

Hjernedøds-kriteriet er etisk rigtigt

I langt de fleste tilfælde giver de pårørende til en hjernedød tilladelse, hvis der er mulighed for nyredonation. Det er utroligt uetisk over for donor og dennes familie, som har givet tilladelse til nyredonation, at man i dag ikke sørger for, at organerne er af den bedst mulige kvalitet

Benedicte Dahlerup

Man kan ikke være for eller imod hjernedøds-kriteriet. Hjernedøden er et uomstrideligt faktum. Man kan derimod være for eller imod organtransplantationer. »Hjernedøds-kriteriet« bliver i modificeret form brugt i dag i Danmark til at standse udsigtsløs behandling. Det er det blevet, siden respiratoren blev opfundet i begyndelsen af 1950'erne. Respiratoren giver kunstig vejrtrækning, og derfor kan hjertet blive ved at slå i en kortere periode, selv om hjernefunktionen er udslukket, fordi hjernecellerne er uigenkaldeligt døde.

Situationen er håbløs, og videre behandling er udsigtsløs. Derfor slukker man for respiratoren, hvorefter hjertet ophører med at slå efter nogle minutter. Det har lægerne altid gjort, og det mener jeg, er etisk rigtigt. Det gør man også i Danmark i dag, når man udfører donoroperationer med henblik på nyretransplantationer. Da bliver respiratoren slukket på operationsstuen, hvorefter udtagelsen af nyrene finder sted, når hjertet er ophørt med at slå. Dette mener jeg, er etisk forkert. I alle andre lande, hvor organtransplantationer udføres, udtages organerne *inden* respiratoren slukkes, så organet udtages under bedst tænkelige forhold altså stadig iltet og fuldt funktionsdygtigt.

Jeg mener, det er utroligt uetisk over for donor og dennes familie, som har givet tilladelse til nyredonation, at man i dag ikke sørger for, at organerne er af den bedst mulige kvalitet. Donoren og familien har sagt ja af hensyn til et andet, sygt menneske - og så gør man det ikke engang ordentligt, på trods af at man har brugt hjernedøds-kriteriet til at slukke for respiratoren på operationsstuen.

Det er også synd for de patienter, som i årevis har gået og ventet på en nyre, at de får en nyre, som muligvis ikke vil fungere, fordi den ikke er udtaget under optimale omstændigheder, men i dansk lovgivning er det nu engang ikke tilladt at udtage organer fra hjernedøde, hvor hjertet stadig slår og ilter organerne. Hvis loven tillod, at man måtte udtage organer fra hjernedøde, ville man også kunne bruge andre organer, som ville betyde en livsreddende behandling især for håbløst lever- og hjertesygge patienter.

Det eneste etisk rigtige er derfor at anvende hjernedøds-kriteriet - også i en donorsituation, især da man uden betænkeligheder sender danske patienter til udlandet for at modtage de organer, som det er forbudt at få herhjemme, og det er ganske lovligt!

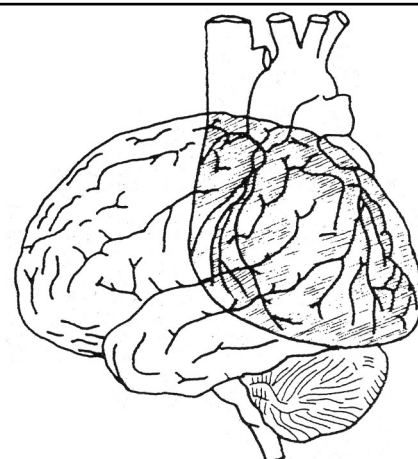
Donorsituationen

Gennem hele sygdomsforløbet har lægerne og de pårørende haft samtaler, hvor lægen har forklaret om sygdommen og besvaret de pårørendes spørgsmål. Patienten selv kan man ikke snakke med, da alle de patienter, der her er tale om, er bevidstløse og ligger i respirator.

