

Etiska problem vid organdonation

Det växande gapet mellan behovet av och tillgången på organ för transplantation motiverar en analys av möjligheter att öka tillgången. Nya åtgärder måste falla inom ramen för sedvanliga etiska principer som säkerställer människovärdet hos givare och mottagare.

Författare: JAN-OTTO OTTOSSON
professor emeritus, etiska rådet, Organisationen för organdonation i Mellansverige (OFO).

II Utvecklingen inom transplantationskirurgin har skapat möjligheter för människor att handla altruistiskt och ge liv till andra när deras eget är slut.

Trots att de aktuella kontraindikationerna endast omfattar HIV-infektion och malignitet svarar inte tillgången på organ från döda givare mot behovet, och många som står i kö hinner avlida under väntetiden [1]. Enligt den internationella statistiken har Spanien mer än dubbelt så många donatorer som Sverige i förhållande till antal invånare och avlidna [1, 2]. USA och flera västländer redovisar också högre tal än Sverige. Situationen har inte förbättrats under åren. Det tyder på att det finns möjlighet att öka antalet svenska donatorer.

Eftersom xenotransplantation och användning av stamceller i ett kortare perspektiv inte kan förväntas överbrygga gapet måste man även i fortsättningen huvudsakligen förlita sig till homologa transplantationer [3].

Etiskt råd angående transplantation

Organisationen för organdonation i Mellansverige – OFO – har bildat ett etiskt råd (sammansättning se Fakta 1) vars uppgift är att bistå styrelsen och den verkställande enheten i etiska frågor rörande organ- och vävnadstransplantation och att medverka till att sprida information om donationsfrågor till hälso- och sjukvården och allmänheten. Det etiska rådet har hittills diskuterat fyra möjligheter att minska gapet mellan tillgång och behov. Förslagen utgår från en behovs-solidaritetsprincip med innebörden att donatorer av solidaritet med sina medmänniskor ställer sina organ till förfogande när de själva inte längre behöver dem. En solidarisk inställning förväntas även finnas hos de närstående, så att de inte utnyttjar sin lagliga vetorätt när den dödes inställning är okänd. I övrigt har rådet eftersträvat överensstämmelse med de traditionella vårdetiska

principerna, att göra gott och att minimera skador, respekt för självbestämmande samt rättvisa. I transplantationskirurgin har särskilt framhållits att organtagandet inte får leda till donatorns död (The dead donor rule) [4].

Medicinska insatser även efter döden

Det rör sig här om presumtiva donatorer som konstaterats ha total och oåterkalllig hjärninfarkt och alltså är döda. Enligt tillägg till transplantationslagen [5] får i detta läge medicinska insatser fortsättas, om det behövs för att bevara organ eller annat biologiskt material i avvaktan på transplantation. I första hand handlar det om att andningsfunktionen får upprätthållas med hjälp av respirator [6]. I situationer som hotar att äventyra organens kvalitet bör också akuta åtgärder, som ligger i Transplantationslagens förlängning, sättas in. Om t ex ett hjärtstillestånd inträder bör defibrillering och andra åtgärder vidtas för att åter få igång hjärtverksamheten och därmed säkerställa en optimal kvalitet hos organen. Närstående skall informeras om att åtgärderna inte syftar till att återuppväcka den döda patienten utan att det handlar om att gardera en god organkvalitet för transplantation. Åtgärderna måste ske på ett pietetsfullt sätt och med respekt för den döda kroppen.

Anhöriga har vetorätt vid ovisshet

Från etisk synpunkt bygger handlandet i första hand på principerna att göra gott och inte skada. Utan att det innebär en skada för den nu avlidna patienten kan i bästa fall sex till sju andra människors liv räddas eller förlängas. Två njursjuka kan slippa fortsatt dialysbehandling och leva ett normalt liv. Om patienten genom donationskort, förekomst i donationsregistret eller på annat sätt givit uttryck för sin vilja att donera organ är handlandet också i överensstämmelse med självbestämmandeprincipen. Skulle patienten inte ha uttryckt någon mening i donationsfrågan kan närstående inlägga sitt veto. Alla åtgärder i syfte att säkerställa optimal organkvalitet måste då avbrytas. Det får dock anses vara försvarligt att i av-

vaktan på att närstående givit sin mening till känna vidta sådana åtgärder som måste ske akut om de över huvud taget skall vara meningsfulla.

