

Det er ingen menneskerett å gi blod – men...

En hovedgrunn til at HIV ble en katastrofe for transfusjonstjenesten i mange land i 1985, var at blodgiverens interesser ble satt foran pasientenes. I Norge gikk Helsedirektoratet mot innføring av HIV-test for blodgivere før det var etablert hjelpeapparat til å ta seg av dem med positiv test (1).

Helge Heistø ved Blodbanken på Ullevål sykehus laget da spissformuleringen: «Det er ingen menneskerett å gi blod.» For norske transfusjonsmedisinere har *pasientens* sikkerhet første prioritet. Heistø kunne formulere seg med særlig autoritet fordi han i mange år hadde deltatt i Europarådets arbeid for å sikre trygg transfusjonstjeneste, og Europarådet er først og fremst en menneskerettsorganisasjon.

Holdningen fikk raskt alminnelig gjennomslag, også hos sentrale helsemyndigheter. Testene kunne være negative i atskillige uker etter at personene var blitt smitteførende («vindusfase»), og det ble rapportert tilfeller av klinisk sikker AIDS der testene forble negative. Helsedirektoratet skjerpet derfor utvalgs-kriteriene for blodgivere for å utelukke personer med forhøyet risiko for å ha blitt smittet med HIV eller hepatitt. Siden prevalensen av HIV og hepatitt var særlig lav i Norge og de nordiske land, krevde man at blodgivere måtte være født og oppvokst i et nordisk land eller et land med tilsvarende prevalens av HIV og hepatitt (2). Man antok også at faren for å overføre andre smittestoffer til ikke-immuniserte mottakere ville bli mindre hvis man begrenset giverpopulasjonen til personer fra samme epidemiologiske miljø som mottakerne.

I 1988 gikk transfusjonstjenesten over til å bruke virusinaktiverede plasmaprodukter (3), med sterkt økte kostnader til følge. Senere tilkom tester for hepatitt C og humant T-lymfocytotropt virus (HTLV). Fra 1983 til 1995 økte ressursforbruket i transfusjonstjenesten 4–5 ganger den alminnelige prisstigningen (1). Etter 1995 er ressursforbruket økt ytterligere, især på grunn av genteknologisk tilleggtesting for hepatitt C og obligatorisk leukocytfiltrering av celleholdige produkter. Hittil er ingen tekniske sikringstiltak blitt fjernet. Samtidig er sensitivitet og spesifisitet ved de øvrige testene for HIV og hepatitt sterkt forbedret siden 1985.

Det transfusjonsmedisinske fagmiljøet reiser nå spørsmål om hvor store ressurser som skal settes inn på infeksjonsprofylakse (1, 4). Faren for å overføre infeksjon er meget liten, også utenfor Norden (5). I Norge har vi overført HIV én gang på ca. 2,5 millioner transfunderte enheter blod (i 1995), og hepatitt B er ikke overført siden 1992. Genteknologisk testing for hepatitt C har hittil ikke gitt sikkerhetsgevinst.

Det er derfor grunn til å forholde seg bevisst til målsetting, regelverk og ressursbruk i infeksjonsprofylakse i transfusjonstjenesten. Det er fortjenstfullt av Flesland & Solheim å ta opp emnet i Tidsskriftet (6). Forfatterne konsentrerer imidlertid drøftingen om testing og annen teknisk infeksjonsprofylakse og stiller ikke spørsmål ved utvalgs-kriteriene for blodgivere. Dessverre glemmes det ofte at blodgivning for mange er forbundet med selvrealisering, opplevelse av sosial aksept og ønske om å bety noe for andre (1). Transfusjonstjenesten er en meget samfunnsnær medisinsk virksomhet. Det er derfor grunn til å ta Manuela Ramin-Osmundsen på alvor når hun i dette nummer av Tidsskriftet på vegne av innvandrerne ber om en god begrunnelse for de særlig strenge kravene Norge setter til givers fødsels- og oppvekststed (7). Etablerte og potensielle blodgivere må få et godt svar på spørsmålet «Hvor mange krav er nok?».

