

Donationsutredningen öppnar för nya organdonatorer

KRÄVER REFLEXION OM MÄNNISKOVÄRDESPRINCIPEN OCH SAMTYCKE

Donationsutredningen [1] vill reglera dagens donationspraxis och dessutom möjliggöra donation efter cirkulationsstillestånd. I huvudsak har utredningen fått ett positivt mottagande av remissinstanserna. Några har dock klagat på »bristande etisk analys« och att utredningens etikdiskussion inte tycks spela någon större roll för förslagen [2]. Vid juridiska institutionen, Lunds universitet, har man varit kritisk till medicinska åtgärder för att möjliggöra donation medan patienten är i livet [3]. Detta anses strida mot människovärdesprincipen.

Med utgångspunkt i människovärdet

Följande är ett försök att ge en fördjupad etisk analys med utgångspunkt i bl a idén om människovärdet.

En religiös version av människovärdesprincipen är att varje människa är en avbild av Gud och därför bör behandlas med respekt. En sekulär variant handlar om att respektera varje människas autonomi och att alla människor ska behandlas med samma respekt. Ingen ska utnyttjas



Stellan Welin, professor emeritus, avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys, institutionen för medicin och hälsa (IMH), Linköpings universitet
● stellan.welin@liu.se

enbart som ett medel för någon annan.

Organdonation äger rum efter döden men kräver nästan alltid att vissa åtgärder vidtas före döden. Vad får göras och hur kan det etiskt motiveras? Nedan tas tre fall upp: donation efter total hjärninfarkt, donation efter cirkulationsstillestånd och donation efter intubation på akutavdelning.

Donation efter total hjärninfarkt

Det första fallet är en patient som ligger i respirator med stora hjärnskador och som efter en tid utvecklar total hjärninfarkt, där all aktivitet i hjärnan har upphört. Då är patienten död i lagens mening. Men det finns ett problem. Borde inte respiratorbehandlingen avbrytas för en patient med hjärnskador som har blivit för stora för att patienten ska kunna räddas till ett rimligt liv? Är inte fortsatt respiratorvård för att enbart möjliggöra organdonation ett brott mot människovärdet?

I syfte att möjliggöra organdonation vill Donationsutredningen tillåta åtgärder – inklusive respiratorvård – innan döden konstaterats. Från etisk synpunkt kan detta motiveras. Det finns en tidigare etisk gräns än döden: när läkare konstaterar att det inte finns något mer att göra för att återställa patienten till ens minimal hälsa. Fortsatt behandling gagnar inte patienten. Döden är det enda som återstår när livsuppehållande behandling sätts ut.

Efter ett tydligt dokumenterat beslut om att fortsatt vård ska avbrytas kräver människovärdets likabehandlingsprincip att detta beslut skedde helt oberoende av donationsmöjligheter. Det får inte ske någon särbehandling av potentiella organdonatorer när beslut om avbrytande tas. (Palliativa åtgärder ska naturligtvis fortsätta.)

Skillnaden inträder efter beslutet. Beslutet om avbrytande ska se lika ut för möjlig organdonator och annan patient, men den fortsatta handläggningen skiljer sig. I donationsfallet fortsätter viss organbevarande vård, t ex respiratorvård, medan all behandling avbryts för den andra patienten.



Foto: Colourbox

Donationsutredningen föreslår att organbevarande åtgärder medan patienten ännu lever ska tillåtas – men först efter beslutet att avsluta livsuppehållande behandling.

Efter beslutet: fokus flyttas

När det har fastställts att fortsatt livsuppehållande behandling kan avslutas vidtar nästa fas. Efter beslutet om avbrytande bör den tidigare totala fokuseringen på patienten flyttas till att också beakta andra. Är organdonation möjlig, och därmed livräddande insatser för andra?

Är denna flytt av fokus etiskt acceptabel? En rimlig etisk princip är att om man kan hjälpa någon utan att skada någon annan, så bör man göra det [4]. Före beslutet att behandlingen kan avbrytas finns fortfarande möjligheten att hjälpa patienten till ett bättre liv. När beslutet tagits kan inget göras för patienten annat än full palliation. Men andra kan hjälpas genom donation.

I det tidigare systemet var en sådan tanke – kan någon annan räddas? – egentligen otillåten. Det fanns bara en etisk gräns: döden. För att komma ifrån problemen laborerades med idéer om »gråzoner« och »medicinskt andrum« för att skjuta upp beslut om avbrytande till efter total hjärninfarkt [5]. Donationsutredningen föreslår att det blir tillåtet med organbevarande åtgärder medan patienten ännu lever, men efter beslutet att avsluta behandling.

Samtyckesutredning ger besked

Efter beslut om avbrytande görs en sam-

HUVUDBUDSKAP

- Det finns en tidigare etisk gräns än döden: när läkare konstaterar att det inte finns något mer att göra för att återställa patienten till minimal hälsa. Efter beslut om avbrytande av livsuppehållande behandling bör den totala fokuseringen på patienten flyttas till att också beakta andra. Organbevarande åtgärder är etiskt acceptabla medan patienten ännu lever.
- Ur etisk synpunkt är ett explicit samtycke att föredra framför ett förmodat. Men förmodat samtycke behövs under samtyckesutredningen.
- Donation efter cirkulationsstillestånd innebär inte några nya etiska problem, förutom »inte röra«-periodens längd.
- Människovärdesprincipen kräver att beslut om avbrytande av livsuppehållande behandling fattas oberoende av om patienten är en möjlig donator eller inte.

tyckesutredning. Vill patienten donera eller inte? Under den tid då denna pågår sker den fortsatta vården i respirator med organbevarande åtgärder med förmodat samtycke.

När samtycke konstaterats, t ex genom donationsregistret, sker vården med samtycke. (Utredningen föreslår att registret ska få konsulteras före döden men efter beslutet att livsuppehållande behandling ska avbrytas.) Samtyckesutredningen måste bedrivas med förmodat samtycke, eftersom patientens önskan är okänd. Donationsutredningen anser att samtyckesutredningen bör ske under »skälig tid«.

Nöjer sig med förmodat samtycke

Från etisk synpunkt är ett explicit samtycke att föredra framför ett förmodat. Det visar inte minst diskussionen om sexualbrott, där utvecklingen har gått mot att båda parter på lämpligt sätt ska visa sig samtycka. Medicinsk vård är viktig för patienter som ska samtycka till den behandling läkaren föreslår. Detta bör vara explicit, och det gäller även donation.

Ett skäl mot förmodat samtycke är den underliga tingens ordning som nu finns: dels antas alla (om ingen annan information finns) vara positiva till donation, dels har närstående samtidigt vetorätt. Det förmodade samtycket fungerar inte. Donationsutredningen nöjer sig dock med förmodat samtycke [1]. Skrivningarna på sidorna 329, 344 och 351 [1] tyder på det, likaså att utredningen vill behålla anhörigvetot.

Det går inte att helt undvara förmodat samtycke. Den samtyckesutredning inför eventuell organdonation som diskuteras här förutsätter förmodat samtycke. Men det är en kort period. Så fort samtycke har fastställts sker den fortsatta vården med samtycke. Om samtycke saknas avbryts respiratorbehandlingen.

Människovärdesprincipen rubbas inte

Att en levande person inte vårdas för sin egen skull utan för att möjliggöra organdonation och därmed rädda livet på en annan patient, innebär inte det en instrumentaliserings och därmed brott mot principen att aldrig utnyttja en person enbart som medel? Svaret är nej. Den fortsatta vården sker med samtycke, och således utnyttjas inte patienten enbart som medel. Patienten har själv samtyckt. Den etiskt problematiska perioden är kort och omfattar samtyckesutredningen, då vi måste anta förmodat samtycke.

Såväl den som vill donera som den som inte vill har intresse av samtyckesutredningen. Annars får de inte sina önskningsuppfyllna i detta viktiga avseende. Samtyckesutredningen är inte ett utnyttjande

av patienten enbart som ett medel för organdonation. Tvärtom, den utförs för att förhindra just detta.

Donation efter cirkulationsstillestånd

Utredningen öppnar också för att tillåta donation efter cirkulationsstillestånd (sidan 353 i Donationsutredningen [1]). Det som är aktuellt gäller respiratorvårdade patienter med stora hjärnskador oförenliga med fortsatt liv som inte utvecklar total hjärninfarkt inom »rimlig tid«. Efter beslut om avbrytande av livsuppehållande behandling initieras ett liknande förfarande som vid donation efter total hjärninfarkt. Samtycke ska konstateras, organbevarande åtgärder vidtas osv. När teamet för donationsoperationen finns på plats stängs respiratorn av och man inväntar cirkulationsstillestånd. Upphörd cirkulation är inte i sig ett tecken på död. Hjärnans aktivitet ska ha upphört totalt.

Donationsutredningen anser att Sverige bör följa internationella procedurer för donation efter cirkulationsstillestånd och ha en »inte röra«-period (s k no touch-period) efter cirkulationsstillestånd. Denna är olika lång i olika länder och varierar mellan 2 minuter till 20 minuter. Ju längre tid man väljer, desto säkrare kan man vara på att all aktivitet upphört i hjärnan, men riskerna för problem med organen ökar. I Storbritannien och Nederländerna har man 5 minuter, och det ger goda resultat.

Det är viktigt att professionen kan enas om lämplig tid för »inte röra«-perioden. Förutom denna »inte röra«-period innehåller donation efter cirkulationsstillestånd inga nya etiska frågor. Det är samma dödsbegrepp och dödsriterier som tidigare.

Donation efter cirkulationsstillestånd innebär rimligen att det kan bli fler donatorer. I dagens system blir respiratorvårdade patienter med stora hjärnskador som inte utvecklar total hjärninfarkt inom rimlig tid omöjliga som donatorer. Om donation efter cirkulationsstillestånd införs kan även dessa patienters donationsvilja tas till vara och andra personer bli hjälpta av deras donerade organ.

Donation efter intubation på akutavdelning

Ett vanligt fall är att en patient kommer in akut med en stor hjärnblödning och att läkarna snabbt konstaterar att situationen är omöjlig. I vanliga fall överförs patienten till en vårdavdelning och avlider utan respiratorvård. Donationsutredningen öppnar för att denna patientkategori kan bli möjliga donatorer genom att få respiratorvård. Man motiverar respiratorvården med att det i några fall kan vara till nytta för patienterna, dvs de är inte »hopplösa fall« (sidan 340 i Donationsutredningen [1]).

Ur etisk synpunkt är det viktigt att det

finns en tydlig gräns mellan vård för patientens skull och vård för att möjliggöra organdonation, vilket förutsätter beslut om avbrytande av vård. Det är en olycklig situation om frågan om respiratorvård eller ej handläggs på akuten och dessutom ger särbehandling för möjliga organdonatorer. En bättre ordning är att dessa patienter intuberas, läggs i respirator och att man därefter i lugn och ro tar ställning till om vården ska avbrytas. Det fortsatta förloppet får visa om det är donation efter total hjärninfarkt eller efter cirkulationsstillestånd som blir aktuell - eller fortsatt vård för patientens skull.

Att i all hast bestämma sig för avslutande av vård på akutavdelningen strider mot människovärdesprincipens krav på respekt för personer. Viktiga avgöranden om initierande, fortsättning eller avslutande av vård bör av respekt för patienterna ske i lugnare omgivningar med möjlighet för närstående att komma dit. Beslut om avbrytande av behandling bör aldrig styras av om patienten är en möjlig donator. Detta strider mot likabehandlingsprincipen.

Slutsats

Organdonation kan genomföras med full respekt för människovärdet, och det finns inga hinder mot att göra samtyckesutredning och vidta vissa organbevarande åtgärder innan döden inträtt. Detta förutsätter att beslut om avbrytande av livsuppehållande behandling fattas oberoende av om patienten är en möjlig organdonator. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2017;114:EP6C*

REFERENSER

1. SOU 2015:84. Organdonation. En livsviktig verksamhet. Betänkande av Utredningen om donations- och transplantationsfrågor. Stockholm: Socialdepartementet; 2015.
2. Statens medicinsk-etiska råd (Smer). Remissvar avseende betänkandet Organdonation - en livsviktig verksamhet (SOU 2015:84). 11 mar 2016. Dnr S1985:A/2015/62. <http://www.smer.se/remissvar/remissvar-avseende-betankandet-organdonation-en-livsviktig-verksamhet-sou-201584/>
3. Lunds universitet, juridiska fakulteten. Remiss: Organdonation. En livsviktig verksamhet (SOU 2015:84). 29 feb 2016. Dnr V 2015/1984. [http://www.jur.lu.se/WEB.nsf/\(MenuItemByDocId\)/ID747F47A9FFE-B8ED4C1257F69005244A3/\\$FILE/SOU%202015_84%20Organdonation.%20En%20livsviktig%20verksamhet.pdf](http://www.jur.lu.se/WEB.nsf/(MenuItemByDocId)/ID747F47A9FFE-B8ED4C1257F69005244A3/$FILE/SOU%202015_84%20Organdonation.%20En%20livsviktig%20verksamhet.pdf)
4. Rachels J. The elements of moral philosophy. 3rd ed. Boston: McGraw-Hill; 1999. p. 3.
5. Socialstyrelsen. Inledande och avbrytande av intensivvårdsbehandling av patienter som är potentiella organdonatorer [brev]. Juli 2007. Dnr 50-6646/2007.

SUMMARY

Swedish white paper on donation can give more donors without compromising ethics

The White Paper on organ donation (SOU 2015:84) proposes new regulations for organ donation. In particular it spells out that it is permissible to take medical steps to preserve organs while the patient is still alive. It is proposed that this should be allowed after the medical team has declared that the continuation of life sustaining treatment is futile. The white paper opens up for donation after cardiac death. There has been some critique of the white paper for lack of deeper ethical discussions. The ethical issues pertaining to the proposals are discussed in this paper. It is concluded that the proposals are ethically acceptable. The human dignity principle will however demand that the decision to end life sustaining treatment is taken regardless of whether the patient is a possible organ donor or not.