

Redaksioneel

Hartoorplantings in die publieke oog - illusies en wanopvattinge gebaseer op historiese sosio-kulturele opvoeding

Daar is 'n aantal kritiese vrae wat telkens na vore kom, en alles is telkens oordele wat vanuit verskillende perspektiewe gestel word: Wat is dood? Wat is 'n orgaandonor? Wat is 'n oorplantingseenheid? Wat is 'n hartoorplanting? Waarom 'n moratorium? Wat is die plek van tersiêre geneeskunde? Wat beteken gesondheidsbeleid?

'n Pad kan gevolg word wat begin by morele oordele, daarna tegniese en akademiese oordele en uiteindelik eindig by politieke oordele.

Om te begin by die begin - die hart is die enigste orgaan wat deurlopend beweeg en waarvan elke mens bewus is van die beweging. Enige spanningsrespons het ook 'n kragtiger en vinniger beweging van die hart tot gevolg. Dit is dus logies dat daar reeds in die vroegste vertelling van die mensdom allerlei mitiese eienskappe aan die hart toegeken is. Meer mense op aarde weet dat hulle 'n hart het as wat weet dat hulle 'n brein het. Die gevolg van die emosionele konnotasies met die hart soos verwoord in baie uitdrukkings, is dat enige gesprek waarin die woord hart gebruik word nie dieselfde basiese respons uitlok as wat die geval sou wees indien enige ander orgaan of struktuur bespreek word nie. Dit is ook die geval met medici, aangesien niemand vrygestel is van sy sosio-kulturele agtergrond nie. Verder is elke mens ook 'n "medikus" in die sin dat elkeen immers 'n liggaam het waarna hy omsien en wat hy versorg. Dit veroorsaak dat elke mens 'n spesifieke mening het omtrent die hart as orgaan, wat gebaseer is op sy eie mediese kundigheid asook sy sosio-kulturele agtergrond. Daar is geen fout te vind met die feit dat elkeen sy eie subjektiewe mening het nie, maar dit begin wel problematies raak wanneer opgeleide medici ook sodanig subjektief reageer op die *konsep* van die hart, dat berekende logiese denke verdwyn.

Vanuit die gemeenskap waarin medici 'n diens lewer, kom morele riglyne omtrent die aanvaarbaarheid van sekere aksies. Die toepassing van die morele riglyne moet egter nie deur onkundiges of persone met oormatige subjektiewe oordele gedoen word nie, maar eerder deur persone wat toepaslike kennis het van die onderwerpe en ook doelbewus poeg om meer objektief te wees.

Die konsep van lewe en dood fassineer die mens al eeue lank, en weereens speel die hart hier 'n buitengewoon groot rol. Tradisioneel word lewe verbind met die aanwesigheid van 'n hartklop (of polsslug) en soms ook met asemhaling. Verder word die "onbelangrikheid" van die brein as setel van lewe ook vertoon deurdat baie mense - insluitend medici - die toekoms moontlikhede van 'n breinoorplanting bespreek. Die hele konsep van 'n breinoorplanting is onmoontlik aangesien die mens as wese gesetel is in die brein. Daar kan egter wel bespiegel

word oor die moontlikheid van 'n liggaamoortplanting op 'n brein. Dit is logies aangesien die liggaam met al sy organe en stelsels slegs daar is om die brein te voorsien van interaksie met, beskerming teen en instandhouding in die omgewing waarin die brein hom bevind. Met dit in gedagte is dit maklik om die konsep van breindood te verstaan.

Indien die konsep van die brein as die mens eers aanvaar is, volg dit makliker vir enige persoon om die "aanslag" van die brein beskikbaar te stel vir verdere gebruik. Slegs een probleem staan dan nog, en dit is die vaste geloof wat die meeste mense het, dat hulle intellektueel verstaan dat almal 'n eindige lewe het en sal doodgaan, maar emosioneel gesproke glo niemand dat hy regtig sal doodgaan nie. 'n Sprekende voorbeeld hiervan is die verduideliking deur 'n chirurg aan 'n pasiënt omtrent die risiko wat verbonde is aan 'n spesifieke prosedure wat oorweeg word - die pasiënt verstaan intellektueel dat die statistiese risiko bestaan, maar glo vir geen oomblik dat hy een van die onaangename statistieke sal wees nie. Gevolglik is mense wat hulself as donor beskikbaar stel, diegene wat die genoemde emosionele blokkasie oorkom deur middel van 'n verskeidenheid van persoonlike en dus subjektiewe oorwegings. Familielede van potensiële donors is op ander wyses betrokke en het emosionele verbintenisse wat 'n rol speel in die finale besluitneming. Dit wissel van afgrype vir die vermeende "skending" van die geliefde se liggaam, tot die gevoel dat daar deur middel van orgaanskenking ten minste iets van die geliefde behoue bly. Hierin berus die grootste taak van die eerste mediese kontakpersoon wat met die familie van 'n potensiële donor kontak maak. Die persoon moet genoegsame inligting in 'n relatief kort tydspan op so 'n wyse aan die familie oordra dat geen persoon die gevoel kry dat hy onder druk geplaas word nie.

