



DANSK CENTER FOR  
ORGANDONATION

---

# Den gode samtale

## Organdonation og samtalen med de pårørende

---

Maj 2012

## Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Samtalens formål
3. Den neutrale samtale
4. Kan de pårørende sige ”ved ikke”?
5. Kan man vælge samtalen fra?
6. De sundhedsprofessionelles holdninger
7. Hvad nu, hvis den sundhedsprofessionelle selv er imod organdonation?
8. Vigtige emner for den gode samtale
9. Ethiske overvejelser

Arbejdsspørgsmål

## 1. Indledning

Organdonation rejser en lang række problemstillinger. Dette afspejles i, at det er en af de få medicinske teknologier, der mere end tyve år efter sin indførelse som standardbehandling i Danmark fortsat diskuteres. En af de grundlæggende problemstillinger og samtidig en af de mest diskuterede er, hvad man skal gøre ved manglen på organer. Problemet er basalt set, at behovet for organer overstiger antallet af organer, der er til rådighed. Problemets omfang i perioden 2006 -2011 illustreres af nedenstående tabel.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Antal accepterede afdøde donorer	66	75	66	79	79	77
<b>Hjertetransplanteret</b>	26	29	20	27	22	29
På venteliste hjertetransplantation	24	14	17	12	20	18
Døde på venteliste	2	3	1	6	2	5
<b>Nyretransplanteret *</b>	178	171	196	231	232	235
På venteliste nyretransplantation	552	548	489	455	466	451
Døde på venteliste	23	36	44	44	20	28
<b>Levertransplanteret</b>	36	43	44	40	47	51
På venteliste levertransplantation	36	21	36	33	33	28
Døde på venteliste	7	2	4	4	4	4
<b>Lungetransplanteret</b>	32	33	18	29	31	30
På venteliste lungetransplantation	49	32	52	53	45	32
Døde på venteliste	12	9	7	9	10	9

Figur 1: Udviklingen i antal transplantationer, antal patienter på venteliste og døde på venteliste i Danmark 2006– 2011(Kilde: Scandiatransplant pr. 1.3.12)

\* inklusiv transplantationer af nyrer fra levende donorer

Som det kan ses af tabellen er problemets omfang nogenlunde konstant. Der er i perioden blevet sat ind fra politisk hold med en række initiativer, der har skullet mindske problemet. Først og fremmest gennem oprettelsen af Dansk Center for Organdonation (2007), men også gennem kampagner for donorregister mm.

I foråret 2011 vedtog Folketinget desuden en målsætning for organdonationsområdet i Danmark. Der skal bl.a. sættes ind, så hospitalssektoren bliver bedre til at identificere potentielle organdonorer. Derved kan antallet af donororganer forhåbentlig øges. Samtidig vedtog Folketinget en målsætning om, at 80 % af de pårørende i de tilfælde, hvor afdøde ikke har tilkendegivet sin stillingtagen, skal sige ja til organdonation. Det fremgår ikke af beslutningen, hvem der skal holdes ansvarlig for om denne målsætning nås endvidere hvilke midler, der skal anvendes, men umiddelbart melder der sig to muligheder. A: Befolkningen skal påvirkes gennem kampagner til at se organdonation som det ”naturlige” valg, hvis de ikke ved, hvad deres afdøde slægtninge ønskede. B: Samtalen med de pårørende skal føre til et ja til organdonation.<sup>1</sup>

At opstille en målsætning om et ja til organdonation fra de pårørende vil ændre den tilgang til samtalerne, som hidtil har præget sundhedssystemet. Organdonation har været set som en mulighed, som de pårørende kunne vælge at sige ja til, men fra sundhedssystemets side var der (i teorien i hvert fald) ingen pres på de pårørende for at få dem til at sige ja. Et ja er lige så godt som et nej. Heri ligger også at det primære hensyn har været rettet mod de pårørende – først derefter har man rettet blikket mod modtagerne af organerne.

