

Ökar risken för oetiskt förfarande om staten betalar njurdonatorer?

Donation av mänskliga organ sker huvudsakligen från patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningar och som avlider i total hjärninfarkt. Det antal patienter som avlider under sådana omständigheter täcker emellertid inte behovet av nya organ. Njurar, som utgör majoriteten av donerade organ, kan även doneras från levande givare, något som i dag är rutiningrepp. Trots detta föreligger det fortfarande stor brist på njurar, och i Iran har man ett statligt reglerat betalsystem för levande njurdonatorer.

Kan detta göras med god etik, bibehållen altruism och utan att donatorer försätts i tvångssituationer, ekonomiska eller sociala? I juni-numret av BMJ fördes en »pro-condebatt« om statligt reglerad betalning till levande njurdonatorer [1].

Pro: Arthur J Matas, professor i kirurgi, framhöll att i ett samhälle med statligt reglerad ersättning kommer tillgången på njurar att öka. Det medför kortare väntetider och därmed snabbare transplantationer för väntande patienter. Mortaliteten är relaterad till väntetiden, så transplantation tidigt i sjukdomsforloppet innebär både höjd livskvalitet och sänkt morbiditet-mortalitet för recipienten. Reglerad ersättning skulle eliminera oseriösa mellanhänder, som skor sig på att förmedla organ från donatorer till recipienter och organuturism [2], oavsett socioekonomisk status har alla som väntar på njurtransplantation samma tillgång. Hälsovårdande myndigheter skulle kunna hålla hög nivå på evaluering av donatorer preoperativt och på långsiktig uppföljning av donatorer och



Foto: Victor de Schwaberg/SPL/IBL

Bristen på njurar för donation kan minska med reglerad statlig ersättning till personer som donerar njurar. Det är den ena ståndpunkten i en BMJ-debatt.

recipienter. Den statligt reglerade ersättningen skulle enligt Matas innehålla ett paket som täcker livförsäkring, sjukförsäkring, resekostnader, sjukskrivningstid och direkt ersättning eller skattereduktion för donatorn [3].

Con: Jeremy Chapman, professor i transplantationsforskning, betonar risken med att ersätta njurdonatorer. I vissa samhällen kan man relatera frekvensen av sålda organ till frekvensen av rättsvidriga handlingar. Han ser risker med att presumtiva donatorer döljer sjukdomar och smittor som kan utgöra hot mot både donatorer och recipienter [4, 5]. Betalning för organ skulle gynna rika patienter som behöver organ. Dessa kan då resa till länder där man för en billig penning köper sina organ. Alternativet är annars att nära anhörig till recipienten tillfrågas som donator [6]. Andra invändningar är att om nu en levande

donator kan få betalt för en donerad njure, kommer då inte en avliden donators anhöriga att vilja ha pengar för donerade organ? Chapman ser idén om att betala för donerat organ som ett hot mot all den altruism som finns vid organ donation, med färre donerade organ som följd.

Transplantation är en framgångsrik medicinsk behandling som ger människor helt ny livskvalitet. Kostnadsersättning i samband med donation är sannolikt okontroversiell och befogad, men att »betala« för organet är en mycket komplex fråga när man väger för och emot. Skulle strikt nationell reglering minska risken för oetiskt förfarande? Var går gränsen mellan altruism, ekonomiska behov och tvång, och är anhörigdonation alltid frivillig?

Peter Desatnik

överläkare, anestesioch intensivvårdsenheten, Helsingborgs lasarett; regionalt donationsansvarig läkare, södra sjukvårdsregionen

1. Should we pay donors to increase the supply of organs for transplantation? BMJ. 2008;336:1342-3.
2. Matas AJ. The case for living kidney sales: rationale, objections and concerns. Am J Transplant. 2004;4:2007-17.
3. Gaston RS, et al. Limiting financial disincentives in live organ donation: a rational solution to the kidney shortage. Am J Transplant. 2006;6:2548-56.
4. Prasad GV, et al. Outcomes of commercial renal transplantation: a Canadian experience. Transplantation. 2006;82:1130-5.
5. Kennedy SE, et al. Outcome of overseas commercial kidney transplantation: an Australian perspective. Med J Aust. 2005;182:224-7.
6. Matas AJ, et al. Payment for living donor (vendor) kidneys: a cost-effectiveness analysis. Am J Transplant. 2004;4:216-21.

Vanligt med angina ett år efter infarkt

Det är vanligt att patienter som haft hjärtinfarkt besväras av angina pectoris ett år efter infarkten. Det visar en amerikansk studie i Archives of Internal Medicine. Författarna har tittat på närmare 2 000 patienter som behandlats för hjärtinfarkt vid 19 olika amerikanska sjukhus. En uppföljning av dessa gjordes ett år efter infarkten, då individerna fick uppge om de besvärades av angina.

Resultatet visar att 20 procent var angindrabbade. Majoriteten hade färre episoder än en per vecka, medan 1,2 procent av infarktpatienterna upplevde an-

gina dagligen. Drygt tre procent av samtliga studiedeltagare upplevde bröstsmärta minst en gång per vecka.

Yngre, de som genomgått bypasskirurgi och européer var överrepresenterade bland patienter med angina. Förekomst av angina redan under tiden då patienten låg på sjukhus för infarkten var korrelerad med ökad risk för angina ett år efter infarkten. Två påverkbara riskfaktorer är rökning och depression, som båda kopplats samman med ökad risk för angina efter infarkt. Författarna konstaterar att riskfaktorerna – depres-

sion, rökning och om patienten haft angina i samband med sjukhusvård för infarkten – är särskilt relevanta att ta ställning till: dels då behandling av depression och motivation till rökstopp kan minska risken för fortsatt angina, dels då riskfaktorerna kan ses som prognostiska markörer för att bättre kunna identifiera riskpatienter.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist
anders.hansen@sciencecap.se

Arch Intern Med. 2008;168(12):1310-6.