

Elektiv ventilation ger fler donerade organ

Etiska, legala och medicinska problem måste lösas och riktlinjer skapas



KRISTINA SÖDERLIND RUTBERG, överläkare, samordnare av donationsverksamheten, Landstinget i Östergötland; Hjärtcentrum, Universitetssjukhuset i Linköping
Kristina.Soderlind.Rutberg@lio.se

DAG LUNDBERG, professor emeritus, anesthesi- och intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset i Lund
Dag.Lundberg@med.lu.se

TÖRE NILSTUN, professor emeritus, medicinsk etik, Biomedicinskt centrum (BMC), Lund
Tore.Nilstun@med.lu.se

Den begränsande faktorn för transplantationsverksamheten är tillgången på organ. Principiellt finns fyra olika vägar som kan leda till ökad organtillgång:

- Identifiera nya grupper av organdonatorer
- Tillse att samtliga möjliga organdonatorer identifieras och att donationsfrågan utreds
- I ökande utsträckning utnyttja organ som inte har fullgod funktion
- Påverka samtyckesfrågan så att fler lämnar samtycke.

I denna översiktsartikel redovisas problematiken kring organdonation efter en föregående period av s k elektiv (icke-terapeutisk) ventilation (EV) (Fakta 1), vilket innebär att en ny grupp organdonatorer skapas.

»The Exeter Protocol« presenteras

Begreppet »elective ventilation« i kontexten organdonation introducerades i en artikel i Lancet 1990 [1]. I denna presenterades ett vårdprogram, »the Exeter protocol«, som syftade till att få fram fler organdonatorer. Tanken var att man genom aktiv intensivvård skulle ge patienter med mycket dålig prognos efter svåra cerebrovaskulära insulter möjlighet att utveckla en total hjärn(stams)infarkt, vilket i sin tur skulle möjliggöra organdonation. Denna patientgrupp hade tidigare inte blivit föremål för intensivvård på grund av mycket dålig prognos.

Genom en retrospektiv analys under 12 månader 1985–1986 identifierades på Royal Devon and Exeter Hospital totalt 8 tänkbara organdonatorer som avlidit på vårdavdelning och således inte kommit ifråga för organdonation. Dessa patienter avled till följd av cerebrovaskulära katastrofer, saknade medicinska kontraindikationer mot organdonation och var yngre än 70 år. Under samma period hade man haft tre organdonatorer på sjukhusets intensivvårdsavdelning (IVA). Sjukhuset saknade neurokirurgisk intensivvårdsavdelning och hade en population på 303 000 i upptagningsområdet.

Den prospektiva studie som gjordes löpte under 19 månader (1988–1989). Inklusionskriterierna var – förutom diagnosen

FAKTA 1. Definitioner

Aktiv elektiv ventilation innebär att en patient med svår hjärnskada där man bedömt att överlevnadsmöjlighet saknas ändå blir föremål för intensivvård som initieras endast för att utveckling av total hjärninfarkt ska bli möjlig och därmed kanske också organdonation.

Passiv elektiv ventilation innebär att en patient med svår hjärnskada som blivit

föremål för intensivvård i livräddande syfte får fortsatt intensivvård (utöver några timmar), även sedan man fastställt att hoppet om överlevnad är ute, men utan att en total hjärninfarkt misstänks vara under utveckling. Målet är också här att utveckling av total hjärninfarkt ska bli möjlig.

Synonyma begrepp är interventionell ventilation och icke-terapeutisk ventilation.

allvarlig cerebrovaskulär insult med snabb symtomprogress – prognosbedömning av en specialist. Potentialen för organdonation bedömdes av en representant för transplantationsverksamheten. Tillgången på intensivvårdsplats säkerställdes. Därefter informerades de närstående om den mycket dåliga prognosen, och frågan om organdonation togs upp. De närstående informerades om att förflyttningen till intensivvårdsavdelning ägde rum endast för att möjliggöra organdonation och att patienten skulle komma att flyttas därifrån om organdonation inte längre var aktuell. Nivån på intensivvården beslutades efter samråd mellan ansvarig specialist och IVA-ansvarig specialist (Fakta 2).

Forskarnas egen beteckning av proceduren var »elective transfer to intensive care unit for ventilation at the time of respiratory arrest for the provision of organs for transplantation« [2].