Vele uitsprake is al gemaak omtrent hartoorplantingseenhede. 'n Hartoorplantingseenheid word gesien as 'n geheimsinnige plek met vreemde apparate en wesens daarin, wat baie miljoene rande kos. Die werklikheid is baie vër verwyder van dié sienswyse. 'n Hartoorplantingseenheid bestaan uit die somtotaal van die mense wat in die betrokke dissipline werk - en dit is al. Hoe vreemd die gedagte ookal teen die populêre publieke opvatting mag indruis, is dit nogtans waar. Al die ander onderdele wat met 'n hartoorplanting benut word, naamlik die hospitaalsale, teaters, intensiewesorgeenhede, apparate en laboratoriums is identies dieselfde onderdele wat met alle ander opehartoperasies gebruik word, en ook teen dieselfde eenheidskoste as vir ander opehartoperasies. (In die publieke gesondheidssektor word jaarliks in Suid-

Afrika etlike duisende opehartoperasies gedoen.) 'n Hartoorplanting is dus nie so 'n verskriklike ding nie. In werklikheid is dit net nóg een van die opsies wat beskikbaar is in die menigte prosedures in kardiotorakale chirurgie waarmee pasiënte gehanteer kan word.

Gesien teen die agtergrond van die lang waglyste by al die akademiese hospitale se kardiotorakale chirurgie-afdelings, word die stelling dikwels gemaak dat hartoorplantings nie gedoen mag word solank as daar ander mense is (dikwels kinders) wat hartoperasies nodig het nie. Die antwoord is verbasend eenvoudig, naamlik dat alle pasiënte nie dieselfde operasie nodig het nie, en gevolglik is 'n hartoorplanting in sommige gevalle die beste opsie. Dit beteken nie dat iemand wat 'n hartoorplanting nodig het voorkeur sal kry bo ander pasiënte nie. Ja, dit beteken wel dat wanneer 'n donor skielik beskikbaar word en 'n hartoorplanting gedoen word, dit kan veroorsaak dat ander pasiënte langer sal moet wag op 'n operasie, net soos wat dieselfde pasiënte ook langer vir hul operasie moet wag wanneer daar 'n pasiënt met 'n messteek of met beserings van 'n motorongeluk eerste na die operasietheater moet gaan. Die gebeurtenis van 'n motorongeluk kan nie voorspel word nie, net soos die beskikbaarheid van 'n orgaandonor nie voorspel kan word nie.

Die persepsies van die gemeenskap - hetsy korrek of verkeerd - word deur die leiers van 'n land (politieke leiers) geïnterpreteer - hetsy korrek of verkeerd - en na onderwerping aan die subjektiewe oordeel van die leiers word oordele, of wetgewing (of moratoriums) gemaak. Dit is die manier waarop die meeste demokrasieë in die wêreld bedryf word, en ten spyte van die potensiaal tot foutiewe besluitneming wat daarin opgesluit is, is dit steeds beter as enige sisteem wat al beproef is. Die implikasie is dat die sisteem nie foutloos is nie, en die manier waarop die defekte in die sisteem uitgewys word, is deur die regulerende maatreëls wat te enige tyd staan, deurlopend te ondersoek en te hersien. Indien staande maatreëls altyd slaafs nagevolg word, sou die mensdom vandag waarskynlik steeds sy kneukels gebruik het om te beweeg, en in hoë bome geslaap het. 'n Outoritêre stelsel verwag blindelinge gehoorsaamheid van sy onderdane, en reageer met ontsteltenis en agressie op enige teenspraak van enige persoon. Gevolglik is die omgekeerde situasie ook moontlik, naamlik dat 'n aggressiewe respons op aksies van onderdane mag dui op 'n outoritêre stelsel wat nie teenspraak duld nie. Die enigste verskoning wat in die geval van die hartoorplantingspolemie voorgehou kan word, is dat die emosionele respons van sommige van die betrokke individue op die konsep van 'n hart, dikwels die oorhand gekry het.

