

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouver-gruppens regler.

I humanismens navn – tenk dere om!

Forsvarsminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen og Legeforeningen har nylig forhandlet om arbeidsbetingelsene for kirurger som ønsker å verve seg til ISAF-styrkene i Afghanistan. Det fristes med betydelige lønnsloft og større karrieremuligheter. Undertegnede – leger i den norske Afghanistankomiteens helseteam for den afghanske motstandsbevegelsen mot den sovjetiske okkupasjonen i 1980-årene – ber alle kolleger om å tenke seg om før de eventuelt drar i østerled.

Den gang var det få nordmenn som var i tvil om at Sovjetunionen var okkuperer i Afghanistan – selv om Den røde hær påberopte seg å være invitert dit for å forsvare en påstått progressiv regjering i Kabul. Historien er full av eksempler på at angriperen i en krig sier seg å ha edle hensikter. FN ble stiftet på ruinene av to verdenskriger for å opprette en internasjonal rettsorden som forbyr krig som middel til å løse internasjonale konflikter – unntatt i selvforsvar eller når verdenssamfunnet støtter krigen gjennom vedtak i Sikkerhetsrådet. Norges krigføring i Afghanistan kan folkerettslig sett ikke begrunnes med selvforsvar, og de påberopte resolusjoner i FNs sikkerhetsråd har ikke dreid seg om militær okkupasjon av Afghanistan. ISAF-styrkene ble opprettet for «å hjelpe det afghanske folket, ikke for å styre dem», som det står i innledningen om ISAF på Forsvarets nettsider (1). Uansett edle motiver er konflikten i Afghanistan i dag en desperat krig om kontroll over landet. Parallellene til 1980-årene er skremmende.

ISAF-styrkene innrømmer at de ikke alltid vet hvem de kriger mot, bortsett fra at fienden kalles «Taliban». Det er godt dokumentert at Taliban-bevegelsen i 1990-årene var en politisk konstruksjon initiert og styrt av en mektig pakistansk militær etterretningsorganisasjon (ISI) som regjerte i Tora Bora, styrte over Osama bin Laden og forsynte de afghanske mujahedinkommandantene med amerikanske våpen. I dag, med Pakistans president som alliert i «krigen mot terror», er det grunn til å minne om disse fakta: Det er fortsatt ISI som trener, utrustrer og styrer «Taliban». Igjen bombes landsbyer, bryllupsfester og ambulanser av regimet i Kabul, denne gang ved hjelp av F16-jagere og norske flyoffiserer, igjen sendes afghanerne til tortursentre, og denne gang er det bl.a. norske soldater som har

fakket dem. I sin desperasjon over liten militær fremgang allierer Kabul-generalene seg igjen med narkobaroner, denne gangen med Vestens velsignelse.

Afghanerne husker den norske medisinske og humanitære støtten til motstanden mot Sovjetunionens okkupasjon. Norske leger hadde godt rykte i landet, men nå står ryktet på spill. Norge bruker nå dobbelt så mye penger på krigføring som på humanitær innsats i Afghanistan. Det betyr at det humanitære rommet innsnevres – og med det utsiktene til fred. Norske leger må tenke seg om.

Hans Husum
Universitetet i Tromsø

Dag Johansen
Helgelandssykehuset, avdeling Rana

Martinus Bråten
St. Olavs Hospital

Bernt Stueland
Tromsø

Litteratur

1. Norske styrker i Afghanistan. www.mil.no/fo/afg/start/styrken/isaf/ (27.11.2007).

Kjøp av organ fra levende donor i utlandet

Bjørn Hofmann skriver i Tidsskriftet nr. 22/2007 om «moralske utfordringer ved bruk av levende nyredonorer» (1). Flere av påstandene i hans kronikk kunne kommenteres, men jeg skal holde meg til det han skriver om kjøp av organer fra levende donor i utlandet. Som mangeårig medlem av Europarådets ekspertkomité for transplantasjon og som deltaker på flere internasjonale kongresser der bruk av levende nyregiver har vært diskutert, har jeg en annen oppfatning av saken enn Hofmann.

