

Potentiell donator – etiskt trovärdig indikation för intensivvård?

Att aldrig ta upp frågan om organdonation med anhöriga innan patienten har avlidit är i många fall säkert en god regel, men det är en regel som gör intensivvård av potentiell donator omöjlig av etiska skäl. Enligt vår erfarenhet kan man i utvalda fall bryta mot denna regel – i artikeln redovisas två sådana fall. Förhoppningsvis kommer det snart nya rön från forskning och utvecklingsarbete som kan ge oss allmänt accepterade riktlinjer för vård av potentiell donator.

KARIN OLOFSSON

överläkare, anesthesi- och intensivvårdsenheten, Helsingborgs lasarett
karin.olofsson@helsingborgslasarett.se

■ Donation betyder stor gåva. Begreppet »att donera« står normalt för »att ge« och görs frivilligt.

Bristen på organ för transplantation är fortfarande stor i Sverige, och stora ansträngningar görs för att försöka öka tillgången på organ. En debatt om intensivvårdens och intensivvårdsläkarnas roll i detta arbete har under fjolåret förts i Läkartidningen [1-5]. Lundberg och medarbetare [1] framhåller med enfaset och med all rätt att en patient inte får användas som medel. »En etiskt trovärdig intensivvård måste värna den terminalt sjuka patienten.« Det får inte ens mistänkas att patienter i livets slutskede hålls vid liv med intensivvård för att bli möjliga organdonatorer. »Döende intensivvårdspatienter och deras anhöriga har en oinskränkt rätt att förvänta sig en vård som är fokuserad på deras eget bästa.«

Vad menas med potentiell donator?

Men hur ska vi finna fler organ? Kan potentiella donatorer bli möjliga donatorer? Gustafson [5] diskuterar detta och definierar begreppet »potentiell donator«: »Komatos patient med irreversibel cerebral skada som sannolikt kommer att utveckla en total hjärninfarkt innan den terminala cirkulationskollapsen inträder.«

Respiratorbehandling av sådan patient brukar kallas »elektiv ventilation« och förekommer vid intensivvårdsvård i Sverige, och det kanske oftare än vi vill erkänna. Ett typfall utgörs av en patient som behandlas med respirator på grund av svår cerebral skada, t ex stor hjärnblödning, och där tillståndet successivt försämrats. Om en pågående behandling inte längre bedöms meningsfull bör den avbrytas, men i denna situ-

ation kan det förekomma att man låter intensivvårdsbehandlingen fortgå ytterligare en- flera dagar och kanske till och med trappas upp, i väntan på att inklämning ska ske och donation bli möjlig.

En del intensivvårdsläkare upplever detta som ett övergrepp på patienten och ställer sig frågan om det är rätt. Vid diskussion om att påbörja elektiv respiratorbehandling när patient bedöms vara potentiell donator blir det etiska dilemman ännu tydligare. Många intensivvårdsläkare värjer sig mot att starta elektiv ventilation i denna situation, och det har tidigare, bl a i en debattartikel i Läkartidningen 1998, argumenterats emot detta förfaringsätt [6].

Patientens vilja

Om elektiv ventilation inte tillåts blir donation i dessa fall omöjlig. Transplantationsförespråkare brukar framhålla att man därmed inte bara undanhåller möjliga organ för transplantation utan också riskerar gå emot deras vilja som gärna hade donerat. Men naturligtvis är det också så att det motsatta, att starta elektiv ventilation, kan innebära risk för att vi bryter mot patientens vilja, dvs om patienten tillhör den grupp som är emot donation. Och är det säkert att en människa som visserligen kan tänka sig att donera sina organ efter sin död även är villig att som potentiell donator få intensivvård? Hur vet vi att denna respiratorvård inte är plågsam?

Så länge inte alla svenskar är positiva till att donera sina organ efter döden blir elektiv ventilation av potentiell donator inte möjlig, åtminstone inte generellt. Ska elektiv ventilation komma i fråga borde den föregås av ett oavvisligt krav att först ta reda på patientens ställningstagande. Enda sättet är då oftast att fråga närstående. Enligt gällande förordningar kan ju uppgifter i donationsregistret inte efterforskas förrän efter patientens död.