Når sygdommen forværres, kontaktes de pårørende, og såfremt al behandling har været forgæves, og hjernedøden indtræder, har man igen en samtale med de pårørende. Under denne samtale forklarer man så skånsomt som muligt om patientens tilstand, at hjernedøden er indtrådt, og at al videre behandling er udsigtsløs. Man forklarer herefter, at hjertet vil holde op med at slå inden for nogle dage, såfremt man ikke slukker for respiratoren. Man fortæller nænsomt, at det er meningsløst både for patienten og dem selv, hvorfor man vil afbryde behandlingen og slukke for respiratoren samme dag.

Som oftest kommer døden ikke bag på de pårørende, da man de sidste par dage har kunnet gøre opmærksom på den alvorlige sygdomssituation, og håbet på fortsat liv er blevet mindre og mindre. Alligevel er de fleste naturligvis chokerede, forstemte, bange og sørgende. I denne situation er det, man sætter sig ned med de pårørende og fortæller, at man er helt klar over den fortvivlede situation, de er i, og den sorg, som har grebet dem, men de kan, hvis de giver tilladelse til nyredonation, hjælpe to andre mennesker til en totalt ændret tilværelse. Jeg spørger, om de kender patientens indstilling til donation, fordi som oftest har familien talt om disse emner tidligere, og man kender hinandens indstilling, fx hvis patienten har været bloddonor igennem mange år. Kontakten til de pårørende er som regel god, fordi man er kommet

2. artikel i en serie om hjernedøds-kriteriet og organtransplantationer. 1. artikel blev bragt i Ugeskriftet 1989; 151:2454.



dem på nært hold gennem sygdomsperioden, og mange er efterhånden ikke bange for at røre ved hinanden - et strøg over kinden, et klem i hånden eller en arm om skulderen.

Svaret kommer som oftest prompte, og i langt de fleste tilfælde er det et »ja« uden tøven. »Ja, det var lige i min mands ånd«, eller »Han var altid så hjælpsom«, »Hun ofrede sig altid for andre« eller »Hun har alle dage været bloddonor«. Kun sjældent får man et »nej«. »Nej, det kan vi slet ikke med«, »Nej, nu skal hun ikke mere igennem«, »Nej, det var min mand meget imod«.

Mange siger også: »Hvis dette sørgelige, som har overgået os, kan give liv og lykke til andre, så lad os hjælpe, så er alt dog ikke helt spildt, og noget af den, som vi holdt af, lever videre i en anden.« Det synes at være af stor betydning for mange at vide, at noget af den person, de holdt af, stadig er i live, og bliver båret rundt på jorden.

Er svaret ja, beder jeg altid de pårørende om at gå hjem i nogle timer for at tænke over tingene og eventuelt snakke med resten af familien, deres praktiserende læge eller deres præst. De fleste synes ikke, det er nødvendigt, man vil gerne have det hele overstået, man vil gerne have fred. Jeg har dog oplevet flere, som er taget hjem for at snakke med familien eller hente familien og deres præst for at holde en lille afskedshandling.

Afskeden

Hvis patienten ikke skal være donor, spørger jeg familien, om de vil være til stede, når jeg har slukket for respiratoren, og hjertet er ved at ophøre med at slå. Det vil de fleste. Her drejer det sig især om patienter, som ikke kan være donorer på grund af kræftsygdom eller betændelsestilstande.

Jeg har oplevet mange betagende dødsøjeblikke. Mange fortæller stille den døendes livshistorie og tager en kærlig afsked og takker for den tid, det var dem forundt at have hinanden.

Hvis der er givet tilladelse til donation, kan familien vælge at tage afsked med patienten, enten mens patienten ligger i respirator på afdelingen, inden nyrene udtages, eller de kan se patienten, efter at nyrene er udtaget, og hjertet er ophørt med at slå. Da vil patienten blive kørt tilbage til afdelingen, efter organerne er fjernet. De fleste vælger at tage afsked, inden patienten køres bort. Også her har jeg overværet mange smukke afskedsscener. Flere gange har jeg oplevet en lille familie med en præst omkring den døende, hvor man har sunget en salme, hvorefter hver enkelt har taget afsked.

Engang, husker jeg, kom der en ganske ung kvinde ind til den hjernedøde. Hun stillede sig for enden af sengen, tog sin salmebog frem og sang med høj smuk stemme en enkelt salme. Herefter satte hun sig ved sengen i fem minutter, kyssede veninden og gik lige så stille, som hun var kommet. Når jeg slukker for respiratoren, hvad enten det er på afdelingen eller på operationsstuen, står jeg selv og tager en stille afsked med den døende. Et menneske, som jeg slet ikke kender, men endnu en menneskesjæl, som skal herfra så smukt som muligt.

