 50/88., u članku 1. određuje legitimnost presađivanja organa s mrtve osobe u slučajevima utvrđenih medicinskih kriterija za utvrđivanje smrti. Članak 2. određuje da se presađivanje dijelova umrle osobe može poduzeti ako se „umrla osoba za života tome nije izričito pismeno protivila“; kada je riječ o maloljetnim ili duševno bolesnim osobama, potreban je pristanak roditelja, bračnog druga, punoljetnog djeteta ili staratelja da se obavi transplantacija organa umrle osobe.

*Zakon o uvjetima za uzimanje i presađivanje dijelova ljudskog tijela*, NN, 53/91. u članku 11. određuje zaštitu podataka o davateljima i primateljima dijelova tijela za presađivanje, a u čl. 24. ponavlja zabranu dodijeljivanja naknade za transplantirani organ, te utvrđuje da je riječ o kaznenome djelu. *Pravilnik o pobližim medicinskim kriterijima te načinu i postupku utvrđivanja smrti osobe kojoj se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja*, NN 53/91.  u članku 3. utvrđuje kriterije moždane smrti (samo ako je respiracija i srčana akcija održiva na umjetan način).

*Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, NN, 1/97. u članku 38. kaže da utvrđivanje smrti mogu obavljati isključivo zdravstvene ustanove u državnome vlasništvu. U članku 140. utvrđuje se da se u privatnoj praksi ne smiju obavljati djelatnosti presađivanja, uzimanja, čuvanja, prenošenja dijelova ljudskog tijela, opskrbljivati krvlju i derivatima i sl.

U *Kaznenom zakonu RH*, NN, 110/97, članak 242. utvrđuje krivičnu odgovornost za medicinski neopravdano uzimanje dijelova ljudskog tijela radi presađivanja: al. 2. – ako nema pristanka primatelja; al. 3. bez pristanka živog davatelja ili primatelja; al. 4. – ako na propisani način nije utvrđena smrt davatelja; al. 5. ako se presađivanje obavi unatoč izričitom pisanom protivljenju umrle osobe, ili bez pristanka staratelja umrle maloljetne ili duševno bolesne osobe; al. 6 – ako za nagradu posreduje ili proda dio svojeg tijela. Predviđena kazna za ta djela iznosi između šest mjeseci i pet godina zatvora.

*Naputak za provođenje Programa za eksplantaciju organa*, NN, 75/98 utvrđuje dužnost ravnatelja da odredi djelatnika koji će sudjelovati u trajnoj edukaciji u vezi s eksplantacijom, kontaktiranjem obitelji potencijalnog darivatelja, te koji će obavljati razgovore s obitelji.

*Pravilnik o podacima i načinu vođenja dokumentacije o mogućim darivateljima dijelova ljudskog tijela radi presađivanja s umrle osobe*, NN, 188/03, u čl. 4. utvrđuje dužnost liječnika intenzivnog liječenja da prema kliničkim postupcima konstatira moždanu smrt, te obavijesti koordinatora za eksplantaciju; a u čl. 5. određuje da u zdravstvenim ustanovama koje nemaju pravo utvrđivanja moždane smrti, liječnici moraju započeti postupak utvrđivanja moždane smrti, te osigurati prijevoz bolesnika u ustanovu koja to pravo ima.

*Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja*, NN 177/2004 u čl. 9. utvrđuje obvezu tajnosti podataka, u čl. 10. mogućnost da se presađivanje obavi isključivo uz pismenu suglasnost, a u čl. 12. da se donacija s živog darovatelja smije obaviti isključivo „ako ne postoji odgovarajući organ ili tkivo mrtve osobe, te ako ne postoji druga, približno jednaka metoda liječenja“. U članku 22. utvrđuje se da se eksplantacija s mrtve osobe može obaviti isključivo ako se darivatelj tome za života u pismenom obliku nije protivio; dodatno, utvrđuju se načini pismenog oblika izjašnjavanja o nedarivanju. Članak 23. određuje dužnost liječnika primarne zdravstvene zaštite da podatke o tome pošalje Ministarstvu zdravstva, mogućnost opoziva izjave o nedarivanju, način pohrane podataka u listu nedarivatelja, te ponavlja dužnost zaštite informacija. U članku 33. od svih zdravstvenih djelatnika traži se da promiču darivanje organa i tkiva.

