

INTERDYSCYPLINARNE CENTRUM ETYKI UJ (INCET)

KAZUS

DATA WYDANIA: 18.09.2014

DOI: 10.26106/1JHK-HD23

Opracowanie przypadku:
MONIKA MICHAŁOWSKA
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

JOANNA TUREK
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

KAZUS TOMKA Z TARNOWCA

Lokalizacja przypadku: Polska

Rok przypadku: 2010

Słowa kluczowe: Transplantologia, Pobieranie komórek, tkanek i narządów od żywego dawcy, Transplantacja narządów ze zwłok, Tomek z Tarnowca

Opis przypadku:

8 sierpnia 2010 roku do Szpitala Wojewódzkiego w Przemyślu przywieziono sześciolatniego Tomka z Tarnowca (woj. podkarpackie) z powodu przedłużającej się ostrej biegunki, bólów brzucha i wymiotów. Pomimo ustąpienia objawów, z którymi dziecko zostało przyjęte na oddział zakaźny szpitala, po niedługim czasie pojawiają się symptomy żółtaczki. Przeprowadzone badania wykazały podwyższony poziom enzymów wątrobowych (aminotransferaz). Po wywiadzie z rodzicami okazało się, iż Tomek mógł zatruć się grzybami, które rodzina spożywała kilka dni wcześniej. Najprawdopodobniej wśród grzybów jadalnych podanych przez rodziców 6-latkowi znalazł się muchomor sromotnikowy, którym zatrucie może w najostrzejszych przypadkach doprowadzić do martwicy wątroby. 11 sierpnia Tomek zostaje przetransportowany śmigłowcem do Centrum Zdrowia Dziecka (CZD) w Warszawie (Międzylesiu).

W CZD lekarze stwierdzają nieodwracalne uszkodzenie wątroby, objawy encefalopatii wątrobowej oraz ostrą niewydolność nerek. Jediną szansą uratowania życia dziecka jest przeszczep wątroby. Konsylium lekarskie podejmuje decyzję o przeszczepie. W oczekiwaniu

na organ pacjent zostaje wprowadzony w śpiączkę farmakologiczną, aby zapobiec nieodwracalnemu uszkodzeniu mózgu. Największe szanse powodzenia przeszczepu ma dawstwo rodzinne, które jednak w tym przypadku okazuje się niemożliwe – członkowie rodziny Tomka nie spełniają kryteriów medycznych i żaden z nich nie może podarować Tomkowi części swojej wątroby. Lekarze wpisują więc chłopca na listę osób pilnie oczekujących na przeszczep. Jego przypadek zostaje nagłośniony przez ogólnopolskie media, w efekcie czego do CZD zgłaszają się osoby, które chciałyby zostać dawcami wątroby dla Tomka. Rzecznik centrum tłumaczy na antenie TVN 24, że dawcą może być tylko członek rodziny lub osoba zmarła i apeluje, aby nie dzwonić do szpitala z propozycją pomocy.

Z Polstransplantu nadchodzi wiadomość o możliwości pobrania narządów z ciała młodego mężczyzny, ofiary wypadku drogowego. Po zweryfikowaniu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, iż mężczyzna nie wyraził za życia sprzeciwu oddania po śmierci organów do przeszczepu, oraz po uzyskaniu zgody rodziny, zostaje wszczęta procedura transplantacyjna¹.

Po przeszczepieniu wątroby od 25-latka Tomek przechodzi jeszcze kilka operacji, m.in. dróg żółciowych i nadal, w stanie ciężkim, przebywa na oddziale intensywnej terapii. Funkcjonowanie przeszczepionego narządu nie jest zadowalające a utrzymujące się komplikacje w działaniu przewodów żółciowych sprawiają, że konieczny jest ponowny przeszczep². Tym razem organ pochodził od 9-letniego dziecka, którego rodzice wyrazili zgodę na pobranie narządów i które pod względem wieku i wagi było najbardziej optymalnym dawcą wątroby dla Tomka³.

Komentarz:

Kazus Tomka z Tarnowca doskonale ilustruje problematykę dawstwa organów *ex vivo* oraz *ex mortuo*. W Polsce, zgodnie z art. 12 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r., *O pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* (dalej: *Ustawy transplantacyjnej*), ustawodawca zezwala na pobranie narządu lub jego części od żywego dawcy w celu przeszczepienia go innej osobie, jeśli pobranie następuje na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwa, osoby przysposobionej lub małżonka.

