

Moralske utfordringer ved bruk av levende nyredonorer

Det er en rekke moralske dilemmaer knyttet til bruk av levende donor. Særlig fremtredende er problemstillinger knyttet til donors selvbestemmelse, press på resipienten ved involvering av familie og venner samt helsepersonells plikt til ikke å volde skade. Organmangel gjør det aktuelt å utvide formene for levende organdonasjon. Det gir opphav til nye utfordringer knyttet bl.a. til kjøp og salg av organer, annonsering etter organdonorer, ivaretagelse av anonymitet og rettferdig fordeling av organer.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Bjørn Hofmann

b.m.hofmann@medisin.uio.no

Seksjon for medisinsk etikk

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0318 Oslo

og

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Høgskolen i Gjøvik

Norge har vært et foregangsland med hensyn til bruk av levende donorer (1–3). Den første vellykkede transplantasjonen med levende donorer i Norge ble utført ved Ullevål sykehus i 1963, da en mor ga en nyre til sin 36 år gamle sønn. Mannen levde i 22 år (4). I 2006 ble det utført 212 nyretransplantasjoner. I 80 (38 %) av disse ble det brukt levende donor (5). Behovet for nyretransplantasjon er økende samtidig som tilgangen på nyre synker. Dette reiser spørsmål om nye og mer effektive måter å skaffe organer på, blant annet utvidet bruk av levende donorer. Nye behandlingsmetoder gjør det mulig å redusere kravene til forlikelighet. Andre forhold som kan øke tilgangen på organer er ulike former for kryssbytte av nyre, bruk av anonyme donorer og redusert krav til donors helse. Bruk av levende organdonorer er blitt oppfattet som kontroversiell og uetisk (6–8). Det medisinske fagmiljøet har etterstrebet en fremgangsmåte ved bruk av levende nyredonor som i størst mulig grad tar høyde for de moralske dilemmaene som knytter seg til en slik praksis (3, 9–16). Denne kronikken presenterer noen av viktigste moralske utfordringene som aktualiseres ved bruk av levende donorer for nyretransplantasjon.

Grunner til bruk av levende donor

Mangel på organer har vært den viktigste grunnen til å bruke levende donor. Det er

også argumentert med at overlevelse og livskvalitet for resipient øker ved bruk av levende donor sammenliknet med død donor (6, 17). Transplantasjon er dessuten ressursbesparende i forhold til dialysebehandling. Livskvaliteten til donorene dokumenteres å være god. Få angrer (9) og slekt og venner synes å være villige til å stille opp for sine nærmeste. Mange blir donorer fordi de ønsker å hjelpe og å få beholde en venn eller slektning (10), men også fordi de opplever tilfredsstillelse ved å gjøre en god gjerning (11). Samtidig resonnerer enkelte ut fra resiprositet («hun ville gjort det for meg») og følelsen av å knytte nærmere bånd til resipienten (6).

Psykologiske og sosiale utfordringer

En av de viktigste utfordringene har vært at donor utsettes for et utilbørlig press (9), slik at det ikke foreligger et reelt samtykke. Det er viktig å ta hensyn til donasjonspresset, som kan skyldes psykologiske bindinger mellom potensiell donor og pasient. Donor kan stå i takknemmelighetsgjeld til pasienten eller ha skyldfølelse for noe (14). Enkelte kan samtykke til donasjon ut ifra frykt for å angre dersom man ikke gjør det. Andre gjør det av pliktfølelse (11–13). Motsvarende kan resipienten føle takknemmelighetsgjeld overfor donor og oppleve skyldfølelse dersom organet frastøtes eller om donor blir syk. Mottakeren kan også føle at han eller hun må føye seg etter donoren fordi vedkommende har gjort et så stort offer (18). Det er også kjent at det er kjønnsmessige og kulturelle forskjeller på hvorvidt donasjon oppfattes som en gave eller en forpliktelse (19, 20).