Det samme har afspejlet sig i hele tilgangen til organdonation, som fra begyndelsen i 1990 af har været indrettet, så det primære hensyn har været til den enkelte borgers frihed til selv at beslutte, om han eller hun er interesseret i at donere sine organer. Som udgangspunkt er ingen organdonor, men hvis man vil, kan man blive det. En anden mulighed havde været at betragte alle som organdonorer, men med mulighed for, at man som borger kunne framelde sig ordningen, hvis man af en eller anden grund ikke ønskede at være donor. Den danske model bygger dog ikke på denne form for formodet samtykke, men på aktivt samtykke.

Dette betyder ikke, at man fra sundhedsvæsenets side (og det offentlige i det hele taget) ikke har været optaget af patienterne på venteliste til et organ. Politisk set har der været stort fokus på antallet af tilmeldte til donorregisteret, men med skabelsen af Dansk Center for Organdonation (DCO) kom der også øget fokus på de forhindringer, som er indbygget i systemet for at øge antallet af donorer. DCO foretager blandt andet en monitorering af intensivafdelingerne i DK for at få klarlagt, hvor mange potentielle donorer, der går tabt om året, og af hvilke grunde, med henblik på at målrette indsatsen for at optimere udnyttelsen af donorpotentialen.

---

<sup>1</sup> Norges sundhedsmyndigheder har en klar skriftlig udmelding til hospitalerne om, at spørgsmålet om organdonation skal stilles med det formål at de pårørende skal sige ja. Rundskriv I-9-2003

Med vedtagelsen af målsætningen for organdonationsområdet i 2011 synes Folketinget imidlertid at have taget et stort skridt i retning af at inddrage hensynet til de, der står venteliste til et nyt organ end man har gjort tidligere. Målsætningen om, at mindst 80 % af de pårørende giver tilladelse til organdonation, er et klart signal fra politisk hold om, en mere proaktiv tilgang til at sikre flere donorer.

## **2. Samtalens formål**

Når afdøde ikke selv har tilkendegivet sin stillingtagen til organdonation, er det de pårørende som skal sige ja eller nej, når sundhedspersonalet bringer spørgsmålet op.

Som sundhedsprofessionel kan man opleve at stå midt imellem hensynet til de pårørende til den hjernedøde og hensynet til de potentielle modtagere af organerne. Man vil på én gang det bedste for de pårørende og det bedste for de potentielle recipienter. Dette gør samtalen om organdonation med de pårørende til en særlig udfordring. For at samtalen kan blive en god oplevelse for de pårørende, og dermed også for den sundhedsprofessionelle, er det vigtigt, at formålet med samtalen er klart for den sundhedsprofessionelle. Det er meget vanskeligt at løse en opgave ordentligt, hvis man ikke ved, hvad opgaven går ud på.

Hidtil har det været en selvfølge at tage udgangspunkt i hensynet til de pårørende og respekten for deres ret til selvbestemmelse (autonomi) efter de har modtaget de nødvendige informationer for at kunne træffe en kvalificeret beslutning. Derfor kan succeskriteriet for den sundhedsprofessionelle siges at være, at de pårørende oplever, at de på baggrund af samtalen træffer den beslutning, der er rigtig for dem. Dette kan involvere, at den sundhedsprofessionelle ”skubber på” i en bestemt retning, hvis han eller hun fornemmer, at en bestemt beslutning vil være bedst for familien, selvom de har svært ved at træffe den. Dette kræver naturligvis en vis forsigtighed, da der er en vis risiko for, at den sundhedsprofessionelle så at sige projekterer egne holdninger over i de pårørende og derefter søger at hjælpe disse frem. Men som udgangspunkt kan det være et udtryk for hensyn til de pårørende at hjælpe deres beslutning på vej.

Et andet succeskriterium, og det kriterium som målsætningen fra 2011 lægger op til skal spille en større rolle er, at de pårørende siger ja til organdonation ud fra en primær hensyntagen til de potentielle modtagere. En beslutning, der skal føre frem til transplantation og dermed et længere og forhåbentlig bedre liv for en af de, der står på venteliste.

