

Dieter Birnbacher

ETYCZNE ZAGADNIENIA TRANSPLANTACJI

Nowoczesna technologia medyczna i rola etyki

Współczesna etyka w coraz szerszym zakresie zajmuje się problemami bezpośrednio lub pośrednio wywołanymi przez nowoczesną naukę i technikę: fizykę jądrową, inżynierię genetyczną oraz medycynę, stosujące nowe metody wspomagania reprodukcji i zaawansowaną technologię, zwłaszcza na granicy życia i śmierci.

Przyczyną tych szczególnych zainteresowań etyki jest fakt, że technologia pierwotnie służąca rozwiązywaniu problemów, staje się również problemogenna. Stawia nas ona wobec nowych, skomplikowanych decyzji oraz konieczności zapewnienia owym decyzjom wsparcia etycznego. Wszelki rozwój ludzkich możliwości wiąże się ze wzrostem odpowiedzialności, a wraz z rozwojem technologii pojawia się konieczność usprawiedliwienia w każdym poszczególnym przypadku nie tylko jej zastosowania, lecz również jej zaniechania.

Istnieją także inne powody, dla których rozwój technologii, a zwłaszcza technologii medycznej, wymaga refleksji moralnej. Jednym z nich jest jej wyjście poza teren elementarnych i niewątpliwych potrzeb społecznych i wkroczenie na obszary, na których ujawniają się właściwe pluralistycznemu społeczeństwu konflikty wartości. Ponieważ podstawowe i niekwestionowane zagrożenia dla rodzaju ludzkiego zostały skutecznie przezwyciężone, cele, którym służy technologia, nie są już oczywiste same przez się.

Innym powodem jest szybkość rozwoju technologii, która wydaje się przerażać możliwości adaptacyjne myślenia moralnego. Owo myślenie przynajmniej w swej potocznej postaci, jest w pewnym sensie kulturowo opóźnione w stosunku do nowoczesnej technologii. Jako przykład może służyć nie malejące w refleksji moralnej powodzenie tradycyjnego podziału na środki naturalne i nienaturalne (lub zwyczajne i nadzwyczajne), podziału sugerującego, że przeciwdziałanie naturze jest z etycznego punktu widzenia ryzykowne i że

etycznie bezpieczniej jest „pozwoić naturze obrać własny kurs”. Skoro jednak możemy ów kurs zmienić, nieingerowanie w procesy naturalne wymaga usprawiedliwienia w nie mniejszym stopniu niż interwencja.

Nie sądzę, by niechęć, z jaką potoczne myślenie moralne odnosi się do rezultatów rozwoju technologii, była koniecznie lub wyłącznie irracjonalna. W tych reakcjach moralnych tkwi ziarno prawdy, nawet jeśli ostatecznie okaże się, że nie sposób ich bronić na racjonalnym gruncie. Sceptyczny stosunek do innowacji technologicznych, powszechny obecnie w Niemczech, można uznać za skutek rzeczywistych trudności w utrzymaniu pewnej kontroli społecznej nad technologią rozwijającą się w warunkach zawodowego i międzynarodowego współzawodnictwa. Prawdzie odpowiada też chyba odczucie, że pozytywne obowiązki i odpowiedzialność moralna mają swe granice, których nie mogą w prosty sposób definiować techniczne możliwości. Otwartą kwestią pozostaje więc nie tylko, czy jesteśmy moralnie uprawnieni do czynienia wszystkiego, co uczynić możemy, lecz również, czy jesteśmy moralnie zobowiązani uczynić wszystko, co możliwe.

Kwestie te wiążą się w sposób bezpośredni i oczywisty z etycznymi aspektami przeszczepiania narządów. W tym przypadku, jak w każdym innym, prosty fakt dostępności nowej techniki zmienił i wciąż zmienia sytuację moralną. Powszechna niechęć wobec dawstwa narządów oraz trudności związane z zachęceniem lekarzy, by zawiadamiali centra transplantacyjne o możliwości pobrania organów, dobitnie świadczą o niepokoju wywołanym moralną presją wywieraną przez technologię, a godny ubolewania spadek społecznej akceptacji zabiegów transplantacyjnych, chociaż w znacznej mierze jest skutkiem irracjonalnych obaw, można potraktować też jako ostrzeżenie: żeby nie przedkładać nowoczesnej technologii medycznej nad starsze metody tylko ze względu na osobiste ambicje lub żywiony względem niej entuzjazm, oraz nie tracić szacunku do tego, co leży w interesie indywidualnego pacjenta.

Rola etyka jest w tej sytuacji podwójna: po pierwsze, mediacja pomiędzy nowoczesną technologią medyczną a sceptycyzmem społeczeństwa oraz, po drugie, zapewnienie intelektualnego zaplecza dla uporządkowanej i racjonalnej debaty.