Frykten for utilbørlig press har gjort at leger i utlandet har nektet fengslede personer å gi organer til sine barn (21). Videre er det også ulikt hvor mye donorer har for-

stått med hensyn til smerte og risiko. Også her utfordres forutsetningen for et reelt samtykke. Vi kan heller ikke se bort fra at helsepersonell rundt nyrepasienten utøver et ikke tilsiktet press på potensielle donorer gjennom samvittighetsfullt å ivareta pasientens interesser (6). Motsvarende kan det være vanskelig for pasienten at dens nærmeste involveres. Enkelte ønsker at de nærmeste ikke blir utsatt for et så tøft valg (22). Et kjernespor er hvorvidt moralske og emosjonelle bindinger er begrensninger for selvbestemmelsen eller om de er en del av dagliglivet i samspill med andre mennesker (23). I 1984 utvidet man donasjon til å gjelde «fjerne slektninger» og i 1999 til også å omfatte nære venner. Med dagens raskt skiftende relasjoner er det utfordrende å vurdere om bruk av venner og ektefelle er hensiktsmessig. Med endring i sosiale og kulturelle forhold kan man også møte potensielle donorer som kan være «kjøpte venner». Helsepersonell kan også bli involvert i familiediskusjoner om hvem som har «plikt til å stille opp» og vurderinger i forhold til å gi et organ til en venn eller om man skal tenke på fremtidig behov hos egne barn. Det kan hevdes at helsepersonell ikke er spesielt kompetente til å vurdere menneskers relasjoner eller de moralske utfordringene som følger i deres kjølvann.

Ikke volde skade

Et av de største dilemmaene knyttet til bruk av levende organdonorer er at det bryter med en grunnleggende oppfatning av at helsepersonell ikke skal volde skade på mennesker. Samtykke fra en potensiell donor er ikke tilstrekkelig. Riktignok har vi frihet til å utsette oss selv for risiko eller skade, men det forholder seg annerledes når helsepersonell involveres i å skade oss (21). Derfor hevder enkelte at det må spesielle sosiale bånd til mellom donor og resipient for at donor kan påføres den skade det innebærer å gi fra seg et organ. Dette brukes også for å argumentere mot organdonasjon fra urelatert donor. Det går bra med de fleste organdonorene (3), men organdonasjon er ikke uten ubehag og risiko for død, sykdom, psykososiale problemer og manglende økonomisk støtte (6, 12–15).

Donorpress og faglig autonomi

Donorers ønske om å donere kan komme i konflikt med helsepersonells faglige autonomi, eksempelvis når foreldre av et dødsykt barn forlanger å donere deler av et

organ i et desperat forsøk på å redde barnet (24–25). Det argumenteres for at det er donors autonomi som er avgjørende: Vil donorer gi, så skal de få mulighet til det (8). Helsepersonell kan videre føle seg presset til å gi (fiktive) medisinske grunner som unnskyldning for at potensielle donorer ikke er egnet. Fra å ha en pasient får helsepersonell dessuten potensielt to: Den nyresyke og den aktuelle donoren. Å ivareta begge interesser på en tilfredsstillende måte kan være utfordrende, og donor kan trenge en (uavhengig) advokat (26).

Vurdering av donors egnethet er et annet område der faglige og moralske normer utfordres. Dette gjelder særlig forhold som alder og aldersforskjell mellom donor og resipient, donors helsetilstand, livsførsel og bruk av alkohol og narkotiske midler (6, 27). Helsepersonell må foreta en sammensatt avveining av risiko mot nytte for både donor og mottaker (26, 28).

Konfidensialitet og retten til privatliv

Under utredning av potensielle donorer kan forhold som er av helsemessig eller annen betydning for donor avdekkes, slik som sykdom (29) eller slektskap (manglende farskap) (30). Helsepersonell kan stå overfor vanskelige valg med hensyn til hva som bør formidles til den potensielle donor. I praksis kan det bli vanskelig for donor å forbeholde seg retten til å forbli uvitende.

