

Potentiell organdonator – ny indikation för intensivvård?

Etiska rådet i OFO (Organisationen för organdonation i Mellansverige) respektive en grupp intensivvårdsläkare och medicinska etiker vid Lunds universitet har redovisat starkt skilda åsikter om intensivvård av »potentiella organdonatorer«. Skillnaderna förefaller vara minst i de fall där en potentiell donator på olika sätt, inte minst till närstående, klart deklarerat sin önskan att om möjligt donera organ efter sin död. Vår syn på den potentielle organdonatorn, på våra roller och vårt förhållningssätt till intensivvårdens etiska frågor tycks vara en mental process, där utveckling och förändringar är fullt möjliga utan att vi ger avkall på grundläggande etiska principer.

INGVAR GUSTAFSON

med dr, f d verksamhetschef, anestesikliniken, Centrallasarettet i Växjö
(ingvar.gustafson@ltkronoberg.se)

■ Några intressanta och nu högaktuella debattinlägg om organdonation har kunnat läsas i Läkartidningen under våren och försommaren [1-4]. Mer specifikt har debattämnet varit vården av »den potentielle organdonatorn«.

En definition av begreppet potentiell organdonator kan vara: Komatös patient med irreversibel cerebral skada som sannolikt kommer att utveckla en total hjärninfarkt innan den terminala cirkulationskollapsen inträder. Detta förutsatt att orsaken till tillståndet (skadan) är känd och att inga exklusionskriterier föreligger.

Vid vårens regionmöte för Södra regionens anesthesi- och intensivvårdsläkare, som hölls i Växjö den 9 maj, ägnades en del av tiden åt ett symposium med pro-con-debatt och med titeln »Är vi på väg att få en ny intensivvårdsindikation – potentiell organdonator?«. Det är viktigt att skilja detta begrepp från »möjlig organdonator« (lämplig eller ej lämplig), som redan är en intensivvårdspatient i respirator med diagnostiserad total hjärninfarkt och utan exklusionskriterier.

Tillgång på organ motsvarar inte behovet

Det grundläggande sjukvårdsproblemet är den tilltagande bristen på organ för donation i Sverige med en nedåtgående trend sedan slutet av 1980-talet (Figur 1). Samtidigt ökar det relativa behovet av organ för transplantation, och i många fall avlider sjuka patienter i väntan på organ. Trenden i Sverige står i kontrast till utvecklingen i vissa andra europeiska

länder, framför allt Spanien (Figur 1), utan att man klart kunnat slå fast orsakssammanhanget.

I en västeuropeisk jämförelse hamnar Sverige faktiskt bland de allra »sämsta« donationsländerna, lägre än våra nordiska grannländer, med 12,1 donatorer per miljon invånare (siffror från 2001), och avsevärt mycket lägre än exempelvis Frankrike (17,8), Italien (17,8), Irland (18,2), Österrike (23,7) och framför allt Spanien (32,5). Tyskland och Storbritannien ligger närmare de svenska siffrorna (13,1).

Enligt flera undersökningar finns i Sverige en diskrepans mellan å ena sidan redovisad positiv inställning i enkätundersökning till donation (87 procent enligt Sifo 2001) och å andra sidan faktiskt ställningstagande som anhörig i den aktuella situationen (cirka 50 procent är då positiva). Betydligt lägre siffror – fastän osäkra – har angetts för innehav av donationskort och ännu lägre för aktiv anmälan till donatinsregister.

Mängden donerade organ kan ökas

En ökning av mängden donerade organ kan teoretiskt åstadkommas på ett flertal olika sätt, bl a:

1. Fler levande donatorer?
2. Fler »marginella« donatorer? (Lägre krav på donerade organs kvalitet.)
3. Xenotransplantationer/stamcells-forskning?
4. Underlätta anmälan till register och på donationskort?
5. Återkommande och bättre kampanjer riktade mot allmänheten?
6. Bättre organisation på sjukhusen?
7. Påverka anhöriga – bättre samtal?
8. »Elektiv ventilation«? (Intensivvård av potentiell organdonator.)