Pierwsze zadanie polega na wyjaśnieniu każdej ze stron sporu przekonań i motywów leżących u podstaw argumentacji adwersarzy oraz przewyżczenie wzajemnych uprzedzeń – zarówno przekonania, że naukowcy są nieuczulymi technokratami, jak opinii, że myślenie potoczne jest beznadziejnie zacofane.

Zadanie drugie wymaga od etyka stanowczego opowiedzenia się za racjonalnością, myśleniem spójnym i zgodnym z naukowymi faktami. Nawet na poziomie racjonalnym nie wolno mu przyjąć roli autorytetu moralnego. Chociaż ma on prawo do spójnej prezentacji możliwych rozwiązań, to brzemień dowiedzenia swoich racji musi spocząć na barkach spierających się stron.

Etyka pełniącego funkcję mediatora i przewodnika najbardziej potrzeba w tych przypadkach, gdzie rezultaty badań naukowych i technologicznych oddziałują na kluczowe pojęcia naszego światopoglądu i wizerunku nas samych jako osób. Jednym z takich pojęć, szczególnie obciążonym wartościami, jest pojęcie śmierci. Powszechny niepokój wzbudza związane z praktyką transplantacji zastępowanie go „technicznym” pojęciem śmierci mózgu, które pozwala uznać osobę za martwą, mimo że przez wzgląd na nadające się do przeszczepienia narządy, wciąż sztucznie podtrzymuje się jej główne funkcje życiowe. Czy jest to redefinicja pojęcia śmierci, czy tylko dodatkowe jej kryterium używane dla szczególnych potrzeb oddziałów intensywnej terapii? Stwierdzić należy, że pomimo wprowadzenia kryterium śmierci mózgowej, definicja śmierci jako nieodwracalnej utraty świadomości i kontroli ośrodkowego układu nerwowego nad funkcjami ciała pozostała nie zmieniona. Nawet tradycyjne kryterium mówiące o śmierci serca byłoby bezużyteczne, gdyby tak rozumiana śmierć nie pociągała za sobą nieodwracalnej utraty świadomości i funkcji ośrodkowego układu nerwowego. Niestety wokół tej kwestii narosło bardzo wiele nieporozumień, częściowo z winy samych rzeczników kryterium śmierci mózgu. Harvard University Committee, który w 1968 roku zaproponował to kryterium, notorycznie nie radził sobie ani z wytłumaczeniem czym różni się śmierć mózgu od „nieodwracalnej śpiączki” (będącej stanem, w którym znajduje się żywa osoba), ani z wyjaśnieniem dlaczego uznanie śmierci mózgu (stanowiącej moralnie konieczny warunek pobrania narządów) za kryterium zgonu, nie może być usprawiedliwione spełnianą przezeń rolą. Jego wartość trzeba wykazać, i jak sądzę można ją wykazać nie tylko na gruncie ściśle pragmatycznym.

Do najzaciętszych przeciwników kryterium śmierci mózgu należą ci, którzy odrzucają czysto funkcjonalną definicję śmierci na rzecz tego, co można by nazwać definicją fenomenalną, zgodnie z którą żaden człowiek, u którego występują odruchy pniowe, którego serce bije, a płuca oddychają, nie może być „naprawdę martwy”, nawet jeżeli trwanie tych funkcji w istocie zależy od sztucznej stymulacji. Ich sprzeciw bierze się tu ze zrozumiałego buntu wobec alienacji, jaką nauka wniosła do naszego codziennego życia, buntu będącego reminiscencją ruchu romantycznego. Psychologicznie rzecz ujmując, na potoczne postrzeganie tych zagadnień znacznie większy wpływ ma znaczenie symboliczne niż faktyczne. Z czysto racjonalnego punktu widzenia teoria „fenomenalna” jest nie do przyjęcia, nie mamy bowiem prawa orzekać czyjeś śmierci tylko dlatego, że ktoś wydaje się martwy – zawsze ma on szansę po reanimacji odzyskać świadomość i funkcje mózgu.

Zagadnienie kryterium śmierci mózgowej nie jest samo w sobie problemem etycznym, lecz antropologicznym. Pociąga ono jednak za sobą ważny problem moralny: czy w tak delikatnej kwestii jak śmierć i umieranie większość

społeczeństwa powinna mieć prawo do narzucenia mniejszości swego zdania. Według mnie, racje przemawiające za przyjęciem kryterium śmierci mózgu są na tyle dobre, że pozwalają uznać je za normę prawną.

Etyczne aspekty transplantacji narządów pochodzących od osób martwych

Chciałbym zająć się pokrótce kilkoma najważniejszymi zagadnieniami związanymi z transplantacją, w pierwszej kolejności tymi, które wiążą się z przeszczepianiem narządów pochodzących od osób martwych. Chociaż wokół tej kwestii toczy się obecnie dość gorący spór (nawet bardziej zawzięty niż w latach siedemdziesiątych, kiedy to brak konsensusu uniemożliwił legalizację tego typu zabiegów), to zagrożenia, z jakimi spotykamy się w przypadku transplantacji *post mortem*, są znacznie mniej dramatyczne niż te, które towarzyszą przeszczepianiu narządów pochodzących od żywych dawców.