19 månaders prospektiv engelsk studie

Under studieperioden identifierades 11 patienter som tänkbara organdonatorer. I 2 fall fick man inte samtycke från de närstående för förflyttning till IVA. Av de patienter som vårdades på IVA blev 8 organdonatorer; av dessa avled alla utom 1 inom 1 dygn. Den 9:e patienten avled i pneumoni efter närmare en vecka. Han hade då flyttats till vårdavdelning. Han kom aldrig

SAMMANFATTAT

Elektiv ventilation (EV) (även benämnd interventionell eller icke-terapeutisk intensivvård) introducerades i England i slutet av 1980-talet som ett sätt att få fram fler organdonatorer.

Intensivvårdens mål vid EV är att möjliggöra utveckling av en total hjärninfarkt och därmed eventuellt också organdonation.

Utgångspunkten vid EV är att patienten har en mycket svår hjärnskada, som regel en stor akut, spontan intracerebral blödning, och att prognosen bedöms som mycket dålig.

EV innebär etiska problem, bl a eftersom patienten inte gagnas av intensivvården, utan behandlas i annat syfte.

EV innebär också legala problem, eftersom samtycket till donation av organ/vävnader inte inkluderar EV. Vård som inte gagnar patienten rymms inte heller inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

EV medför medicinska frågeställningar om en total hjärninfarkt inte utvecklas: avgränsning i tid, förändring eller avslutande av intensivvården hör hit.

Om EV tillämpas uppstår också frågor kring intensivvårdens resurser, prioritering och transplantationsverksamhetens omfång jämfört med andra verksamheter.

»Studien visade att antalet organ-donatorer väsentligt ökade genom tillämpning av protokollet.«

att respiratorbehandlas, eftersom hans tillstånd stabiliserades. Samtliga patienter hade cerebrala blödningar.

Under samma period hade man på IVA 10 organ-donatorer som handlades enligt sedan tidigare gällande riktlinjer. Studien visade att antalet organ-donatorer väsentligt ökade genom tillämpning av protokollet. Man redovisade för upptagningsområdet under perioden 37,5 organ-donatorer per miljon invånare och år jämfört med den nationella siffran, som under samma period sjönk från 21,7 till 14,6. Prognosbedömningen föreföll säker – alla patienter avled, dock i ett fall först efter ett utdraget förlopp. Närstående accepterade i hög grad förfarandet. I inget fall utvecklades permanent vegetativt tillstånd (PVS).

I efterhand riktades kritik mot att studieprotokollet i ursprungsstudien inte följdes i 4 av de 9 fall som kom att vårdas på IVA [3]. Förklaringen var bl a mycket snabb klinisk försämring, som ledde till att närstående inte kontaktades eller att specialistbedömning inte gjordes.

Aktiv debatt startar

Forskargruppen har senare redogjort för sina fortsatta erfarenheter efter det att studien avslutats [4]. Man redovisade under 1988–1994 sammanlagt 39 patienter med intracerebral blödning, vilka blev föremål för ställningstagande till EV. Man fick 19 organ-donatorer ur gruppen. Under samma period hade man 37 organ-donatorer av »konventionell« typ. Ingen av patienterna som initialt utvärderades för EV överlevde, ingen som behandlades med EV utvecklade PVS (Tabell I).

Som särskilt värdefullt anförde man att dessa patienter behandlades av specialistläkare, liksom att de närstående fick kvalificerat stöd. De patienter som inte kunde bli föremål för EV behandlades i huvudsak av mindre erfarna läkare och de närstående fick sämre stöd.

I England ägde en aktiv debatt kring EV rum, framför allt under 1990-talet. År 1994 kom situationen att förändras i och med att man fastslog att EV inte var förenlig med den engelska lagstiftningen [5].

Med början 1998 har en debatt kring EV förts i Sverige och även i Norge [6-9]. Det är uppenbart att fenomenet EV medför ett antal medicinetiska, legala och även medicinska frågeställningar. Ämnet intresserar därför också filosofer, etiker och religionsvetare m fl.

Debatten i England

Forskargruppen på Royal Devon and Exeter Hospital i England hade stöd för forskningsprojektet i olika etikkommittéer: Royal College of Physicians, British Transplantation Society, British Medical Association och Royal College of Nursing, men inte från Intensive Care Society [10].

Några kärnfrågor i den engelska debatten redovisas nedan.

