
Tilgang på organer for transplantasjon

REDAKSJONELT

LUND T

Forsømmer vi oss når det gjelder å utnytte pasienter som dør underintensivbehandling?

Mangel på organer fører til at pasienter som venter på transplantasjon, lider unødvendig, og at noen dør iventetiden. I dette nummer av Tidsskriftet tar Bjørn Lien & Inge Bjørn Brekke opp denne problemstillingen til grundiganalyse (1). De drøfter også mulige tiltak for å bedre tilgangen på organer fra nylig avdød giver.

I Norge gir loven en relativt vid adgang til avdøde menneskers organer "domed mindre avdøde eller hans nærmeste haruttalt seg mot det, eller det er grunn til å anta at inngrepet vil være i strid med avdødes eller hans nærmestes livssyn, eller andre særlige grunner taler mot inngrepet. Avdødes nærmeste skal så vidt mulig underrettes om dødsfallet før inngrepet finner sted" (2). Til tross for dette er det innarbeidet en praksis der de nærmeste pårørende som hovedregel alltid blir informert og forespurt om samtykke til organdonasjon fra avdøde. I en tredel av tilfellene avslår de pårørende donasjon (3). Hvorvidt dagens praksis bør endres og lovens åpning for antatt samtykke utnyttes, er det ikke umiddelbart enkelt å svare på.

For leger og sykepleiere som arbeider med potensielle organgivere, vil kontakten med pårørende være en viktig og ofte krevende del av arbeidet - slik det alltid er når man behandler kritisk syke eller skadede pasienter. Når det gjelder pasienter som dør under pågående intensivbehandling, der organdonasjon kan bli aktuelt, vil det derfor være en naturlig del av en åpen kommunikasjon med de nærmeste å forhøre seg om de kjenner til avdødes syn på organdonasjon og transplantasjon. Denne forespørselen vil normalt først bli gjort etter at de pårørende er blitt informert om at hjernefunksjonen er helt opphørt (bedømt ved sikre kliniske og røntgenologiske metoder). På dette tidspunkt er pasienten død i henhold til norsk lov.

Dette er svært krevende oppgaver både for ansvarshavende lege og de andre legene og sykepleierne rundt den aktuelle pasient. Ubevisste (kanskje også bevisste) "unnskyldninger" for å la være å ta opp spørsmålet om donasjon kan være forståelig. For eksempel vil vi intuitivt kunne tro at hjertet og kanskje også

de andre organene fra en pasient som blir gjenopplivet etter hjertestans, ikke er "brukbare" for transplantasjon. Men donasjon kan komme på tale etter nærmere avklaring med transplantasjonsteamet. Ikke sjelden vil et hjerte som er kommet i gang etter sirkulasjonsstans (der stansen har vært langvarig nok til å gi hjernen en totalskade), kunne brukes til transplantasjon - nyrene vil så åsi alltid være aktuelle i slike situasjoner.

En gruppe potensielle organgivere som Lien & Brekke ikke nevner i sin artikkel (1), er pasienter med så stor primærhjerneskada at oppstart av intensivbehandling ikke ansees indisert, da tilstanden åpenbart ikke er forenlig med livetsbeståen. Men man kunne tenkes å starte intensivbehandling for å ivareta organer til transplantasjon. Pasienten blir iså fall definert som mulig donor på skadestedet eller i akuttmottaket. Slik primær donorpreservasjon er svært kontroversiell (4).

Ved ulykkesdødsfall (voldsofre, trafikk- og arbeidsulykker) kan det være nødvendig å kontakte rettsmedisiner før organdonasjon ev. gjennomføres. De rettslige aspekter er sjelden til hinder for donasjon. Ved selvmord og ulykker dernærmeste pårørende kanskje har vært medvirkende eller ansvarlig (for eksempel far som rygger over eget barn), eromstendighetene så tragiske for familien at alle tilleggstraumer for dem synes meningsløse. Felles for pårørende ved alle dødsfall uavhengig av dødsårsak, er at de alle er fortvilet over det inntruffne og preget av det akutte sjokket og tapet. En forespørsel om organdonasjon vil kanskje ikke belaste dem så mye som vi frykter. Det er vår erfaring ved Intensivavsnittet, Haukeland Sykehus at de pårørende viser en stor evne både til å stå sammen og til å takle uliketraumatiske forhold rundt et uventet dødsfall. De tar ikke sjelden selv opp spørsmålet om organdonasjon, og stiller ofte spørsmålet "Hva nå?" når de får vite at døden har inntruffet. Organdonasjon kan da gi et snev av trøst i sorgen: "Det var godt at noe meningsfullt kunne komme ut av det helt meningsløse".

