

# Hjertestopbehandling af potentielle organdonorer skaber etiske konflikter

Mickey Gjerris<sup>1</sup>, Niels Agerlin<sup>2</sup>, Helle Haubro Andersen<sup>3</sup>, Klaus Høyer<sup>4</sup>, Anja Marie Bornø Jensen<sup>4</sup> & Inge Severinsen<sup>5</sup>

## UDVIKLINGS-ARTIKEL

- 1) Institut for Fødevarer og Ressourceøkonomi, Københavns Universitet
- 2) Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet
- 3) Dansk Center for Organdonation
- 4) Intensiv Afdeling 1,5, Aarhus Universitetshospital
- 5) Københavns Universitet

I 2011 blev der registreret 2.714 dødsfald på intensivafdelingerne i Danmark. I 278 tilfælde blev det registreret, at afdøde var en potentiel organdonor. Blandt de godt 200 tilfælde, hvor en potentiel organdonation ikke blev realiseret, blev pludseligt hjertestop i 32 tilfælde angivet som den væsentligste årsag [1].

Behandling af hjertestop hos en potentiel organdonor gives primært som hjertemassage, enten manuelt eller ved hjælp af mekanisk hjertemassage. Herefter kan der ved kortvarig pause i hjertemassagen gives DC-konvertering ved hjerteflimren eller, parallelt med hjertemassagen, medicinsk behandling ved manglende hjerteaktion. Ud over dette skal den udløsende årsag behandles gennem væsketilskud, blodprodukter og medicinsk stimulation af kredsløbet, hvis man ønsker at bevare muligheden for donation.

Der findes to danske retningslinjer på området: en vejledning fra Sundhedsstyrelsen om behandling af den uafvendeligt døende patient, hvor den omhu og samvittighedsfuldhed, som en læge skal udvise ved beslutninger om hjertestopbehandling, præciseres [2], og en faglig rekommandation fra Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin om behandling af voksne hjernedøde organdonorer. Denne rekommandation er rettet til læger på intensivafdelingerne og de anæstesiologer, der deltager i organudtagningen [3]. Ved undersøgelsens gennemførelse var nedskrevne retningslinjer for behandling af hjertestop hos organdonorer fraværende nationalt, regionalt og lokalt.

Rekommandationen blev revideret i oktober 2012. Før revisionen var det anført, at der skulle udvises tilbageholdenhed med at behandle hjertestop dels ud fra medicinske begrundelser, dels ud fra etiske hensyn. I revisionen anføres det, at hjertestop hos potentielle donorer som udgangspunkt skal behandles, hvis hjertestoppet indtræffer, efter at hjernedødsdiagnosen er stillet. En konkret lægefaglig vurdering skal afgøre varigheden og omfanget af behandlingen, da en iskæmiperiode med heraf følgende organskade kan forringe chancerne for et vellykket donationsforløb. Det anføres også, at beslutningen om behandling ved hjertestop i videst muligt omfang bør være diskuteret med de pårørende og personalet.

Den konkrete vurdering af, om hjertestopbehandling skal gennemføres, afspejler ikke udelukkende faglige skøn over organernes levedygtighed, men influeres også af de etiske værdier, som personalet har [4]. I denne artikel præsenteres konklusionerne fra en undersøgelse af de sundhedsprofessionelles overvejelser om hjertestopbehandling af potentielle donorer [5, 6]. Dermed belyses denne behandlings etiske problemstillinger, som kan have stor betydning for gennemførelsen af de konkrete donationsforløb. Problemstillingerne er påpeget i en dansk afhandling om pårørendes opfattelse af organdonation [4] og belyst i nogle få udenlandske undersøgelser [7], men ikke før belyst ud fra dansk sygehuspersonales perspektiv.

## METODE

Undersøgelsen fandt sted i efteråret 2011 og bygger på interview med 59 sundhedsprofessionelle (intensivsygeplejersker, anæstesiologer og neurokirurger) fra fire danske neurointensive og en almenintensiv afdeling. Undersøgelsen er kvalitativ og indbefatter både fokusgrupper og individuelle interview [4]. Der er i projektet taget højde for at inddrage personale med forskellig faglighed, erfaring og holdning til donation, og de indsamlede data er analyseret med tematisk kodning og efterfølgende indholdsanalyse [8].