*Pravilnik o načinu čuvanja osobnih podataka darivatelja i primatelja dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja*, NN 141/05 detaljnije u člancima 2, 6, 7, i 9. detaljnije utvrđuju načine čuvanja podataka o darivateljima i primateljima. *Pravilnikom o načinu suradnje sa srodnim stranim međunarodnim organizacijama u cilju razmjene organa, odnosno tkiva radi presađivanja*, NN 141/05, utvrđuju se načini suradnje domaćih i stranih organizacija pri razmjeni organa i tkiva za presađivanje. Čl. 3 utvrđuje da se svako presađivanje mora prijaviti nadležnom ministarstvu; čl. 4. utvrđuje da je „organ ili tkivo dopušteno ponuditi stranoj državi isključivo ako nema odgovarajućeg pacijenta na nacionalnoj listi čekanja“, odnosno „ako se razmjena temelji na obvezama preuzetim ugovorom iz članka 2“. Članak 8. utvrđuje da se za presađivanje ne smije dati ili primati bilo kakva materijalna naknada, ali je dopušten povrat organizacijskih i medicinskih troškova za prijevoz organa.

Prema *Pravilniku o mjerama za osiguranje sigurnosti i kvalitete dijelova ljudskog tijela za medicinsku upotrebu*, NN 141/05, (čl. 2) „svaki dio ljudskog tijela uzet u svrhu presađivanja mora imati prihvatljivu kvalitetu i ne smije izložiti primatelja neprihvatljivom riziku“. Članak 4. određuje što treba obuhvaćati opću procjenu prihvatljivosti darivatelja.

*Pravilnikom o postupku dodjele alogenih nesrodnih krvotvornih matičnih stanica i radu registra mogućih darivatelja koštane moždine*, NN 151/05, uređuje se postupak „dodjele alogenih nesrodnih krvotvornih matičnih stanica i rad registra mogućih darivatelja koštane moždine“.  *Pravilnik o postupku obavještavanja o smrti osoba koje dolaze u obzir kao darivatelji dijelova ljudskog tijela zbog presađivanja u svrhu liječenja*, NN 152/05, utvrđuje pravila i dužnosti liječnika pri utvrđivanju moždane smrti, obavještavanja tranplantacijskog koordinatora, provjere je li umrla osoba u registru nedarivatelja, i obavještavanja obitelji preminulog o namjeri presađivanja organa. Pravilnik o načinu pohrane i prijevoza dijelova ljudskog tijela namijenjenih presađivanju, NN 152/05, utvrđuje načine i sredstva pohrane i prijevoza organa, tkiva i stanica. *Pravilnik o kriterijima za dodjelu dijelova ljudskog tijela i vođenja nacionalne liste čekanja*, NN 152/05, utvrđuje jednako pravo na presađivanje i jednaku dostupnost liječenja presađivanjem (čl. 2). U članku 3. određuje se obveza Ministarstva zdravlja za vođenje posebne liste čekanja za svaki organ, te ista prava i dužnosti potencijalnih primatelja organa sa živih i mrtvih darivatelja. Članak 5. utvrđuje dužnost osnivanja povjerenstava za utvrđivanje podobnosti primatelja i davatelja organa. Zadaća povjerenstava je utvrđivanje prava upisa bolesnika u nacionalnu listu čekanja, na temelju informiranog pristanka (čl. 6) odnosno pismene potvrde skrbnika u slučaju maloljetnika i nesposobnih za rasuđivanje. Članak 7. utvrđuje dužnost pacijenata da obavljaju preglede u skladu s protokolima transplantacijskog centra. Čl. 9. utvrđuje dužnost liječnika da obavijesti nacionalne centre o svakoj promjeni zdravstvenog stanja bolesnika s nacionalne liste čekanja koje bi mogle bolesnika isključiti s tog popisa. Članak 13. određuje smjernice za utvrđivanje prioriteta pri transplantaciji: to su medicinski kriteriji, stupanj hitnosti, imunogenetski kriteriji, vrijeme čekanja, i posebne okolnosti (dijete, primatelj više organa).