Särskilt de fem senare alternativen är för närvarande föremål för debatt:

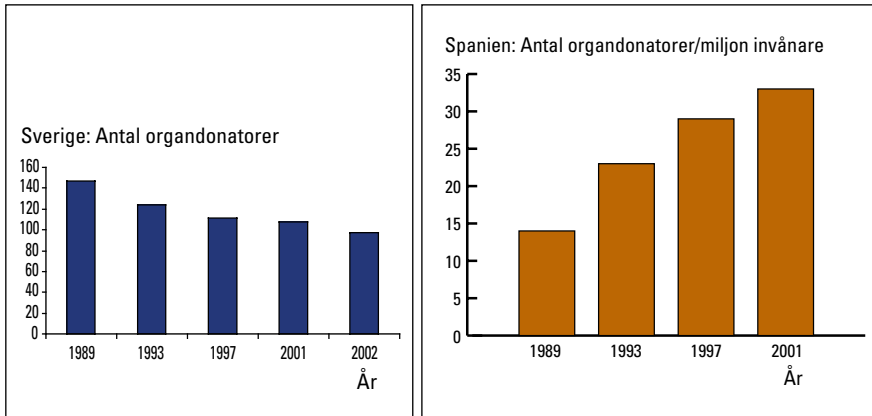
- ad 4. Socialminister Lars Engqvists förslag om obligatoriskt ställningstagande vid ansökan om ID-handling.
- ad 5. En ny »kampanj« riktad till allmänheten från Landstingsförbundet med stöd från Socialstyrelsen m fl har just startat i landet, något som uppskattas av många men långt ifrån alla. (DNs huvudledare 8 januari 2003: »Bortslängda pengar! Det blir ingen levande svensk debatt så länge inte Colin Nutley gör en film«). Främsta målgrupp är den stora del av befolkningen som är positivt inställd men som inte meddelat sin inställning.
- ad 6. Organisationen på sjukhus med nationellt stöd har av somliga framhållits som den stora skillnaden mellan Sverige och Spanien, och en del svenska sjukhus och regioner arbetar nu med den inre organisationen.
- ad 7. Att vi läkare kan genomföra bättre samtal med anhöriga har med skärpa framhållits av anestesologen Maria Kock-Redfors [5], som frankt hävdar att »bristen till en del beror på oss läkare«: »Ett förbättrat omhändertagande av anhöriga i samband med plötslig oväntad död kan sannolikt resultera i fler donerade organ.«
- ad 8. Slutligen har begreppet »elective ventilation«, myntat i Storbritannien i slutet av 1980-talet, åter blivit aktuellt. Under en 6-årsperiod gavs 21 döende patienter i Exeter efter (sic!) inträffad apné respiratorvård för att bli organdonatorer, vilket 19 av dem blev (2 dog i hjärtstopp dessförinnan). Nu används begreppet synonymt med »intensivvård av potentiell organdonator«. Det som avses är att en patient som bedöms vara utom rimlig möjlighet att rädda till livet ändå ges intensivvård med respiratorbehandling för att, i enlighet med tidigare känd önskan (enligt donationskort eller enligt anhöriga), kunna donera sina organ efter dödens inträdande.

Svenskt fall av potentiell donator

Läkartidningens läsare kunde för fem år

ANNONS

ANNONS



Figur 1. Antalet organdonatorer i Sverige visar en nedåtgående trend sedan slutet av 1980-talet (diagrammet till vänster). I en västeuropeisk jämförelse hamnar Sverige bland de »sämsta« donationsländerna, medan Spanien ligger i topp med en kraftigt ökande trend av antalet organdonatorer (till höger).

sedan ta del av nästan samma debatt som nu. Karin Olofsson, överläkare på anestes- och intensivvårdskliniken i Helsingborg, refererade ställningstagandet från henne och lasarettets vårdetiska råd i ett fall med stor intracerebral blödning. Jourhavande medicinläkare önskade få patienten intensivvårdad och respiratorbehandlad för att förhoppningsvis göra patienten till organdonator efter sin död [6]. Narkosjuren vägrade, och etiska rådet sade enhälligt nej till begäran.