De aller fleste land har i lovs form vedtatt forbud mot salg og kjøp av organer. Både Europarådets menneskerettskommisjon, FN og Verdens helseorganisasjon forbyr slik virksomhet. Internasjonale faglige medisinske sammenslutninger har i sine etiske regler et eksplisitt forbud mot at medlemmer kan delta i slik virksomhet.

Undersøkelser om salg av organer er beheftet med mangler, ettersom slik virksomhet er kriminell. Rapportene er ofte anekdotiske. Giverne kommer oftest fra Moldova, Georgia, Egypt, Pakistan, India, Filippinene og enkelte land i Sør-Amerika.

Nesten alle giverne er fattige, de er ofte analfabeter og avspises som regel med under 2 000 amerikanske dollar. Seks måneder etter donasjonen er de like fattige. De tilbys ingen etterkontroll. De tør ikke stå frem – det hevdes at de fleste skammer seg og angret på at de har latt seg operere. I Iran er det opprettet et statlig kontor der iranere kan melde seg for å selge en nyre til en annen iraner. Prisen er 1 000 dollar. I tillegg avtales det mellom giver og mottaker en ekstra kompensasjon som er hemmelig og som omtales som «rewarded gifting». Et iransk pass, sies det, kan kjøpes i Oman for 500 dollar. I Kina blir det tatt organer fra dødsømte etter at de er avlivet. Av 6 600 nyretransplantasjoner i Kina i 2006 skjedde angivelig 5 730 med nyrer fra døde fanger.

Mottakerne kommer fra bl.a. Canada, Japan, Saudia-Arabia og De forente arabiske emirater. I en undersøkelse i Frankrike ble det funnet 12 pasienter som hadde reist utenlands for å få transplantasjon med nyre fra fremmed, levende giver. I Skandinavia vet man om enkelte pasienter som er blitt nyretransplantert i utlandet, de aller fleste av disse er født utenfor Skandinavia. Nyretransplantasjonen finner sted i bl.a. Egypt, Pakistan, Iran, Tyrkia, Filippinene, Sør-Afrika og Sør-Amerika. Mottakerne betaler ofte så mye som 70 000 dollar. Det er ikke tvil om at virksomheten organiseres av mafialiknende organisasjoner.

Å stille spørsmål, slik Bjørn Hofmann gjør, om «i hvor stor grad helsepersonell skal bidra til eller legge forholdene til rette for at norske pasienter kan få organ fra levende donor i utlandet» (1) viser at han ikke har satt seg godt nok inn i hvordan denne virksomheten faktisk skjer i dag. I tillegg er den etiske standarden til helsepersonellet som arbeider i norsk transplantasjonsmedisin langt høyere enn det han synes å tro.

Arnt Jakobsen
Scandiatriplant

Litteratur

1. Hofmann B. Moralske utfordringer ved bruk av levende nyredonorer. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2964–6.

B. Hofmann svarer: 68-9

Handel med organer er etisk problematisk, og plassmangel gjør at jeg bare kort omtaler dette i min artikkel (1). Arnt Jakobsen gir en god oversikt over omfanget av kjøp av

organer fra fremmed giver i utlandet og bekrefter at skandinaviske pasienter er transplantert utenfor Skandinavia. Han gir også en oversikt over det viktige arbeidet som gjøres for å hindre og begrense kjøp og salg av organer.