Jeden z etycznych problemów pośmiertnego dawstwa, żywo dyskutowany w kościołach chrześcijańskich, dotyczy istnienia dostatecznych podstaw pozwalających uznać przekazywanie narządów za obowiązek moralny. Czy dawstwo pośmiertne jest prawdziwym, pełnowymiarowym obowiązkiem moralnym, czy tylko osobistą decyzją podejmowaną według własnego uznania? Sądzę, że istnieją wystarczające przesłanki po temu, by upatrywać w niej obowiązek moralny. W świetle powszechnego uznania elementarnej, międzyludzkiej solidarności i wobec faktu, że zabiegi transplantacyjne służą niekwestionowanym wartościom, jak przedłużenie życia i poprawa losu oczekujących na przeszczep pacjentów, praktycznie bez ryzyka dla dawcy, trudno byłoby usprawiedliwić odmowę pośmiertnej donacji.

Powszechne obawy, że narządy przeznaczone do przeszczepów zostaną pobrane zanim dawca umrze lub że życie dawcy zostanie wbrew jego woli aktywnie lub pasywnie skrócone ze względu na interes biorcy, wydają się bezzasadne. Nawet ci, którzy nie akceptują kryterium śmierci mózgu, muszą przyznać, że transplantacja narządów może życie – w ich rozumieniu – przedłużyć, natomiast skraca je sztuczne podtrzymywanie funkcji organizmu pacjenta, którego mózg umarł. Twierdzenie, że eksplantacja może mieć wpływ na świadomość zmarłego, jest tym bardziej pozbawione podstaw, ponieważ o możliwościach istnienia jakiegoś rodzaju świadomości po całkowitej i nieodwracalnej śmierci mózgu można spekulować z równym powodzeniem jak o możliwościach istnienia świadomości w ciele spoczywającym w grobie.

Mówi się czasem, że pośmiertna donacja nie może mieć charakteru powszechnego obowiązku, ponieważ myśl o byciu krojonym po śmierci jest dla wielu ludzi nieprzyjemna. Według badań amerykańskich co najmniej 20% ludzi uważa ją za przykrą. Trudno byłoby jednak uznać ten wynik za argument rozstrzygający, ponieważ wiele obowiązków moralnych wymaga od nas postępowania na przekór sobie. Zasady moralne mają bowiem to do siebie, że

pobudzają nas do działania niezależnie od naszych spontanicznych uczuć sympatii i antypatii oraz motywują czyny, których bez nich, sami z siebie, nie spełnilibyśmy.

Z drugiej strony, z faktu istnienia moralnego zobowiązania do bycia dawcą nie wynika, iż ktokolwiek, nawet społeczeństwo, ma prawo domagać się dawstwa lub może sobie rościć prawo do ofiarowywanych narządów. Ujmując rzecz w terminach Kantowskich: donacja jest obowiązkiem miłości, a nie obowiązkiem prawnym. Jest obowiązkiem, który nie może mieć charakteru prawnego przymusu. Zasadę użyteczności, dyktującą owo zobowiązanie, ogranicza bowiem zasada autonomii, a szacunek do autonomii każe respektować do pewnego stopnia nawet nieuzasadnione i moralnie wątpliwe przekonania, zwłaszcza gdy są one bardzo silnie ugruntowane albo stanowią część egzystencjalnych lub religijnych zobowiązań.

Ogólnie rzecz biorąc panuje zgoda co do tego, że odmowa zostania pośmiertnym dawcą musi być w pełni respektowana. Niestosownie byłoby bowiem wolę zmarłego dotyczącą majątku traktować z większym szacunkiem niż wolę odnoszącą się do jego własnego ciała. Przedmiotem kontrowersji może być jednak sposób rozstrzygnięcia o priorytecie jednej z wyżej wymienionych zasad w najbardziej typowym przypadku – gdy nie ma ani wyraźnej zgody na pobranie narządów, ani wyraźnej odmowy.

Jeżeli pierwszeństwo przyznamy zasadzie autonomii, to pojawią się dwie możliwości uregulowania takiej sytuacji:

1. Ograniczenie eksplantacji do tych osób, które uprzednio wyraziły na nią zgodę – formalnie na piśmie lub odpowiednio instruując rodzinę czy przyjaciół (regulacja na zasadzie zgody – *contracting-in*).

2. Wprowadzenie rutynowej procedury obowiązkowego dokumentowania stosunku do pośmiertnej donacji narządów, a następnie postępowanie zgodnie z pierwszą opcją (regulacja na zasadzie oświadczenia).