Kompensasjon for donasjon

En nyredonor gjør et betydelig offer, og det argumenteres med at donoren derfor må få spesiell behandling (1). Samtidig gis det ingen reell kompensasjon. Dette skyldes at man vil unngå handel med organer. Dersom man virkelig ønsker å fremme organdonasjon, må kompensasjon tillates (31). Vi får økonomisk godtgjørelse for en del andre ting som vi gjør frivillig. For å sikre at ikke bare de med dårligst råd motiveres, må kompensasjonen være så høy at det er interessant for alle (31). En nærliggende problemstilling oppstår dersom organdonoren får komplikasjoner eller blir syk. Prinsipielt sett har slike pasienter ikke høyere prioritet i forhold til andre pasienter i Norge, selv om helsevesenet har påført dem en «skade».

Kjøp av organ fra levende donor i utlandet

Selv om vi forbyr kjøp og salg av organer i Norge, klarer vi ikke å skjerme oss fra organmarkedet. Helsepersonell vil møte pasienter som har kjøpt organer i utlandet og som har reist til Norge for videre oppfølging. Noen vil føle ubehag ved å ta imot eller prioritere disse, særlig hvis man har mistanke om at organet er ervervet på ulovlig vis. Og i hvor stor grad skal helsepersonell bidra til eller legge forholdene til rette for at pasienter kan få organ fra (levende) donor i utlandet? Noen vil hevde at de plikter å gjøre alt for sin pasient, og



Bruk av levende nyredonorer aktualiserer en rekke moralske problemstillinger som klinikerer bør ha et reflektert forhold til. Illustrasjonsfoto © Antonia Reeve, Science Photo Library/GV-Press

dersom vedkommende får en nyre i et annet land, så frigis en plass i køen her hjemme.

Fremmed donor

I og med at organmangelen er stor og donors selvbestemmelse veier tungt, har mange land, deriblant Sverige, tillatt bruk av fremmed donor. Det hevdes at anonym (fremmed) donasjon er det eneste som sikrer reelt samtykke og er etisk forsvarlig (32–33). En annen utfordring kan være å håndheve anonymitet. Donorer kan hevde at når de gir en nyre, har de rett til å vite hvem de gir den til, og motsvarende kjenner mange resipienter stor takknemlighet overfor donor og ønsker kontakt. Er det riktig å tviholde på anonymitet når det for-

hindrer transplantasjon i tilfeller der donor og resipient ikke ønsker anonymitet? I tillegg har man sett at enkelte ikke-relaterede donorer stiller betingelser med hensyn til resipient, for eksempel at de skal tilhøre samme tro eller rase (6). Dette avvises i de fleste land, men prinsippet utfordres i tider med mangel på organer og kan sette helsepersonell i vanskelige situasjoner.

Organdonasjon fra fremmed donor representerer en form for ekstrem altruisme, som for mange er vanskelig å forstå og forholde seg til (32). Selv om donor her er fri for familiært press, er spørsmålet om reelt samtykke aktuelt: Har personen forstått hva donasjon innebærer og er personen samtykkekompetent? På den annen side kan det hevdes at det

ikke er noen prinsipiell forskjell mellom å donere til en fremmed og å donere til slekt eller venner: Begge fordrer en grunnleggende altruisme og begge forutsetter reelt samtykke (33). Å stille mindre strenge krav til samtykke (eller altruisme) fordi man er i slekt med resipient, er problematisk.

Fra direkte til indirekte donasjon

Det argumenteres også for at kryssdonasjon bør tillates. Dette dreier seg om partnere med vevstyper som gjør organdonasjon dem imellom uaktuelt, men der donors nyre kan passe til mottaker i et annet par som er i samme situasjon. Slike par bør kunne kryssbytte organer (34). Her kan det oppstå problemer: Man kan mislike den man donerer til, eller at den nyren man ga fungerer godt, mens den ens partner fikk ble frastøtt raskt. Dette forsøkes unngått ved anonymitet. Det har også vært foretatt nyrebytte med en «nyresentral» (35). Utfordringen er å sette grenser for kryssdonasjon, da man kan tenke seg at tre eller flere par inngår i en donasjonsprosess. Kanskje har man en villig donor i familien som gir til en fremmed resipient uten at det finnes et tilgjengelig organ for kryssbytte, men som gjør at en selv rykker frem i transplantasjonskøen. Dette gjør det problematisk å være *for* kryssbytte, men *mot* anonym fremmed donor. Kryssbytter to par, mottar jo resipienten nyren fra en fremmed anonym donor.