W przypadku osób niebędących krewnymi w linii prostej, rodzeństwem, osobą przysposobioną lub małżonkiem, ustawodawca zezwala na pobranie narządu lub jego części ze względu na szczególne więzi osobiste, jakie mogą łączyć dawcę narządu z biorcą (mówi o tym art. 13, rozdz. 3 *Ustawy transplantacyjnej*). Wymagana jest wówczas zgoda sądu rejonowego wydanego w postępowaniu nieprocesowym, po wysłuchaniu wnioskodawcy oraz po zapoznaniu się z opinią Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej.

Przyjmując powyższe regulacje ustawodawca uznał, że czyny takie są możliwe i mogą zaistnieć w sprzyjających okolicznościach. Podstawą wydania zgody przez sąd na pobranie organu (jak w przypadku nerki) lub jego części (jak w przypadku wątroby) od osoby niespokrewnionej z biorcą może być bliska więź między dawcą i biorcą (np. bliska przyjaźń), która

¹ Polityka (2010).

² Fakty Interia (2010a).

³ Fakty Interia (2010b).

uzasadniałaby pragnienie podarowania narządu lub jego części osobie niespokrewnionej. Celem ustawodawcy ograniczającego dawstwo organów *ex vivo* do wymienionych wyżej przypadków było niewątpliwie zapobieżenie skrywanemu handlowi organów.

W opisywanym przypadku wzorcowym dawstwo organów *ex vivo* od osoby spokrewnionej nie było możliwe z przyczyn medycznych, natomiast pobranie narządu od osoby niespokrewnionej byłoby niezgodne z prawem. Dlatego - mimo, że wiele osób zgłaszało deklarację dawstwa części wątroby dla Tomka - w tym przypadku jedyną możliwością było dawstwo *ex mortuo*.

W kwestii pośmiertnego dawstwa bioetyka uzasadnia dwa główne modele zgody, które zostały wykorzystane w systemach prawnych współczesnych państw demokratycznych: zgodę wyrażoną i zgodę domniemaną. Model zgody wyrażonej obowiązujący w niektórych krajach europejskich zakłada, iż organy można pobrać od osoby pełnoletniej, która za życia wyraziła dobrowolną i świadomą zgodę na pośmiertne dawstwo. Model zgody domniemanej zakłada, że o ile pełnoletnia osoba za życia nie wyrazi sprzeciwu wobec pośmiertnej donacji, można domniemać, iż zgodę taką wyraziła. Przyjmuje się tu założenie, że brak wyrażonego za życia sprzeciwu jest równoznaczny z zgodzie na pobranie po śmierci organu ze zwłok. W tym modelu osoby niewyrażające zgody na pośmiertne dawstwo muszą ten fakt zgłosić stosując się do procedury podanej przez ustawodawcę. W praktyce model zgody domniemanej przybiera postać silną lub słabą. Słaba forma daje możliwość rodzinie, by ostatecznie mogła zdecydować o dawstwie narządów pomimo braku sprzeciwu zmarłego; forma silna nie uwzględnia opinii rodziny zmarłego.

W Polsce obowiązuje silna forma zgody domniemanej, wyrażona w art. 5 *Ustawy transplantacyjnej*, zgodnie z którą:

- 1) pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu;
- 2) w przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy;
- 3) w przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni.

Jednocześnie w art. 6 i 7 *Ustawy* określa formy, w jakich sprzeciw wobec pośmiertnej donacji może być wyrażony, a mianowicie:

- 1) w formie wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich;
- 2) w formie oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis;
- 3) w formie oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego.

Według powyższych przepisów oraz art. 33 *Kodeksu etyki lekarskiej* lekarze nie mają obowiązku uzyskania zgody rodziny na pośmiertne dawstwo organów. Jednak w Polsce powszechnie przyjętym i skrupulatnie przestrzegany zwyczajem w praktyce lekarskiej jest pytanie o taką zgodę, a w przypadku odmowy zastosowanie się do życzeń rodziny. Tak też było w przypadku pierwszego dawcy, kiedy lekarze konsultowali z rodziną możliwość pobrania organu. Natomiast zgoda rodziny drugiego dawcy, z uwagi na jego niepełnoletniość, a tym samym brak zdolności do czynności prawnych, była wymagana zarówno ze względów prawnych, jak też moralnych.