Efter at jeg har oplevet døden så ofte, er min egen usikkerhed omkring denne blevet fjernet. Jeg er blevet tryk ved døden, og den tryghed prøver jeg på at videregive til de pårørende. Døden er uafvendelig og kommer som regel uventet, men døden er livet - en del af livet, som vi ikke kan se bort fra eller springe over, og vi skal alle se den i øjnene både gennem livet, og når vi selv står over for den.

Donorsituationen ved organtransplantationer

De fleste nyredonorer (53%) døde en naturlig død, mens 35% er døde efter trafikulykker, viser en gennemgang af 522 donorer fra Århusgruppens aktivitet i perioden 1964-1989

Ole Fjeldborg

Siden 1964 har der i Danmark været gennemført godt 2.500 nyretransplantationer med anvendelse af organer fra afdøde donorer. Der foreligger derfor et godt grundlag for at vurdere donorsituationen, såfremt man også i Danmark anerkender hjernedød som basis for donation, og der dermed åbnes mulighed for at gennemføre hjerte-levertransplantationer.

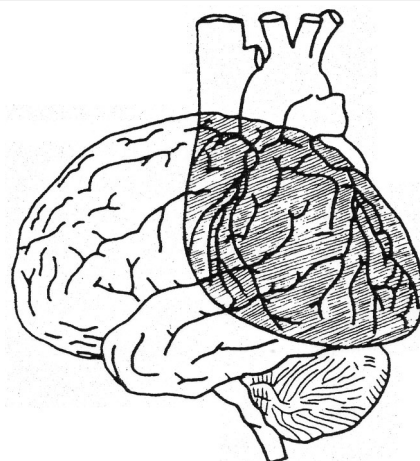
Det skal i den forbindelse understreges, at konstatering af hjernedød også i alle hidtidige danske tilfælde har været en forudsætning for donation. Fremgangsmåden har været den, at man - efter konstatering af hjernedød - har vurderet donors egnethed og har bragt klarhed i forholdet til de pårørende. Derefter har man på vanlig vis afbrudt al behandling og afventet ophør af hjertefunktion før udtagelse af organer.

En ændret opfattelse (lovgivning) vil gøre det muligt — efter konstatering af hjernedød - at fjerne organer, før man standser behandlingen - det vil sige at fjerne organer, endnu mens hjertet slår. I begge situationer har man benyttet hjernedødsdiagnosen som forudsætning for handling ud fra den tankegang, at tidspunktet for hjernedød er sluttidspunktet for den menneskelige tilværelse. Hvadenten man benytter den ene eller den anden procedure, er konsekvensen for den afdøde den samme. En ændret opfattelse vil hverken give flere eller færre dødsfald, men den »moderne« opfattelse vil give mindre beskadigede organer, og den vil først og fremmest give mulighed for at gennemføre hjerte- og levertransplantation i Danmark med anvendelse af danske donorer.

Ifølge Sundhedsstyrelsens redegørelse om organtransplantationer (1989) skønnes det, at der i Danmark vil være behov for ca. 10 hjerte-transplantationer per mio. indbyggere per år. Tallet for levertransplantationer ligger i samme størrelsesorden, mens behovet for nyretransplantationer fortsat skønnes til 40-50 per mio. per år. Behovet for bugspytkirteltransplantationer er anslået til ca. 4 per mio. per år, og et lidt mindre antal er anslået for kombineret hjerte-lungetransplantation.

Århus Kommunehospital, kirurgisk afdeling K.

3. artikel i
en serie om
hjernedøds-kriteriet
og organ-
transplantationer.
1. artikel blev bragt
i Ugeskriftet 1989;
151:2454.





En tredjedel af nyredonorerne er døde efter trafikulykker.