Obydwa warianty posiadają ten walor, że zmarły może być pewien, iż tylko jego wola zostanie wzięta pod uwagę. Rodzina i bliscy nie mają prawa weta. Teoretycznie rzecz ujmując, obydwie możliwości posiadają również inną korzyść: zapewniają spokojny okres żałoby, nie zakłócony pytaniami o zgodę na pobranie narządów lub zbieraniem informacji o przekonaniach zmarłego. W praktyce jednak korzyść ta płynie tylko z drugiej opcji, ponieważ bez obowiązkowego zadeklarowania swojej woli w dowodzie osobistym lub innym tego rodzaju dokumencie trudno dociec jej prawdziwości tylko na podstawie pisemnego lub ustnego świadectwa.

Istotną wadą obydwu opcji będzie to, że dadzą one raczej niską liczbę ofiarowywanych narządów – zbyt niską w stosunku do potrzeb, a co za tym idzie – w przypadku transplantacji nerek – niewielką szansę poprawienia sytuacji dializowanych pacjentów. Tylko niewielki ułamek tej istotnej części populacji, która deklaruje chęć pośmiertnego przekazania narządów, nosi przy

sobie karty dawcy lub odpowiednio instruuje swą rodzinę czy przyjaciół. Procent ten wzrósłby prawdopodobnie, gdyby zastosowano model obowiązkowych deklaracji. Wzrost ten byłby jednak okupiony biurokratyzacją i zmuszaniem wielu ludzi do podjęcia egzystencjalnej i prywatnej decyzji, której podejmować nie chcą, a w każdym razie nie przy okazji odnawiania dowodów osobistych i w obecności urzędników.

Jeżeli przyznamy priorytet zasadzie użyteczności, pojawi się nawet większa liczba możliwych rozwiązań. Przy braku pisemnej odmowy lub odpowiedniej instrukcji przekazanej rodzinie lub bliskim, pobranie narządów po śmierci będzie dozwolone:

1. Kiedy jest co najmniej prawdopodobne, że zmarły nie sprzeciwiłby się, a rodzina wyraża zgodę (silna zgoda).
2. Kiedy wola zmarłego jest nieznana, a rodzina wyraża zgodę (słaba zgoda).
3. Kiedy wola zmarłego jest nieznana, a rodzina nie sprzeciwia się zamiarowi pobrania narządów (brak sprzeciwu – *Informationsregulung*).
4. Kiedy wola zmarłego jest nieznana, a skontaktowanie się z rodziną lub przyjaciółmi nie jest możliwe (model nagłych przypadków).
5. Kiedy wola zmarłego jest nieznana, bez dalszych warunków związanych ze zgodą lub brakiem sprzeciwu rodziny (*contracting-out*).

Ostatnia opcja została wykorzystana w systemach prawnych kilku państw europejskich (w tym Austrii, Szwajcarii i dawnej NRD), ale zazwyczaj jest lub raczej była – stosowana w mniej drastycznym wariacie, respektującym wolę rodziny i odpowiadającym raczej opcji 3 lub 4, co faktycznie było bardziej zgodne z duchem zasady użyteczności, która powinna obejmować również rodzinę. Ponieważ transplantacja jest grzechem (choć niezbyt ciężkim), to przynajmniej w sytuacji, gdy nie ma wyraźnego dowodu, że zmarły zgodziłby się na eksplantację, należy wątpić, czy wbrew jego woli narządy powinny być pobrane.

Trzeba wspomnieć ponadto, że w Niemczech aktualna praktyka odpowiada raczej opcji 1 lub 2 z listy „priorytetu użyteczności” niż którejkolwiek opcji z listy „priorytetu autonomii”. Trudno bowiem ustalić, kiedy zgodę rodziny można uznać za zgodną z wolą zmarłego, nie sposób też tę zgodność potwierdzić. Dlatego stan obecny jest znacznie mniej odległy od opcji 3, która ma większe szanse wykorzystania przez przyszłe prawo transplantacyjne, niż opcja 1 z listy „priorytetu autonomii”, która dla przeciwników kryterium śmierci mózgu jest jedyną możliwą do przyjęcia opcją. Ponieważ ich zdaniem pobranie narządów zabija pacjenta – przynajmniej w przypadku eksplantacji serca – wyraźna wcześniejsza deklaracja woli zmarłego wydaje się etycznie konieczna.

Różnym celom, które przyświecają ustawowemu regulowaniu kwestii dotyczących transplantacji, najlepiej służy, moim zdaniem, opcja 3 z listy „zasady użyteczności”: zaspokaja ona zapotrzebowanie na narządy do przeszczepów, respektuje preferencje rodziny oraz pozwala uniknąć jej członkom negatywnych

emocji związanych z zajęciem stanowiska wobec pobrania narządów zmarłego aż do momentu, gdy zostaną oni poinformowani o zamiarze eksplantacji.