Det faller Jakobsen tungt for brystet at jeg skriver at organhandel også kan representere moralske utfordringer for norsk helsepersonell. Jakobsen viser til sin erfaring og ekspertise og mener at jeg med dette undervurderer den etiske standarden til helsepersonell innen transplantasjonsmedisin. Innlegget sier mer om Jakobsens høye vurdering av kollegers etiske standard enn om min undervurdering av den. Jeg har ikke grunnlag for å uttale meg om Jakobsen eller kollegers etiske standard. Mitt poeng er langt mer forsiktig å forberede oss på aktuelle problemstillinger. Vi vet at norske pasienter har ønsket å skaffe seg nyre eller andre organer i utlandet. Hvordan veileder man dem i slike tilfeller uten å miste tillit – dersom de for eksempel søker dårlige behandlingstilbud? Pasienter kan forlange å få journalopplysninger for transplantasjon i utlandet. Kan ikke noen komme til å føle at de dermed bidrar til å legge forholdene til rette? Hva med posttransplantasjonsbehandling av dem som får dårlig oppfølging i utlandet? Er det mulig ikke å bli involvert? Hvor langt går man i å verifisere relasjonene mellom donor og resipient dersom en pasient har en «nær fetter» i India eller Iran som kan komme til Norge for transplantasjon? Kan man, uten å krenke folks rett til privatliv, sikre at det dreier seg om en reell relasjon?

Vi bør ikke la vår selvgodhet gjøre oss blinde for argumenter for organhandel (2) og la vår umiddelbare avsky overskygge en mer rasjonell drøfting av problemstillingene (3, 4). Det er grunn til å bli imponert av transplantasjonsarbeidet i Norge, av den etiske refleksjon i fagmiljøene og av deres evne til å finne praktiske løsninger på vanskelige moralske problemstillinger. Det er mindre imponerende at man avviser moralske utfordringer med henvisning til selvutnevnt høy etisk standard.

Bjørn Hofmann
Lillehammer

Litteratur

- Hofmann B. Moralske utfordringer ved bruk av levende nyredonorer. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2964–6.
- de Castro LD. Commodification and exploitation: arguments in favour of compensated organ donation. J Med Ethics 2003; 29: 142–6.
- Radcliffe Richards J. Nepharious goings-on: kidney sales and moral arguments. J Med Philos 1996; 21: 375–416.
- Wilkinson S. Bodies for sale: ethics and exploitation in the human body trade. London: Routledge, 2003.

Cochleaimplantat og tegnspråk

I Tidsskriftet nr. 21/2007 tar Becker & Erlenkamp opp norsk tegnspråks plass i rehabiliteringen av hørselshemmede barn med cochleaimplantat (1). De hevder bl.a. at man ved Rikshospitalet fraråder bruk av norsk tegnspråk i rehabiliteringen av barn med implantat. Den komplekse sammensetningen av kandidater til cochleaimplantasjon gjør det vanskelig å generalisere tilnærmingen på en slik måte.

Formålet med cochleaimplantat er å gi barn hørsel og muligheten til å utvikle talespråklig kommunikasjon. Rikshospitalet anbefaler i utgangspunktet auditiv verbal/oral opplæring. Cochleaimplantasjon bør utføres tidlig, helst innen barnet har fylt ett år. Flere studier viser at det da er mulig å tilegne seg tilnærmet normale talespråklige ferdigheter med cochleaimplantat (2, 3). Hos noen få barn som av forskjellige grunner ikke utvikler talespråk som forventet, samt hos multifunksjonshemmede, vil det være aktuelt å anbefale tale med støtte av tegn eller tegnspråk. Foreldrene velger habiliteringsopplegg etter grundig informasjon.

Cochleaimplantat er en teknologisk nyvinning med kort historie, og den tekniske utviklingen har vært rivende. Studier som er basert på operasjoner foretatt for 15–18 år siden (4) blir av Becker & Erlenkamp tatt til inntekt for svake resultater etter cochleaimplantasjon. Disse kan i beste fall ses i et historisk perspektiv.