Vård som inte gagnar patienten. Förespråkarna menar här att ett starkt försvar för EV är att den döendes vilja att donera organ kan respekteras genom EV; det är att handla i dennes bästa intresse. Dessutom vinner både de patienter som väntar på transplantation och samhället i stort på att EV tillämpas. Mot detta ställs att även andra ändamål, som forskning, kan motivera vård som är meningslös för patientens vidkommande. Andra önskemål som patienten kan ha om vården i livets slutskede efterfrågas inte. Ofta gäller dessa önskemål just

FAKTA 2. Exeterprotokollet

Det finns ingen åldersgräns för organ-donation, patienter >70 år kan vara lämpliga

Kriterier för identifiering av patienter med intrakraniella kärnkatastrofer som potentiella organ-donatorer:

- Typiskt hastigt insjuknande med snabbt utvecklad djup medvetslöshet.
- Successivt sjunkande medvetandegrad.
- Djup medvetslöshet: avsaknad av avvarjningsreaktion på smärtstimuli.
- Intrakraniell kärnkatastrof konfirmerad med datortomografi.

Exklusionskriterier:

- Reversibla orsaker till djup medvetslöshet.

Process – denna handlingsplan måste noggrant följas:

- Underordnad läkare ska diskutera fallet med ansvarig överläkare.
- Överläkaren eller ställföreträdare diskuterar med medlem i transplantations-teamet om patienten är lämplig som organ-donator.

- Om patienten är lämplig, som organ-donator, diskuteras fallet med ansvarig överläkare på IVA.
- Om alla är överens tar ansvarig överläkare eller ställföreträdare kontakt med anhöriga.

Anhörigkontakt – samtalet ska inkludera följande punkter:

- Läkarens uppfattning att det är osannolikt att patienten kommer att klara sig.
- Önskemål om organ-donation.
- Överflyttning till IVA därför att organ-donation kan genomföras där.
- Möjligheten att patienten lämnar IVA och flyttas till vårdavdelning om han/hon inte längre är lämplig som donator.

Handläggning på IVA:

- Nivån på intensivvården diskuteras mellan ansvarig överläkare och överläkaren på IVA.

att slippa utsättas för meningslös livsuppehållande behandling [11]. Patientens intressen kan därför kränkas genom EV [12].

Den döende patientens situation. De som förespråkar EV hävdar att den döende patienten och dennes närstående inte utsätts för någon skada eller något lidande, inte heller blir situationen ovärdig. Å andra sidan finns en risk för utveckling av PVS och för belastning på personal och närstående då EV tillämpas [13, 14].

De närståendes situation. Det är en tröst för de närstående att något gott kommer ut av dödsfallet genom att organ-dona-

TABELL I. Tillämpning av Exeterprotokollet 1988–1994 [4].

Tillämpning	Antal patienter
Patienter med hjärnblödning där elektiv ventilation övervägdes (potentiella organ-donatorer)	39
Ingen IVA-plats tillgänglig	7
Närstående tillfrågade om elektiv ventilation	32
Samtycke inte lämnat	9
Patienter förda till IVA	23
Inget behov av respiratorbehandling (apné utvecklades inte)	2
Elektivt ventilerade	21
Hjärtstillestånd innan test av hjärnstamsdöd påbörjades	2
Organ-donatorer	19
Potentiella organ-donatorer som inte avled	0
Patienter i vegetativt tillstånd	0

tion kanske kan genomföras efter en period av EV. Men situationen är svår: »At a time of grief, it can be very difficult to understand that death is being prolonged rather than prevented ...« [15].

Samtyckesfrågan. Nödvändigheten av ett giltigt samtycke fastslås [16]. Risker av betydelse måste tas upp med de närstående då informerat samtycke ska lämnas. Några anser att närstående inte kan lämna samtycke till EV av flera skäl [12].

Intensivvårdssituationen. Man frågar hur länge EV får fortgå. I ett arbete påpekades att det bara är ett litet steg från att tillåta progress till total hjärnfarkt med hjälp av EV till att aktivt försöka framkalla en sådan utveckling [12]. Och hur hantearas situationen då PVS uppstått?

Ekonomiska argument. EV hade aldrig diskuterats om det funnits ett tillräckligt antal intensivvårdsplatser i England – då hade man erbjudit »routine resuscitation« till det stora flertalet strokepatienter. Andra författare spekulerar i om inte en högre ersättning till intensivvårdsavdelningen för vård av donator helt skulle förändra förhållandena i England [17].