Här finns ett stort problem. Enligt tra-

dition och praxis har det ansetts olämpligt att ta upp frågan om donation med anhöriga innan patienten dödförklarats. Enda undantaget har varit om anhöriga själva tagit upp frågan. Erfarenheten har visat att anhöriga kan ta mycket illa upp om donationsfrågan aktualiseras i förtid. I de fall som redovisades i Läkartidningen 1998 hade anhöriga blivit tillfrågade och också sagt nej till elektiv ventilation [6].

Två fall

Under det senaste året har vi haft två potentiella donatorer som behandlats med elektiv ventilation efter det att närstående tillfrågats om patientens inställning. Sjukhistorierna liknar varandra. Det handlade i båda fallen om en medelålders man som plötsligt och oväntat insjuknade med stor hjärnblödning och där neurokirurgisk åtgärd ej var möjlig.

Efter samtal med anhöriga, där de informerades om att specifika behandlingsmöjligheter saknades och att det inte fanns indikation för intensivvård, ställdes frågan om patientens inställning till donation. Man hade inte specifikt diskuterat den egna inställningen till organdonation inom familjen, men efter inbördes diskussion kom de anhöriga fram till att patienten med all sannolikhet varit positiv. Efter några timmars betänketid var alla familjemedlemmar eniga och accepterade ett dygns intensivvård, med respirator vid behov. Efter några timmar skedde inklämning och donationsoperation kom till stånd, i båda fallen med gott resultat.

Nöjda med ställningstagandet

Anmärkningsvärt är att en av medlemmarna i den ena familjen till en början var mycket negativ till donation och även anmält detta till donationsregistret. Efter upprepade, långa samtal och omfattande information från vår sida samt även diskussioner inom familjen, där en av medlemmarna var aktiv förespråkare för transplantation, kunde de anhöriga enas om en gemensam positiv ståndpunkt. Vid samtal senare har båda familjerna förklarat sig nöjda med sina ställningstaganden. Deras tankar har inte bara kretsat kring donationen utan väl så mycket kring frågor om själva sjukdomen och om hur man ska kunna hantera sin sorg.

Enligt vår erfarenhet kan det alltså i vissa fall vara möjligt att ta upp frågan om donation innan patienten är död. Men

det förutsätter säkert att anhöriga först förstått att patienten är döende och utom terapi samt att de upplever att vi gjort allt som är möjligt. Om de anhöriga dessutom i förväg känner till den sjukas inställning till donation underlättar det oerhört för dem.

Elektiv donation borde kunna accepteras

Med rimlig sannolikhet är elektiv ventilation inte plågsam för den aktuella patienten. I Sverige accepterar vi levande givare för t ex njurtransplantation, under förutsättning att det sker av donatorns egen fria vilja. I analogi med detta borde vi kunna acceptera elektiv ventilation av potentiell donator, men bara om det sker efter patientens medgivande. Hur ska vi få ett sådant medgivande om vi inte kan tala med anhöriga? Kan man ändra reglerna för donationsregistret? Rimligtvis måste även tiden begränsas i de fall inklämning inte sker. I de två fallen som refererats ovan bedömdes ett dygn vara en rimlig tid.

Förtroendet en utgångspunkt

Patienter och deras anhöriga ska kunna lita på att svenska intensivvårdsläkare aldrig utan deras vetskap och tillåtelse ger intensivvårdsbehandling som enbart är till för någon annans skull. Att aldrig ta upp frågan om organdonation med anhöriga innan patienten har avlidit är i många fall säkert en god regel, men det är en regel som gör intensivvård av potentiell donator omöjlig av etiska skäl.

Enligt vår erfarenhet kan man i utvalda fall bryta mot denna regel. Förhoppningsvis kommer det snart nya rön från forskning och utvecklingsarbete som kan ge oss allmänt accepterade riktlinjer för vård av potentiell donator.

*

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 att skylla organbristen på intensivvårdsläkarna. *Läkartidningen* 2003;100:1916.
5. Gustafson I. Potentiell organdonator – ny indikation för intensivvård? *Läkartidningen* 2003;100:3234-7.
6. Olofsson K. Dilemma inför transplantationer: Strävan att finna organ kräver etisk eftertanke. *Läkartidningen* 1998;95:5441-2.