Några månader senare [7] ifrågasatte Stellan Welin vid Centrum för forskningsetik i Göteborg, sedermera ledamot av etiska rådet i OFO (Organisationen för organdonation i Mellansverige), detta ställningstagande och förordade ett mera utilitaristiskt synsätt, där han ansåg det vara »rimligt att sätta in medicinska åtgärder även om det inte fanns hopp för patienten; dessa kan nämligen rädda livet på någon annan.«

I Olofssons refererade fall motsatte sig anhöriga donation (det är oklart hur och när de ställdes inför frågan). I sin slutreplik till Welin uttrycker Olofsson: »Jag menar att varje levande människa skall behandlas enbart för sin egen skull.« Intressant är att hon i sin första artikel skriver: »Möjligen skulle anhöriga kunna acceptera intensivvård i väntan på att hjärndöd eventuellt inträffar för att möjliggöra donation om de vet att den sjuke varit mycket aktiv förespråkare för transplantation.«

Helgar ändamålen medlen?

Jan-Otto Ottosson, professor emeritus och ledamot av OFOs etiska råd, analyserade 2001 [5] en rad etiska problem i samband med organdonation, bl a »elektiv ventilation« till den potentielle organdonatorn.

Ottosson berör särskilt respekten för patientens självbestämmande: »Om en

patient genom ett donationskort eller på andra sätt givit uttryck för sin önskan på organen efter döden skall komma andra till godo kan detta *med en generös tolkning* [författarens kursivering] innebära att han/hon också tillåtit respiratorbehandling före döden.«

En lundagrupp (Dag Lundberg och medarbetare) jämför i en debattartikel [1] den humanistiska människosynen (»människan ett mål i sig«) med den naturvetenskapliga (»människan ett objekt för studier/behandling«) och tecknar utilitarismens budskap »största möjliga nytta för största möjliga antalet människor« eller i starkt förenklad form »ändamålet helgar medlen«. I mycket kraftfulla ordalag åläggs intensivvårdsläkaren att ta avstånd från intensivvård av en potentiell organdonator.

Artikeln avslutas med slutsatsen: »Det är ... alltid oetiskt att belasta patienter som inte är hjärndöda med potentiellt smärtsam intensivvård som de inte själva gagnas av.«

Kanske finns en samsyn ändå

Att detta synsätt inte är alldeles okontroversiellt framgår tydligt av ovan redovisade ställningstagande från OFOs etiska råd och belystes också på regionmötet i Växjö (av Peter Desatnik, intensivvårdsläkare i Helsingborg): »... det nuvarande synsättet som tycks dra en skarp gräns vid döden för åtgärder i syfte att möjliggöra donation behöver revideras. Den etiskt relevanta gränsen går i stället vid den punkt då det inte längre finns meningsfulla kurativa åtgärder att vidta i patientens intresse. Då är det etiskt försvarbart att vidta åtgärder i någon annans intresse.«

Min uppfattning är att skillnaderna i synsätt mellan pro- och con-sidan är mindre än vad debatten hittills gett sken av. Framför allt finns sannolikt en sam-

syn, eller åtminstone en likartad syn, i de fall då en svårt sjuk patient, liksom en avliden patient med total hjärninfarkt, till sina anhöriga klart yttrat sin vilja att »efter sin död donera sina organ«. I en sådan situation måste rimligen denna viljeyttring respekteras så långt det är möjligt. Vi torde vara överens om att vård av organdonator ges [Håkan Gäbel, Stockholm, pers medd, 1997]:

- inte för den avlidnes skull,
- men på den avlidnes mandat,
- för mottagarnas räkning.

Kan vård av potentiell organdonator ges av motsvarande skäl? Kanske, och framför allt om »mandatet« kan bedömas vara fast förankrat hos de närstående. I så fall har de nu aktuella aktiviteterna (Landstingsförbundets och Socialstyrelsens kampanj Donationsprojektet) gentemot allmänheten ett tydligt syfte: Att få människor att tala med sina närmaste om hur man vill tänka sig det som man egentligen inte alls vill tänka på – livets slutskede och vad som ska hända med kroppen efter döden.