I virkelighedens verden vil det i mange tilfælde være muligt at opfylde begge succeskriterier og i nogle tilfælde er samtalen måske ikke engang svær. Hvis de pårørende er indstillet på organdonation kan

den sundhedsprofessionelle opfylde begge succeskriterier. Men problemet kan opstå - især, hvis de pårørende er i tvivl eller umiddelbart siger nej. Skal den sundhedsprofessionelle i de situationer skubbe på for et ja, uanset hvad han eller hun fornemmer, vil være bedst for de pårørende? Eller skal den sundhedsprofessionelle støtte de pårørende i deres beslutning om at sige nej, på en måde så de ikke oplever et pres og kommer i tvivl om deres beslutning? Eller er det her netop den sundhedsprofessionelles opgave at undersøge, hvad et umiddelbart nej eller tvivl er funderet i og med information søge at få de pårørende til at skifte mening?

Uden en klar fastlæggelse af målet for samtalen fra anden side må sundhedspersonalet selv finde vej. Og på trods af vedtagelsen af målsætningen for organdonationsområdet i 2011 kan man næppe hævde, at det er entydigt hvilket af de to ovenfor beskrevne succeskriterier, der skal vægtes i enhver given situation. Balancen er skiftet mere mod hensynet til de potentielle modtagere – men der er stadig meget rum til fortolkning. Samtidig er det vigtigt at fastholde, at den sundhedsprofessionelles egne værdier og holdninger også spiller ind i samtalen. Både som medbestemmende for vægtningen af de forskellige succeskriterier og for fortolkningen af de pårørendes situation og tvivl.

Mangler opmærksomheden omkring formålet med samtalen hos den sundhedsprofessionelle, kan det være medvirkende til, at samtalen opleves som vanskelig for både sundhedspersonen og for de pårørende.

### **3. Den neutrale samtale**

Som nævnt er det naturligt at opfatte formålet med samtalen med de pårørende, som det at hjælpe de pårørende til at træffe den beslutning, som de bedst vil kunne leve med bagefter. Det har derfor været et ideal i sundhedsvæsenet, at de sundhedsprofessionelle i respekt for de pårørende har været så neutrale som muligt under samtalen med de pårørende om organdonation.

At være neutral handler om mere end blot at være objektiv og saglig (faglig). Selvom alle de oplysninger, der gives, er både korrekte og objektive, kan udvælgelsen af oplysninger, den vægt de tillægges og stemmeføringen godt være farvet. Der er derfor bred enighed om, at neutralitet i praksis er umuligt, men som ideal slutter de fleste alligevel op om det. De pårørende bør så vidt som muligt træffe den beslutning, som er bedst i overensstemmelse med deres værdigrundlag og som både på kort og lang sigt vil hjælpe dem bedst til at skulle leve videre uden afdøde.

I donationssamtalen kan neutralitet imidlertid give problemer, uanset hvad målet for samtalen er.

Selvom formålet er, at de pårørende træffer den rigtige beslutning, er der alligevel et pres på de pårørende. Ikke for at træffe en bestemt beslutning, men dog for at træffe en beslutning indenfor kort tid. En tilsigtet neutral information, kan godt gøre det endnu sværere for de pårørende at træffe denne beslutning, hvis ikke de får hjælp til at sortere i informationerne. Denne sortering risikerer dog let at komme i karambolage med neutralitetsidealet.

### **Alternativet til neutralitet er empati**

Fordi de pårørende skal tage en beslutning på relativt kort tid, har de et behov for at få støtte i processen. Det er derfor sundhedspersonalets opgave at hjælpe de pårørende med at få sorteret hvilke informationer, der er vigtige for dem. Det kan gøres med en undersøgende tilgang, hvor der spørges ind til hvilke tanker de pårørende gør sig. Målet er at opnå en forståelse for de pårørende og derigennem hjælpe dem til at træffe en beslutning, som de efterfølgende og finder, var den rigtige.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at både spørgsmål og egen holdning kan opfattes som pres af de pårørende til at træffe en bestemt beslutning – selvom formålet er at hjælpe dem til at træffe den rigtige beslutning ud fra deres egne værdier og holdninger

Ved at støtte de pårørende i deres forsøg på selv at finde ud af, hvad de mener om organdonation, afgiver man som sundhedsprofessionel kontrollen med beslutningen. Ansvarer kommer til at ligge hos de pårørende. Nogle pårørende ønsker måske ikke dette ansvar og ønsker ikke at tage stilling.