Fabre efterlyser strikta riktlinjer för tillämpning av EV [18, 19]. Han vill ha ett nationellt protokoll och en obligatorisk registrering av patientfall som accepteras för EV. Dessa riktlinjer ska vara »enabling, not prescriptive« – förutsättningarna måste framför allt vara att närstående kan nås för diskussion och samtycke till EV och att EV endast tillämpas efter svår spontan intracerebral blödning och efter bedömning av specialist med hjälp av modern bildteknik. Skälet är att just dessa patienter ytterst sällan utvecklar PVS.

Legala frågor. I debatten påpekades också att vård som inte gagnar patienten är olaglig [20]. Några önskade en lagändring för att möjliggöra EV [21, 22].

Då frågan utreddes juridiskt kom man fram till att vård som inte gagnar patienten är olaglig i England. Detta fastslogs av Department of Health. Närstående får inte ge samtycke till sådan vård, och patienten kan inte heller under sin livstid samtycka till eller kräva vård av sådan karaktär. Inte heller en domstol kan tillstyrka att vård ges som inte är i patientens bästa intresse. Tillämpningen av EV fick därmed upphöra i England.

Debatten i Sverige

Den svenska debatten rör sig kring vissa centrala frågor.

Kan vård som inte gagnar patienten accepteras? Vissa hävdar att sådan vård är acceptabel och att man genom en attitydförändring kan nå acceptans för EV som ny indikation för intensivvård [23, 24]. Andra menar att det är oetiskt att använda patienter som medel för någon annan och att intensivvårdens mål måste vara patientens bästa [25]. Någon manar till försiktighet: det finns skäl att avvakta resultaten av utvärderingar av EV innan denna blir allmän praxis [26].

Den döende patientens situation. Patienten kan utsättas för ett lidande, och det finns en risk (om än liten) för PVS [27]. En annan åsikt är att den »extra« intensivvården inte skadar patienten [28]. I ett senare arbete rekommenderar dock samma författare palliativa åtgärder för att förhindra lidande [29]. En

»Andra menar att det är oetiskt att använda patienter som medel för någon annan ...«

författare ser inget problem med en eventuell utveckling av PVS; värden kan i så fall avbrytas [24].

Tidpunkten. En etiskt viktig tidpunkt definieras av vissa debattörer som den tidpunkt, vid vilken det står klart att patientens prognos är hopplös. Åtgärder i annans intresse bör då få vidtas [29, 30]. Man menar att den tidpunkt då dödsfallet konstateras innebär att det fastställs att patienten har avlidit, men döden har i själva verket inträtt tidigare.

De närståendes situation. Konsekvent intensivvård för dessa fall är till stöd för de närstående som därmed får tid och rådru- rum [29]. De får möjligheter att ta in det faktum att prognosen är hopplös och behöver inte omgående konfronteras med donationsfrågan. Andra menar i stället att den utdragna intensivvården som inte gagnar patienten sker till men för de närstående och utgör en extra belastning [31]. I ett inlägg uttrycks att »döden måste vårdas« [32]. De närstående ska få avgöra frågan om organdonation vid en tidpunkt de själva väljer.

Samtyckesfrågan. Samtyckesfrågan speglar också divergerande uppfattningar: respekten för patientens vilja att donera framhävs av vissa [33], medan andra menar att samtycke till organdonation inte kan anses inkludera EV [34]. En åsikt är att samtycke till donation innebär att EV ska tillämpas [28].

Närståendes vetorätt. Närstående konsulteras om tid finns. Om den döendes vilja är okänd, ska EV alltid påbörjas – då får närstående rådru- rum för att tänka över beslutet om organdonation [28]. Situationen präglas av tidsnöd, vilket ger ett skäl att påbörja behandling utan samtycke från de närstående. Ett annat skäl är antagandet att de flesta är positiva till organdonation [29]. Å andra sidan finns åsikten att kravet på (aktivt) samtycke från de närstående är oavvisligt, men tillfället då samtycket aktualiseras kan diskuteras [34].

Donationsregistret. Donationsregistret borde kunna kontrolleras innan EV inleds, enligt en författare, som också menar att presumerat samtycke är tillräckligt och förordar fler intensivvårdsplatser för dessa patienter. Denne författare föreslår ett tillägg på donationskortet/i Donationsregistret [24]. Även andra diskuterar skälen för att få gå in i Donationsregistret innan patienten är död [34-36].

