
Hjertetransplantasjon i Norge – erfaringer og utfordringer

INVITERT KOMMENTAR

GRY DAHLE

g_dahle@hotmail.com

Gry Dahle er ph.d. og spesialist i torakskirurgi ved Oslo universitetssykehus. Hun er i permisjon fra stillingen der og er assisterende avdelingsleder ved Akuttmottaket, Akershus universitetssykehus. Hun er medlem av Legeforeningens fagstyre, president i International Society for Minimally Invasive Cardiothoracic Surgery og medlem av EACTS Task force for Heart Failure. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt konsultasjonshonorar fra Medistim.

Hjertetransplantasjon er en etablert behandling i Norge, men tilgang på organer setter fortsatt grenser.

I 1983 ble den første hjertetransplantasjonen gjennomført i Norge. Det markerte ikke bare starten på en ny æra i norsk hjertekirurgi, men også et medisinsk og samfunnsmessig veiskille. Fire tiår senere kan vi se tilbake på en historie preget av banebrytende kirurgiske prestasjoner, fremragende tverrfaglig samarbeid og ikke minst en kontinuerlig utvikling som har gitt nytt liv til hundrevis av pasienter [\(1\)](#).

De første årene med hjertetransplantasjon var forbundet med høy risiko. Til tross for kirurgisk suksess forekom ofte komplikasjoner som avstøtning og infeksjoner. Innføring av moderne immunsuppressiv behandling samt bedre overvåkning og postoperativ oppfølging førte til gradvis forbedrede resultater, slik det vises i Andreassen og medforfatteres studie som nå publiseres i Tidsskriftet [\(1\)](#). I dag fremstår hjertetransplantasjon i Norge som en veletablert behandling ved terminal hjertesvikt, med overlevelsesrater på nivå med de beste internasjonale sentrene.

*«I dag fremstår hjertetransplantasjon i Norge som en veletablert
behandling ved terminal hjertesvikt, med overlevelsesrater på nivå
med de beste internasjonale sentrene»*

Hjertetransplantasjon forutsetter tett samarbeid mellom kardiologer, anestesileger, intensivmedisinere, infeksjonsmedisinere, immunologer, farmakologer, sykepleiere og fysioterapeuter – en hel behandlingsskjede, der hvert ledd er avgjørende for pasientens overlevelse. Bak hver transplantasjon står donoren og pårørende som har sagt ja til å gi videre liv. Uten denne viljen hadde utviklingen ikke gått videre.

Antallet tilgjengelige organer er fortsatt en begrensende faktor (2). De ulike sentrene har svært subjektiv og varierende seleksjon av donorer, og ratioen av ikke-benyttede organer varierer mye. Hvert ubenyttet organ representerer en pasient på venteliste som ikke får en livsviktig sjanse. Dette stiller krav til kontinuerlig forbedring av donorutvelgelse, logistikk og samarbeid mellom donorteam og transplantasjonssentre. Det er også stor forskjell på anvendelse av organer. I Europa benyttes > 40 % av hjerter fra donorer over 60 år, mens USA benytter 3,2 % i denne aldersgruppen. Dette har imidlertid en kostnad, med høyere morbiditet og mortalitet for mottakerne i Eurotransplant sammenlignet med dem i USAs database (2).

Den 3. september i år kom den nasjonale kompetansetjenesten for organdonasjon på plass (3). Formålet er å sikre at alle donorsykehus i Norge har kompetansen og forutsetningene for å oppfylle dette oppdraget. Det ventes at den totale donorraten kan økes med opptil 30 %. Å redusere antallet ikke-benyttede organer er et av de mest sentrale forbedringsområdene i årene fremover. Det handler ikke bare om medisinsk presisjon, men også om etisk forvaltning av donorens gave. Nye metoder som normoterm regional perfusjon (NRP) ved kontrollert donasjon etter sirkulasjonsstans (cDCD) kan bidra til å øke bruken av organer som tidligere ble vurdert som uegnede (4, 5). I tillegg kan ex vivo-perfusjon gi bedre mulighet til å evaluere og optimalisere organene før transplantasjon.

«Å redusere antallet ikke-benyttede organer er et av de mest sentrale forbedringsområdene i årene fremover»

De neste årene vil det ventelig skje mye på fagfeltet. Mekaniske sirkulasjonstøtteapparater (ventricular assist device (VAD)) er allerede i bruk som bro til transplantasjon eller som endelig behandling. Det er dog kun ett system tilgjengelig i Norge, og VAD-terapi har også betydelige bivirkninger (6, 7). Videre er det stor forskningsaktivitet på immunmodulering, genredigering og xenotransplantasjon. Dette kan potensielt øke tilgangen på organer og redusere behovet for immunsuppresjon som potensielt kan ha bivirkninger. Til nå har ikke xenotransplantasjon vært vellykket pga. uttalt immunrespons. Mange pasienter lever i dag flere tiår etter transplantasjon, men er utsatt for komplikasjoner som nyresvikt, utvikling av malignitet og kronisk avstøtning. En fremtidig utfordring er derfor ikke bare å forlenge livet, men også å sikre best mulig livskvalitet over tid.

Markeringen av 40 år med hjertetransplantasjon i Norge er først og fremst en anledning til å hedre pasientene, donorene og deres pårørende samt fagmiljøet som har gjort dette mulig. Men det er også en påminnelse om at medisinske fremskritt aldri er endelige. De krever kontinuerlig forskning, kritisk refleksjon og etisk bevissthet. De neste tiårene vil bringe nye muligheter, men også nye dilemmaer. Vårt ansvar som leger er å møte disse med samme kombinasjon av faglig dyktighet og etisk bevissthet som har preget de første 40 årene.

LITTERATUR

1. Andreassen AK, Bjørnstad JL, Gude E et al. Hjertetransplantasjon i Norge 1983–2023. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0552. [CrossRef]
2. Jain R, Kransdorf EP, Cowger J et al. Donor Selection for Heart Transplantation in 2025. JACC Heart Fail 2025; 13: 389–401. [PubMed][CrossRef]
3. Nasjonal kompetansetjeneste på plass! Nasjonal kompetansetjeneste på plass! - Stiftelsen Organdonasjon. <https://organdonasjon.no/nasjonal-behandlingstjeneste-pa-plass/> Lest 21.9.2025.
4. Muston BT, Lo W, Eranki A et al. Cardiac transplantation in controlled donation after circulatory death: a meta-analysis of long-term survival using reconstructed time-to-event data. Ann Cardiothorac Surg 2025; 14: 1–10. [PubMed][CrossRef]
5. Anguela-Calvet L, Moreno-Gonzalez G, Sbraga F et al. Heart Donation From Donors After Controlled Circulatory Death. Transplantation 2021; 105: 1482–91. [PubMed][CrossRef]
6. Braun OÖ, Nilsson J, Gustafsson F et al. Continuous-flow LVADs in the Nordic countries: complications and mortality and its predictors. Scand Cardiovasc J 2019; 53: 14–20. [PubMed][CrossRef]
7. Frigerio M. Left Ventricular Assist Device: Indication, Timing, and Management. Heart Fail Clin 2021; 17: 619–34. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 1. oktober 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0561

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.