

Kan pasienter som trenger terapeutisk blodtapping være blodgivere?

Blodtapping er fortsatt vanlig behandling for sykdommer som hemokromatose og polycytemi. I 1999 ble ca. 5 900 terapeutiske blodtappinger utført ved norske blodbanker. Både pasienter og helsepersonell ønsker at blodet som tappes skal komme til nytte, fortrinnsvis ved at blodbankene aksepterer at disse pasientene kan være blodgivere.

Vi undersøkte henvisningsbrevet til alle pasienter som ble tappet terapeutisk i en 12-månedersperiode, ved to sykehus, for å se hvor ofte brevet gav informasjon som ville utelukke at pasienten kunne være blodgiver.

Til sammen ble det tappet 1116 enheter blod fra 177 pasienter. 122 pasienter som ble tappet 696 ganger, hadde informasjon i henvisningsbrevet som ville utelukke vanlig blodgivning. De resterende 55 pasientene kunne ha vært undersøkt videre for å se om de hadde fylt kravene til blodgivere.

Noen pasienter som trenger blodtapping kan medisinsk sett være blodgivere, men langt fra alle. I tillegg skal blodgiving være frivillig og ubetalt, og motivet skal være uegennyttig. Dette vil ikke være tilfellet for blodgivere med sykdommer der behandlingen nettopp er blodgiving. Nødvendige tiltak for å kompensere for dette diskuteres.

Blodtapping er fortsatt vanlig behandling for enkelte sykdommer som for eksempel hemokromatose og polycytemi. Mange pasienter tappes ved hematologiske seksjoner/avdelinger, og basert på bruk av takst 107e ble det i 1999 utført ca. 2 600 tappinger i primærhelsetjenesten (T. Ulven, Rikstrygdeverket, personlig meddelelse). Noen pasienter henvises til tapping i blodbanker. I 1999 tappet 43 av i alt 52 norske blodbanker til sammen ca. 5 900 poser blod fra pasienter (1). Disse posene ble kassert eller brukt til forskjellige tekniske formål.

Både pasienter og pasientforeninger ønsker at det blodet som tappes skal komme til nytte, for eksempel ved at blodet transfunderes til pasienter som trenger blod (2, 3). Mange leger støtter dette synet og oppfordrer pasienter til å be om å få bli blodgivere.

I Retningslinjer for transfusjonstjenesten i Norge er det ikke nevnt noe spesielt om dette, men det står blant annet: «Potensielle

Øystein Flesland
flesland@senswave.com
Annika Bengtsson
Blodbanken
Sentrallaboratoriet
Bærum sykehus
1306 Bærum postterminal

Flesland Ø, Bengtsson A.

Are patients treated with blood letting potential blood donors?

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1493–4.

Background. Blood letting is an important form of treatment in some diseases, e.g. haemochromatosis and polycythaemia rubra vera. In our hospital, this treatment takes place in the blood bank. If the blood collected from these patients could be used for transfusion, it would help reduce the present blood shortage.

Material and methods. We examined the referral letters for all patients treated with blood letting during a twelve-month period in two hospitals to see how often the referrals gave information that would exclude the patient as a blood donor.

Results. 1,116 units of blood were collected from 177 patients. 122 patients treated with 696 blood lettings did have information in their referral letter which indicated that they would be unsuitable as blood donors.

Discussion. 55 of 177 patients treated with blood letting could have been further evaluated in order to determine whether they fulfilled the criteria for blood donors. The impact of accepting patients as blood donors could be significant. Patients in need of blood letting are not voluntary, unpaid donors and additional steps are required to compensate for this fact.

☞ Se også side 1448

blodgivere som har hjerte-, lever- eller lungesykdom, eller som har hatt kreft eller blødningstendens skal ikke gi. Unntak kan gjøres av lege» (4). Videre står det under punktet om hemokromatose: «Kan gi dersom leverprøver og leverbiopsi er normale» og under punktet Polycytemia vera: «Utelukkes permanent». Dette tolkes litt forskjellig slik at noen blodbanker nekter å la pasienter være blodgivere, mens andre blodbanker vurderer hvert enkelt tilfelle.

Vi ønsket å undersøke hvor mange pasienter henvist til to blodbanker til terapeutisk tapping, som kunne være potensielle blodgivere, og hvor mange ekstra blodposer for transfusjon dette kunne ha gitt.

Materiale og metode

Alle som ble tappet terapeutisk på Blodbanken, Sentralsykehuset i Akershus i perioden

1.1.–31.12. 1999 og på Blodbanken, Bærum sykehus i perioden 1.7. 1999–30.6. 2000 ble undersøkt med tanke på om de kunne egne seg som blodgivere ved at opplysningene i henvisningsbrevet ble vurdert mot kravene som stilles til blodgivere.