Elektiv ventilation för god organkvalitet

Begreppet elektiv ventilation avser att intensivvård med respiratorbehandling sätts in till patienter med små utsikter att överleva. Syftet med åtgärden är att få tillgång till organ av god kvalitet när patienten avlidit. I engelsk litteratur kallas förfarandet omväxlande »elective ventilation» och »interventional ventilation». Typfallet är en stor hjärnblödning med hotande inklämning av hjärnstammen. Elektiv ventilation har använts vid Exeters sjukhus med sådan framgång att tillgången på njurar där blev större än på andra ställen i Storbritannien [7]. Förfarandet stöddes av flera läkarorganisationer och etiska grupper och föreslogs bli legaliserat [8]. Efter fyra år förklarades det emellertid olagligt och avbröts därför [9]. I Sverige har olika inställningar redovisats [10-13].

Omdiskuterad åtgärd

Intensivvård med respiratorbehandling av patienter med mycket dålig prognos är i överensstämmelse med godhetsprincipen, eftersom de kan komma att bli organdonatorer och därmed rädda ett antal liv. Det är dessutom inte helt uteslutet att vården kan vara till nytta för patienten själv; prognoser är notoriskt vanskliga, och »så länge det finns liv finns det hopp». Det finns emellertid också risk att skada genom att patienten kan hamna i ett permanent vegetativt tillstånd på grund av delvis bibehållen hjärnstamsfunktion [14, 15]. I Exeter menade man att denna risk minskar om respiratorbehandlingen inte sätts in förrän spontanandningen har upphört; några data som styrker detta presenteras dock inte [7]. Under alla förhållanden är permanent vegetativa tillstånd sällsynta, och skulle de uppstå har man rätt att inte bara underlåta att ge antibiotika vid infektioner utan också att avbryta vätske- och näringstillförsel och andra åtgärder som inte är till nytta för patienten. Närstående bör få tid att inse tillståndets irreversibla natur och det gagnlösa med fortsatt behandling [16].

Vanskligast att säkerställa vid elektiv ventilation är respekten för självbestämmandet. Om en patient genom ett donationskort eller på andra sätt givit uttryck

II Fakta 1

OFOs etiska råd

Erland Aspelin, fd hovrättslagman och ordförande i transplantationsutredningen, Malmö
Erwin Bischofberger, jesuitpater, professor i medicinsk etik, Karolinska institutet, Stockholm
Ulla Feuk, med dr, ordförande för OFOs verkställande enhet, Löwenströmska sjukhuset, sekreterare
Carl-Gustav Groth, professor i transplantationskirurgi, Karolinska institutet, Stockholm
Per Christian Jersild, läkare, författare, sakkunnig i Statens medicinsk etiska råd, Upplands Väsby
Gunilla Myrberg, medicinjournalist, medlem i Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik, Stockholm
Jan-Otto Ottosson, professor emeritus i psykiatri, Göteborg, ordförande
Margareta Sanner, psykolog, docent i socialmedicin, Uppsala
Britt-Marie Ternestedt, sjuksköterska, doktor i medicinsk vetenskap, Ersta Sköndal Högskola, Stockholm
Stellan Welin, docent i teoretisk filosofi, Centrum för forskningsetik, Göteborgs universitet
OFOs transplantationskoordinatorer är adjungerade.

för sin önskan att organen efter döden skall komma andra till godo kan detta med en generös tolkning innebära att han/hon också tillåtit respiratorbehandling före döden. En mer strikt legalistisk tolkning, som i Storbritannien, begränsar däremot åtgärderna till tagande av organ när döden inträtt. Skulle patientens mening i donationsfrågan vara okänd är tillgång till donationsregistret före patientens död inte tillåten enligt Datainspektionen [17]. För att de närstående inte skall få falska förhoppningar bör de informeras om den allvarliga prognosen. De kan förbjuda organtagning men inte hindra att respiratorbehandling inleds. Om man konsekvent lade dessa patienter i respirator skulle man vinna tid för de närstående att inse patientens svåra belägenhet och inte omgående behöva konfronteras med donationsfrågan [12].

Vägning av etiska principer måste ske

Det kan vara rimligt att man försöker tillgodose människors solidaritet och manifesterade vilja att fungera som organdonatorer och ge dem intensivvård om risken att de skall avlida på grund av

svår hjärnskada är stor. Svårare är ställningstagandet när patientens inställning i donationsfrågan är okänd. Enligt principen om förmodat samtycke kan det dock vara försvarligt att även ge dessa patienter intensivvård i motsvarande situationer. När döden har inträtt får de tas ur respiratorn om närstående motsätter sig organtagning. Patienter som uttalat sig mot donation skall inte läggas i respirator.

