

# Intensivvård efter svår hjärnblödning: Bättre överlevnad – fler organdonatorer!

Det finns inte bara fördelar utan också problem med en utvidgad intensivvård till svårt icke-traumatiskt hjärnskadade. Etiska frågeställningar behöver en fortsatt belysning, och dessutom finns betydande resursproblem inom intensivvården. Vi behöver diskutera dessa frågor ingående i den fortsatta debatten om hur sjukvården av hjärnskadade kan förbättras och hur bristen på organ för transplantation ska kunna åtgärdas.



**INGVAR GUSTAFSON**  
med dr, f d verksamhetschef, anestesikliniken, Centrallasaretet i Växjö; samordnare för organdonationsfrågor i Landstinget Kronoberg  
[ingvar.gustafson@telia.com](mailto:ingvar.gustafson@telia.com)

I Läkartidningen 18–19/2005 finns två intressanta artiklar om elektiv eller icke-terapeutisk ventilation av potentiella organdonatorer [1, 2]. Båda diskuterar ett tidigare närmast tabubelagt ämne, nämligen frågan om när organdonation kan tas upp med närstående.

## Tre typfall

I den första artikeln (Nilstun, Desatnik, Lundberg och Olofsson) skisseras tre olika typfall, varav de två sista diskuteras med avseende på om och när sådana samtal bör initieras. Det förefaller som om man efter hand blivit alltmera positiv (eller mindre negativ) till att diskutera donationsfrågan med de närstående när terapeutisk ventilation på IVA inte längre bedöms vara meningsfull utan övergår till att bli elektiv – alltså innan patienten dödförklarats. Kanske mest intressant är författarnas tredje typfall, där en patient initialt »utretts« (min kursivering) och bedöms ha så dålig prognos att han/hon lagts på vårdavdelning »för att avlida«. Här är författarna mindre överens om hur man bör gå till väga.

## Åtgärder som kan gynna andra

Den andra artikeln (Welin, Sanner, Nydahl) redovisar ingen intern oenighet mellan författarna utan de förespråkar här, liksom i tidigare inlägg från OFOs (Organisationen för organdonation i Mellansverige) etiska råd [3, 4], att »när man inte kan göra något kurativt för patienten kan det vara rätt att vidta åtgärder som kan gynna andra«. Att sätta in eller fortsätta intensivvård med respiratorbehandling beskrivs som en tidsbegränsad åtgärd för att skapa rådrum för de när-

stående, dvs tid att ta till sig information och tänka över sitt ställningstagande.

## Attityder och åtgärder

I en svensk attitydundersökning, redovisad som en preliminär rapport på riksstämman 2004, angav 72 procent av de läkare som besvarade enkäten (564 anestesiloger och 80 neurokirurger) att s k elektiv ventilation kan vara etiskt försvarbar, och 68 procent hade själva varit med om att ge sådan behandling till en potentiell organdonator.

En rad olika åtgärder har genomförts eller föreslagits för att komma till rätta med problemet med brist på organ för transplantation. Kampanjen »Livsviktigt« i Landstingsförbundets och Socialstyrelsens med fleras regi har riktat sig främst till allmänheten och ökat anmälningarna till donationsregistret avsevärt. I en färsk Temo-undersökning (januari 2005), där 81 procent angav sig vara positiva till organdonation, hade dock mer än hälften (59 procent) inte meddelat sin inställning till någon, huvudsakligen därför att »det inte hade blivit av«.

I utredningen »Transplantationer räddar liv«, som ledde till att ett nytt Nationellt råd för organ- och vävnadsdonation bildades, togs en del andra riktade insatser upp, t ex påminnelser till allmänheten om ställningstagande i samband med pass- och körkortsansökan eller självdeklaration (hittills inga beslut), men också förbättrad organisation på sjukhus med krav på donationsansvariga läkare och sjuksköterskor (blev beslutat, men finns redan sedan länge på de flesta svenska sjukhus). Stora krav och förväntningar finns nu på vad det nationella rådet kommer att kunna åstadkomma.