Resultater

Ved Sentralsykehuset i Akershus ble 88 pasienter tappet for 515 poser blod. Ut fra opplysninger i henvisningsbrevet var 62 pasienter som til sammen ble tappet 372 ganger (72% av tappingene), ikke aktuelle som blodgivere. 26 pasienter som ble tappet 143 ganger kunne ha vært vurdert nærmere.

Ved Bærum sykehus ble 89 pasienter tappet til sammen 601 ganger. 60 pasienter som til sammen ble tappet 324 ganger (54% av tappingene) var ikke aktuelle som blodgivere, mens 29 som ble tappet 277 ganger kunne ha vært vurdert nærmere. Diagnoser og aldersfordeling fremgår av tabell 1. Ingen pasienter med polycytemi kunne vurderes videre, mens 54 av 120 pasienter med hemokromatose kunne ha blitt vurdert videre.

Hovedårsak til avvisning fremgår av tabell 2. For de fleste var det flere årsaker til at de ikke ville blitt akseptert som blodgivere.

Diskusjon

Spørsmålet om pasienter som selv trenger blodtapping, kan få være blodgivere, opptar både pasienter og helsepersonell. I en situasjon med stadige meldinger om mangel på blod virker det lite hensiktsmessig å kaste blod. Pasienter og helsepersonell utenfor blodbankene er opptatt av at bortsett fra å ha en enkelt, ikke overførbar sykdom, er mange av pasientene «helt friske». De støtter seg ofte på resultatet av et stort antall laboratorie-, røntgen-, og patologisvar når de hevder dette (2, 3). Blodbankene derimot er mest opptatt av at blodgivere ikke skal ha egen nytte av å gi blod. Slik mangel på egen nytte ansees som nødvendig for at blodbankene skal være sikre på at spørsmål om forskjellige risikofaktorer besvares korrekt. For å oppnå dette er det et viktig prinsipp at blodgivning skal være frivillig og ubetalt. En pasient som aksepterer som blodgiver kan blant annet oppnå at betaling av sykehusets egenandel erstattes av en T-skjorte som presang. Avgiftsbelagt parkering erstattes av gratis parkering, og tildelt time for behandling av fritt valg for fremmøte, ofte langt utover vanlige poliklinikkens åpningstid.

I undersøkelsen valgte vi å inkludere samtlige pasienter som ble tappet, for å gi et

Tabell 1 Pasienter som ble tappet terapeutisk fordelt etter kjønn og diagnose

| Antall | Kjønn | Diagnose | Alder (år) Gjennomsnitt (spredning) | Tappinger (antall) Totalt (spredning) | Kan vurderes videre | |
|--------|-------|---------------|---|--|---------------------|-----|
| | | | | | Ja | Nei |
| 67 | ♂ | Hemokromatose | 55 (32–83) | 566 (1–32) | 35 | 32 |
| 53 | ♀ | Hemokromatose | 61 (19–86) | 286 (1–16) | 19 | 34 |
| 29 | ♂ | Polycytemi | 67 (27–91) | 113 (1–15) | 0 | 29 |
| 16 | ♀ | Polycytemi | 67 (25–89) | 60 (1–11) | 0 | 16 |
| 5 | ♂ | Andre | 53 (31–68) | 37 (1–15) | 1 | 4 |
| 7 | ♀ | Andre | 60 (53–66) | 54 (2–16) | 0 | 7 |

mest mulig komplett bilde. De med primær polycytemi kan selvsagt umiddelbart utelukkes som blodgivere. De med hemokromatose eller sekundær polycytemi kan vurderes med tanke på godkjenning som blodgivere.

I vår undersøkelse fant vi at 55 av pasientene, som gav til sammen 420 poser, kunne ha vært vurdert videre med tanke på å bli blodgivere. Vi har kun vurdert opplysninger som kom frem i henvisningsbrevet. Enda mer utfyllende henvisninger kunne ha gitt færre potensielle givere. På den annen side ville et tilskudd til de to blodbankene på opptil 420 poser, eller ca. 6%, hatt positiv effekt. Utvelgelse av blodgivere skjer ved hjelp av spørreskjema og intervju. I tillegg tas en rekke blodprøver. Hvor mange som ville falle bort etter en slik utvelgelsesprosess vet vi ikke. Generelt kan en person bli blodgiver når blodgivning ikke kan være til skade for blodgiveren og blodet som gis ikke kan være til skade for blodmottakeren. Tilsynelatende kan man se bort fra kravet om at

blodgivingen ikke må være til skade for giveren, når tapping likevel skal skje. Flere pasienter krever imidlertid «langsom» tapping eller tapping av mindre volum enn vanlig. Enkelte trenger lengre hviletid enn de 10–15 minuttene som er vanlige. Videre kan noen trenge en medisinsk vurdering før tappingen. Dette er krav som i praksis er vanskelig å forene med effektiv drift av en blodbank.

