

HJERNEDØD BØR VÆRE KRITERIET FOR TRANSPLANTATION

AF BENEDICTE DAHLERUP, SPECIALLÆGE I NEUROKIRURGI

ILLUSTRATION: KIRSTINE THEILGAARD

- Transplantationsloven skal ændres, så organer må udtages fra patienter, inden respiratoren slukkes og hjertefunktionen ophører. Det er derfor højest nogle timers forskel på hjertedødens indtræden, der bliver det nye ved indførelse af hjernedødens som til grundliggende kriterium for transplantationer. I øvrigt bør man altid spørge de pårørende om donation. Det må være deres afgørelse, om nyrerne må udtages. Ændres lovgivningen vil man kunne operere den hjernedøde og køre patienten tilbage til sygestuen for der at tage afsked.

I gennem flere måneder har der været en offentlig debat i Danmark om hjernedøds-kriteriet. Selv om der er skrevet meget om emnet, synes der stadig at være tvivl om, hvorvidt diagnosen kan stilles med sikkerhed. Denne tvivl sår frygt hos såvel lægmand, sygeplejersker som læger, der ikke til bunds kender hjernedødsundersøgelsen og især forudsætningerne for at udføre denne undersøgelse.

Den generelle viden om lovgivningen på dette område er nærmest kaotisk, hvorfor jeg vil gennemgå de lovgivningsmæssige aspekter omkring døden.

Holdningen til døden ændres med samfundets struktur: Døden har været noget fjernt, noget ikke-nærværende. I dag er man igen blevet nødt til at snakke om døden og tage stilling til den.

Kriterier

De patienter, hos hvem man får mistanke om, at hjernedøden er indtrådt, er patienter, som ligger reaktionsløse, tilkoblet en respirator.

Indgangskriterierne for overhovedet at påbegynde hjernedødsundersøgelsen er to ufravigelige punkter, som altid skal respekteres:

- Sygdomsårsagen skal være kendt og bekræftet, og alle behandlingsmuligheder skal være udtømte.

- Der skal have været totalt ophør af medicinindgivelse i mindst 12 timer. Her tænkes især på barbiturater (sovemedicin), man kan dog undersøge koncentrationen af barbiturater i blodet inden de 12 timer er gået.

Når punkterne er opfyldt, da kan man påbegynde *hjernedødsundersøgelsen*:

- Alle kranienervereflektorer skal være op-hørt, der må således ikke forekomme cilie-, cornea- eller pupilreflekser (øjereflekser). Ingen smertereaktion ved smertestimulation, f.eks. ved nåleprik i ansigtet. Ingen

kalorisk-vestibulære reflekser (ørereflekser), ganesejreflekser eller hostereflekser.

- Forbindelsesledet fra kroppen til hjernen gennem den forlængede rygmarv skal være afbrudt. Der må således ikke forefindes cilio-vagale reflekser (nedsat puls-frekvens ved tryk på øjeæblet), cilio-spinal-reflekser (udvidelse af pupillerne ved smertestimulation), og der må ikke forekomme smertereaktion selv ved kraftig smertestimulation på kroppen.

- Med til hjernedøds-kriteriet hører ophørt åndedrætsfunktion, hvorfor en hjernedød patient altid vil være tilkoblet en respirator. Der må godt forekomme spinale reflekser på armé og ben, da refleksbuen for disse sidder i medulla spinalis.

Er ovenfor nævnte punkter alle opfyldt, og man ved sin undersøgelse finder en reaktionsløs patient, er patienten inkarcereret og således hjernedød.

Beviserne

Ønsker man at få sin undersøgelse dokumenteret yderligere, kan man foretage elektroencefalografi, som vil vise, at der er ophørt kortikal aktivitet hos den hjernedøde. Desuden kan man foretage en op-løbs-arteriografi, hvorved man vil se, at der ikke tilføres blod til hjernen på grund af det store tryk, der er opstået inde i den uefter-givelige kraniekasse. Hjernedøden indtræder, når der er ophørt blodcirkulation i hjernen, men fortsat blodcirkulation i resten af kroppen. Når blodcirkulationen i hjernen er stoppet, begynder nedbrydningen af hjernens celler straks, de dør, og går der mere end fem minutter er tilstanden uigenkaldelig. Cellerne nedbrydes af enzymer, og hjernen går langsomt i hen-fald. Standser blodcirkulationen til et ben, og blodcirkulationen ikke kan reetableres, går der koldbrand i benet, og det må ampu-teres. Man kan dog godt leve uden sit ben, men man kan ikke leve uden sin hjerne.

Det er livsåndens udtryksorgan, der er gået til grunde. Efter hjernedøden vil hjertedøden altid indtræffe som oftest inden for en uge. En hjernedød patient vil således aldrig overleve (1).

Der foregår en international, verdensomspændende forskning for at undgå hjernedødens indtræden, men de behandlings-former, vi i dag kender med mannitol (væs-kedrivende midler), barbiturater (soveme-dicin) og hyperventilation, har indtil videre vist sig utilstrækkelige.

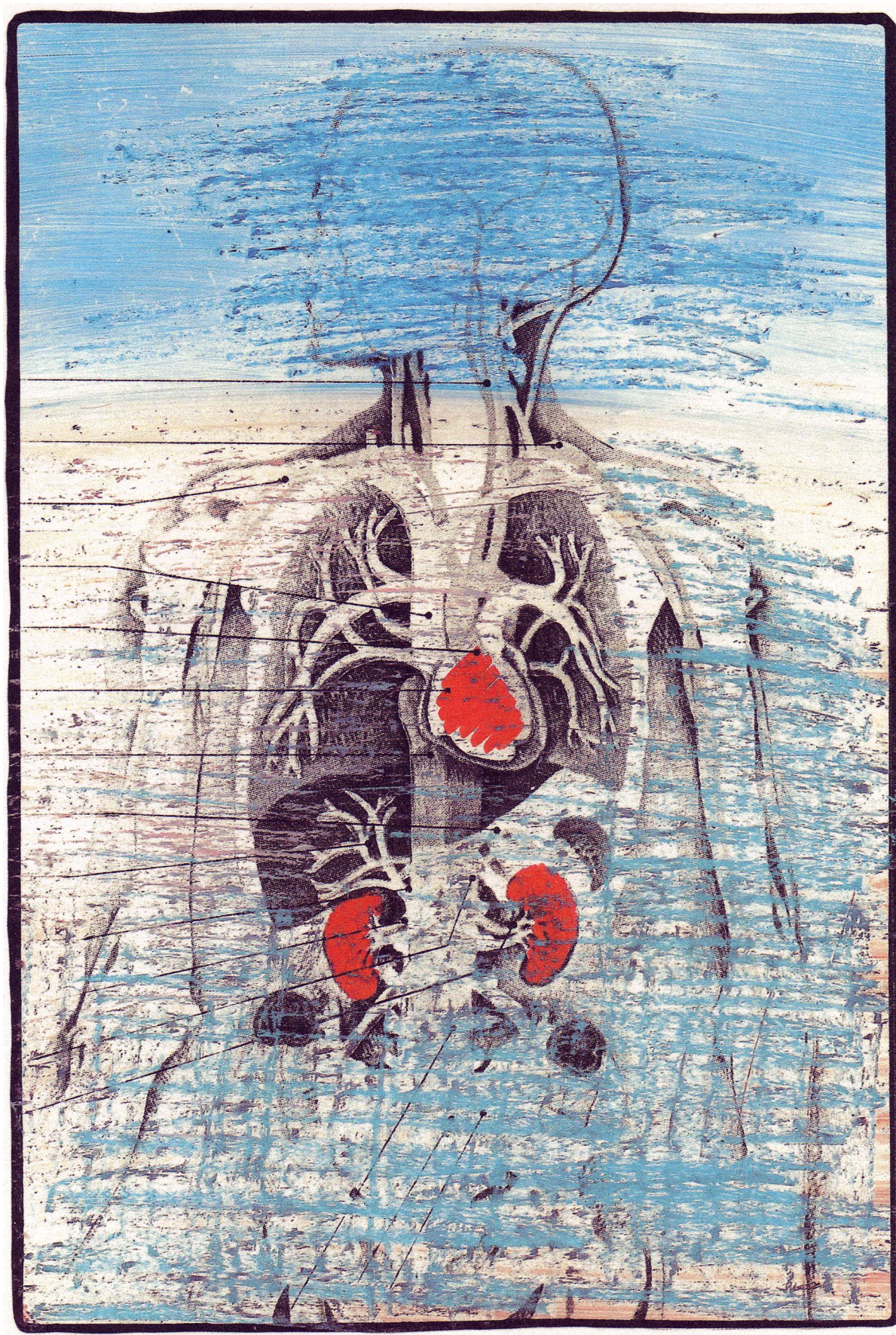
Udsigtsløsheden

Til enhver tid vil en læge standse en meningsløs og udsigtsløs behandling. Dette gælder også respiratorbehandlingen hos en hjernedød patient.