### **4. Kan de pårørende sige "Ved ikke"?**

Nogle pårørende ønsker ikke at tage stilling til spørgsmålet om organdonation. De er for så vidt hverken for eller imod, men synes ganske enkelt ikke, at dødsprocessen skal forstyrres med spørgsmål af den art. Ifølge loven, kan der ikke foretages organdonation uden samtykke, og resultatet er derfor det samme som ved et nej. På den måde må de pårørendes "ved ikke" ses som et nej og i lyset af Folketingets målsætninger for organdonationsområdet er der fornyet grund til at overveje, hvad man skal gøre i denne situation.

Man kan forestille sig forskellige grunde til at de pårørende ikke vil tage stilling, og en forståelse af baggrunden kan hjælpe den sundhedsprofessionelle med at tolke og reagere på situationen.

- Nogle pårørende kan have svært ved at træffe en beslutning på grund af tidspres og fordi de ikke tidligere har taget stilling eller talt om det i familien. Organdonation er et meget stort

spørgsmål, og det kan være vanskeligt at tage stilling i løbet af nogle få timer. Her er det muligt, at en undersøgende tilgang kan hjælpe de pårørende til alligevel at træffe en afgørelse.

- Andre kan være bange for at sætte ord på den beslutning, de egentlig har truffet. Det kan skyldes, at beslutningen har for store konsekvenser til, at de vil tage ansvar for den. Her kan det være en hjælp, at sundhedspersonalet fornemmer, hvad de pårørende ønsker, og hjælper dem med at formulere beslutningen.
- Endelig kan der være nogle, der af forskellige årsager bare ikke ønsker at tale om donation. Det kan skyldes manglende erkendelse af døden, voldsom følelsesmæssig påvirkning eller andet. Her kan det være vigtigt at overveje, om det giver mening at tale videre om donation på et senere tidspunkt.

Det er vigtigt at huske på, at på trods af Folketingets beslutning, har de pårørende i sidste ende fuld ret til at undlade at tage stilling – også selvom konsekvensen bliver den samme som ved et ”nej”.

### **5. Kan man vælge samtalen fra?**

I nogle tilfælde kan de sundhedsprofessionelle være usikre på, om de skal tale med de pårørende om organdonation. Det kan skyldes forskellige formodninger om, hvad de pårørende ønsker.

De sundhedsprofessionelle kan for eksempel antage, at det er meget belastende for de pårørende at blive konfronteret med spørgsmålet om donation. De pårørende vil måske blive oprørte eller endnu mere kede af det, hvis de midt i deres sorg også skal tage stilling til organdonation.

Erfaringen viser dog, at det sjældent er tilfældet og for mange pårørende kan samtalen faktisk være en hjælp til at komme videre, fordi den konkretiserer den døde som død og muliggør en accept af, at det indtil nu utænkelige er sket og nu en del af den virkelighed, som de pårørende skal leve videre i. Modstanden mod at tage samtalen med de pårørende kan undertiden også skyldes en næsten ubevidst modvilje hos de sundhedsprofessionelle, som selv kan synes at samtalen er ubehagelig, at de har for travlt eller noget helt tredje. Denne modvilje forvandler sig så til et hensyn til de pårørende for at de sundhedsprofessionelle kan opretholde selvopfattelsen af at være kompetente og omsorgsfulde.

### **6. De sundhedsprofessionelles holdninger**

Når mennesker er i krise, søger de efter hjælp hos dem, der er i nærheden. I forbindelse med den situation, hvor en elsket pludselig ligger hjernedød, betyder det, at de pårørende er meget afhængige af de sundhedsprofessionelle. De søger støtte, trøst og rådgivning, hvor den er. "Hvad ville du gøre



i vores situation?" er derfor ikke et unormalt spørgsmål under samtalen om eventuel organdonation, hvis de pårørende er i tvivl.