Foto: Søren Svendsen/Billedhuset

Før en donor kan accepteres, må en del betingelser være opfyldt som fælles basale forudsætninger: En potentiel organdonor er en person, som ikke tidligere har haft kronisk organsygdom, som ikke har sukkersyge eller ondartede sygdomme som fx kræft, og som ikke har bakterielle infektioner eller alvorlige virussygdomme (fx leverbetændelse eller AIDS).

For nyrenes vedkommende anvendes ingen klar øvre aldersgrænse. Man lader det være betinget af den »fysiologiske« alder. Stort set vil man dog nødig acceptere en donor, der er mere end 65 år gammel.

For hjerters vedkommende kræves i øjeblikket en aldersgrænse på 35 år for mænd og 45 år for kvinder. Denne forskel er betinget af den almindeligvis tidligere optræden af åreforkalkning hos mænd. For lever- og bugspytkirteldonorer sættes aldersgrænsen til ca. 55 år.

I de seneste år er der i udlandet sket en vis liberalisering af disse aldersgrænser.

Erfaringer fra de danske donorer kan benyttes til et forsigtigt skøn om muligheden for at dække behovet for organer ved en udvidet transplantationsaktivitet med lever og hjerte.

ÅRHUS-GRUPPENS TAL

En gennemgang af 522 donorer fra Århus-gruppens aktivitet i perioden 1964-1989 viser følgende:

Dødsårsager		
Naturlig død	277	53%
Trafikskade	182	35%
Mord/selv mord	25	5%
Arbejdsulykke	19	4%
Anden ulykke	18	3%
Ukendt	1	-

Naturlig død drejer sig om død som følge af hjemmeblødninger samt enkelte tilfælde af hjernesvulster og hjertetilfælde.

Specielt skal man mærke sig andelen af trafikskader. Den gængse opfattelse er, at denne gruppe er helt dominerende.

I gruppen af donorer, som er under 35 år, er fordelingen anderledes, idet hjemmeskader (først og fremmest som følge af trafikulykker) udgør 67%, mens blødninger i hjemmens hulrum kun udgør 16%.

Almindeligvis anses personer, der er unge, og som dør af hjemmeskade, for at være mest velegnede som donorer. Alene en udvælgelse af yngre donorer vil derfor tendere til at give begge fordele - noget, der specielt har betydning for hjertetransplantationer (se senere).

I årene 1985-1986-1987, hvor donortilgangen var nogenlunde stabil, blev der i det århusianske optagelsesområde på 1,3 mio. indbyggere tilbudt 32 donorer per mio. per år. Det betød stort set 60 anvendelige nyrer, et antal der oversteg Sundhedsstyrelsens vurdering af behovet. Svarende her til kom der da også et fald i antallet af patienter på venteliste til nyretransplantation. Hvis det århusianske materiale i øvrigt anvendes til en forsigtig vurdering af den potentielle donormængde i Danmark, kan følgende siges:

87% tilfredsstillende kravet om alder under 55 år, det vil sige, at ca. 27 per mio. per år ville kunne anvendes som leverdonorer - et godt stykke over, hvad Sundhedsstyrelsen skønner nødvendigt.

58% tilfredsstillende det kombinerede krav: mænd under 35 år og kvinder under 45 år. Det betyder, at ca. 20 per mio. indbyggere per år ville kunne anvendes som hjertedonorer. Også her ligger antallet over Sundhedsstyrelsens vurdering af behovet, selv når hjerte- og hjerte-lungetransplantationer lægges sammen.

Bugspytkirteldonorer er stort set de samme som nyredonorer, så antallet af potentielle donorer ligger langt over det vurderede behov.

Ud fra denne lidt grove analyse skulle der mængdemæssigt være tilstrækkeligt med donorer i Danmark til at gennemføre lever-, hjerte- og hjerte-lungetransplantationer.

MULTIORGANDONATION

Såfremt man i Danmark ønsker i fremtiden at gennemføre de nye transplantationstyper, kommer man til at betragte enhver potentiel donor - med de beskrevne restriktioner - som multiorgandonor. Det betyder, at behovet for donorer ikke er det samme som summen af de vurderede tal. Principielt kan man fra samme donor anvende hjerte, lunger, lever, bugspytkirtel og nyrer, selv om der er nogle vanskeligheder ved at anvende såvel bugspytkirtel som lever fra Samme person.