## Identifieras alla tänkbare donatorer?

När det gäller identifiering av möjliga organdonatorer på sjukhus är det mångas uppfattning, bl a nyligen framförd av professor Gunnar Tydén i TV4:s programserie »När döden räddar liv«, att vi

idag inte missar att identifiera många tänkbare donatorer, medan däremot sättes att hantera anhörigfrågan (bättre utbildning i anhörigsamtal, särskilda donationskoordinatorer på sjukhusen) kan vara avgörande. Frågan är om detta är hela sanningen.

Från en pilotstudie i Helsingborg inom ramen för »Donor Action«-programmet [5] nämner Desatnik åtta fall av svår hjärnskada där intensivvården sattes ut utan att patienterna blev aktuella för organdonation. I en artikel i Läkartidningen nyligen [6] framhåller Nils H Persson och medarbetare vid transplantationsenheten i Malmö att man i många fall redan på akutmottagningarna väljer att avstå från att ge intensivvård till svårt hjärnskadade och i stället lägger patienterna på vårdavdelning »för att få dö i lugn och ro«.

## Villkor för säker prognos

Samtidigt är det enligt flera neurokirurger och neurologer en alltför vanlig praxis på många akutmottagningar att patienter med hjärnblödningar och medvetandeförlust felaktigt bedöms som icke behandlingsbara och förs till vårdavdelning i stället för att omedelbart intuberas, ventileras och överförs till intensivvårdsavdelning, något som skulle leda till att många fler kunde överleva till ett fortsatt meningsfullt liv.

En någorlunda säker prognos kan sälan göras initialt på akutmottagningen, utan bör i allmänhet alltid göras sedan patienten fått en adekvat och optimal ini-

*Här behöver också andra specialister än de tidigare mest engagerade involveras i debatten, i första hand internt medicinare/neurologer som ... i regel gör den initiala bedömningen av de icke-traumatiskt hjärnskadade ...*

tialbehandling inklusive cirkulatorisk och respiratorisk intensivvård. Man skapar därigenom ett medicinskt rådtrum, där alla möjligheter tas till vara för en optimal vård och en säker medicinsk bedömning. Artikeln av Welin och medarbetare [2] talar också om »en gråzon då det är svårt att bedöma om respiratorbehandling är till nytta för patienten«.

Inom några timmar till något dygn kan som regel prognosen bedömas med betydligt större säkerhet, och det är självfallet så att många patienter, trots intensivvård med eller utan neurokirurgiska ingrepp, inte kan räddas till livet. Bland dessa finns rimligen potentiella organdonatorer, och det förefaller troligt att åtskilliga av dem i verkligheten också skulle kunna bli faktiska donatorer.

#### Aktiv attityd

Med den inställning till »elektiv ventilation« som Sveriges anestesioleger/intensivvårdsläkare och neurokirurger nu redovisat skulle sådana patienter kunna få fullgod intensivvård under en begränsad tid även sedan prognosen bedöms som usel, och efter diagnostik av total hjärninfarkt skulle goda medicinska förutsättningar kunna finnas för organdonation. En sådan aktiv attityd skulle också göra att Nilstuns med fleras »tredje typfall« – där någon (vem?) ska ta ställning till respiratorbehandling av en patient som redan förts till vårdavdelning för att avlida – blir mer teoretiskt än realistiskt.

#### Anhöriga får tid på sig

Den tidsperiod som förflyter på intensivvårdsavdelningen mellan intagningen och dödförklaringen innebär inte bara ett medicinskt rådtrum utan även ett psykologiskt sådant. Anhöriga, som praktiskt taget alltid står i nära personlig kontakt med IVAs personal (läkare, sjuksköterskor och undersköterskor), får tid att ta till sig information om sin närståendes tillstånd och prognos, ställa och få svar på sina frågor och få ett kontinuerligt personligt bemötande, som även inkluderar omhändertagandet i samband med att patienten dödförklaras. Det gör att frågorna om eventuell organdonation kommer att hanteras på ett mer naturligt och mer odramatiskt sätt.