Skal man i den situation blot svare og dermed give sin egen holdning til kende? Eller er det værd at overveje, om de pårørende i virkeligheden ønsker at høre, hvad den sundhedsprofessionelle selv mener, selvom det er det, de spørger om. I størsteparten af livets vanskellige situationer kender vi nogle, der har oplevet det samme, som vi nu går igennem. Vi kan se på, hvad de gjorde og søge at lære af deres erfaringer. Måske er det endda et menneske, som vi ser op til og har tillid til, som har været i situationen, og som vi derfor føler, kan vejlede os i vores valg. Kun meget få af os har imidlertid rollemodeller af den slags, når det drejer sig om organdonation.

Spørgsmålet om, hvad den sundhedsprofessionelle ville gøre kan derfor ofte være udtryk for et ønske om at få en rollemodel, én man kan spejle sig i for selv at finde vej. Derfor kan spørgsmålet i nogle tilfælde bedre besvares ved, at den sundhedsprofessionelle fortæller om nogle af de overvejelser, andre har gjort sig i den samme situation og eventuelt også fortæller om egne overvejelser uden dog at lægge en løsning frem. På den måde kan samtalen komme til at handle om hvilke værdier, der ligger til grund for forskellige beslutninger. Fra værdierne er det så muligt at arbejde sig frem til en holdning til organdonation. Samtidig er man med til at give de pårørende et sprog at tale om organdonation på.

I andre tilfælde er spørgsmålet måske et ønske om at fralægge sig ansvaret for beslutningen. De pårørende har ikke selv valgt situationen. De skal træffe en afgørelse uden selv at have ønsket det. Fornemmer man, at det er situationen, vil det for nogen være acceptabelt at fortælle om éns egen holdning og på den måde modtage ansvaret snarere end at fratage de pårørende det. Det kræver dog, at man ikke blot læser sin egen holdning ind i situationen, men også søger at fornemme, hvad de pårørende bedst kan leve med i tiden fremover – det er trods alt dem, der skal videre i en tilværelse, der er blevet pludseligt og radikalt forandret. Endelig skal man huske, at juridisk set er det et krav, at de pårørende tilkendegiver beslutningen utvetydigt.

## **7. Hvad nu, hvis den sundhedsprofessionelle selv er imod organdonation?**

Undersøgelser blandt personalet på landets intensivafdelinger viser, at nogle af de sundhedsprofessionelle er imod organdonation. Der kan være mange grunde til dette. For mange er døden et skelsættende øjeblik, som vi som mennesker bør respektere. At påvirke individets dødsproces for at sikre nogle organer, er et udtryk for en manglende respekt for menneskets grundvilkår. Andre vil måske mene, at det er en form for krænkelse af den fred, som den døde har ”fortjent”. Efter alt det, der er sket for den døde, skal vedkommende nu ikke udsættes for mere, men have fred. Andre igen kan

være påvirket af religiøst bestemte idealer om livet og døden og atter andre måske mene, at det er et spild af ressourcer, der kunne anvendes langt mere effektivt andre steder i sundhedssystemet. Ideer om, hvad der er naturligt og unaturligt findes hos alle mennesker – ofte forankret dybt i den enkeltes forestillinger om det gode liv og den gode død. Uden at man nødvendigvis er sig bevidst, hvad der styrer ens holdning til organdonation, er det som oftest nogle meget grundlæggende værdier

Spørgsmålet bliver så, om de sundhedsprofessionelle, der selv er imod organdonation, er egnede til at føre samtalen med de pårørende om donation? Og svaret på det spørgsmål er helt afhængigt af, hvad formålet med samtalen med de pårørende er. Hvis formålet med samtalen er, at de pårørende skal støttes til at tage den beslutning, der er rigtig for dem selv, er de sundhedsprofessionelle, der er imod organdonation lige så egnede som de, der går ind for organdonation. Opgaven er at være så empatisk som mulig og understøtte de pårørende i at finde deres svar. Det kan en modstander gøre lige så vel som en tilhænger. Det vigtige er, at den sundhedsprofessionelle uanset sin egen holdning er i stand til at respektere de pårørendes ønsker og holdninger – og hjælpe dem med at finde frem til dem. Derfor handler det snarere om selv at være afklaret, end hvilken holdning man har.