Przedstawiony kazus inicjuje debatę dotyczącą oceny moralnej zarówno dawstwa *ex vivo*, jak też dawstwa *ex mortuo*. Rodzą się tutaj dwa pytania:

- 1) Czy dawstwo *ex vivo* narządu lub jego części należy w każdym przypadku zakwalifikować jako czyn ponadobowiązkowy (supererogacyjny)?
- 2) Czy dawstwo *ex mortuo* oceniać należy jako powinność moralną czy jako ponadobowiązkowy dar?

W odróżnianiu czynów obowiązkowych i ponadobowiązkowych w szeroko rozumianej donacji komórek, tkanek i narządów proponujemy przyjąć dwa kryteria oceny danego działania: 1) inwazyjność procedury medycznej, tym samym konsekwencje zdrowotne dla dawcy oraz doniosłość organu bądź tkanki dla organizmu; 2) rodzaj relacji i więzi łączącej biorcę i dawcę, jak też fakt, czy działanie jest zorientowane na pomoc konkretnej osobie, czy też odbiorca jest anonimowy.

Ażeby podjąć rozważania dotyczące obowiązkowości i ponadobowiązkowości moralnej w kwestii dawstwa komórek, tkanek i narządów należy wyróżnić klasę czynów ponadobowiązkowych. Zarówno czyny obowiązkowe jak i czyny supererogacyjne określa brak oczekiwania nagrody czy jakiegokolwiek rekompensaty, jak również asymetria relacji pomagający-potrzebujący, jednakże w przypadku czynów ponadobowiązkowych asymetria ta wyraźnie akcentuje słabość strony potrzebującej. Ponadto czyny supererogacyjne cechuje motywacja altruistyczna wypływająca ze współczucia, ale przede wszystkim ze zdolności do przedłożenia dobra innego człowieka nad własne. Owo współczucie wiąże się z kolejną istotną cechą czynów tej klasy, a mianowicie gotowością do poświęcenia nie tylko własnych interesów, ale także własnych dóbr materialnych, a nawet zdrowia czy życia. Kolejną ważną cechą wyróżniającą czyny supererogacyjne jest brak oczekiwania analogicznego zachowania ze strony innych w podobnych sytuacjach.

Chcemy zaznaczyć, że kiedy mówimy o własności odróżniającej czyny obowiązkowe od czynów supererogacyjnych, nie uznajemy tych drugich za lepsze moralnie. Moralną wyższość czynów supererogacyjnych nad czynami wypływającymi z obowiązku sugeruje choćby James Opie Urmson we wzorcowym artykule *Saints and Heros*⁴. Ta propozycja jest jednak nieadekwatna do opisu supererogacji, bowiem tak prosty i absolutny podział na czyny „lepsze” moralnie czyli supererogacyjne i „gorsze” moralnie czyli obowiązkowe sugeruje, iż można być lepszym niż tylko dobrym, a zatem bycie dobrym człowiekiem nigdy nie wystarcza. Ponieważ ludzie skłonni są stosować się jedynie do tego, co nakazuje kodeks moralny, każdy trudny czyn wynikający z obowiązku i wymagający jakiegoś poświęcenia traktować mogą jako czyn supererogacyjny, a więc taki, którego nie można od nich wymagać. Takie przekonanie może doprowadzić do zawężania obszaru czynów obowiązkowych.

Stosując powyżej przyjęte kryteria należy rozważyć z jednej strony dawstwo krwi, szpiku oraz narządów, z drugiej strony dawstwo pomiędzy osobami spokrewnionymi oraz niespokrewnionymi.

W przypadku dawstwa krwi i szpiku inwazyjność procedury medycznej jest na tyle niska, iż sytuuje ją w obszarze zabiegów, które nie powodują stałego uszczerbku na zdrowiu. Ponadto ich regeneracja następuje stosunkowo szybko, a ich oddanie nie wpływa w sposób istotny na tryb życia, aktywność czy samopoczucie psychiczno-fizyczne dawcy.

Z drugiej strony, korzyści wypływające z dawstwa krwi i szpiku zarówno dla konkretnych jednostek, jak też ogólnospołeczne są bezsporne. Powszechne dawstwo tych komórek i tkanek zwiększa dostępność i skuteczność procedur medycznych wymagających zastosowania krwi, preparatów krwiopochodnych, czy szpiku, a tym samym przyczynia się do polepszenia zdrowostanu społecznego⁵.

⁴ Urmson J. O. (1958).

⁵ Na temat innego sposobu uzasadniania propagowania powszechnego dawstwa krwi: zob. Titmuss R. M. (2006).

