

En etiskt trovärdig intensivvård värnar den terminalt sjuka patienten

En etisk konflikt kan uppstå i valet mellan att värna om den aktuella patientens bästa och att tillfredsställa behovet hos andra patienter med behov av organ för transplantation. I det valet anser vi att den ansvarige intensivvårdsläkarens etiska och medicinska ansvar i första hand gäller den terminalt sjuka intensivvårdspatienten. Detta primära ansvar måste vara överordnat det allmänna moraliska ansvaret för andra patienter i behov av organ för transplantation.

DAG LUNDBERG
professor, anesthesi- och intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset i Lund
dag.lundberg@anest.lu.se

KELD BRODERSEN
överläkare, intensivvårdschef, Central-sjukhuset, Kristianstad

GÖRAN HERMERÉN
professor, avdelningen för medicinsk etik, Lunds universitet

ANDREAS HVARFNER
med dr, intensivvårdschef, anesthesi- och intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset i Lund

TORE NILSTUN
professor, avdelningen för medicinsk etik, Lunds universitet

EVA RANKLEV-TWETMAN
docent, verksamhetschef, anesthesi- och intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset i Lund

BERTIL ROMNER
docent, intensivvårdschef, Neurokirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

BENGT ROTH
med dr, ställföreträdande verksamhetschef, anesthesi- och intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset i Lund

■ Det skriande behovet av organ för transplantation – främst njurar, hjärta, lungor, lever – diskuteras flitigt i massmedierna.

Förtroendet för sjukvården kan rubbas

I debatten har det föreslagits att med fler vårdplatser skulle fler döende patienter kunna vårdas längre tid i respirator och fler organ räddas för transplantation. Med andra ord: Genom en förlängd respiratorbehandling, som inte längre kan rädda patienten till livet, skulle patienten kunna »leva tills hjärndöd inträtt« och donation enligt lagen skulle kunna ske. Detta kan missuppfattas av allmänheten

och allvarligt rubba förtroendet för intensivvården.

Bakgrund

Oftast kan modern intensivvård rädda liv och bevara hälsa, medan fortsatta intensivvårdsinsatser i andra fall enbart kan orsaka lidande och i värsta fall förlänga en dödsprocess. Trots intensivvårdens effektiva metoder avlider mellan 10 och 20 procent av patienterna under vårdtiden på en allmän intensivvårdsavdelning i Sverige. Hos 80–90 procent av dem som avlider har livsuppehållande behandling i någon form bedömts vara medicinskt utsiktslös, och har därför begränsats [1].

Det innebär att man exempelvis avstår från att sätta in respiratorbehandling eller avvecklar sådan behandling för att undvika en förlängd och smärtsam dödsprocess och minska lidandet för patient och anhöriga. Detta är en ytterligt viktig process som kräver absolut fokusering på patientens bästa och stora kunskaper om behandling av smärta, ångest och andra obehag.

Etisk konflikt

Intensivvårdens primära mål är att hjälpa svårt sjuka människor att återfå hälsa och kunna återgå till ett liv med acceptabel livskvalitet. När målet på grund av obotlig sjukdom inte längre kan nås, ändras syftet med vården från »bot till varje pris« till »minskat lidande till varje pris«. Det är intensivvårdens uppgift att alltid se till den aktuella patientens bästa och enligt den medicinska etikens grundregler maximera det goda och minimera det skadliga.

Detta motiverar av etiska skäl en avveckling av exempelvis medicinskt utsiktslös respiratorbehandling under samtidig intensifierad symtombehandling. Läkarna har emellertid också en etisk skyldighet att identifiera potentiella donatorer bland sina patienter och att sköta dem på ett sätt så att tillgången

på lämpliga organ för transplantation ökar.

Ta ställning för den aktuella patienten

En etisk konflikt kan alltså uppstå i valet mellan att värna om den aktuella patientens bästa och att tillfredsställa behovet hos andra patienter med behov av organ för transplantation. I det valet anser vi att den ansvarige intensivvårdsläkarens etiska och medicinska ansvar i första hand gäller den terminalt sjuka intensivvårdspatienten. Detta primära ansvar måste vara överordnat det allmänna moraliska ansvaret för andra patienter i behov av organ för transplantation.