I 40 år har vi i Danmark brugt hjernedøds-kriteriet. Det er der også lovhjemmel for, idet der i Betænkning nr. 454 vedrørende lovgivning om transplantation fra 1967 (2) står:

»den kunstige cirkulation af iltet blod vil med de til enhver tid tilrådighed stående midler i alle tilfælde (hvor bedring ikke indtræder spontant eller ved behandling) blive fortsat, indtil der foreligger absolut sikkerhed for, at hele hjernen er gået uopretteligt til grunde.«

Videre står der i samme betænkning »... om døden er indtrådt, er et spørgsmål om et biologisk faktum, som ikke i sig selv kan bestemmes ved en lovregel endsige ved administrative forskrifter, men må fastlægges på en måde, som til enhver tid lægevidenskabeligt alment anerkendes.« Når hjernedødens indtræden således er konstateret med sikkerhed hos en patient, afbrydes nu enhver form for behandling inklusive respiratorbehandlingen, hjertet vil da efter ganske kort tid ophøre med at slå, og hjertedøden er nu indtrådt. Dette sker jævnligt i Danmark, og det ville være urimeligt og efter min mening også uetisk at gøre andet.



Lovgivningen

Der findes i Danmark i dag ingen lovgivning om, hvornår man er død. Der findes en lovgivning om, hvornår man er lig. I førortaltale betænkning nr. 454 anfører man dødsriteriet som værende ophævet hjernefunktion (reaktionsløshed), ophævet åndedræt og ophævet hjertevirksomhed - altså ophøret af de vitale funktioner - de sikre og uomtvistelige dødstegn. Ifølge lov om ligsyn m.v. nr. 279 fra 1976 (3) (og ikke fra 1871 som anført i dagspressen) står der: Paragraf 1: »Den, der antages for at være afgået ved døden, skal anbringes under forsvarlige forhold. Er dødens indtræden ikke åbenbar, skal den pågældende være under jævnligt tilsyn og må ikke føres til lighus, før en læge har iagttaget sikre dødstegn. Før et ligsyn er afsluttet, og dødsattest er udstedt, må liget ikke anbringes i kiste eller føres til kapel.»

Paragraf 2: »Ligsyn foretages af en læge til afgørelse af, om dødsfald er indtrådt. Ved ligsynet skal sikre dødstegn iagttagelse og dødsårsag såvidt muligt fastslås.»

Først da kan en dødsattest udskrives, og på denne står der: »Undertegnede læge ... har den ... kl. ... synet liget af ovennævnte og forefundet de angivne sikre dødstegn.»

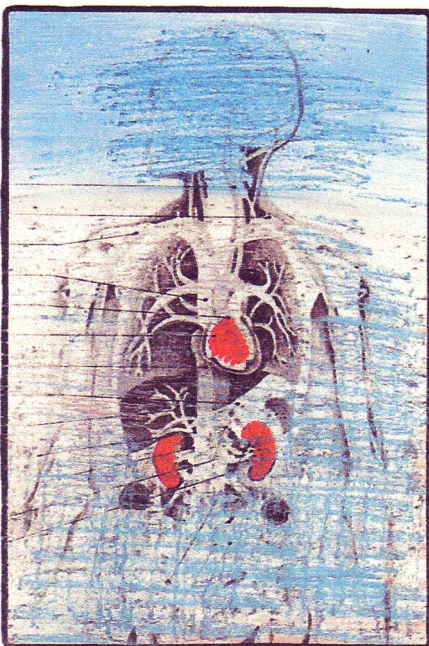
Ovennævnte sikre dødstegn er på dødsattesten angivet som rigor (dødsstivhed), livores (ligpletter), cadaverositas (forrådnelse) og maceratio (fugtig opløsning af væv). Først nu er en person juridisk død. Når man derfor i lov om udtagelse af menneskeligt væv mm. nr. 246 af 1967 (4) taler om liget, er det forkert, da det er uden mål og decideret livsfarligt at transplantere henhaldne organer.

Organdonation

Som det allerede er omtalt, ophører man med enhver form for behandling inklusive respiratorbehandling hos hjernedøde patienter. Såfremt familien har givet tilladelse til nyredonation, er det også hjernedødsriteriet, der ligger til grund. Hos den hjernedøde slukkes der for respiratoren på operationsstuen hvorefter hjertet holder op med at slå, herefter udtages nyrerne. Det nye, som skal indføres, bør derfor være en ændring i transplantationsloven nr. 246 af 9. juni 1967, hvor der efter min opfattelse bør gives tilladelse til, at organer må udtages fra patienter, inden respiratoren slukkes, og hjertefunktionen dermed ophører. Det er således højst nogle timers forskel på hjertedødens indtræden, der bliver det nye ved indførelse af hjernedøden som tilgrundliggende kriterium for transplantationer. Det vil således f.eks. heller ikke være nødvendigt at ændre i arvelovgivningen.