Som sjukhusprästen och etikdebattören Daniel Brattgård uttryckt det: »Jag har lärt mig att människors motstånd mot donation beror på att vi inte vill tänka på plötslig död för oss själva eller våra anhöriga.«

Anestesiologer måste ta stort ansvar

Säkerligen har de allra flesta intensivvårdsläkare accepterat som en huvudprincip att frågan om organdonation kan tas upp av läkaren först sedan total hjärninfarkt konstaterats. Men är principen allmängiltig? Finns det undantag?

Det är också lätt för oss att bli överens om att varje människa ska behandlas för sin egen skull och inte för någon annans. Men är det allmängiltigt? Finns undantag? Trots avsaknad av nya argument känns debatten idag mer dynamisk än tidigare. Jag tror att vår syn på den potentielle organdonatorn och på våra roller och vårt förhållningssätt till intensivvårdens etiska frågor är en mental process, där utveckling och förändringar är fullt möjliga utan att vi för den skull ger avkall på grundläggande etiska principer.

Man kan naturligtvis som anesthesiolog och intensivvårdsläkare höja ögonbrynen när man läser Socialstyrelsens kommentarer [2] att »det vore bra om anesthesiologerna tog större ansvar« och att »ansvaret för donationsverksamheten vilar nu tungt på transplantationsenheterna«. Självfallet är detta en felaktig bild, och två anesthesiologer har besvarat kommentarerna [3, 4].

Personligen har jag ändå svårt att till alla delar instämma i Kristina Söderlinds

upprördhet som den tar sig uttryck i hennes debattinlägg [4]. Det är ju viktigare att kritik leder till konstruktiv självkritik än bara till mer eller mindre onyanserat försvar.

Det är anesthesiologen Maria Kock-Redfors som skriver [5]: »... organbristen delvis är iatrogen. Med detta menar jag att bristen till en del beror på oss läkare.«

Själv är jag efter många års intensivvårdserfarenhet och långvarigt arbete med organdonationsfrågor övertygad om att dåliga och feltajmade anhörigsamtal kan leda till onödigt många nej från osäkra, chockade och sörjande anhöriga. Dessutom är det säkert så att det finns anesthesiologer som av olika skäl är relativt oengagerade i arbetet och debatten kring organdonationsfrågor. Det är transplantationskirurgerna som genomgående varit pådrivande och starkt engagerade även i den del av verksamheten där anesthesiologer borde ha initiativet.

Frågan är om inte vi anesthesiologer borde ta lite »större ansvar« inte bara i arbetet på IVA, där väl ingen ifrågasätter vår kompetens, utan också i den allmänna debatten – och inte minst i informationen till allmänheten om vikten av personligt ställningstagande till organdonation. Vilka ska annars göra det? Och vilka kan göra det bättre?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Lundberg D, Brodersen K, Hermerén G, Hvarfner A, Nilstun T, Ranklev-Tvetman E, et al. En etiskt trovärdig intensivvård värnar den terminalt sjuka patienten. *Läkartidningen* 2003;100:1358-9.
2. Rehnqvist N, Gäbel H. Bra om anesthesiologerna tog större ansvar. *Läkartidningen* 2003;100:1359.
3. Johansson LÅ. Intensivvården tar donationsfrågan på största allvar. *Läkartidningen* 2003;100:1554.
4. Söderlind K. Beklämmande skylla organbristen på intensivvårdsläkarna. *Läkartidningen* 2003;100:1916.
5. Kock-Redfors M. Plötslig oväntad död: att ta hand om anhöriga i akut kris. *Sävedalen: Warne Förlag; 2002.*
6. Olofsson K. Dilemma inför transplantationer: Strävan att finna organ kräver etisk eftertanke. *Läkartidningen* 1998;95:5441-2.
7. Welin S. Ge anhöriga tid för beslut om organdonation. *Läkartidningen* 1999;96:450.