Sverige har siden 1985 praktisert mer liberale kriterier for blodgiverens opprinnelse enn Norge. Forekomsten av positive hepatittester hos nyregistrerte givere er litt høyere enn hos oss, mens konverteringsraten hos etablerte blodgivere er like lav i begge land (8, 9). Det siste tallet reflekterer best den smittefaren pasientene utsettes for. Fra 2001 har Sverige omdefinert utvalgs-kriteriene for å sikre at de ikke skal kunne oppfattes som etnisk diskriminerende (L. Rydberg, personlig meddelelse, 2001). Norge utvidet fra 1999 det tillatte opprinnelsesområdet til å omfatte store deler av Vest-Europa. Over tid foregår det altså en liberalisering også i Norge.

Hvis Norge omdefinere sine utvalgs-kriterier i samme retning som Sverige, øker trolig antallet potensielle blodgivere. I en tid med tendens til sviktende rekruttering er det verdifullt i seg selv (10). Like viktig kan signaleffekten være som oppstår ved at transfusjons-tjenesten viser evne og vilje til risikohåndtering i takt med endringer i samfunnet (4). Siden 100 % sikkerhet er uoppnåelig, er det godt lederskap både å fastholde tiltak med reell sikkerhetsgevinst og å avvike eller avstå fra tiltak med tvilsom effekt eller unødige bivirkninger. Derved oppnår transfusjonstjenesten tillit hos blodgiverne, hos pasientene og i helsevesenet. På lengre sikt vil dette bidra til både å sikre nødvendig blodforsyning og til rasjonell bruk av blodproduktene.

Samfunnsmessige forhold tilsier at man bør vurdere å «ta ut» noe av gevinsten av forbedrede tester og øvrige avanserte tekniske tiltak ved å omdefinere og liberalisere kravene til fødsels- og oppvekststed for blodgivere. Pasientenes sikkerhet skal alltid

ha førsteprioritet, men transfusjon handler også om enkeltmenneskers opplevelse av aksept og om å sikre blodforsyningen. Det er derfor gledelig at Statens institutt for folkehelse, etter oppfordring fra Helsetilsynet, nå setter ned en arbeidsgruppe for å revurdere utvalgs-kriteriene for blodgivere i Norge. Forhåpentlig vil gruppen gi Ramin-Osmundsen og innvandrerne et svar som er til å leve med.

Hans Erik Heier

Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin
Laboratoriemedisinsk divisjon
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Hans Erik Heier (f. 1944) er avdelingsoverlege ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin med Blodbanken i Oslo, Ullevål universitetssykehus. Han er dr.med., kandidat i helseadministrasjon, norsk representant i Europarådets ekspertkomité for immunhematologi og transfusjon og påtroppende president for International Society of Blood Transfusion (2002–04). Han har arbeidet i transfusjonstjenesten i mer enn 20 år.

Litteratur

1. Heier HE. Blod og samfunn. Streiftog med refleksjoner i transfusjonstjenestens historie. Rapport 2000: 1. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2001.
2. Retningslinjer for transfusjonstjenesten i Norge. Statens helsetilsyns skriftserie 1-97, IK-2590. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.
3. Blodbankrådet. Ny transfusjonspraksis ved våre sykehus: overgang til bruk av virusinaktiverede plasmaprodukter. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 1630–1.
4. Smit Sibinga CT. Risk management: an important tool for improving quality. Transfus Clin Biol 2001; 8: 214–7.
5. Love EM, Jones H, Cohen H, Williamson LW. Haemovigilance in the UK: Four years of the SHOT (Serious Hazards Of Transfusion) Reporting Scheme 1996–2000. Abstrakt S23–005. Transfus Clin Biol 2001; 8 (suppl 1): 37.
6. Flesland Ø, Solheim BG. Hvor mye er nok? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2421.
7. Ramin-Osmundsen M. Avvisning av blodgivere – diskriminering? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3104.
8. Socialstyrelsen/Svensk Förening för Transfusjonsmedicin. Kartläggning av Sveriges blodförsörjning 1998. Örebro: Blodcentralen, 1999.
9. Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin/Norges Røde Kors Blodprogram. Blodtransfusjonstjenesten i Norge: Statistikk for 1999. Oslo: Norges Røde Kors, 1999.
10. Heier HE, Bosnes V. Emerging problems of donor recruitment and maintenance in Oslo, Norway. Abstrakt P514. Transfus Clin Biol 2001; 8 (suppl 1), 197.