Pravilnik o načinu vođenja medicinske dokumentacije obavljenih uzimanja i presađivanja dijelova ljudskog tijela, NN 152/05. utvrđuje dužnosti ministarstva zdravstva pri vođenju informacijskog sustava, registra i evidencije davatelja i primatelja organa i tkiva.

*Pravilnik o radu i nadzoru nad zdravstvenim ustanovama ili dijelovima zdravstvenih ustanova s bankama tkiva,* NN 1/06, uređuje rad i nadzor nad bankama tkiva. Članak 39. određuje da se „svi troškovi rada banke tkiva zasnivaju na načelu rada bez dobiti“, premda je dopušten povrat troškova za „organizacijske troškove vezane za uzimanje, pohranu, raspodjelu i prijevoz organa i tkiva“. Pravilnik o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzeti radi presađivanja, NN 3/06, određuje kriterije utvrđivanja smrti osobe: konačni prestanak moždane cirkulacije – čl. 2, ireverzibilni prekid funkcije velikog i malog mozga te moždanog debla (čl. 3). Članak 11. utvrđuje da se pod zakonskim uvjetima mogu nastaviti medicinski postupci ako je umrla osoba davatelj organa i tkiva za presađivanje.

*Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatskog liječničkog zbora* u članku 5. navodi kako pri presađivanju tkiva i organa, u slučaju moždane smrti pacijenta, liječnik smije održavati život organa i dijelova tijela ili tkiva, pri čemu mora izvijestiti o tome najbližeg člana obitelji. Istodobno Pravilnik o pravima i odgovornostima članova Hrvatske liječničke komore (u članku 13.) navodi kako „liječnik čini povredu, ako u slučaju moždane smrti, utvrđene na stručno prihvaćene načine, u okviru pozitivnih propisa, ne održava život organa, dijelova tijela ili tkiva koji se mogu iskoristiti u svrhu liječenja drugih bolesnika.“

*Naputkom Ministarstva zdravstva za eksplantaciju organa*, NN 75/98 javnosti se obznanjuje kako bi zbog izuzetno malog broja organa za transplantaciju, trebalo prijeći na novi sustav prikupljanja organa: s informiranog suglasja na pretpostavljeno suglasje. Istodobno, *Naputkom* se dodaje, kako je „(z)bog toga Ministarstvo zdravstva sačinilo Naputak, koji postaje zakonska obveza za sve zdravstvene djelatnike i zdravstvene ustanove. . .“ Početkom sljedeće godine, 3. ožujka 1999. Hrvatski je Sabor donio *Rezoluciju o poticanju presađivanja organa u Republici Hrvatskoj*, kojim se potiču sve organizacije, liječničke, medijske, obrazovne i druge da pridonesu što većem obrazovanju u širenju potrebe za prikupljanjem organa za transplantaciju. Tri godine kasnije, 13. veljače 2002. Saborski odbor za rad, socijalnu skrb i zdravstvo podnio je *Izvješće o transplantaciji organa u RH i mjere aktivnosti koje se planiraju poduzeti*, u kojem se najvažniji zaključci odnose na organizaciju provedbe eksplantacije i transplantacije, odnosno na sastavljanje „neophodnih protokola“ (prijavljivanja i utvrđivanja moždane smrti, i protokola pristanka obitelji).

\* U većini europskih zemalja, koje imaju "zakon pretpostavljenog pristanka" običaj je da se bliska obitelj neposredno umrlog člana ipak pita za dozvolu za uzimanje organa radi presađivanja.

<http://www.hdm.hr/zakoni.html#rezolucija>

# Literatura:

American Medical Association. 1996-7. „The Use of Minors as Organ and Tissue Donors. Current Opinions with Annotations“, Chicago, American Medical Association. <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/369/ceja_3i93.pdf>

Caplan, Arthur. 1992. If I Were a Rich Man Could I Buy a Pancreas? And Other Essays On the Ethics of Health Care Medical Ethics Series. Bloomington: Indiana University Press.

Europska komisija 1997. "Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine", Oviedo, 4.IV.1997, <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>

Europska komisija 2002. "Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, on Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin", Strasbourg, 24.I.2002, <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/186.htm>

Fox, Renee, Judith Swazey. 2004 (1995). „Organ Transplants, Sociocultural Aspects of“, u Post, S. 2004.