Markedsføring av eget donorbehov

Et aspekt som er velkjent i andre land, og som vi også har sett tilløp til i Norge, er annonsering etter donor. Oppslag i medier eller markedsføring på Internett har gjort at mennesker har tatt kontakt og ønsker å donere et organ. Selv om de norske krav om relasjoner begrenser denne muligheten, stenger de ikke helt for den: Det kan oppstå vennskap mellom potensiell donor og resipient. Vi har sett slik annonsering i forhold til å rekruttere blod- og beinmargdonorer (36), og det skaper dilemmaer i land der donasjon fra fremmed donor er tillatt (37). Det representerer også betydelige utfordringer i forhold til rettferdighet: Hva med dem som ikke evner å markedsføre seg så godt?

Levende versus død donor

Man kunne selvsagt unngått noen av de moralske vanskelighetene knyttet til bruk av levende organdonorer ved å utvide bruken av døde donorer. I Norge er donasjonspraksis unik ved at vi har strengere moralske enn juridiske normer med hensyn til bruk av organer fra døde: Loven hjemler presumert samtykke, mens det utøves informert samtykke fra pårørende. Å spørre pårørende er en moralsk utfordring, men det å *ikke* spørre er også problematisk, særlig dersom forutsetningene for det presumerte samtykket ikke er oppfylt. Det er ikke klart at den sterke oppslutningen om

praksis i Norge står i forhold til dens (svake) etiske begrunnelse.

Avslutning

Ved bruk av levende donor ved nyretransplantasjon møter vi utfordringer blant annet i forhold til markedsføring, kjøp og salg av organer og vurdering av menneskers altruisme. De nye mulighetene til å involvere levende donorer utfordrer også etablerte løsninger: Det er problematisk å redusere krav til samtykke på grunn av relasjoner mellom donor og resipient og det er vanskelig å argumentere for kryssbytte uten å akseptere fremmede donorer. Helsepersonell kan vanskelig unngå de moralske utfordringene, da de henger nøye sammen med konkrete faglige valg i møte med syke mennesker og deres familier, men man kan fremme bevissthet og oppmerksomhet gjennom en levende og åpen faglig debatt.

Litteratur

- Fehrman-Ekholm I. En njurdonoratør skall behandlas som en kung. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1046.
- Fauchald P, Myhre E, Brodwall EK et al. Bruk av levende donor ved nyretransplantasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1973; 93: 2011–3.
- Westlie L, Leivestad T, Holdaas H et al. Hvordan går det med dem som donerer en nyre til transplantasjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1060–2.
- Reisæter AV. Nyretransplantasjon i Norge – eit historisk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3163–6.
- Rikshospitalet–Radiumhospitalet HF. Årsrapport 2006: 19. www.rikshospitalet.no/content/res_bibl/7720.pdf [18.4.2007].
- Mazaris E, Papalois VE. Ethical issues in living donor kidney transplantation. Exp Clin Transplant 2006; 4: 485–97.
- Evans DW. Living organ donation needs debate on harm to donors. BMJ 2006; 333: 919.
- Hou S. Expanding the kidney donor pool: ethical and medical considerations. Kidney Int 2000; 58: 1820–36.
- Westlie L, Leivestad T, Holdaas H et al. Er dagens praksis ved bruk av levende giver ved nyretransplantasjon akseptabel? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1063–5.
- Lennerling A, Forsberg A, Meyer K et al. Motives for becoming a living kidney donor. Nephrol Dial Transplant 2004; 19: 1600–5.
- Lennerling A, Forsberg A, Nyberg G. Becoming a living kidney donor. Transplantation 2003; 76: 1243–7.
- Hartmann A, Fauchald P, Westlie L et al. The risk of living kidney donation. Nephrol Dial Transplant 2003; 18: 871–3.
- Russel S, Jacob RG. Living-related organ donation. The donor's dilemma. Patient Educ Couns 1993; 21: 89.
- Najarjan JS, Chavers BM, McHugh LE et al. 20 years or more of follow-up of living kidney donors. Lancet 1992; 340: 807–10.
- Schover L, Stroom S, Boprai N et al. The psychosocial impact of donating a kidney: Long-term follow-up from a urology based center. J Urol 1997; 157: 1596–1601.
- Til deg som er spurt om å gi nyre. Informasjonshefte. Oslo: Rikshospitalet–Radiumhospitalet og Nyremedisinsk forening, 2007. www.nephro.no/skjema/infonyredonor.pdf [18.4.2007].
- Cecka JM. The OPTN/UNOS Renal Transplant Registry. Clin Transpl 2005: 1–16.
- Franklin PM, Crombie AK. Live related renal transplantation: psychological, social, and cultural issues. Transplantation 2003; 76: 1247–52.
- Simmons RG. Psychological reactions to giving a kidney. I: Levy N, red. Psychoneurology 1: psychological factors in hemodialysis and transplantation. New York, NY: Plenum Medical Book Company, 1981: 227–45.