Die toekoms van tersiêre geneeskunde is 'n vraagstuk wat dikwels in isolasie gesien word. Daarom word ook die onderwerp van hartoorplanting dikwels in streng isolasie beskou, asof dit totaal losstaande is van alle ander aspekte van geneeskunde. Aan die ander kant word dit ook ewe dikwels gesien as 'n soort vlagdraer van tersiêre geneeskunde vanweë die hoë publieke profiel wat dit geniet. Die verskillende interpretasies stuur natuurlik verskillende boodskappe uit na verskillende belan-

gegroepe. Elke groep (ook tersiêre geneeskunde) het sy eie belange wat subjektief altyd voorkeur sal geniet, en sodoende word polarisasie tussen belangegroepe bevorder, wat dan weer aanleiding gee tot verdere wanopvattinge, en so gaan dit voort. Die werklikheid (eie subjektiwiteit) van hartoorplantings is naamlik dat dit slegs een van 'n groot aantal opehartoperasies is wat deur kardiotorakale chirurpe (populêr bekend as hartchirurpe) gedoen word, en die meeste van die ander opehartoperasies wat gedoen word, is meer kompleks as 'n hartoorplanting. Verder maak die hartoperasies in geheel nagenoeg die helfte van die pasiënte uit wat die hartchirurg hanteer, en die ander helfte is pasiënte met ander borskasverwante siektetoestande, byvoorbeeld gekompliseerde pulmonale tuberkulose. Die meeste van die siektetoestande waarmee die hartchirurg in die publieke sektor oorstroom word se oorsprong lê in swak sosio-ekonomiese toestande, byvoorbeeld rumatiese hartsiekte en tuberkulose. Dit is gevolglik vir die hartchirurg van kritieke belang dat primêre gesondheidsaksies sowel as sekondêre gesondheidsisteme suksesvol moet wees, ten einde die oneindige waglyste - waar wagtende pasiënte afsterwe - te verminder tot by hanteerbare getalle. Verder is die hartchirurg ook afhanklik daarvan dat sy pasiënte na die aanvanklike behandeling vir hart- of longoperasies verdere nasorg en hantering binne sy tuisomgewing sal ontvang. Verbeterde primêre en sekondêre gesondheid beteken ook dat meer patologieë geïdentifiseer word en verwys moet word na sekondêre en tersiêre instansies vir verdere hantering. Die verskillende gesondheidsstelsels kan dus nie van mekaar geskei word nie en is interafhanklik van mekaar.

Enige land ter wêreld het beperkte bronne en gevolglik moet die aanwending van die beskikbare bronne sodanig gedoen word dat optimale voordeel vir die meeste burgers van die land verkry kan word. Dit klink eenvoudig, maar stel 'n reuse-uitdaging aan die staat as verantwoordelike instansie om na die welstand van die land in geheel om te sien. 'n Gedeelte van die staat se inkomste word toegewys vir gesondheidsdienste, en dit is die begin van die beperkings wat daar noodwendig moet wees. Op 'n publieke verhoog wil almal graag die son, maan en sterre beloof (en doen dit ook), maar die koste van die "belofte" vir gesondheid is etlike kere meer as die bruto nasionale produk van Suid-Afrika en dus onmoontlik. Die onaangename taak van die politieke leier is om die besluitneming te maak omtrent die verdeling, en aanwending van die beskikbare fondse, en om dan die *verantwoordelikheid* vir die besluitneming te dra. Die implikasies van die besluit om groter klem op primêre gesondheid te lê, beteken dat die eerste 30 van elke 100 pasiënte wat na 'n tersiêre instansie verwys word, wel 'n diens sal kry, en die ander nie. Dié boodskap is sekerlik nie 'n aangename een nie, maar ongelukkig die werklikheid, en die verpligting van die leier(s) wat die besluit neem om ook die verantwoordelikheid van die besluit te dra, en die publiek sodanig in te lig. Elkeen van die deelnemers in die gesondheidsstelsel het 'n belangrike rol om te speel, van die politikus wat die beleid verklaar, tot by die grondvlakwerker wat die praktiese implementering van die beleid moet uitvoer. Dit is egter belangrik dat die gevolge