Nedskärningarna får inte utnyttjas för att införa grindvaktssystem

Används den ekonomiska krisen i Stockholms läns landsting för att genomföra ett grindvaktssystem i form av remisskrav till privatläkare? En dold agenda skulle försvåra ansträngningarna mellan sjukvårdens patienter, personal och ledning att komma till rätta med den nuvarande ekonomiska krisen.

CHRISTER SJÖDIN

ordförande i Storstockholms privatläkarförening
sjodin.christer@telia.com

Stockholms läns landsting samlade under åren 1997–2003 på sig ett underskott på den svindlande summan av 13,6 miljarder kr. Till följd av den sviktande ekonomin antog landstinget ett budgetförslag som innebär omfattande besparingskrav på hela sjukvården. Det överordnade målet är att uppnå de kostnadsreduceringar som budgeten anger.

Diskussioner i positiv anda

För att nå målet är ambitionen hos landstingsledningen att minska det totala utbudet av sjukvård i Stockholm. Bland andra åtgärder har man beslutat om krav på remiss till sjukgymnaster vid behandlingsserier på mer än åtta besök. För privatläkarna pågår diskussioner om tillämpningsföreskrifterna; åtminstone är det så vi privatläkare har uppfattat det i våra överläggningar med landstinget.

Trots de svåra ekonomiska omständigheterna har de överläggningar som Stockholms läkarförening, däribland Stockholms privatläkarförening, fört med landstingets politiker och tjänstemän hittills skett i en positiv anda. Vi har uppfattat diskussionerna som ärliga och uppriktiga.

Motiv för att införa grindvaktssystem?

Därför blir jag oroad av Göran Sjönell och Mikael Stolts artikel i *Läkartidningen* 51–52/2003 (sidorna 4326–7). Används den ekonomiska krisen i Stockholm för att genomföra ett grindvaktssystem? En dold agenda skulle försvåra de gemensamma ansträngningarna mellan sjukvårdens patienter, personal och ledning att komma till rätta med den nuvarande krisen. Grindvaktssystemet löser inte heller de akuta ekonomiska problemen i Stockholm. En patient som är oförsäkrad får betala 1400 kronor för ett besök hos husläkaren. Samma besök hos en specialistkompetent privat öronläkare kostar 580 kronor. Den kostnaden

överstiger vida de arvoden som utgår till specialistläkarna. Till det kommer den produktivetskris som Stefan Fölster [1] pekar på i sin debattbok om sjukvården i Sverige. Sjönell och Stolt verkar också vara medvetna om det när de skriver att utan omfattande omorganisation av resurserna kommer remisstvånget inte att ge avsedd effekt.

Patientens fria val

En omfattande omorganisation av sjukvården kräver en egen sjukvårdspolitisk diskussion. I den behöver vi väga in betydelsen av patientens fria val, respekten för individens subjektivitet och professionens möjlighet att kommunicera fritt för att upprätthålla bästa möjliga patientsäkerhet. Betydelsen av de lokala sjukvårdsresurserna och lokala medicinska traditioner behöver också beaktas. Dessutom är en helhetssyn på individen en naturlig del i mötet mellan läkare och patient också inom specialistvården. Det är inte ett privilegium som skall reserveras för husläkarna.

Medborgarna i Stockholm har rätt till en sjukvård som vilar på en stabil ekonomisk grund samtidigt som den tillgodoser deras behov av en solidarisk och rättvis vård. Det har varit vår utgångspunkt samtidigt som vi vill ha en vård och omsorg som också kan hantera relationen mellan stolthet och solidaritet.

Det är inte patienternas fel

Jag menar att den spänningen inte har beaktats i tillräcklig utsträckning. Nedskärningarna som nu planeras kan komma att kränka många patienter. Därför är det viktigt att deras vårdbehov inte nedvärderas och att vårdens personal förmår förklara att uteblivna behandlingar beror på bristande resurser och inte på att patienten söker i onödan.

För att kunna göra det behöver vi kunna lita på varandra och då får det inte finnas dolda planer. Annars kommer nedskärningarna också att kränka vårdens personal när den hindras från att utföra sitt arbete på grund av stelbenta regelverk – vari remisskravet är en del. •