Nie należy jednak przeceniać szans na wzrost liczby przeszczepów dzięki działaniom legislacyjnym zgodnym z opcją 3. Choć w tych państwach europejskich, które korzystają z regulacji typu *contracting-out* liczba zabiegów jest największa, nie należy oczekiwać, że rozwiązanie oparte na zasadzie braku sprzeciwu [*Informationslösung*] przyniesie w Niemczech podobne skutki. Ze względu na powszechną niechęć do transplantacji wielu ludzi (lub ich rodziny) skorzysta ze swego prawa odmowy.

Etyczny problem związany z opcją 3 (oraz innymi opcjami z listy „priorytetu użyteczności”) stanowi wynikające z niej wymaganie jawnej odmowy pośmiertnej donacji – jej udokumentowanie albo odpowiednia instrukcja przekazana rodzinie lub przyjaciółom. Wymaganiu temu trudno sprostać nawet w społeczeństwie, w którym powszechnie dyskutuje się o zagadnieniach medycznych. Każde rozstrzygnięcie musi jednak poszukiwać kompromisu dla przeciwstawnych postaw. Dla tak złożonego problemu praktycznego nie ma prostego i idealnego rozwiązania.

Kwestia dystrybucji

To samo dotyczy powszechnie znanych trudności, jakie wiążą się ze sprawiedliwym podziałem dostępnych narządów. Nie ma opcji, która satysfakcjonowałaby wszystkich – gdy dzieli się skąpe zasoby, zawsze ktoś będzie uszkodzony. Należy jednak podkreślić, jak ważną rolę odgrywa jawność kryteriów, według których rozstrzyga się o przyznaniu lub nie przyznaniu narządów. Wynika z tego, że moralne kryteria dystrybucji czy zasada równego dostępu dla wszystkich nie powinny być przedstawiane jako kryteria „medyczne”.

Z drugiej strony powinno być jasne, że nawet decyzja oparta na czysto medycznych przesłankach, na przykład na podstawie zgodności tkankowej jest decyzją moralną – w tym przypadku jest decyzją o niebraniu pod uwagę takich parametrów, jak wiek biorcy lub status jego rodziny.

W praktyce, formułowane wprost medyczne kryteria alokacji oraz ich konsekwencje nie są tak jednoznaczne. Zazwyczaj dochodzi do kompromisu pomiędzy takimi kryteriami, jak prognoza, zagrożenie życia i czas oczekiwania na przeszczep. Czy te kryteria da się obronić z jakiegokolwiek etycznego punktu widzenia? Niektóre z nich można wykluczyć z rozważań już na samym początku. Na przykład te, które odwołują się do „wartości społecznej” zależnej od mniej lub bardziej subiektywnej oceny kondycji moralnej jednostki oraz jej przeszłej, obecnej lub przyszłej przydatności dla społeczeństwa. Natomiast pomiędzy takimi kryteriami, jak prognoza, zagrożenie życia i równość, konflikty są nieuniknione. Uzależnienie alokacji od prognozy stopnia zagrożenia życia odwołuje się do racji ekonomicznych i utylitarnych, które przedkładają wydaj-

ność dystrybucyjną (czyli maksymalizację granic opłacalności, poprzez które rozumie się zyskiwany czas życia i jego warunki) nad egalitaryzm. Rozwiązanie utylitarne zwiększa szanse ludzi młodszych, zdrowszych i lepiej wykształconych (doświadczenie wykazuje zależność pomiędzy czasem funkcjonowania narządu a wykształceniem; Bullinger, 1993, 219). To by znaczyło, że ci, którzy już są w złej sytuacji, znajdują się w jeszcze gorszej, ponieważ będą mieli mniejsze szanse na otrzymanie narządów.

Równy dostęp (ograniczony jedynie ściśle medycznymi kryteriami) na zasadzie „kto pierwszy, ten lepszy”, niezależnie od indywidualnej prognozy, odpowiada koncepcjom etycznym, które faworyzują równość nawet za cenę znacznej niewydajności dystrybucyjnej.

Obydwie zasady i szkoły myślenia są istotną częścią naszej tradycji etycznej. Trudno sformułować jakąkolwiek ogólną normę, która mogłaby rozstrzygać sytuacje konfliktowe, a zarazem byłaby do przyjęcia przez wszystkich. Należałoby raczej skorzystać z rozwiązania, które w najwyższym stopniu połączy zalety obydwu koncepcji.

Transplantacja narządów pochodzących od żywych dawców

Wspomniałem na początku, że łatwiej poradzić sobie z problemami związanymi z transplantacją narządów pochodzących od osób martwych niż z tymi, które wiążą się z przeszczepianiem narządów pochodzących od osób żywych. Po części wynika to z faktu, że dawstwo organów (zwykle nerek) przez osoby żywe stawia dawców w bardzo delikatnej psychologicznie sytuacji istotnego ryzyka – możliwości trwałych zaburzeń w relacji z biorcą, chociaż daje im jednocześnie olbrzymią szansę wzbudzenia większego szacunku i poważania dla własnej osoby.