Selv når man tager disse forhold i betragtning, er regnskabet ikke så simpelt som her skitseret. Som bekendt er der en lang række andre faktorer, som gør sig gældende. Donorproblemet er stærkt ømtåleligt og påvirkeligt af bl.a. intensive debatter i medierne - debatter, der ofte føres på et stærkt følelsesmæssigt plan. En forventet genoptaget debat i forbindelse med genfremsættelse af lovforslag i dette efterår vil givetvis igen virke begrænsende på donortilbudene.

Erfaringer fra andre lande viser, at også ønsket om udtagelse af flere organer fra samme donor medfører en nedgang i antallet af donortilbudene - i hvert fald i en periode. Det vil efter al sandsynlighed gå ligesådan i Danmark. Man må derfor forudse, at det i begyndelsen vil blive vanskeligt i fuldt mål at gennemføre transplantationerne med lever og hjerte, og også nyretransplantationerne vil blive truet af en sådan situation.

NORDISK SAMARBEJDE

Andre forhold gør sig gældende. Specielt har man ved lever- og hjertesvigt ikke en ækvivalens til dialyse. Behovet for transplantation af disse organer er derfor ofte mere akut præget. Der vil således ikke altid være et disponibelt donororgan på det rigtige tidspunkt. Med hensyn til hjerte og lever er der ligeledes et rent fysisk fænomen at tage hensyn til, nemlig donororganets størrelse i forhold til organmodtagerens størrelse. Også det medvirker til, at der ikke altid vil være et disponibelt organ på det nødvendige tidspunkt. Et nordisk samarbejde med organudveksling i lighed med det, der allerede eksisterer for nyrenes vedkommende, er derfor nødvendigt.

Scandiatransplant, der hidtil har formidlet udveksling af nyrer, og som fortsat har hovedsæde i Århus, har påtaget sig at organisere dette arbejde og er allerede langt fremme i planlægning af det computer-netværk, der er nødvendigt for at gøre denne funktion hurtig og effektiv. Inden for denne del af Scandiatransplant findes allerede en »leverliste«, hvorimod hjerterne for det meste er udvekslede på basis af direkte kontakter mellem de respektive hjertecentre. Udvekslingskriterierne vil her være de omtalte fysiske og tidsmæssige faktorer, hvor nyretransplantationernes baggrund ligger i vævstypemæssige forhold. Disse problemer synes at være betydelig mindre for lever- og hjertetransplantationer, og man ser stort set bort fra dem. Man har endog flere steder i udlandet med held transplanteret lever uden hensyntagen til ABO-blodtypesystemet.

Hvordan det end vil udvikle sig, så må den grundlæggende idé være - som det har været for nyrenes vedkommende -

at man må stræbe efter, at alle, der har behov derfor og ønske derom, skal have chancen for at få gennemført en organtransplantation. Vi kan ikke i Skandinavien forlige os med en situation, hvor man er tvunget til at vælge på andet end biologiske forhold.

Der er i Danmark ikke oprettet en speciel organisation for »tilvejebringelse« af donorer - opgaven har hidtil hvilet på de enkelte transplantationscentre. Der bør herudover nok oprettes en uvildig, landsomfattende organisation, der kan virke med oplysning og rådgivning om de biologiske juridiske og menneskelige forhold, og som frem for alt kan medvirke til en af dramatisering af problemerne. Et begyndende samarbejde er allerede etableret mellem Danmarks Frivillige Bloddonorer, Landsforeningen for Nyresyge i Danmark, Hjerteforeningen og Dansk Røde Kors med henblik på udfærdigelse af såkaldte donortestamenter. Det vil formentlig være bedst, hvis en enkelt organisation står for arbejdet, og her må i første omgang peges på Danmarks Frivillige Bloddonorer, der har en mangeårig erfaring med tilsvarende problemer, og som i det sidste par år også har gjort en indsats ved knoglemarvstransplantation. De øvrige organisationer kunne tilknyttes med konsulentvirksomhed.

I øvrigt har Danmark gennem tiltrædelse af Europarådsresolution (78) 29 om »Harmonisation of legislations of member states relating to removal, grafting and transplantation of human substances« forpligtet sig til at foranstalte sådanne informationer.