Tidsavgränsning. Om total hjärnfarkt inte utvecklas, när avbryts intensivvården vid EV? Flera föreslår ett tidsspänn på 24-48 timmar [29, 34].

Dödsbegreppet. Här konstaterar en författare att »om organen blir viktigast kan frågan uppkomma om varför vi måste invänta total hjärnfarkt innan donation kan ske« [27].

Skillnader mellan den engelska och svenska debatten

McNally et al skriver att det redan finns svensk lagstiftning som täcker tillämpningen av EV – »Once it has been established that death has occurred measures may be taken, if appropriate, in order to preserve organs or other biological material pending transplantation ...« – och menar att detta skulle eliminera svårigheterna med EV [37]. Men den citerade skrivningen ur svensk lag utgår ju ifrån att patienten är konstaterat död, vilket inte är fallet då EV inleds.

Rådru- rum. Detta är ett begrepp som ofta förekommit i den svenska debatten, men inte alls i den engelska. »Rådru- rum« används ibland för att beteckna tiden som behövs för att göra en

prognosbedömning (medicinskt rådtrum) [36]; ibland menas i stället den tid för reflexion över frågan om organdonation som anhöriga behöver i anslutning till den närståendes död [29, 33].

Prognos. I flera svenska artiklar anges att prognosen vid svår, spontan intrakraniell blödning är mer positiv än man vanligtvis tror [24, 30]. Detta är skäl nog till att inleda intensivvårdsbehandling även i fall där man tidigare ansett prognosen vara mycket dålig och neurokirurgi inte är indicerad. Denna uppfattning styrks dock inte i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård [38].

I den engelska debatten förefaller de allra flesta övertygade om att prognosbedömningen är mycket säker. Man väljer också ut patientgruppen med stora intrakraniella blödningar och intuberar patienterna sent då andningsstillståndet uppträder för att undvika risken för utveckling av PVS. Syftet är helt klart: att åstadkomma en organdonation. Att patienten skulle överleva till följd av intensivvården bedöms som osannolikt.

Det är värt att notera att forskarna i Exeter själva ansåg att patienten som blev föremål för aktiv EV egentligen var död i det ögonblick respiratorbehandlingen inleddes – det är ju först i efterhand som dödsfallet kan konstateras med hjälp av direkt hjärnrelaterade kriterier [39]. Emellertid diskuterade de även möjligheten av utveckling av PVS i patientgruppen, vilket ju utesluter att patienten varit död då intensivvården inleddes [10, 40].

Samtycke. De närståendes informerade samtycke till EV anses centralt i ett flertal engelska artiklar, medan en del svenska debattörer menar att detta inte är nödvändigt för att inleda EV.

DISKUSSION

Vården gagnar inte patienten – övergripande etiskt problem

Det övergripande etiska problemet vid EV är att vården inte gagnar patienten, utan är meningslös eller möjligen skadlig. Vården ges i syfte att åstadkomma en organdonation som hjälper dem som väntar på transplantation. De möjliga mottagarna av de tillvaratagna organen är viktiga aktörer i den etiska ekvationen med stort intresse av att organdonation kommer till stånd. Deras liv kan räddas; deras livskvalitet kan bli mycket bättre. Den döende patienten blir ett medel för att nå ett gott syfte.

Hur upplever de närstående detta skede i vården: Upplevs det som ett viktigt »rådtrum«, en tid att ta in det som sker? Eller blir det en traumatiserande situation? Förmedlas falskt hopp genom den mycket aktiva vården av den döende [41]? Hur garanteras information till de närstående om den dåliga prognosen och om syftet med EV?

En annan etisk fråga rör den döende patientens autonomi: Vad innefattar ett tidigare givet aktivt samtycke till donation? Vad ryms inom det presumerade samtyckets ram? Kan de närstående för patientens räkning ge ett »utvidgat« samtycke? Hur kan patientens autonomi tillvaratas på bästa sätt då en positiv donationsvilja finns? Om patienten under sin livstid ställt sig negativ till donation, hur säkerställs att EV inte kommer till stånd? Hur säkerställs att även andra önskemål rörande livets slutskede efterfrågas och respekteras [32, 42]?