Pliktetiska argument har också framförts, framför allt Kants regel att man aldrig får använda en människa enbart som ett medel för en annan [10, 13]. Detta är dock något annat än när människor erbjuder sig att handla altruistiskt och bli ett medel och en förutsättning för andras fortsatta liv när deras eget är slut. Det har också framförts att en patient alltid skall behandlas enbart för sin egen skull [10, 13]. Det är visserligen sant att en läkare alltid i första hand skall gagna sin patients intressen, men samtidigt bör läkaren – till följd av den medicinska utvecklingen – ha ett vidare perspektiv. Analoga situationer är när en död gravid kvinna behandlas i syfte att rädda hennes barn eller när döende barn behandlas för att deras föräldrar skall hinna ta avsked av dem.

Resursbrist ger prioriteringsproblem

Ett mer jordnära problem är tillgången på platser på intensivvårdsavdelningarna och hur patienter med ringa utsikt till förbättring skall prioriteras i förhållande till sådana som sannolikt kan dra nytta av intensivvårdens resurser. Det är önskvärt att intensivvårdens resurser förstärks, så att man inte behöver hamna i svåra prioriteringssituationer på grund av utvecklingen inom transplantationskirurgin. Den långsiktiga vinsten i form av minskade kostnader för dialys måste ses i relation till engångskostnaden för njurtransplantation. Skilda kostnadsställen för dessa verksamheter bör inte vara ett hinder mot övergripande analyser och överföring av resurser.

Legala aspekter

En författningsändring med innebörden att vårdansvariga skall ha rätt att gå in i donationsregistret innan döden har inträtt skulle underlätta identifieringen av patienter som har en positiv inställning till donation men inte på annat sätt givit denna till känna. Det finns dock risk att detta skulle minska allmänhetens förtroende för donationsverksamheten och därför verka kontraproduktivt. Informationsvinster blir dessutom inte stora, eftersom endast knappt 15 procent av befolkningen förekommer i donationsregistret [19]. Om elektiv ventilation blev accepterad kunde man – för

att uppnå juridisk oantastlighet – överväga ett tillägg på donationskortet och i donationsregistret med innebörden att patienten tillåter intensivvård före döden för att möjliggöra organtagning efter döden. Det är dock möjligt att detta blir så svårt att formulera på ett för gemene man begripligt sätt att det motverkar sitt syfte.

Människovärdet respekteras

De två grupperna anencefala barn och personer med permanenta vegetativa tillstånd har det gemensamt att utsikten för överlevnad är starkt begränsad även när livsuppehållande behandling sätts in. Att låta dem fungera som donatorer skulle innebära brist på respekt för människovärdet och ett brott mot Kants princip. Enda undantaget är de fall av permanenta vegetativa tillstånd där vederbörande tidigare gett tillstånd till att organ utnyttjas. Etiska rådet anser att respekten för människovärdet och Kants princip i dessa fall väger tyngst.

Asystoliska patienter möjliga donatorer

Patienter med irreversibelt hjärtstillestånd används som givare i USA och i flera länder på kontinenten (»asystolic« eller »non-heart-beating donors«). De betraktas som potentiella givare om hjärtstilleståndet obehandlat har varat kortare än 30 minuter. Tiden 2 till 10 minuter för hjärt- och andningsstillestånd har samtidigt angivits som tillräckligt lång för att »hjärndöd« skall ha inträtt. Sedan ett hjärt-lungräddningsteam förklarat att patienten är död, sätts hjärtmassage och konstgjord andning in på nytt, de närstående meddelas att patienten avlidit, och donationsfrågan tas upp. Om patienten varit positiv till organdonation eller anhöriga inte har invändningar injiceras kylvätska i cirkulationen i organbevarande syfte. Hos en del asystoliska donatorer kan ischemiska förändringar ha uppkommit som gjort organen odugliga för transplantation. Förutsatt att tiden för »kall ischemi« inte överskridit 38 timmar har dock asystoliska donatorer givit lika goda resultat vid njurtransplantation som när donatorerna haft full genombloodning fram till organtagandet [19]. Vinsten med asystoliska donatorer är att man vid sidan av intrakraniella blödningar och skallskador kan utnyttja patienter som avlidit till följd av hjärtsjukdomar.

De etiska aspekterna är i princip som vid elektiv ventilation. Det gäller framför allt att de närstående hålls informerade så att organbevarande åtgärder inte missuppfattas som livräddande. Eftersom ischemiskador på organen måste minimeras blir tiden mellan dödsbudet och sonderingen av de närståendes in-

ställning till organdonation kort, vilket försvårar för dem att fatta väl övervägda beslut. Det väsentliga skälet mot asystoliska donatorer är emellertid att en människas kan förklaras död först när hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort. Användning av indirekta dödsriterier i form av hjärt- och andningsstillestånd under kortare tid än 20 minuter gör att man inte med säkerhet kan fastställa att döden har inträtt [20]. Socialstyrelsen kräver 20 minuter [6], vilket visserligen är ett säkert indirekt dödsriterium men innebär samtidigt att organen blir otjänliga för transplantation. Funktionsdugligheten hos lungorna kan bli tillfredsställande om de kyls ner innan de tas ut [21].