Patienter får inte användas som medel

Det får inte kunna misstänkas att patienter i livets slutskede hålls vid liv med intensivvård under fortsatt lidande för att »hinna bli hjärndöda« och därmed lämpliga donatorer. Än mindre att intensivvård inleds eller trappas upp av det skälet. Det skulle innebära att somliga patienter enbart används som medel för andra, vilket allvarligt skulle kunna minska allmänhetens förtroende för intensivvården.

Tännsjö [2] har också påpekat att ett sådant beteende skulle kunna ödelägga förtroendet för både transplantationsverksamheten och sjukvården i största allmänhet. Ett renodlat och snävt utilitaristiskt resonemang, som utgår från att det gäller att maximera nyttan (mätt i antalet räddade liv), skulle kunna motivera att man vårdar en patient i respirator för att få ett stort antal organ med optimal kvalitet från denna patient. Därmed skulle flera patienter kunna räddas eller hjälpas.

Men sådana resonemang bortser från andra viktiga aspekter, t ex hur relationen läkare–patient påverkas eller förtroendet mellan läkare, patient och anhöriga. Man kan lätt hamna på ett sluttande plan om man öppnar dörren på glänt och ger klartecken för att behandla patienter på vissa sätt – enbart för andra patienters skull [3]. Döende intensivvårdspatienter och deras anhöriga har en oinskränkt rätt att förvänta sig en vård som är fokuserad på deras eget bästa.

Problemet störst i neurointensivvård

I praktiken är problemet, kvantitativt sett, inte stort för patienter i allmän intensivvård, eftersom de oftast dör i sk multipel organsvikt med allvarligt ska-

dade organ som inte duger för transplantation. Problemet är mer aktuellt för patienter i neurointensivvård som ofta har en isolerad och obotlig hjärnskada. Men även här kan det vara etiskt fel att respiratorbehandla patienter i terminalt skede, som inte är hjärndöda, i syfte att få fram fler organdonatorer. Det är nämli-

gen alltid oetiskt att belasta patienter som inte är hjärndöda med potentiellt smärtsam intensivvård som de inte själva gagnas av.

Referenser

1. Sjökvist P. The decision to limit life support. Attitudes among intensive care profes-

sionals and the general public [dissertation]. Lund: Lunds universitet; 1999.

2. Tännjö T. Etiska aspekter. I: Johnsson C, Tufvesson G, redaktörer. Transplantation. Stockholm: Studentlitteratur; 2001. p. 115-23.
3. Olofsson K. Varje människa skall behandlas enbart för sin egen skull. Läkartidningen 1999;96:450-1.

Kommentar från Socialstyrelsen:

Bra om anesthesiologerna tog större ansvar

Det skulle säkert vara bra om landets anesthesiologer tog ett större ansvar när det gäller att ta tillvara organ och vävnader för transplantationsändamål. Det är de som vårdar de tänkbara donatorerna och det är de som informerar de närstående om möjligheten till donation.

NINA REHNQVIST
överdirektör, Socialstyrelsen

HÅKAN GÄBEL
sakkunnig i transplantationsfrågor,
Socialstyrelsen
Hakan.Gabel@sos.se

■ Det är bra att frågan om intensivvårdens roll när det gäller organ- och vävnadsdonation nu åter tas upp i Läkartidningen. Det är rätt att bristen på organ för transplantation diskuteras flitigt i massmedierna – just nu mer än på länge med utgångspunkt i ett reportage i Dagens Nyheter den 2 januari 2003. Det är riktigt att det också framhållits i debatten att bättre resurser och fler vårdplatser på intensivvårdsavdelningarna skulle kunna förbättra tillgången på transplantat.

Men frågan om en patient kan vårdas inte för sin egen skull utan för att kunna bli organdonator, på det sätt som Dag Lundberg och medförfattare beskriver, förefaller inte ha tagits upp i den aktuella mediediskussionen. Frågan behandlades i Läkartidningen i slutet av 1990-talet [1-4]. Att den fortfarande är aktuell illustreras av att Dag Lundberg och medförfattare nu tar upp den igen. De framhåller att frågan är mest aktuell på neurokirurgiska intensivvårdsavdelningar.