Vi har også opplevd at de pårørende i ettertid har etterlyst muligheten for organdonasjon i tilfeller der dette ikke var tatt opp i forbindelse med dødsfallet. Slike tanker kan gi betydelige ettervirkninger både for familien ("Var ikke organene gode nok?") og for det involverte helsepersonellet ("Jeg kunne jo ha spurt" eller "Jeg kunne ha forklart at donasjon ikke var aktuelt"). Etter min mening bør vi i utgangspunktet anta at folk flest har hørt om organdonasjon og transplantasjon. Det vil da være en selvfølge (eller rettighet) at de pårørende blir forespurt om donasjon.

Relativt få leger og sykepleiere får erfaring med slike krevende pårørendesamtaler. Derfor har det vært satset på spesiell opplæring av helsepersonell ved landets intensivavdelinger. Norsk rådgivningsgruppe for organdonasjon (NOROD) har drevet kursvirksomhet fra 1993, slik Lien & Brekke påpeker (1). Målgruppen har vært personell med direkte ansvar for arbeid med intensivpasienter. Det har vært lagt opp til todagsseminarer med 15-20 deltakere (leger, sykepleiere, sykehusprest og andre) der kontakt med pårørende, fremføring av dødsbudskap og forespørsel om samtykke til organdonasjon har vært sentrale temaer. Disse spørsmål har vært utgangspunkt for gruppearbeid, rollespill og diskusjoner i plenum med NOROD-gruppens faste deltakere (personell fra Rikshospitalets

transplantasjonsteam samtskyehusprest, anestesilege og spesialsykepleier fra Haukeland Sykehus). Denne seminarvirksomheten har vært supplert med endagskurs beregnet på større grupper personell. Erfaringene fra seminarer og endagskurs er at dette har vært vellykkede tiltak som kan bidra til å øke antall organdonasjoner fra avdøde, og som har gitt en lærerik påminning om ivaretagelse av døende pasienter og deres pårørende generelt.

Selv om vi i Norge er bedre stilt enn mange andre land, kan vi trolig øke donasjonsraten vesentlig - kanskje fra 16 til 20-30 donasjoner fra avdøde givere per million innbygger per år - ved å satse på god og tillitvekkende praksis og opplæring (5, 6). Dette skulle være mulig samtidig som vi beholder den vel innarbeidede praksis med innhenting av samtykke fra pårørende. Dersom vi skulle gå inn for å legge antatt samtykke til grunn før organuttak, er jeg overbevist om at befolkningens tillit til det norske helsevesenet vil settes på spill - med uante negative konsekvenser.

Tjøstolv Lund

Tjøstolv Lund (f. 1947) er anestesilog med mangeårig interesse for intensivmedisin. Han er professor og overlege tilknyttet Intensivavsnittet og Brannskadeavsnittet ved Haukeland Sykehus. Han har vært medlem av Norsk rådgivningsgruppe for organdonasjon (NOROD) siden starten i 1993.

LITTERATUR

1. Lien B, Brekke IB. Hvordan sikre best mulig tilgang på organer for transplantasjon? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3610-4.
2. Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. 9. feb 1973 nr. 6, Kapittel I. Transplantasjon. §2.
3. Lien B, Brekke IB, Flatmark A. Organdonasjon fra avdøde givere i Norge 1993-96. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1550-3.
4. Riad H, Nicholls A. An Ethical Debate: Elective ventilation of potential organ donors. BMJ 1995; 310: 714-5.
5. Wester K, Lund T, Rudehill A. Håndtering av organdonor. Nord Med 1994; 109: 184-5.
6. Cranford RE. Policy should be balanced with concern for the family. BMJ 1999; 318: 1753-5.

Publisert: 10. oktober 1999. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. desember 2025.