Hvad forbeholdet overfor organdonation end skyldes, er det derfor vigtigt og nødvendigt, at man på afdelingen taler om den nye situation, som er opstået efter Folketinget vedtog de nye målsætninger for organdonationsområdet i 2011. Arbejdet må tilrettelægges så både intentionen bag folketingsbeslutningen respekteres og de sundhedsprofessionelle ikke tvinges ud i samvittighedskonflikter af denne art

## **8. Vigtige emner for den gode samtale**

For at organdonation er lovligt, skal der foreligge et informeret samtykke fra de pårørende. Det vil sige, at de pårørende skal modtage fyldestgørende information og utvetydigt give deres holdning til kende. Sundhedsstyrelsens vejledning om samtykke til organdonation fra afdøde personer fastsætter, hvad de pårørende som minimum skal informeres om:

- At døden er indtrådt eller er nært forestående
- At der er mulighed for organdonation
- Hvilket væv og andet biologisk materiale (organer), der påtænkes udtaget med henblik på gennemførelse af transplantation
- At de nærmeste pårørende har adgang til at tilkendegive, enten at de modsætter sig indgrebet, eller at de ikke ønsker at tage stilling, med den virkning, at indgrebet ikke må foretages.

Medmindre de pårørende allerede er afklarede omkring organdonation, er det dog usandsynligt, at dette minimum er tilstrækkeligt. Der er mange spørgsmål, som melder sig, når man skal tage stilling til, om organdonation er en acceptabel mulighed. For at sikre sig, at de pårørende får en oplevelse af, at samtalen om organdonation var en god samtale, kan afdelingen derfor overveje at lave en tjekliste, hvor de typiske spørgsmål som pårørende stiller, er nævnt. Det kan også være en hjælp for de pårørende, hvis de ikke selv er i stand til at formulere spørgsmålene – men efterfølgende vil have brug for, at de blev både stillet og besvaret.

En tjekliste må dog aldrig blive en vejledning, der følges slavisk. Mennesker er forskellige og derfor er samtaler det også. På baggrund af erfaringer fra de sundhedsprofessionelle medlemmer af DCOs etikudvalg egne samtaler med pårørende og udvalgets øvrige medlemmers egne forventninger til en samtale om organdonation peges på følgende områder:

- **Hvad det vil sige at være hjernedød.** Nogle pårørende kan være bange for, at de tager en beslutning, der skader den hjernedøde. Derfor skal de vide, at den hjernedøde intet mærker, tænker eller føler. Når man er hjernedød er man helt og uigenkaldeligt død. Personen er borte og kun kroppen ligger tilbage og hjertet vil under alle omstændigheder ophøre med at slå indenfor kort tid.
- **Hvad der sker under donoroperationen.** Især kan det være vigtigt at fortælle om tidsperspektivet og at fortælle, at afdøde ligner enhver anden død, når han kommer tilbage. Der vil være et stort operationssår, men det vil være syet sammen og dækket med plaster. Man kan normalt ikke se, at der er blevet fjernet noget.
- **Hvad der sker inden operationen.** For nogen pårørende kan det virke underligt, at sundhedspersonalet stadig plejer den afdøde på samme måde som før hjernedøden indtrådte. Derfor er det vigtigt at forklare formålet med plejen, som både er hensynet til organernes kvalitet og den hjernedødes udseende. Det bør også forklares, at sundhedspersonalet nu ikke længere taler til den hjernedøde, fordi han eller hun i enhver forstand af ordet nu er og betragtes som død. De pårørende kan blive skræmt af spinalreflekser og af hjertestopbehandling. Derfor vil det også være godt at tale med dem om det.
- **Muligheden for at tage afsked.** Når selve donationsforløbet går i gang, nærmer det øjeblik sig, hvor de pårørende skal tage afsked. For at de kan føle sig trygge i den situation, skal de informeres om hvor og hvornår de kan gøre det. De har mulighed for at sige farvel både før og efter do-

noroperationen, og hvis de ønsker det, kan sygehuspræsten eller andre religiøse repræsentanter tilkaldes for at tale med dem og eventuelt holde en lille højtidelighed.