Om døden i sig selv mener jeg ikke, der bør lovgives. Det har aldrig været nødvendigt,

HJERNEDØD BØR VÆRE KRITERIET FOR TRANSPLANTATION



og er det heller ikke nu. Men af hensyn til dem, som vi allerede på nuværende tidspunkt hjælper med nyretransplantationer, synes det helt urimeligt, at det ikke er hjernedødsriteriet, som ligger til grund for udtagelse af organer.

I en ny lov om udtagelse af menneskeligt væv mm. bør der stå: »Transplantationer må kun udføres fra personer med ophørt hjernefunktion, herunder også åndedrætsfunktion, efter de af Sundhedsstyrelsen nærmere fastsatte retningslinier for dokumenteret hjernedød.»

Holdninger

Hele vores livsholdning ligger til grund for vores holdning til døden. I tidligere tider døde man i hjemmet omgivet af familien. Med teknikken fremfærd ligger man nu og dør ensomt på et hospital - nogle gange også omgivet af familien. Der tales ikke om døden. Døden synes ikke mere at være naturlig del af et livs forløb som fødslen er det, selv om fødslen er betingelsen for døden.

Når hjernedøden indtræder hos en patient, skal der tales om døden. Mange pårørende ønsker at være til stede, når hjertet langsomt ophører med at slå. Det er helt naturligt, at man vil være til stede hos den man elsker, når det sidste hjerteslag lyder. At nogle læger fortsat kan nægte pårørende dette, endside ikke tage sig tid til at vente på de pårørendes tilstedekomst til dødslejet, før respiratoren slukkes, er mig komplet ubegribeligt. Naturligvis tager det tid at forklare de pårørende om hjernedøden.

Man bør blandt andet fortælle om de bevægelser, den døde kan foretage sig, for at de tilstedeværende ikke bliver bange. Disse bevægelser kan se meget naturlige ud. Det kaldes Lazarus-syndromet. Dette syndrom forekommer ikke kun hos hjernedøde, men hos mange døende, blot oplever meget få at se dette i dag, fordi folk ligger og dør alene. I gamle dage sagde man, at det var det tidspunkt, hvor sjælen forlod legemet. Når man oplever døden, bliver livet så meget mere nærværende. Når jeg slukker for en respirator, bliver jeg altid på stuen, hvis jeg fornemmer, at de pårørende er mest trygge ved dette. Jeg har oplevet utroligt mange smukke dødsøjeblikke ved de pårørendes afsked. Mange snakker til den døende, takker for smukke oplevelser og giver en velsignelse med på vejen. Andre er forstenede, andre igen vugger deres spæde børn ind i døden.

Mange læger undgår disse indholdsrige øjeblikke med de følsomme, tætte menneskelige kontakter, man får gennem sorgen. Det går ud over studiet at give patienten en god død og de pårørende en mindeværdig oplevelse (5). Det hører sygeplejersken og præsten til.

De pårørende bør altid spørges om donation. Det må være helt deres afgørelse, om nyrerne må udtages. Endres lovgivningen vil man kunne operere den hjernedøde og køre patienten tilbage til sygestuen for der at tage afsked. Nogle pårørende bliver slet ikke spurgt om donation, da man mener, at sorgen er for stor, og man ikke nænner at spørge. En sorg er altid dyb og smertende, men måden, den bliver udtrykt på, vil altid være individuel.

Hvordan nogen kan betragte dette arbejde som »prestige«, »mord«, »eutanasi-program« og »lægegribbe«, er mig uforståeligt. Bør vi ikke alle hjælpe hinanden til et så leveværdigt liv og en så god død som mulig, hvis vi kan gøre det med en ny nyre, en portion blod eller lidt medmenneskelig indføling?

Litteratur

1. Dahlerup B. Hjernedødsriteriet. Borgens Forlag 1986.
2. Betænkning nr. 454 vedrørende lovgivning om transplantation. 1967.
3. Lov om ligsyn mv. nr. 279. 1976.
4. Lov om udtagelse af menneskeligt væv mm. nr. 246. 1967.
5. Slot-Henriksen R. En god død. Borgens Forlag 1985.