Wszystkie te argumenty są wystarczające, aby uznać dawstwo krwi i szpiku za obowiązek moralny. Kontekst, w jakim rozgrywa się to działanie (dawstwo krwi czy szpiku), rodzaj relacji, jaka łączy biorcę i dawcę, a także to, czy dawca odpowiada na bezpośrednie wezwanie konkretnej osoby czy też biorca jest nieznanym, nie ma znaczenia dla uznania tego działania za obowiązkowe.

W przypadku dawstwa organów zasadne wydaje się postawienie pytania: „czy w tym obszarze działań można mówić o jakimkolwiek obowiązku?”

Rozważmy najpierw kwestię transplantacji *ex mortuo*. Kryteria inwazyjności oraz konsekwencji zdrowotnych dla dawcy nie mają w tym przypadku żadnego zastosowania. W sytuacji coraz bardziej zwiększającego się medycznego zapotrzebowania na organy ratujące zdrowie i życie innych uzasadnione wydaje się przekonanie, że dotychczasowe bardzo liberalne stanowisko w kwestii pośmiertnych przeszczepów musi zostać zweryfikowane.

Współcześnie strony dyskusji odwołując się do Millowskiej zasady poszanowania autonomii, uzasadniają brak zgody na pośmiertne pobranie organów do przeszczepu z powodów religijnych (zakaz pod groźbą potępienia, wykluczenia ze wspólnoty religijnej, czy niedostąpienia zbawienia), psychologicznych (poczucie obrazy czy też gwałtu na ciele), estetycznych oraz niewystarczającego braku wiedzy dotyczącej śmierci (osobom takim trudno jest uznać za zmarłego człowieka, u którego, mimo że stwierdzono śmierć mózgową, podtrzymywane są jeszcze funkcje krążeniowo-oddechowe).

Tylko pierwszy z wymienionych powodów mógłby być istotny przy uzasadnieniu odmowy pośmiertnego dawstwa organów. Należy jednak zaznaczyć, iż żadna z uznanych, współcześnie wyznawanych religii nie sprzeciwia się pośmiertnemu dawstwu. Wszystkie trzy pozostałe racje są moralnie wątpliwe. Zasadę autonomii należy uznać za jedną z kluczowych wartości współczesnego społeczeństwa, lecz przy rozważaniu problemów pośmiertnego dawstwa organów nie można poprzestać na konkluzji, że każdy człowiek powinien podejmować w tym zakresie decyzję wedle własnego uznania. Biorąc pod uwagę wartości takie jak międzyludzka solidarność, odpowiedzialność za innego człowieka, przyczynienie się do uratowania życia czy do poprawy zdrowia chorego w sytuacji, kiedy nie ma żadnego niebezpieczeństwa ani najmniejszego ryzyka dla dawcy, trudno jest wytłumaczyć czy usprawiedliwić odmowę pośmiertnej donacji. Tym samym twierdzimy, iż poza przypadkiem odmowy wynikającej z racji religijnych pośmiertne dawstwo organów jest naszym obowiązkiem moralnym bez względu na rodzaj więzi istniejącej między dawcą a biorcą, a także w tych wszystkich przypadkach, kiedy biorca jest anonimowy⁶.

Zagadnieniem wzbudzające najwięcej kontrowersji moralnych jest dawstwo organów *ex vivo*. W przeciwieństwie do powyżej rozważanych sytuacji, w przypadku dawstwa organów *ex vivo* mamy do czynienia z dużą inwazyjnością procedury medycznej, a tym samym konsekwencjami zdrowotnymi dla dawcy, które należy brać pod uwagę w ocenie czynu. Można, rzecz jasna, różnicować stopień tych konsekwencji w dawstwie różnego rodzaju organów; inne konsekwencje będzie miało dawstwo np. części wątroby, inne zaś nerki. Oczywiście jest jednak, iż każdy rodzaj dawstwa organów *ex vivo* wiąże się z poważną interwencją chirurgiczną, co więcej obciążone jest długotrwałą rekonwalescencją, jak również często znacznym ubytkiem zdrowia. Tym samym dawstwo takie jawi się jako dużego rodzaju poświęcenie