Andra etiskt präglade frågor rör avvägningen mot andra patienters behov av vård, framför allt intensivvård, i en situation där sådana resurser inte finns för alla. Hur sker prioriteringen, på vilka grunder? Ytterst uppkommer också frågan om utrymme för en viss medicinsk verksamhet (transplantation) i förhållande till andra och avvägningen mellan olika patientgruppers behov. Ekonomiska faktorer blir ett verktyg för prioriteringen; den som finansierar intensivvården för patienter som

»Andra etiskt präglade frågor rör avvägningen mot andra patienters behov av vård, framför allt intensivvård ...«

väljs ut för EV måste också ta ställning till om annan verksamhet då blir underförsörjd.

Legala frågor måste lösas

I England fastslogs att vård som inte gagnar patienten är olaglig. I dag finns inget utrymme i lagar och författningar i Sverige för vård som inte gagnar patienten, eftersom lagstiftaren inte tänkt sig att sådan vård får ges. I några arbeten beskrivs svenska läkares inställning till EV [43] liksom att konceptet redan tillämpas [34, 44] trots frånvaron av lagstöd. Beslutet om EV baseras då på ansvariga läkares (och ibland de närståendes) uppfattning gällande icke-terapeutisk intensivvård.

Samtyckesfrågan är inte löst – rent legalt inkluderar inte ett aktivt eller presumerat samtycke till donation EV. Närstående har heller inte rätt att samtycka till vård som inte hjälper patienten. Sådan vård ges alltså i ett legalt »vakuum«. Hur skulle samtyckesfrågan kunna lösas om EV tillåts i vissa sammanhang? Kan EV hos en patient som klart uttryckt en vilja att donera betraktas såsom varande i hans/hennes bästa intresse?

Enligt gällande praxis i Sverige (baserad på utlåtande från

»Om EV tillåts, accepteras att vård får ges i annat syfte än för patientens bästa. Det är därför en viktig principiell fråga.«

Datainspektionen) får inte Donationsregistret kontrolleras innan patienten konstaterats död.

Ansvarig läkare bör vara den som fattar beslutet om EV om sådan tillåts. Vad skulle krävas för ett sådant beslut?

Andra viktiga legala frågor kring EV rör vårdens innehåll: Kan forskning tillåtas i detta skede av vården (EV)? Och hur är det med avgränsningen i tid: Hur länge skulle EV kunna få fortsätta? Här kan man jämföra med gällande lag och föreskrifter där tiden från fastställd total hjärninfarkt till påbörjat donationsingrepp inte får vara längre än 24 timmar, under vilken tid forskning inte får förekomma [45].

Förtroendet för intensivvården måste bibehållas

Medicinska frågeställningar kan också identifieras. Får intensivvårdens inriktning påverkas så att utvecklingen av en total hjärninfarkt underlättas [12, 42]? Hur hanteras situationen då en total hjärninfarkt inte utvecklas?

Diskussionen i Sverige om EV har på senare år påverkats av önskemål om mer aktiv akutneurologisk vård. Fler patienter med stora, svåra intracerebrala blödningar måste få bättre möjligheter till optimal vård genom tidigt insatt intensivvård till dess prognosen blivit tillfredsställande säkrad [36]. Om prognosbedömningen vid dessa tillstånd är alltför osäker bör man självfallet utreda om fler patienter skulle gagnas av intensivvård [46]. Detta är en uppgift för neuroprofessionen.

Problematiken kring EV rör dock situationen som råder efter det att prognosen bedömts som mycket dålig. Ursprungstanken i originalarbetet om EV är att ett urval av dessa patienter läggs på IVA efter det att det står klart att inga medicinska kontraindikationer föreligger mot organdonation liksom att samtycke till organdonation kan erhållas. Övriga patienter med svåra intracerebrala blödningar och mycket dålig prognos kommer inte att vårdas på IVA, alternativt kommer intensivvården att avbrytas om möjlighet till organdonation saknas.

Om EV tillåts, accepteras att vård får ges i annat syfte än för patientens bästa. Det är därför en viktig principiell fråga. Det finns andra exempel då vård eller medicinska åtgärder inte gagnar den som blir föremål för vården: människor som donerar sin ena njure utsätts för ett ingrepp som inte (fysiskt) gagnar dem, snarare tvärtom. Samtyckets ställning är här mycket stark.