Czy dawstwo narządów za życia stanowi wymóg moralny, czy jest „nad-obowiązkowe”? Czy jest ono aktem godnego pochwały heroizmu moralnego, czy też czynem, od którego uchylanie się może się spotkać ze słusznymi wyrzutami i krytyką moralną.

Odpowiedź zależy od dwu okoliczności: ryzyka, jakie podejmuje dawca oraz możliwości alternatywnego rozwiązania. Ogólnie rzecz biorąc ryzyko dawcy wydaje się zbyt duże, aby móc uznać donację za obowiązek moralny. Możliwość zgonu nie jest duża (według Landa, 1993, 55, jest to 1%), ale według badań amerykańskich, około 10 procentom dawców zagraża wystąpienie chronicznych bólów pooperacyjnych, w wielu przypadkach pojawia się trwała skłonność do nadciśnienia. Jeszcze poważniejsze jest ryzyko psychologiczne: wrażenie, że poniosło się uszczerbek na zdrowiu albo poczucie winy, jeżeli zabieg się nie powiedzie lub ofiarowany narząd zostanie odrzucony. (Oto jedna z przyczyn ostrożności przy przyjmowaniu ofert od osób o skłonnościach depresyjnych). Z drugiej strony, na płaszczyźnie psychologicznej wchodzi w grę nie tylko

zagrożenia, lecz również korzyści – świadomość, że jest się dla kogoś osobą ważną, może dla dawcy znaczyć więcej niż zagrożenie zdrowia, zwłaszcza jeśli cierpi on z powodu słabego poczucia własnej wartości.

Wielu znawców zagadnień etyki lekarskiej dostrzega także moralny problem w relacji między pobierającym narząd lekarzem, a jego żywym dawcą: czy lekarz nie stwarza zagrożenia dla darczyńcy, osoby zdrowej, nie przewidując dlań korzyści? Czy zabieg ten nie jest pogwałceniem fundamentalnej zasady etyki lekarskiej *primum non nocere*?

Taka zawężona perspektywa z pewnością nie wyczerpuje zagadnienia. Relacja pomiędzy lekarzem a żywym dawcą nie może być wyrwana z kontekstu z pominięciem biorcy, który jest główną postacią tej relacji. Pobranie narządu rozgrywa się w trójkącie. Na jednej szali kładzie się ryzyko dawcy, a na drugiej – znacznie większe ryzyko biorcy. W podobnych przypadkach nawet tak podstawowa norma, jak zakaz narażania na niebezpieczeństwo, musi dopuszczać wyjątki.

Nawet trudności związane z deklarowaniem dobrowolności dawstwa i pełnym respektowaniem autonomii dawcy nie są moim zdaniem na tyle poważne, aby można było usprawiedliwić powszechne, zwłaszcza w Niemczech, zastrzeżenia, wobec pobierania narządów za życia. To oczywiste, że eksplantacja wymaga w pełni wolnej decyzji, podjętej dopiero po otrzymaniu zrozumiałych informacji o możliwych zagrożeniach. Odmowa donacji musi być uszanowana – nawet jeżeli życie kogoś z krewnych potencjalnego donatora jest w niebezpieczeństwie – całkowicie niezależnie od moralnej oceny tej odmowy i jej motywów. Chociaż jesteśmy moralnie uprawnieni – a może nawet zobowiązani, o ile nie wiąże się to z nadmiernym ryzykiem dla nas samych – do powstrzymania kogoś, kto zamierza zabić, to nie mamy moralnego prawa pobrać narządów siłą, po to by nie dopuścić do śmierci innego człowieka.

Oczywiście sama deklaracja chęci dawstwa za życia nie wystarcza, by przyjąć taką ofertę. Należy bardzo wnikliwie zbadać, czy pragnienie to odzwierciedla autonomiczne preferencje dawcy, czy może jest rezultatem presji moralnej wywartej na biorcę przez rodzinę lub lekarzy. Im silniejsza jest presja moralna, tym bardziej wątpliwa dobrowolność. Z drugiej strony, nie należy mylić presji moralnej z moralnymi motywami. Fakt, że darczyńca uważa ofiarowanie nerki za swój moralny obowiązek, w niczym nie umniejsza dobrowolności jego decyzji. To prawda, że już sama możliwość przeszczepu jest źródłem presji moralnej. Dawca nie odczuwałby powinności, gdyby zabieg taki nie był technicznie możliwy lub był prawnie zakazany. A wraz z uniezależnianiem się zabiegów transplantacyjnych od ścisłej zgodności tkankowej należy oczekiwać, że coraz więcej ludzi będzie przeżywało dylemat związany z niechęcią wobec dawstwa i jednoczesnym poczuciem winy w wypadku odmowy. Należy jednak odróżnić narzuconą presję moralną lub emocjonalną, naruszającą autonomię dawcy, od normalnej presji moralnej, nie dającej się oddzielić od nakazów