Også andre emner kan tages op afhængigt af situationen. Uanset hvad målet med samtalen er, er det vigtigt, at de pårørende oplever, at der er tid til dem og deres spørgsmål. Det giver de pårørende en bedre oplevelse at huske tilbage på.

## 9. Ethiske overvejelser

Organdonation har altid været fulgt tæt af diskussioner om de etiske aspekter af denne behandlingsform. I forbindelse med organmanglen er et af de hyppigst diskuterede emner, hvor langt man kan gå for at skaffe flere organer. Det er en svær diskussion, der rummer mange komplekse etiske synspunkter og dilemmaer. Et af de mest grundlæggende dilemmaer opstår i den *pligt-kollision*, som finder sted mellem pligten til at tage hensyn til den enkeltes selvbestemmelse i spørgsmål om liv og død og pligten til at tage hensyn til de svage i samfundet – i dette tilfælde de, der har brug for et nyt organ. Det er en konflikt, som udspiller sig både på samfundsmæssigt og individuelt plan – og måske intet sted så tydeligt, som i samtalen med de pårørende til en hjernedød, hvis holdning til organdonation ikke er kendt.

På den ene side af pligt-kollisionen er der retten til selvbestemmelse (autonomi). Den er en grundlæggende tanke i vestlig filosofi, og den har siden oplysningen præget samfundsindretningen i højere og højere grad indtil ideen har fået den nærmest ikonagtige status, som den har i dag. Hele forholdet mellem sundhedsvæsen og patient bygger f.eks. på tanken om selvbestemmelse – her udtrykt i begrebet informeret samtykke.

Forstås det at beskytte den enkeltes selvbestemmelse som det vigtigste hensyn at tage til andre mennesker, giver reguleringen af organdonationsområdet god mening. Her er det at give sine organer netop en donation – en frivillig handling. Jeg kan vælge at gøre, men kan også lade være. Og som udgangspunkt er der ingen sanktioner forbundet med nogle af delene. Helt modsat f.eks. det at betale skat, hvor samfundet tager noget, der som udgangspunkt også tilhører den enkelte (løn) og gør en del af den til fællesej, hvad enten den enkelte har givet sit samtykke til dette eller ej.

Der kan selvfølgelig være forbundet forskellige sociale konsekvenser med beslutningen om at donere sine organer. Det er i dag en mulighed at reklamere på Facebook med, at man har tilmeldt sig donorregisteret. En tilsvarende mulighed for at vise, at man ikke har gjort det vil næppe få mange brugere. Lovgivningsmæssigt er det altså frivilligt om man vil donere sine organer eller ej – socialt kan det forholde sig anderledes alt afhængig af den sociale kontekst, som man lever i.

På den anden side af pligt-kollisionen finder vi de mennesker, som har brug for et organ for at leve videre. De er ude af stand til at klare sig uden andres hjælp og er således prisgivet andre menneskers beslutning om, hvorvidt de vil donere deres organer eller ej. De kan således ud fra denne synsvinkel betragtes som tilhørende samfundets svageste grupper. Og det er grupper som vi normalt i en vestlig kultur, der fortsat er præget af mere end 1000 års kristendom, betragter som nogle, vi bør tage særligt hensyn til. Man kan næppe tale om, at de har ”ret” til et organ på samme måde, som man kan

tale om, at man har ret til at blive opereret for blindtarmsbetændelse. Det man har krav på og det hensyn, som vi normalt vil udvise er, at vi vil gøre hvad vi kan for at hjælpe, så længe vi ikke kommer i konflikt med endnu mere grundlæggende hensyn.