Forskning sker också till gagn för tredje person, ibland utan att de medicinska åtgärderna innebär något värde för försöksperson/patient. Kravet på samtycke är högt ställt, vilket medför att forskning på icke-beslutskapabla, medvetlösa patienter är svår att genomföra. Detta understryker kravet på samtycke för medicinska åtgärder till mycket svårt sjuka patienter som inte vidtas i deras intresse.

Problemställningar som aktualiseras bör formuleras och riktlinjer tillskapas så att förtroendet för intensivvården bibehålls. Godtycke beträffande vårdens innehåll och inriktning hos vissa mycket svårt sjuka patienter bör undvikas [34, 35]. I Norge har Rådet for legeetikk funnit skäl att avråda från EV som klinisk praxis annat än i sällsynta undantagsfall [6, 9].

BMA-protokoll som utgångspunkt för svenskt riktlinjearbete

British Medical Association, som tidigare förhöll sig positiv till EV [47], uttryckte år 2000 att »there are too many ethical and practical difficulties for a change in law to be recommended at the present time« [48]. Men om lagändring kommer att ske i en framtid rekommenderar man ett strikt protokoll med följande innehåll:

- IVA-plats ska alltid i första hand ges till den som har möjlighet att överleva.
- De närstående måste informeras om att patienten inte kommer att överleva, att en viss, liten risk för PVS föreligger och att en synbar förbättring av patienten kliniskt inte innebär att tillståndet är bättre.
- Samtycke för EV måste inhämtas.
- EV får enbart tillämpas på patienter som dör efter en spontan intakraniell blödning som diagnostiserats av specialist med hjälp av modern bildteknik.
- EV får påbörjas först då andningsstillestånd uppträder.
- EV måste tidsbegränsas till några få timmar.
- Registrering måste ske av varje fall så att utfallet noggrant dokumenteras.

BMA:s protokoll är tankeväckande och borde kunna tjäna som utgångspunkt för ett svenskt riktlinjearbete gällande icke-terapeutisk intensivvård med syftet att möjliggöra organdonation.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på lakartidningen.se

REFERENSER

1. Feest TG, Riad HN, Collins CH, Golby MGS, Nicholls AJ, Hamad SN. Protocol for increasing organ donation after cerebrovascular deaths in a district general hospital. *Lancet*. 1990;335:1133-5.
2. Riad H, Nicholls A, Collins C. Elective ventilation is cost effective and humane. *BMJ*. 1995;311:1370.
3. Hotvedt R, Forde R. Oppstart av intensivbehandling kun for å preservere organer for donasjon? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2002;122:2725.
4. Browne A, Gillett G, Tweeddale M. Elective ventilation: reply to Kluge. *Bioethics*. 2000;14(3):248-53.
5. Browne A, Gillett G, Tweeddale M. The ethics of elective (non-therapeutic) ventilation. *Bioethics*. 2000;14(1):42-57.
6. Fabre J. Elective ventilation for organ donation. *Transplant Topics*. 1999;(2):1-5.
7. Shaw AB. Non-therapeutic (elective) ventilation of potential organ donors: the ethical basis for changing the law. *J Med Ethics*. 1996;22(2):72-8.
8. Ottosson JO. Etiska problem vid organdonation. *Läkartidningen*. 2001;98:1544-6.
9. Lundberg D, Brodersen K, Hermerén G, Hvarfner A, Nilstun T, Ranklev-Twetman E, et al. En etiskt trovärdig intensivvård värnar den terminalt sjuka patienten (jämte) Kommentar från Socialstyrelsen: Bra om anestesilogerna tog större ansvar av Nina Rehnqvist, Håkan Gäbel. *Läkartidningen*. 2003;100:1358-9.
10. Welin S, Sanner M, Nydahl A. Etiskt acceptabelt med icke-terapeutisk ventilation av möjlig organdonator. Ger såväl närstående som sjukvårdspersonal råd. *Läkartidningen*. 2005;102:1411-6.
11. Söderlind K. Elektiv ventilation av potentiella donatorer – behov av etisk reflexion och riktlinjer. *Läkartidningen*. 2004;101:1737-8.
12. Söderlind K. Döendet i vår tid – ett etiskt ingenmansland? *Läkartidningen*. 2005;102:1757-8.
13. Söderlind K, Theodorsson A. Hälsoekonomi på liv och död. *Läkartidningen*. 2006;103:901.
14. British Medical Association. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Organdonation21st-number>