etycznych oraz normalnej presji emocjonalnej będącej pochodną silnie uczuciowych relacji, takich jakie istnieją na przykład pomiędzy rodzicami i dziećmi. Tylko narzucona presja moralna lub emocjonalna może powodować odrzucenie oferty. Prowadzone dotąd badania empiryczne nie potwierdzają podejrzania, że dawcy znajdują się pod presją rodziny lub lekarzy (Schneewind, 1993, 93). Nie ma zatem, jak sądzę, uzasadnienia dla tradycyjnej w Niemczech bardzo niechętniej postawy wobec donacji narządów za życia (w 1990 roku tylko 1,9% wszystkich przeszczepionych narządów pochodziło w Niemczech od żywych dawców, podczas gdy w Norwegii 50%, a w Szwecji i w Danii 25%). Niechęć tą odzwierciedlają również projekty niemieckiego prawa transplantacyjnego. Większość państw europejskich zezwala na przekazywanie narządów przez żywych dawców wyłącznie na rzecz członków rodziny. Projekty te jednak zezwalają na przekazywanie organów za życia tylko jako *ultima ratio*, czyli w sytuacji, gdy niemożliwe jest uzyskanie narządów pochodzących od osób martwych. To ograniczenie do rodziny wydaje mi się przesadzone. Prawo do dawstwa powinni mieć przynajmniej małżonkowie i bliscy przyjaciele.

Groźba komercjalizacji

Niechęć wobec pobierania narządów od żywych dawców jest w znacznej mierze zakorzeniona w obawach, że rozszerzanie zakresu potencjalnych darczyńców może oznaczać wejście na równię pochyłą prowadzącą do całkowitej komercjalizacji. Komercjalizacja jest dla niemieckiej debaty publicznej tym, co anglosasi nazywają *conversation stopper* – słowem tabu wywołującym natychmiastowy, negatywny oddźwięk. Nie powinno nas to jednak powstrzymać przed pytaniem dlaczego urynkowanie budzi taki lęk. W rzeczywistości, powody do odrzucenia komercjalizacji, przynajmniej jako systemu regulującego nabywanie narządów, są dalekie od oczywistości.

Istnieją mocne racje przemawiające przeciw dystrybucji narządów pochodzących od żywych dawców za pośrednictwem wolnego rynku. Uczynienie z nich towaru zredukowałoby kryteria sprawiedliwości dystrybucyjnej do zera. Siła nabywczą stałaby się źródłem uprzywilejowania w procesie alokacji narządów, co stałoby w jawnej sprzeczności z egalitarną koncepcją opieki zdrowotnej.

Jednakże dopóki mówimy o nabywaniu narządów, dopóty trudno zaprzeczyć, że handel nimi może przynieść zysk tak bogatym, jak i biednym, a także zredukować nierówności. Może przynieść korzyść zarówno bogatym, jak i biednym, ponieważ dla względnie ubogiego dawcy korzyść finansowa znaczy więcej niż zagrożenie zdrowia, natomiast dla względnie bogatego biorcy poprawa zdrowia jest warta więcej niż pieniądze. Z tego samego powodu handel narządami może zredukować nierówności, ponieważ zmniejsza on ekonomiczną przepaść pomiędzy najuboższymi i najbogatszymi.

Przeciwko systemowi komercyjnego nabywania narządów pod kontrolą rządową, czyli takiemu systemowi, jaki proponowała grupa krajów rozwijających się na konferencji „Etyka, sprawiedliwość i handel w zabiegach transplantacyjnych” w Monachium w 1990 roku, często wysuwa się argument, że kupowanie narządów od krajów najuboższych jest szczególnie bezlitosnym aktem wyzysku – niedopuszczalnym wykorzystywaniem oplakanej sytuacji ludzi, którzy chcąc zapewnić swym rodzinom godziwe życie decydują się sprzedać własne ciało. Odpowiadając na ten argument można by zapytać, czy oburzenie to nie dotyczy raczej symptomu niż samej choroby – czy skandalem nie jest przypadkiem radykalna nierówność, a nie komercyjny rynek narządów.

Inny argument głosi, że komercyjny handel narządami może być przyczyną wielu różnych nadużyć, zwłaszcza gdy ów rynek wymyka się spod kontroli i ośmiela do praktyk kryminalnych. Tak jak wiele argumentów wskazujących na możliwości zaistnienia nadużyć, również ten jest bardzo słaby. Ryzyko nadużyć nie dowodzi samo przez się, że dana praktyka jest bardziej szkodliwa niż korzystna. *Abusus non tollit usum*.