Frati, Paola. 2005. "Organ Transplantation From Living Donors, Between Bioethics and the Law", *Transplantation Proceedings*, 37:2433-2435

Heath, S., V. Charles, et al. (2007). "Informed consent, gatekeepers and go-betweens: Negotiating consent in child- and youth-orientated institutions." British Educational Research Journal 33(3): 403-417.

Hrvatska donorska mreža, 2009. „O presađivanju organa“, <http://www.hdm.hr/uvod.html>

Hrvatska donorska mreža, 2009. „Zakoni i pravilnici“, <http://www.hdm.hr/zakoni.html>

Institute of Medicine. Committee on Organ Procurement and Transplantation Policy. 2000. *Organ procurement and transplantation*

Jonsen, Albert. 1997. "Ethical Issues in Organ Transplantation", u: Veatch, Robert 1997. *Medical Ethics*, Jones&Bartlett Publ. Sudbury, Mass.

Kimbrell, Andrew. 1993. The Human Body Shop, New York: Harper-Collins

Kimbrell, Andrew. 1993. The Human Body Shop. The Engineering and Marketing of Life, Harper-Collins, NY.

Kootstra, G., Daemen, J. H., Oomen, A. P. 1995. "Categories of non-heart-beating donors", Transplantation proceedings 27 (5): 2893

Lovrić, Biserka. 2003. Darivanje organa u Hrvatskoj, Vjesnik, 2. siječnja.

Munson, Ronald. 2002. Raising the Dead. Organ Transplants, Ethics and Society. Oxford, Oxford UP.

Munson, Ronald. 2007. „Organ Transplantation“, u: Steinbock, B. 2007.

O'Neal, Onora. 2003. Autonomy and Trust in Bioethics, Cambridge UP.

Parker, J., Philip Parker. 2003. Organ Transplant. A Medical Dictionary, Bibliography and Annotated Research Guide to Internet References, San Diego, CA: ICON Health Publications

Post, Steven. ed. 2004. Encyclopedia of Bioethics, New York: Macmillan

Postrel, Virginia. 2009. "…With Functioning Kidneys for All", *Atlantic Monthly*, July 2009.

Povrzanović, Igor. 2004. „Hrvatska na milijun stanovnika ima samo osam donatora“, Zadarski list, 8. travnja 2004. <http://www.rivaon.com/arhiv/2004/v558/v558.htm>

Povrzanović, Igor. 2007. „Hrvatska donorska mreža i njene aktivnosti“, [Glasnik pulske bolnice,](http://hrcak.srce.hr/glasnik-pulske-bolnice) [Vol.4 No. supl.1.](http://hrcak.srce.hr/index.php?show=toc&id_broj=2032)

Rothenberg, L. S. "Ethical Issues in Organ Donation", u: Klintmalm, G., M. Levy (eds.) 1999. *Organ Procurement & Preservation*, Landes Bioscience: Georgetown, Tx.

Saletan, William. 2008. „Undead Babies“, *Slate*, Oct. 3., [www.slate.com/toolbar.aspx?action=print&id=2201445](http://www.slate.com/toolbar.aspx?action=print&id=2201445)

Sarvestani, Nima. 2006. „Iran's desperate kidney traders“, BBC, 31. listopada.

Scheper-Hughes, Nancy. 1998. The New Cannibalism, New Internationalist, <http://sunsite.berkeley.edu/biotech/organswatch/pages/cannalism.html>

Steinbock, Bonnie. ed. 2007. Oxford Handbook of Bioethics, Oxford: Oxford University Press

Stiller, Calvin. 2004 (1995). „Organ Transplants, Medical Overview of“, u: Post, S. 2004.

Stuart, F. P., M. M. Abecassis and D. B. Kaufman (eds.) 2003. *Organ Transplantation*, Landes Bioscience: Georgetown, Tx.