Pligtkollisionen opstår, når vi på en gang oplever os forpligtede på at beskytte hinandens ret til selvbestemmelse og forpligtede på at hjælpe de syge i blandt os og her er i en situation, hvor det første til en vis grad udelukker det andet. Politisk og på samfundsniveau har der siden indførelsen af organdonation i 1990 i Danmark været nogenlunde enighed om, at organdonation skulle fungere netop som donation. De, der ville, kunne af deres hjertes godhed skænke deres organer til de, der havde behov. Men samfundet gik ikke ind og pressede på for, at den enkelte skulle træffe den ene eller den anden afgørelse. Det er blevet overladt til den enkelte og hans eller hendes værdier. Med Folketingets beslutning fra foråret 2011 om, at det nu er en national målsætning, at 80% af de pårørende til hjernedøde, hvis indstilling til organdonation ikke er kendt, skal sige ja, er der nu skred i denne forståelse.

Læser man den danske teolog K.E. Løgstrups forståelse af det etiske fænomen som det udspiller sig mellem mennesker, kan man sige, at der fra hver eneste af os udgår en bøn om hjælp til de andre. En bøn om at blive taget vare på og hjulpet. Den bøn bliver kun tydeligere jo mere sårbare vi er. Og det synes ikke urimeligt at hævde, at mennesker der pludselig har mistet en elsket og skal til at forholde sig til hjernedød og organdonation er mere sårbar end de fleste. Derfor er samtalen mellem de sundhedsprofessionelle og de pårørende til den hjernedøde også som udgangspunkt en situation, hvor de sundhedsprofessionelle med deres professionelle kompetencer og almenmenneskelige empati vil prøve at hjælpe disse pårørende til at træffe en beslutning, som i hvert fald ikke forværre den sorg, som de nu skal gennemleve og finde rum til i deres liv. Hensynet til dem udspringer så at sige af situationen og deres nærvær.

Samtidig er organdonation en mulighed, hvor der står nogle anonyme patienter på en venteliste og hver dag håber på, at det i dag er dem, der kan få et nyt organ. For dem er det et spørgsmål om liv eller død, hvad de pårørende til den hjernedøde svarer. Og på samme måde som der fra de pårørende udgår en bøn om omsorg, så udgår der en bøn fra de, der venter om, at vi må betænke dem med det, som vi efter alt at dømme ikke selv har brug for mere.

### **Udfordringen**

Den sundhedsprofessionelle skal i denne pligtkollision føre en samtale med de pårørende. Der findes ingen ”rigtige” løsninger på den slags etiske dilemmaer. Ingen trylleformular, der kan gøre alle glade og fjerne ansvaret fra den enkelte. Men der kan finde en afklaring sted. Dels af hvilke

mål, som samfundet ønsker, at den sundhedsprofessionelle skal stræbe efter og dels af den sundhedsprofessionelles egen holdning. Det første vil sikre, at det ikke kun bliver den sundhedsprofessionelle, der skal løfte det etiske ansvar i situationen – overladt til sig selv og sine egne værdier. Den sundhedsprofessionelle bliver snarere vores fælles repræsentant i situationen, der på alles vegne søger at inkarnere de hensyn, som flertallet finder vigtigst. Det andet vil sikre, at den sundhedsprofessionelle begiver sig ind i samtalen med de pårørende med en klar bevidsthed om egne værdier og ståsted – og dermed også med en større mulighed for at kunne hjælpe de pårørende.

Og begge dele kan være med til at forøge sandsynligheden for, at samtalen om organdonation med de pårørende om organdonation både for dem og for den sundhedsprofessionelle vil blive oplevet som en god samtale, hvor vigtige spørgsmål blev afklaret og afgørelsen truffet på baggrund af ærlighed og indsigt.

## *Arbejdsspørgsmål*

Hvad oplever I, at de pårørende forventer af jer i samtalen? og i donationsforløbet?

Er I på afdelingen enige om, hvad målet med samtalen er? - hvad er I enige om og hvorfor har I valgt sådan?

Er I bevidste om, hvorvidt I vælger neutrale ord eller om jeres holdning farver de informationer I giver?

Bør man fortælle om sin egen holdning? - og hvorfor /hvorfor ikke?

Er der ting, man ikke bør fortælle? Hvorfor/ hvorfor ikke? - hvorfor er information godt / hvorfor ikke?

Hvis opgave er det at bestemme, hvilke hensyn som det er vigtigst at tage?