Dwa inne argumenty przeciwko komercjalizacji również nie wydają się silne. Jeden z nich mówi, że rozszerzenie praktyki transplantacji narządów od żywych dawców może zmniejszyć liczbę eksplantacji narządów od osób martwych, ponieważ narządy pobrane od ludzi żywych mają większą szansę funkcjonować bez zakłóceń, a także pozwalają zsynchronizować eksplantację z implantacją. Nie wydaje się to przekonujące. Dopóki bierzemy pod uwagę przeszczepienie narządów, donacja za życia ogranicza się do przekazywania nerek. Konkurencja pomiędzy narządami żywych i martwych dawców ograniczyłaby się do tej jednej praktyki i nie wywarłaby wpływu na pozostałe rodzaje transplantacji. Wydaje się to całkowicie możliwe. Co więcej, obydwa warianty funkcjonowałyby równolegle. Dlaczego więc w imieniu tych, którzy czekają na przeszczep nie zachęcać zarówno do dawstwa za życia, jak do dawstwa pośmiertnego. Liczba żywych darczyńców z pewnością nie zaspokoi potrzeb.

Kolejny argument jest argumentem etycznym: istnieją granice swobody dysponowania własnym ciałem. Ciało jest częścią naszej osoby, nie tylko narzędziem. Czy jest ono czymś, czym możemy dysponować jak naszą własnością? Ten argument wydaje się nazbyt zależny od przesłanek religijnych i metafizycznych, aby mógł być poważnie brany pod uwagę. Uzasadnienia etyczne muszą być możliwe do przyjęcia niezależnie od metafizycznych i religijnych przekonań. Dawstwo nie jest też pogwałceniem ludzkiej godności. Kant uważał, że nawet sprzedawanie włosów (na peruki) jest tej godności pogwałceniem i powinno się go całkowicie zabronić. Od tamtej pory jednak koncepcje godności człowieka rozwinęły się w kierunku bardziej zgodnym z myślą Locke’a, który kładzie nacisk na swobodę jednostki i możliwość czynienia ze swym ciałem tego, co zechce. Koncepcja godności zakładająca wolność negatywną znacznie bardziej zgadza się ze współczesnymi poglądami na autonomię

pacjenta i surowymi ograniczeniami kuracji medycznej, przeprowadzanej jedynie wówczas, gdy została wyrażona na nią zgoda oparta na otrzymanych wcześniej wyczerpujących informacjach na jej temat. Argument oparty na przekonaniu, że istnieją granice posługiwania się ciałem jako środkiem, jest zbyt radykalny, ponieważ w konsekwencji prowadzi do zakazu nie tylko dawstwa o charakterze handlowym, ale również dawstwa czysto altruistycznego.

Tak naprawdę, odrzucenie komercjalizacji nabywania narządów ma czysto pragmatyczną przyczynę: komercjalizacja byłaby wówczas niecelowa (Gutmann, 1993, 84). Zmniejszyłaby akceptację zabiegów transplantacyjnych, wzmacniając związane z nią negatywne społeczne skojarzenia. W dalszej kolejności osłabiłaby wolę dawstwa pośmiertnego i ograniczyła poparcie dla ustawodawstwa umożliwiającego pobranie narządów bez wcześniejszej, wyraźnej zgody zmarłego. Nawet wówczas, gdy nie widać żadnych bezpośrednich etycznych przesłanek zmuszających do odrzucenia komercyjnej zasady nabywania narządów, można dostrzec wystarczające pośrednie przesłanki na rzecz krytyki urynkowienia.

tłumaczył Krzysztof Sapkowski

Bibliografia

- M. Bullinger: *Lebensqualität – Entscheidungshilfen durch ein neues evaluatives Konzept?* W: E. Nagel, Ch. Fuchs (wyd.): *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin*. Berlin 1993, 214–232.
- Th. Gutmann: *Rechtsphilosophische Aspekte der Lebensspende von Nieren*. „Zeitschrift für Transplantationsmedizin” 1993, 2, 75–88.
- W. Land: *Medizinische Aspekte der Lebensspende: Nutzen/Risikoabwägung*. „Zeitschrift für Transplantationsmedizin”, 2/1993, 52–58.
- F.W. Eigler: *Ethische Probleme bei der Nierentransplantation*. W: R. Toeller (red.): *Organtransplantation – Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen*. Stuttgart 1991, 43–52.
- K.A. Schneewind: *Psychologische Aspekte der Lebendnierenspende*. „Zeitschrift für Transplantationsmedizin” 1993, 2, 89–96.

ETHICAL PROBLEMS OF TRANSPLANTATION

The author discusses some ethical problems connected with taking human organs for transplantation from living and dead people. First of all, he asks whether being an organ giver should be taken as our moral duty. It seems to be the duty of heart in Kantian terms. Various possibilities in the legal regulation of taking organs are considered here as well as the criteria and forms of their distribution. None of them, however, can be satisfying because of the inescapable conflict between the principle of utility and that of autonomy.