Truog, Robert. 2008. „The Dead Donor Rule and Organ Transplantation“, New England Journal of Medicine, 359 (7): 674-675

Trzepacz, Paula T., Andrea F. DiMartini (eds.). 2000. [The Transplant Patient: Biological, Psychiatric, and Ethical Issues in Organ Transplantation](http://gigapedia.com/items/283644/the-transplant-patient--biological--psychiatric--and-ethical-issues-in-organ-transplantation) , Cambridge: Cambridge University Press

Wikipedia. 2009. Organ donation, <http://en.wikipedia.org/wiki/Organ_donation>

Wrigt, Linda, Kelley Ross, Abdallah Daar. 2008. "Organ Transplantation" u: Singer, P., A. M. Viens. 2008. *Cambridge textbook of Bioethics*, Cambridge UP, Cambridge

Community Blood Bank of Kansas City protiv Federal Trade Commission (1962). Spor između kompanije Community Blood Bank Kansas Cityja, prve komercijalne banke krvi i Federalne komisije o trgovini iz 1962., bio je prvi veći sudski spor u kojemu se određivalo mogu li se dijelovi tijela prodavati kao robe (proizvodi). Spor je započeo u Kansas Cityju 1955. godine, kada je stvorena banka krvne plazme Midwest Blood Bank and Plasma Center, koja je plaćala davateljima krvi za njihove usluge. Davatelji su bili uglavnom ljudi bez posla, alkoholičari i narkomani koji su na taj način preživljavali. Godine 1958. bračni par vlasnika banke (bez stručnih kvalifikacija) dobio je licencu, te osnovao još jednu banku, World Blood Bank. U istome gradu iste je godine osnovana neprofitna banka krvne plazme Community Bank, koja je, zbog neprofitnosti, ubrzo stvorila monopol na distribuciju krvne plazme u okolici. Godine 1962. komercijalne banke krvi, Midwest i World Blood Bank, uložile su žalbu protiv Community Bank i njihovih korisnika (gotovo svih bolnica u okolici) pred Federal Trade Commission (Nacionalnom komisijom za trgovinu), tvrdeći da je riječ o uroti i kršenju antimonopolističkih zakona. Godine 1963. neprofitna Community Bank bila je osuđena za kršenje antimonopolističkih zakona tj. za ograničavanje slobodne trgovine. Community Bank je uložila žalbu na višoj instanci, i tvrdila da krv i krvna plazma nisu robe koje se mogu prodavati, te da spor uopće nije trebao biti u nadležnosti FTC-a. U toj žalbi Community Bank su podržale Američka Medicinska Asocijacija, Crveni križ, druge organizacije, brojni liječnici, a senator E. Long je bezuspješno pokušao na saveznoj razini stvoriti zakon kojim će se promet krvnom plazmom izdvojiti iz antimonopolističke zakonske regulative. Godine 1966. viša instanca i kongresna skupina odlučila se za potvrdu nižestepenog suda, a time je odlučeno da se “krv... može smatrati “proizvodom” ili “robom””. Shodno tome, krv i krvna plazma postali su podložni zakonima o trgovini. Međutim godine 1969. Prizivni sud Osmoga okruga, obrnuo je odluku FTC-a, pa odtada bolnice i privatni liječnici mogu koristiti plazmu nekomercijalnih banki krvi, premda navedena odluka lokalnoga suda nije uništila zakonsku regulativu o trgovini krvnom plazmom na saveznoj razini.

Drugi je zanimljivi slučaj bio spor između porezne službe Sjedinjenih Država, Internal Revenue Service i Margaret Cramer Green iz 1980. godine. Sedamdesetih godina siromašna gospođa Margaret Green živjela je od prodaje svoje rijetke vrste krvi, AB-. Godine 1976. ona je 95 puta prodala svoju krv firmi Serologicals u Pensacoli, i za tu je uslugu dobila $7000 ($6695 za uslugu i $475 za putne troškove). U svojoj poreznoj prijavi, M. Green je tražila poreznu olakšicu u visini od $2355, s obrazloženjem da je tijekom donacija gubila određene minerale i antitijela koje je nadoknađivala posebnim režimom ishrane, za putne troškove, za premije zdravstvenog osiguranja i posebne lijekove. Porezna služba nije priznala olakšice, pa je davateljica tužila poreznu službu sudu. Sud je odlučio da je njezina krv roba koja se prodaje, te da je darovateljica i proizvođač i skladištar svog proizvoda, te da je došlo do uobičajene prodaje proizvođača i distributera proizvoda, prerađivaču i prodavatelju. Sud je odlučio da troškovi ishrane ulaze u njezine olakšice, isto tako i putni troškovi g. Green kao kontejnera proizvoda, ali ne i putne troškove osobe g. Green. Troškovi izgubljenih minerala međutim nisu ušli u olakšicu, jer se olakšica za mineralne izvore odnosi na “geološke mineralne izvore” a ne za “tijela poreznih obveznika”.