Undersøgelsen fandt sted før udgivelsen af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin's reviderede rekommandation fra 2012.



Simulationstræning fra Dansk Center for Organisations kursus i behandling af den ustabile donor.

## RESULTATER

Vi identificerede fem væsentlige områder for de sundhedsprofessionelle: en sproglig udfordring, en oplevelse af behandlingen som fysisk voldsom, overvejelser om den gode død, en konflikt mellem forskellige hensyn og deres behov for støtte.

### Sproglig udfordring

Informanterne opfatter den almindelige sprogbrug som meget problematisk. Ordet genoplivning kan skabe forvirring hos personale og måske især hos pårørende, når det drejer sig om hjernedøde patienter. Personalet efterspørger derfor en konsistent sprogbrug, f.eks. hvad angår begrebet hjertestopbehandling, men anerkender også, at man ikke blot ved at ændre en betegnelse kan få de etiske problemstillinger til at forsvinde.

### Fysisk voldsom behandling

Mange skelner mellem medicinsk hjertestopbehandling og mere fysisk behandling såsom at støde eller massere. De interviewede anvender ord som voldelig og voldsom om hjertemassagen, og nogle oplever den som grænseoverskridende i forbindelse med donorpleje. Behandlingens varighed kan udfordre personalets personlige grænser, og ligeledes har den hjerne-dødes fremtræden også betydning. Hjertestopbehandling kan eksempelvis medføre, at den hjerne-døde kaster op eller får brækkede brystben. Det fysiske aspekt af genoplivning opleves som uproblematisk, når man forsøger at redde patientens liv, men opleves anderledes når det udføres som organbevarende behandling.

### Den gode død

Hjertestopbehandlingen opleves ofte som en modsætning til personalets forestillinger og faglige idealer om at skabe »den gode død« i et organdonationsforløb; et begreb, der indbefatter fred og ro på stuen, at afdøde »ligger pænt«, og at der er tid og rum til de pårørendes afsked. Selve organdonationen opleves af nogle allerede som et beklageligt, men nødvendigt, indgreb i dødsprocessen. Hjertestopbehandlingen overskrider for dem grænsen for, hvor meget man kan gøre ved den døde krop.

### Forskellige modstridende hensyn

For mange sundhedsprofessionelle er det afgørende at gennemføre en donation, hvis de pårørende har givet tilsagn. I sådanne tilfælde kan hjertestopbehandling blive en måde at respektere de pårørendes donationsønske på, give dem følelsen af kontrol over forløbet og bibringe dødsfaldet en form for mening på et tidspunkt, hvor alt ellers er kaos og tragedie.

Hvis de pårørende imidlertid ikke er orienteret om risikoen for, at denne behandling kan blive nødvendig, kan de pårørende opleve, at deres grænser overskrides. Mange læger og sygeplejersker ser det derfor som en mulighed at oplyse de pårørende om muligheden for hjertestopbehandling fra begyndelsen, men en del frygter, at det kan føre til, at flere vil sige nej til organdonation.

### Behov for støtte

Det er en grundlæggende erfaring for mange læger og sygeplejersker, at grænserne flyttes som en naturlig del af at arbejde på en intensivafdeling. Det vil også gælde grænserne for, hvad man vil gøre for at løse organmanglen. Uden klare retningslinjer oplever personalet, at de selv fra gang til gang skal fastsætte grænserne for rigtigt og forkert. Man er i et moralsk tomrum, hvor man end ikke ved, hvad de andre på afdelingen gør. Beslutningen og ansvaret er overladt til den enkelte. Mange vekslede mellem to modstridende positioner, når de blev spurgt, om det var ønskeligt, at der blev udfærdiget retningslinjer. På den ene side blev det oplevet som vigtigt, at der kunne tages stilling fra sag til sag, men på den anden side efterlyste langt de fleste retningslinjer at læne sig op ad. Det er bemærkelsesværdigt, at alle, der blev bedt om at artikulere mulige retningslinjer på området, mente, at disse ville medføre en pligt til at hjertestopbehandle på trods af personlig moralsk uvilje.

## DISKUSSION

Overordnet set viser undersøgelsen, at hjertestopbehandling af hjernedøde donorer opleves som meget specielt af et flertal af de interviewede læger og sygeplejersker. Opfattelsen af, hvilke hensyn den døde, de pårørende og potentielle modtagere har krav på, og de sundhedsprofessionelles personlige grænser, støder sammen og skaber etiske konflikter, der vanskeliggør en standardisering af den praktiske håndtering af organdonorer i Danmark.

De konflikter, som kan opstå mellem de forskellige hensyn, kan for de flestes vedkommende spores tilbage til to grundlæggende forhold. 1) Der er en konflikt mellem at skabe rammerne for det, der opfattes som »den gode død«, og ønsket om at realisere donationen for enhver pris. 2) Der er en konflikt mellem at lade den enkelte læges eller sygeplejerskes tvivl og værdier spille en legitim rolle i situationen og så at ensrette praksis gennem en kontrolleret sprogbrug og klare retningslinjer.

## KONKLUSION

Der gives ikke nogen entydig løsning på de etiske konflikter, der opstår i forbindelse med genoplivning

af potentielle organdonorer. Men undersøgelsen giver bevidsthed om, hvad der kan være på spil i situationen. Dermed kan beslutninger om hjertestopbehandling af organdonorer træffes på baggrund af en erkendelse af, at det ikke er et sort/hvidt valg, men et valg, der sjældent kan tages, uden at nogle hensyn må tilsidesættes.

### SUMMARY

Mickey Gjerris, Niels Agerlin, Helle Haubro Andersen, Klaus Høyer, Anja Marie Bornø Jensen & Inge Severinsen:

Treatment of cardiac arrest in potential organ donors creates ethical conflicts

Ugeskr Læger 2013 Sep 16 [Epub ahead of print]

This article describes the results of a interview study on the ethical issues related to treating cardiac arrest in potential organ donors in Denmark. The medical background and the Danish guidelines relevant to the issue are described. The results from the interview study are then summarized and analyzed from an ethical perspective in order to clarify the ethical issues and value conflicts experienced by health personnel in this situation. It is recommended that the ethical components in the decision making process and the dilemmatic nature of the situation are made transparent.

**KORRESPONDANCE:** Mickey Gjerris, Institut for Fødevarer- og Ressourceøkonomi, Københavns Universitet, Rolighedsvej 25, 1958 Frederiksberg C.  
E-mail: mgj@ifro.ku.dk

**ANTAGET:** 11. juli 2013

**FØRST PÅ NETTET:** 16. september 2013

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [www.ugeskriftet.dk](http://www.ugeskriftet.dk)

### LITTERATUR

1. Organdonationsdatabasen, Årsrapport 2011 [www.organdonation.dk](http://www.organdonation.dk) (2. mar 2013).
2. Vejledning om forudgående fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.
3. Rekommandation. Behandling af voksne organdonorer [www.dasaim.dk](http://www.dasaim.dk) (2. mar 2013).
4. Jensen AMB. Orchestrating an exceptional death: donor family experiences and organ donation in Denmark [ph.d.-afhandl]. Københavns Universitet: Institut for Antropologi, 2011.
5. Hoeyer K, Jensen AMB. Transgressive ethics. *Soc Stu Sci* 2013;43:598-618.
6. Gjerris M, Agerlin N, Andersen HH et al. Mellem død og død. København: Dansk Center for Organdonation, 2012.
7. Cummings B, Noviski N, Moreland MP et al. Circulatory arrest in a brain-dead organ donor: is the use of cardiac compression permissible? *J Intensive Care Med* 2009;24:389-92.
8. Madden R. being ethnographic – a guide to the theory and practice of ethnography. London: Sage Publications, 2010.