I døvekulturen anser de døve seg ikke som funksjonshemmede, men som en kulturell minoritet. Et avgjørende kriterium for å tilhøre denne kulturen synes å være at man behersker tegnspråk flytende (5). Dette er oppnåelig og naturlig for barn av døve foreldre, som har tegnspråk som morsmål. For majoriteten, nemlig døve barn i hørende familier, betinger det at foreldrene må lære seg et nytt språk. Så lenge man ikke har kunnet vise at simultan tilegnelse av ett visuelt og ett auditivt basert språk bidrar til bedre taleferdigheter og bedre kognitiv og sosial funksjon hos barn med cochleaimplantat, er det urimelig å forlange dette av foreldrene. Forskningsresultater om tospråklighet som simultan innlæring av to talespråk hos normalt hørende kan ikke uten videre overføres til å gjelde simultan innlæring av ett visuelt og ett auditivt språk hos hørselshemmede – blant annet pga. cochleaimplantertes forsinkede og begrensede tilgang på auditiv stimulering.

Denne diskusjonen er i hovedsak et skandinavisk fenomen. Nyere forskningsresultater gir ikke grunn til fortsatt å ta den opp i aktuelle fora.

Geir Siem
Ona Bø Wie
Sten Harris
Universitetet i Oslo/Rikshospitalet

Litteratur

- Becker F, Erlenkamp S. Et språkløst liv med cochleaimplantat? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2836–38.
- Hammes DM, Novak MA, Rotz LA et al. Early identification and cochlear implantation: critical factors for spoken language development. Ann Otol Rhinol Laryngol 2002; 189 (suppl): 74–8.
- Dettman SJ, Pinder D, Briggs RJ et al. Communication development in children who receive the cochlear implant younger than 12 months: risks versus benefits. Ear Hear 2007; 28 (suppl2): 11S–8S.
- Beadle EA, McKinley DJ, Nikolopoulos TP et al. Long-term functional outcomes and academic-occupational status in implanted children after 10 to 14 years of cochlear implant use. Otol Neurotol 2005; 26: 1152–60.
- Murray JB, Klinger L, McKinnon CC. The deaf: an exploration of their participation in community life. OTJR Occupation, Participation and Health 2007; 27: 113–20.

F. Becker & S. Erlenkamp svarer:

Vår hovedkritikk mot at Rikshospitalets cochleaimplantatteam anbefaler «i utgangspunktet auditiv verbal/oral opplæring» for barn med cochleaimplantat blir ikke møtt når Geir Siem og medarbeideres eneste argument mot tospråklig oppvekst med norsk og norsk tegnspråk er at dette ville være for mye å forlange av foreldrene. Det er påfallende hvor tilsynelatende uinteressert forfatterne er i skjebnen til de barna som ikke utvikler et tilstrekkelig godt talespråk. I denne sammenheng unnlater de spesielt å besvare et sentralt spørsmål: Hvorfor mener de at tidlig oppstart av stimulering kun er viktig for talespråkutviklingen, men ikke for tegnspråkutviklingen? Selv om de mener at det er avgjørende å lydstimulere så tidlig som mulig, anbefaler de å utsette tegnspråkopplæringen til det blir tydelig at talespråkutviklingen er utilstrekkelig. Det finnes en sensitiv fase for all språkervervelse, også for norsk tegnspråk.

Et annet problem er at Siem og medarbeidere snur bevisbyrden når de krever at fordelene med tospråklig oppvekst for denne målgruppen må være påvist – til tross for at ingen ulemper er beskrevet. Cochleaimplantat med et habiliteringsopplegg basert på kun talespråk erstatter den fullverdige, naturlige språklige utviklingen til hørselshemmede barn med tegnspråk. Når man innfører en ny metode, må man bevise at den ikke er skadelig. Som vi har argumentert må effektmålet i denne sammenheng være den kommunikasjonsmessige, kognitive og psykososiale utviklingen – uavhengig av språkform (1). Siem og medarbeidere har heller intet belegg for å hevde at resultater fra tospråklighetsforskningen, som for øvrig også omfatter hørselshemmede barn, ikke kan anvendes på den aktuelle gruppen. Av naturlige årsaker finnes det ingen studier der man har undersøkt de nyeste typer implantater og oppfølging av barn over lengre tid. Medisinens historie inneholder en rekke eksempler på at