Blodet som gis må ikke være til skade for blodmottakeren. Det betyr at blodgivere med sykdommer som kan overføres med blod, og blodgivere som bruker medikamenter som kan ha konsekvenser for blodmottaker, må utelukkes. Videre aksepteres ikke risikofølelse slik det fremgår av blodbankenes spørreskjema. For å sikre korrekte opplysninger fra pasienter som skal være blodgivere foreslår American Association of Blood Banks en rekke ekstra tiltak (5). Bl.a. anbefales det at pasientene har et behandlingsalternativ som er gratis, at ytterligere informasjon gis til pasienten om det ansvaret de tar

om de velger å være blodgivere, og at det finnes et system for å gi blod, men deretter anonymt si fra at blodet likevel ikke må brukes til pasienter. De to første tiltakene lar seg gjennomføre, det siste krever helt nye rutiner ved blodgivingen. Videre er det svært viktig å avklare om det er blodbankens lege eller henvisende lege som har ansvaret for den medisinske oppfølgingen av pasienten.

Til tross for stadig bedre smittetesting er det fortsatt mulig at en nysmittet blodgiver er i en «vindusfase» der blodgiveren kan være smittefarlig, men testene er negative. Blodgivere som gir hver tredje måned vil kunne være i vindusfasen ved en tapping. Teoretisk kan en hemokromatosepasient, som i første fase av behandlingen blir tappet 1–2 ganger i uken, være i vindusfasen ved mange tappinger, og således være en større risiko. Dette kan imidlertid løses ved å vente med godkjenning som blodgiver til tappefrekvensen er redusert. For øvrig kan norske blodgivere i dag gi blodplater og/eller plasma hver 14. dag, og i USA tappes plasmagivere inntil to ganger i uken.

Det stilles strenge krav til kvaliteten på blodprodukter. Blod fra pasienter som tappes hyppig kan ha et økt antall unge erytrocytter i forhold til blod fra blodgivere. Dette må regnes som en fordel for en potensiell blodmottaker. Pasienter som tappes ofte vil i perioder ha lav hemoglobinverdi. Siden hemoglobinkravet primært er for å beskytte blodgiveren, kan kravet fravikes, men i så fall vil hemoglobininnholdet i blodposen bli for lavt i forhold til kravene som stilles til blodprodukter (6). Problemet kan imidlertid omgås ved å benytte erythrocyttaferese som resulterer i erythrocyttkonsentrater med standardisert innhold.

Konklusjon

Noen pasienter som trenger blodtapping kan medisinsk sett være blodgivere, men langt fra alle. Blodgivning skal være frivillig og ubetalt, og motivet for blodgivning skal være uegennyttig. Dette vil ikke være tilfellet for blodgivere med sykdommer der behandlingen nettopp er blodgivning. Ekstra tiltak anbefales for å kompensere for dette.

Litteratur

1. Flesland Ø, Bergan TO. Blodtransfusjonstjenesten i Norge. Statistikk for 1999. Oslo: Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin, 2000.
2. Bakke KA. Fullgodt blod rett i «bøtta». Dagens Medisin 2.2.2000.
3. Undlien D, Borch-Iohansen B, Bell H. Hemokromatose – en medisinsk utfordring. Oslo: Norsk Hemokromatoseforbund, 2001.
4. Retningslinjer for transfusjonstjenesten i Norge. Statens helsetilsyns skriftserie 1–1997. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.
5. Ness PM, Lipton KS. Blood donors and hemochromatosis: questions and answers. American Association of Blood Banks Bulletin 00–2. Washington, D.C.: American Association of Blood Banks, 2000.
6. Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components. Strasbourg: Council of Europe, 2000. ○

Tabell 2 Hovedårsak til at pasienten ikke kan være blodgiver fordelt etter henvisningsdiagnose

| Årsak | Hemokromatose | Polycytemi | | |
|---------------------------------------|---------------|------------|----------|-------|
| | | Primær | Sekundær | Andre |
| Hjertesykdom | 7 | – | 11 | – |
| Leveresykdom | 9 | – | – | 1 |
| Lungesykdom | 1 | – | 5 | – |
| Annen organsykdom | 2 | – | – | – |
| Psykisk sykdom | 1 | – | 2 | – |
| Hjernesykdom | – | – | 3 | – |
| Blodsykdom | – | – | – | 2 |
| Beinmargstransplantert | – | – | – | 4 |
| Diabetes mellitus | 2 | – | – | – |
| Downs syndrom | – | – | 2 | – |
| Spesielle hensyn ved tapping | 8 | – | 3 | – |
| Kreftsykdom | 3 | – | 1 | 1 |
| Autoimmun sykdom | 5 | – | – | 1 |
| Polycytemia rubra vera | – | 7 | – | – |
| Allergi | 1 | – | 1 | – |
| Dårlig allmenntilstand | 3 | – | 3 | 1 |
| Medisinbruk | 9 | – | 2 | – |
| Positive virustester | 4 | – | 2 | – |
| Risikoatferd inklusive alkoholmisbruk | 2 | – | – | – |
| Alder | 9 | – | 3 | – |
| Avvist blodgiver | – | – | – | 1 |