Självklart skall behandlingen på alla intensivvårdsavdelningar vara sådan att man undviker en förlängd och smärtsam dödsprocess. Vi är övertygade om att man kan hantera detta på ett sådant sätt att man inte kränker patienternas värdighet, om resurser i form av personal och platser finns. Behandlingen skall också ske med respekt för patientens önskan vad gäller ja eller nej till donation.

Etiskt dilemma

Det finns exempel på att personalen vid intensivvårdsavdelningar hamnar i ett

dilemma där man måste bereda plats för en ny patient när en tänkbar donator avlidit och det ännu inte är utrett om donation kan äga rum. I sådana sammanhang kan mer resurser och fler vårdplatser i intensivvården direkt påverka tillgången på organ.

Omhändertagande av de anhöriga

Bättre resurser och fler vårdplatser på intensivvårdsavdelningarna skulle också kunna förbättra tillgången på organ för transplantationsändamål genom ett bättre omhändertagande av de närstående vid ett inträffat dödsfall. Då skulle man kunna minska andelen nej till donation från de närstående. Enligt uppgifter från transplantationsenheterna säger de närstående nej i 50 procent av fallen då organdonation från en medicinskt och åldersmässigt lämplig donator diskuteras.

De anhöriga behöver tid, vilket Welin påpekar [3], för att acceptera det plötsliga och oväntade dödsfallet. De behöver dessutom tid att sätta sig in i vad den avlidna tyckte. För de inte rådrum riskerar det att bli nej till donation.

Ligger det något i det som Maria Kock Redfors skriver i sin bok – »att bristen på organ är förorsakad av oss läkare»? [5, 6]. Är det en annorlunda syn som finns i intensivvården på de etiska och praktiska frågorna som gör att vi har så få donatorer jämfört med andra länder?

Reglerna

När det gäller hur donationsverksamheten praktiskt kan bedrivas hänvisas till SOSFS 1997:4:

»3 Organisation m.m,
I skyldigheterna enligt 3 och 18 §§ HSL ett erbjuda medborgarna en god hälso- och sjukvård ingår också att planera och organisera vården så att

detta krav kan tillgodoses. Transplantationsverksamheten ingår här som en naturlig del. Det är därför en uppgift för alla enheter inom hälso- och sjukvården att aktivt medverka till att organ och vävnader kan tas till vara även om enheten inte själv svarar för transplantation till en patient. Det är vidare angeläget att de sjukvårdshuvudmän som anges i 3 § HSL och i förekommande fall andra vårdgivare vid resursfördelningen ser till att berörda enheter bereds möjlighet att genomföra verksamheten. Det bör vidare vara en naturlig uppgift för hälso- och sjukvårdspersonalen att ta upp frågan om donation med patienterna och deras närstående när det är lämpligt.«

Talar för patienterna

Det skulle säkert vara bra om landets anesthesiologer tog ett större ansvar när det gäller att ta tillvara organ och vävnader för transplantationsändamål. Det är de som vårdar de tänkbara donatorerna och det är de som informerar de närstående om möjligheten till donation. Ansvaret för donationsverksamheten vilar nu tungt på de enheter som transplanterar organ och vävnader. Det kan upplevas som om de talar i egen sak. Det gör de självklart inte – de talar å sina patienters vägnar.

Referenser

1. Olofsson K. Dilemma inför transplantationer: Strävan att finna organ kräver etisk eftertanke. Läkartidningen 1998;95:5441-2.
2. Gäbel H. Kan etisk omprövning ge fler donerade organ? Läkartidningen 1998;95:5598-9.
3. Welin S. Ge anhöriga tid för beslut om organdonation. Läkartidningen 1999;96:450.
4. Olofsson K. Varje människa skall behandlas enbart för sin egen skull. Läkartidningen 1999;96:450-1.
5. Kock-Redfors M. Plötslig oväntad död: att ta hand om anhöriga i akut kris. Sävedalen: Warnes; 2002.
6. Malmström C. Ett bra bemötande ökar viljan att donera. Läkartidningen 2003;100:398-9.