- Reimer J, Rensing A, Haasen C et al. The impact of living-related kidney transplantation on the donors life. Transplantation 2006; 81: 1268.
- Ross LF. Donating a second kidney: a tale of family and ethics. Semin Dial 2000; 13: 201–3.
- Gordon EJ. «They don't have to suffer for me»: why dialysis patients refuse offers of living donor kidneys. Med Anthropol Q 2001; 15: 245–67.
- Crouch RA, Elliott C. Moral agency and the family: the case of living related organ transplantation. Camb Q Healthc Ethics 1999; 8: 275–87.
- Steiner RW. Risk appreciation for living kidney donors: Another new subspecialty? Am J Transplant 2004; 4: 694–7.
- Spital A. Rejecting heroic kidney donors protects more than the public's trust. Am J Transplant 2004; 4: 1727.
- Reese PP, Caplan AL, Kesselheim AS et al. Creating a medical, ethical, and legal framework for complex living kidney donors. Clin J Am Soc Nephrol 2006; 1: 1148–53.
- Kasiske BL, Bia MJ. The evaluation and selection of living kidney donors. Am J Kidney Dis 1995; 26: 387–98.
- Davis CL. Evaluation of the living kidney donor: Current perspectives. Am J Kidney Dis 2004; 43: 508–30.
- Birkeland SA. Kidney donation – all gifts have a price. Transplantation 2006; 81: 1259–60.
- Soderdahl DW, Rabah D, McCune T et al. Misattributed paternity in a living related donor: to disclose or not to disclose? Urology 2004; 64: 590.
- Welin S. Increasing the availability of human organs for transplantation – some ethical issues. Transplant Proc 2001; 33: 1877.
- Henderson AJZ, Landolt MA, McDonald MF et al. The living anonymous kidney donor: lunatic or saint? Am J Transplant 2003; 3: 203–13.
- Roff SR. Self-interest, self-abnegation and self-esteem: towards a new moral economy of non-directed kidney donation. J Med Ethics 2007; 33: 437–41.
- Rapaport FT. The case for a living emotionally related international kidney donor exchange registry. Transplant Proc 1986; 18: 5–9.
- Park K, Moon JI, Kim SI et al. Exchange donor program in kidney transplantation. Transplantation 1999; 67: 336–8.
- Vil du hjelpe? www.vilduhjelpe.com [18.4.2007].
- Hanto DW. Ethical challenges posed by the solicitation of deceased and living organ donors. N Eng J Med 2007; 356: 1062–6.

Manuskriptet ble mottatt 26.4. 2007 og godkjent 14.8. 2007. Medisinsk redaktør Jan C. Frich.