⁶ Uznanie pośmiertnego dawstwa organów za obowiązek moralny postuluje wielu współczesnych bioetyków i lekarzy. Więcej na ten temat: zob. Childress J. F., Liverman C. T. (red.) (2006); Veatch R. (2000), Howard R. J. (2006), Saunders B. (2010), Birnbacher D. (1997). Na temat krytyki uznawania pośmiertnego dawstwa za obowiązek moralny zob. Potts M. et al. (2010).

własnego zdrowia dla dobra innego człowieka. Mimo to trudno jednoznacznie ocenić, że korzyści odniesione w tym przypadku, czyli podniesienie komfortu zdrowotnego, a często ratowanie życia innego (i co za tym idzie w pewnym sensie osiągnięcie dobra wspólnego) zdecydowanie przewyższają inne wartości, takie jak poszanowanie autonomii woli, decyzji czy myśli. Nie może więc być, jak uważamy, określane mianem obowiązku.

Rozpatrując drugi rodzaj kryterium, a mianowicie charakter relacji między dającym a potrzebującym, należy się zastanowić czy dawstwo organów *ex vivo* można uznać za czyn supererogacyjny. Najpierw rozpatrzmy relację, w której biorcę łączy z dawcą silna więź emocjonalna. Biorąc pod uwagę pozostałe kryteria przywoływane przez nas zarówno w przypadku szeroko rozumianego dawstwa, jak i definicji supererogacji, może się wydawać, że podarowanie organu *ex vivo* należy zakwalifikować do grupy czynów nadobowiązkowych. Jednakże taka zdecydowana kwalifikacja rodzi wątpliwości. Jednym z kryteriów czynu supererogacyjnego jest brak jakiegokolwiek partykularnej korzyści dla działającego, czyli w naszym przypadku dla dawcy. Zasadne jest zatem postawienie inicjującego dalszą debatę pytania, a mianowicie: „czy w przypadku dawstwa organów *ex vivo* mimo altruistycznej motywacji dawca rzeczywiście nie odnosi żadnej korzyści?”

Wydaje się, że obiektywnie oceniając ogół sytuacji również i dawca w tym przypadku odnosi pewnego rodzaju, choć oczywiście niekalkulowaną, korzyść (tzn. brak dotkliwego cierpienia po stracie ukochanej osoby, możliwość utrzymania dotychczasowych pozytywnych relacji z innymi członkami rodziny, czy zachowania dotychczasowego sposobu funkcjonowania w danej społeczności).

Z wyżej wymienionych powodów absolutne wyznaczenie linii demarkacyjnej między obowiązkiem a supererogacją w przypadku dawstwa *ex vivo*, w której biorca i dawca pozostają w bliskich relacjach, a także zakwalifikowanie takiego czynu do jednej z tych grup jest niemożliwe. Dlatego też należałoby uzupełnić ten podział o jeszcze jedną, dodatkową kategorię czynów moralnych wprowadzając do dyskusji szereg kategorii czynów sytuujących się pomiędzy obowiązkiem a supererogacją. Będą to działania określane jako pożądane, zalecane, tolerowane, znośne, a także takie, które nie powinny mieć miejsca oraz całkowicie nie do przyjęcia⁷. Spośród tych kategorii czynów dawstwo organów *ex vivo* między bliskimi sobie osobami należy uznać za czyn moralnie pożądany.

Ostatnim z możliwych do rozpatrzenia przykładów jest dawstwo organów *ex vivo*, w przypadku, gdy dawca odpowiada na bezpośrednie wezwanie biorcy, mimo iż nie pozostaje z nim w bliskiej relacji lub nawet jest dla niego zupełnie obcą osobą. Jedynie tego typu działania można zakwalifikować do grupy czynów supererogacyjnych. Wyraźna jest tu bowiem asymetria relacji pomagający-potrzebujący, a działanie pomagającego jest altruistyczne oraz wynika z troski i współczucia. Co więcej, dawca, co jest dla nas oczywiste, przedkłada dobro innego człowieka nad własne zdrowie bez oczekiwania jakiegokolwiek nagrody czy rekompensaty. Nie ma w takiej sytuacji również oczekiwania analogicznego zachowania ze strony innych w podobnych sytuacjach.