Treći slučaj bio je spor Jacobs versus State iz 1983. godine. Dr. Barry Jacobs pokušao je osnovati firmu Internacionalna razmjena bubrega, koja bi nabavljala organe (uglavnom bubrege) po cijelome svijetu i s profitom ih preprodavala. Taj je pokušaj spriječen zakonskom reakcijom Kongresa Sjedinjenih država pod imenom National Organ Transplant Act, zakonom o zabrani preprodaje ljudskih organa. Taj zakon međutim ne zabranjuje prodaju tkiva poput krvi, sperme ili fetalnih organa.

Posebno je značajan bio slučaj bebe Therese iz 1992. godine. Razlog pokretanja pravnoga postupka bila je odluka roditelja encefalitičnoga djeteta da rode dijete kako bi mogli prodati (ili pokloniti) djetetove organe ljudima kojima oni trebaju. Vrhovni sud Floride u Tallahasseeu zbog tehničke nedosljednosti zabranio je prodaju organa prije djetetove smrti. Taj je pravni slučaj bio jedan od prvih presedana kojim se smrt osobe određivala prema kriteriju smrti moždane aktivnosti.

Slučajevi Karen Ann Quinlan i encefalitičkog djeteta Gabriela iz 1987. godine obuhvaćali su pitanje prava na presađivanje srca djeteta u stanju trajne vegetacije. Još i danas brojne države Sjedinjenih država omogućuju proglašavanje osoba u stanju moždane smrti pravno mrtvima, kako bi se njihovi organi mogli što brže i efikasnije presaditi.

U slučaju Marisse Eve Ayale iz 1991. godine, obitelj Ayala odlučila je začeti dijete isključivo kako bi osigurala primjerenu vrstu koštane srži za svoju stariju oboljelu djevojčicu, osamnaestogodišnju Anissu. Transplantacija je uspješno obavljena. Od tada je više od 20 žena začelo i dobilo djecu zbog istih razloga.

Slučaj Baby Fae iz 1984. godine, bio je prvi slučaj transplantacije srca babuna u djevojčicu Fae, a šest godina kasnije, 1990. u slučaju dr. McCunea, postali smo svjedoci i transplantacije ljudskih tkiva u životinje, zbog proizvodnje seruma u humanoj medicini.

1. Posebne slučajeve donacije cijeloga tijela za istraživačke svrhe (koji također nadilazi temu ovoga članka), vrste istraživanja i (zlo)upotrebe koje se rade na takvim tijelima, s velikom količinom crnog humora detaljno opisuje Mary Roach (2003) u knjizi Stiff. Čudnovati životi ljudskih mrtvaca. [↑](#footnote-ref-1)
2. Rekao je na Saborskome odboru 2002. predsjednik povjerenstva za transplantacije Rajko Ostojić. <http://www.hrt.hr/arhiv/2002/02/13/SAB.html>. Regionalno se broj transplantacija kod nas bitno razlikuje. Tako je u riječkom KBC-u tijekom 2000-1 obavljeno 24 eksplantacije, a u zagrebačkim bolnicama nijedna. Sličnu sliku opisuje i predsjednik Donorske mreže Hrvatske Igor Povrzanović, koji tvrdi da se u Hrvatskoj obavlja tek 8 transplantacija na milijun stanovnika, ali da je u Istri taj razmjer 36 na milijun stanovnika (Povrzanović, 2002). [↑](#footnote-ref-2)
3. Švedska (11 donatora na milijun stanovnika) i Izrael (10 donatora na milijun stanovnika) imaju relativno manji broj donacija s obzirom na tzv. sustav pretpostavljenog pristanka. [↑](#footnote-ref-3)