Referenser

1. Gäbel H. Växande köer för transplantation i Sverige. Lärdomar från utlandet ökar tillgången på organ. *Läkartidningen* 1997; 94: 3872-4.
2. Statistiska centralbyrån. Organ and tissues 1999; 2: No 2.
3. Welin S. Stramare regler för xenotransplantation föreslås i ny rapport: Risken för allvarlig smitta kan inte uteslutas. *Läkartidningen* 2000; 97: 1926-8.
4. Robertson JA. The dead donor rule. *Hastings Cent Rep* 1999; 29: 6-14.
5. Lag om ändring i lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död. SFS 1995:833.
6. Socialstyrelsen. Ändring i SOSFS 1987:32 om tillämpning av lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död. SOSFS 1996:5 (M).
7. Riad H, Nicolls A, Neuberger J, Willatts SM, Sells RA, Jones MA et al. An ethical debate. *BMJ* 1995; 310: 714-8.
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 Transplant* 1997; 12: 2251-7.

9. Ramsay S. UK organ-retrieval scheme deemed illegal. *Lancet* 1994; 344: 1081.
10. Olofsson K. Dilemma inför transplantationer: Strävan att finna organ kräver etisk eftertanke. *Läkartidningen* 1998; 95: 5441-2.
11. Gäbel H. Kan etisk omprövning ge fler donerade organ? *Läkartidningen* 1998; 95: 5598-9.
12. Welin S. Ge anhöriga tid för beslut om organdonation. *Läkartidningen* 1999; 96: 450.
13. Olofsson K. Varje människa skall behandlas enbart för sin egen skull. *Läkartidningen* 1999; 96: 450-1.
14. Williams SM. Ethics and elective ventilation. *Br J Hosp Med* 1994; 51: 554.
15. Wade DT, Johnston C. The permanent vegetative state: practical guidance on diagnosis and treatment. *BMJ* 2000; 319: 841-4.
16. Ottosson JO. En värdig död. Ur värden i vården. Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik 1988-1993. *Svensk Medicin* 1996; 53: 8-37.
17. Socialstyrelsen. Organ- och vävnadstagning för transplantation eller för annat medicinskt ändamål. Föreskrifter och allmänna råd. SOSFS 1997:4 (M).
18. Gäbel H, Rehnqvist N, Eriksson B. 1,4 miljoner svenskar i donationsregistret. Fortfarande registrerar sig ett par tusen i månaden. *Läkartidningen* 1997; 94: 2105-8.
19. Wijnen RMH, Booster MH, Stebenitsky BM, de Boer J, Heineman E, Kootstra G. Outcome of transplantation of non-heart-beating donor kidneys. *Lancet* 1995; 345: 1067-70.
20. Yougner SJ, Arnold RM, DeVita MA. When is »dead«? *Hastings Cent Rep* 1999; 29: 14-21.
21. Wierup P, Andersen C, Janciauskas D, Bollys R, Sjöberg T, Steen S. Bronchial healing, lung parenchymal histology, and blood gases one month after transplantation of lungs topically cooled for 2 hours in the non-heart-beating donor. *J Heart Lung Transplant* 2000; 19: 270-6.

I KORTHET

Åtgärder som optimerar organens kvalitet innefattande defibrillering vid hjärtstillestånd hos en avlidne presumtiv givare är knappast kontroversiella förutsatt att självbestämmandet respekteras och att de närstående informeras om syftet och har möjlighet att inlägga sitt veto om den avlidnes uppfattning är okänd.

Under samma förutsättningar är det försvarligt att intensivvård sätts på patienter med så dålig prognos att de normalt inte skulle ha flyttats till intensivvårdsavdelning (»elektiv ventilation«).

Asystoliska donatorer kan användas som organdonatorer om hjärtstilleståndet varat tillräckligt länge för att tjäna som dödsriterium och organens kvalitet har optimerats genom nedkylning före uttagandet.

Att använda anencefala barn och patienter i permanent vegetativt tillstånd som donatorer strider mot den kantska pliktetiken att en människa aldrig får vara enbart ett medel för en annan.

En etisk analys måste föregå varje ändring av praxis vid organdonation.

Särtryck Läkartidningen

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Priset är 55 kr.

Enligt min erfarenhet



Beställer härmed ex
av "Enligt min erfarenhet"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till LAKARTIDNINGEN
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker