

Kan etisk omprövning ge fler donerade organ?

Hur skall man förfara när anhöriga till en döende patient tar upp frågan om donation av patientens organ? Kan läkaren – om det är känt att den sjuke önskat att bli donator – då vidta åtgärder för att möjliggöra donation, t ex påbörja intensivvård trots patientens dåliga prognos? Frågan är ett exempel på behovet av etisk analys inom transplantationskirurgin.

Karin Olofsson tar upp många viktiga frågor i sitt inlägg »Jakten på organ för transplantation kräver etisk eftertanke» [1]. Den viktigaste frågan är: »Är det etiskt riktigt att påbörja intensivvård av en patient som är döende och utom terapi med det enda syftet att han skall bli organdonator?» Svaret blev: »Nej. Ingen människa får någonsin så länge hon lever utan informerat samtycke användas som medel för en annan.»

En följdfråga blir: »Kan en under livet uttalad vilja att donera organ eller vävnader, dokumenterad på ett donationskort eller i en anmälan till donationsregistret, tjäna som ett *informerat samtycke*?» Karin Olofsson frågar nämligen: »Gäller patientens uttalade önskan på donationskortet etc i denna situation *före* döden? På donationskortet etc har vi ju enbart tagit ställning till om vi vill bli donatorer efter vår död.»

Mot gängse praxis

Att ta upp frågan om donation med de närstående innan patienten är död är som Karin Olofsson påpekar emot gängse praxis. En följdfråga är om hur man skall förfara om de anhöriga själva tar upp frågan, och svaret är enligt Karin Olofsson att »den naturligtvis alltid skall diskuteras och den sjukas inställning klargöras».

Karin Olofssons fallbeskrivning stämmer väl med den fallbeskrivning som vi använde som diskussionsunderlag vid en kurs för donationsansvariga läkare på Lejonalds slott i september 1998 (Faktaruta).

Motsvarande fallbeskrivning i engelsk översättning används på de interna-

tionella kurser i »Transplant Procurement Management», som regelbundet anordnas av Hospital clinic i Barcelona. Fallbeskrivningen leder alltid till en livlig och intressant diskussion.

Olika uppfattningar

Många menar att man omedelbart bör göra allt för att försöka rädda patienten till livet. Man ifrågasätter alltså den medicinska bedömningen. Man föreslår att man omedelbart bör intubera patienten för patientens egen skull. »Så länge det finns liv finns det hopp.» Det faktum att patienten under sin levnad uttalat sig för donation saknar varje betydelse. Om patienten senare avlider under pågående respiratorbehandling kan man då ta upp frågan om donation och först då.

Andra menar att man just av den anledningen att patienten under sin levnad uttalat sig för donation bör vidta åtgärder för att kunna gå patientens vilja till mötes.

Andra åter menar att man inte kan eller skall påbörja intensivvårdsbehandling då den inte är till nytta för patienten, att sådan behandling inte heller kan påbörjas för att patienten skall kunna bli organdonator, då en patient inte kan behandlas av hänsyn till möjliga mottagare av organ och att de anhörigas inställning saknar betydelse – patienten kan inte tjäna som medel för andra patienter.

»Elective ventilation»

Det är framför allt engelsmän som framför den senare uppfattningen. I England har man nämligen under flera år med utgångspunkt i the Exeter protocol diskuterat frågan [2].

Med Exeter protocol eller »elective ventilation» förstås följande: Patienter som är döende på grund av snabbt progresserande intrakraniell blödning överförs till intensivvårdsavdelning för respiratorvård under kortare tid, i avvaktan på att total hjärninfarkt skall utvecklas och med avsikt att organ för transplantation skall kunna tas tillvara.

I England har man diskuterat frågekomplexet och tills vidare upphört med att praktisera »elective ventilation», trots att detta förfaringsätt lett till att

»Det är bra att det finns vårdetiska råd på sjukhus i Sverige som hälso- och sjukvårdspersonalen kan rådfråga i etiska frågeställningar. Ett problem kan emellertid vara att personalen inte alltid är medveten om att man står inför ett etiskt problem som bör diskuteras.»

Författare

HÅKAN GÄBEL

docent i transplantationskirurgi, nationell samordnare av transplantationsfrågor, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet, Stockholm.

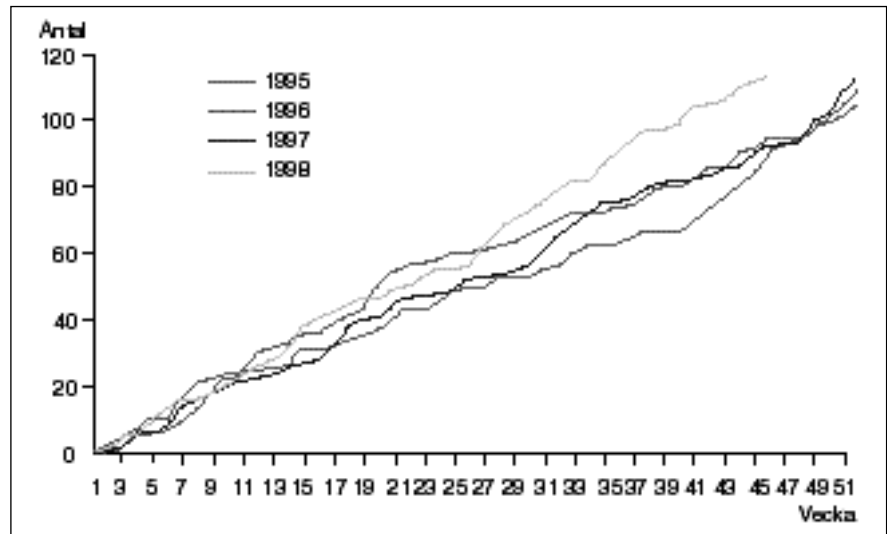
fler organ har kunnat tas tillvara. Det har framförts synpunkter att man borde ändra lagarna i England för att möjliggöra donation från denna typ av patienter [2-4].

Sannolikt vanliga fall

Karin Olofssons artikel visar att fallen där intensivvård inte påbörjas av patienter med desolata intracerebrala blödningar inte är ovanliga. De är tvärtom sannolikt tämligen vanliga. Karin Olofsson skriver att ytterligare två liknande fall inträffat under året i Helsingborg.

Denna kategori av patienter och den behandling de kan komma att få kan vara en av orsakerna till den nedgång av antalet organdonatorer vi har sett på senare år [5] – en trend som nu brutits. Under 1997 tog man tillvara organ från 112 avlidna givare jämfört med 99 år 1996.

För några år sedan – inte så länge sedan – kunde datorundersökningar av hjärnan endast genomföras på vissa sjukhus dit patienter med intrakraniella



Figur 1. Kumulerat antal avlidna organdonatorer i Sverige, 1995 till och med vecka 46 1998.

blödningar remitterades. Inför transporten säkrades luftvägarna med intubation. I de fall då man sedermera med direkta hjärnrelaterade dödsriterier kunde konstatera att patienten alltid kunde frågan om donation tas upp med de närstående av personal som var förtrogen med dessa frågor.

Är bedömningen pålitlig?

Nu kan datorundersökningar av hjärnan genomföras på de flesta sjukhus. Data från dessa undersökningar ligger till grund för bedömning av prognosen. I de fall den bedöms som pessimistisk påbörjas inte respiratorbehandling, och frågan om donation blir därför inte aktuell. Kan man alltid lita på denna prognosbedömning? Händer det att patienter som skulle kunna räddas till livet inte får adekvat behandling?

En arbetsgrupp inom British Transplantation Society som studerade organdonationer i Storbritannien konstaterade att det faktum att man med hjälp av datortomografi vid intrakraniella blödningar – spontant uppträdande eller efter trauma – tidigt kan ställa diagnos och göra en bedömning av prognosen, var en av flera orsaker till att antalet donationer gått ned i England. Gruppen rekommenderade att man åter skulle överväga »elective ventilation» [3].

Jag håller med Karin Olofsson om att transplantationskirurgin kräver ett etiskt medvetande och en etisk dialog. Det är bra att det finns vårdetiska råd på sjukhus i Sverige som hälso- och sjukvårdspersonalen kan rådfråga i etiska frågeställningar. Ett problem kan emellertid vara att personalen inte alltid är medveten om att man står inför ett etiskt problem som bör diskuteras.

Tänkbar omprövning?

Transplantationsverksamheten har i det förgångna lett till att etiska frågeställningar kommit att omprövas [6]. Möjligen kan man i framtiden komma att ompröva behandlingen av de fall som Karin Olofsson beskriver i sin artikel.

I de fall de närstående sedan de informerats om den dåliga prognosen meddelar den behandlande läkaren om den döende patientens positiva inställning till donation kan kanske åtgärder vidtas för att donation skall bli en möjlighet. Det faktum att de själva tar upp frågan antyder att de insett att patienten kommer att dö. Om läkaren däremot tar upp frågan med de närstående innan döden konstaterats finns en uppenbar risk för att förtroendet för vården rubbas.

Referenser

- Olofsson K. Dilemma inför transplantationer: Strävan att finna organ kräver etisk eftertanke. *Läkartidningen* 1998; 95: 5441-2.
- An Ethical debate. *BMJ* 1995; 310: 714-8.
- Briggs JD, Crombie A, Fabre J, Major E, Thorogood J, Veitch PS. Organ donation in the UK: a survey by a British Transplantation Society working party. *Nephrol Dial and Transplant* 1997; 12: 2251-7.
- Ramsey S. UK organ-retrieval scheme deemed illegal. *The Lancet* 1994; 344: 1081
- Gäbel H. Lärdomar från utlandet ökar tillgången på organ. *Läkartidningen* 1997; 94: 3872-4.
- Moore FD. Three ethical revolutions: ancient assumptions remodeled under pressure of transplantation. *Transplant Proc* 1988; 20: 1061-7.

FAKTARUTA

Fallbeskrivning

En 55-årig man insjuknade med plötsligt insättande huvudvärk. Inkommer en halvtimme senare till akutmottagningen på det sjukhus vid vilket du arbetar. Patienten andas adekvat men svarar ej på tilltal.

CT-skalle visar massiv intracerebral blödning. Patienten diskuteras med jourhavande neurokirurg som finner att kirurgisk intervention inte kan komma ifråga.

När du informerar de närstående, hustrun och en vuxen son, om den allvarliga prognosen, meddelar de att patienten ofta diskuterat donation efter döden med dem. Han hade sagt att han ville bli donator när han dog om detta var möjligt.

Vad gör du?

Du meddelar dem att patienten inte kan bli organdonator eftersom han inte kommer att avlida under pågående respiratorbehandling?

Du föreslår att man påbörjar respiratorbehandling när andningen blir insuffisient för att möjliggöra organdonation?

Du meddelar att man kan ta tillvara organ efter inträffat cirkulationsstillstånd, non-heart-beating-donation, och vidtar förberedelser för detta?

Du informerar att man kan ta tillvara vävnader, hornhinnor, hjärtklaffar, hud och benvävnad efter hjärtstillstånd?