Zdajemy sobie sprawę, iż w przypadku tak rozumianych czynów supererogacyjnych rodzi się problem wynikający z faktu, że pobranie narządu bądź jego części przez lekarza od żywego dawcy narusza zasadę nieszkodzenia, zawsze bowiem wiąże się z okaleczeniem i naruszeniem integralności cielesnej dawcy. W transplantacjach *ex vivo* silne pragnienie dobra drugiej osoby może równoważyć szkodę i jednocześnie usprawiedliwić naruszenie

⁷ Podobną koncepcję można znaleźć u niemieckiego fenomenologa Herberta Spiegelberga. Więcej na ten temat: zob. Spiegelberg H. (1989).

zasady nieszkodzenia⁸, pozostaje jednakże pytanie, czy tak silna motywacja altruistyczna może mieć miejsce w przypadku osób sobie obcych? Czy pod propozycją „daru” nie będzie skrywała się pokusa uzyskania materialnych korzyści ze sprzedaży organów?

Zagrożenie upowszechnienia się handlu organami w sytuacji, gdy prawo dopuszcza transplantacje *ex vivo* między niespokrewnionymi ze sobą osobami, jest głównym argumentem w debacie przeciw zalegalizowaniu dawstwa organów dla osób obcych. Być może jest to wystarczająca przesłanka dla uzasadnienia tak rygorystycznego prawa. Jednak jedną z jego niepożądanych konsekwencji jest uniemożliwienie działania z zupełnie altruistycznych powodów w tych konkretnych sytuacjach.

Powszechnie panujące nieprawdziwe przekonanie o całkowitej nielegalności dawstwa między osobami niespokrewnionymi powoduje, że społeczna świadomość transplantacyjna jest niska. Dlatego jeszcze raz chciałobyśmy zaznaczyć, że w prawie polskim ustawodawca zezwala na pobranie komórek, tkanek, czy nawet narządu od osób niebędących krewnymi w linii prostej, rodzeństwem, osobą przysposobioną lub małżonkiem po wydaniu zgody sądu rejonowego w postępowaniu nieprocesowym. Umożliwienie transplantacji pomiędzy osobami emocjonalnie związanymi (np. przyjaciółmi), choć w żaden sposób niespokrewnionymi, otwiera drogę dla tego typu działań altruistycznych i ponadobowiązkowych.

Bibliografia:

- Fakty Interia (2010a), *Wątroba Tomka znów do wymiany*, FaktyInteria.pl z 29 września 2010; <https://fakty.interia.pl/mazowieckie/news-watroba-tomka-znow-do-wymiany,nId,1340263> (dostęp 25.08.2020).
- Fakty Interia (2010b), *6-letni Tomek przeszedł drugi przeszczep*, FaktyInteria.pl, 22 października; <https://fakty.interia.pl/mazowieckie/news-6-letni-tomek-przeszedl-drugi-przeszczep,nId,1247057> (dostęp 25.08.2020).
- Polityka (2010), *Trzymaj się brachu*, Polityka.pl, 26 sierpnia; <http://www.polityka.pl/spoleczenstwo/artykuly/1508268,1,jak-ratowano-tomka-zatrutego-grzybami.read> (dostęp 25.08.2020).
- Birnbacher D. (1997), *Etyczne zagadnienia transplantacji*, K. Sapkowski (tłum.), „Etyka” 30, 137-148.
- Childress J. F., Liverman C. T. (red.) (2006), *Organ Donation. Opportunities for action, Committee on Increasing Rates of Organ Donation Board on Health Sciences Policy*, Washington.
- Howard R. J. (2006), *We Have an Obligation to Provide Organs for Transplantation After We Die*, „American Journal of Transplantation” 6(8), 1786–1789.
- Potts M., Verheijde J., Rady M., Evans D. (2010), *Normative consent and presumed consent for organ donation: a critique*, „Journal of Medical Ethics” 36(8), 498-499.
- Saunders B. (2010), *Normative consent and opt-out organ donation*, „Journal of Medical Ethics” 36(2), 84-88.
- Spiegelberg H. (1989) *Sollen und Dürfen, Philosophische Grundlagen der ethischen Rechte und Pflichten*, K. Schumann (red.), Dordrecht/Boston/London, 64-65.
- Szewczyk K. (2009), *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa, 161-168.
- Titmuss R. M. (2006), *Why Give to Strangers?* [w:] *Bioethics. An Anthology*, H. Kuhse, P. Singer (red.), Oxford, 479-482.
- Urmson J. O. (1958), *Saints and Heros* [w:] *Essays in Moral Philosophy*, A. Melden (red.), Seattle, 198-216.
- Veatch R. (2000), *Transplantation Ethics*, Washington.

⁸ O problemach związanych z moralnym usprawiedliwieniem zgody dawcy, a tym samym działań transplantologa, zob. Szewczyk K. (2009).