Idag blir det allt vanligare att anhöriga själva tar upp frågan och eventuellt meddelar vad man vet om patientens tidigare kända inställning under samtal redan innan patienten har avlidit. I vissa fall finner intensivvårdsläkare också att det kan falla sig naturligt att under anhörigsamtal i detta skede komma in på ämnet och få reda på patientens inställning. I utvalda fall skulle det enligt min och många uppfattning vara en fördel om

detta kunde bekräftas via tillgång till donationsregistret, något som inte är möjligt utan lagändring.

Det finns inte bara fördelar utan också problem med en utvidgad intensivvård till svårt icke-traumatiskt hjärnskadade. Etiska frågeställningar behöver en fortsatt belysning, och dessutom finns betydande resursproblem inom intensivvården. Främst på regionsjukhusen saknas idag tillräckligt antal intensivvårdsplatser, varför prioriteringsproblem ofta kan uppkomma.

#### Internmedicinare och neurologer

Vi behöver diskutera alla dessa frågor ingående i den fortsatta debatten om hur sjukvården av hjärnskadade kan förbättras och hur bristen på organ för transplantation ska kunna åtgärdas. Här behöver också andra specialister än de tidigare mest engagerade involveras i debatten, i första hand internmedicinare/neurologer som – ofta i samråd med jourhavande anesthesi- och intensivvårdsläkare

– i regel gör den initiala bedömningen av de icke-traumatiskt hjärnskadade på akutmottagningarna och beslutar om vilken vårdnivå som ska bli aktuell. Deras beslut kan vara avgörande såväl för patienternas prognos som för att skapa förutsättningar för ett större antal organdonatorer i Sverige.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

#### Referenser

1. Nilstun T, Desatnik P, Lundberg D, Olofsson K. Organdonation? När får frågan ställas? *Läkartidningen* 2005;102:1407-8.
2. Welin S, Sanner M, Nydahl A. Etiskt acceptabelt med icke-terapeutisk ventilation av möjlig organdonator. *Läkartidningen* 2005;102:1411-6.
3. Welin S. Ge anhöriga tid för beslut om organdonation. *Läkartidningen* 1999;96:450.
4. Ottosson JO. Etiska problem vid organdonation. *Läkartidningen* 2001;99:1544-6.
5. Desatnik P. »Donor Action« – nu aktuellt för Sverige. *Läkartidningen* 2005;102:1417.
6. Persson NH, Karud K, Lundell M, Källén R, Omnell Persson M, Ekberg H. Sverige har potential för organdonatorer. *Läkartidningen* 2005;102:638-41.

## Döendet i vår tid – ett etiskt ingenmansland?

Människan som mål eller medel är den underliggande etiska konflikten vid elektiv ventilation. Kontakten med de anhöriga måste stå i fokus. Med klara besked om den dystra prognosen och syftet med intensivvården kan man nalkas frågan om den döendes inställning till organdonation. Vävnadsdonation kan också vara en möjlighet.



KRISTINA SÖDERLIND  
samordnare av donationsverksamheten i landstinget i Östergötland, överläkare vid Hjärtcentrum, Universitetssjukhuset i Linköping  
*Kristina.Soderlind@lio.se*

Stellan Welin och medförfattare har i sin artikel »Etiskt acceptabelt med icke-terapeutisk ventilation av möjlig organdonator« [1] på ett tydligt och bra sätt definierat begreppet elektiv ventilation liksom dess passiva respektive aktiva form. De föredrar termen icke-terapeutisk ventilation för att klarlägga att respiratorbehandlingen i dessa fall inte sker för patientens skull, utan för att organdonation eventuellt skall kunna genomföras.

#### Engelska erfarenheter

I England har detta prövats inom ramen för Exeterprotokollet, vilket nämns i artikeln – dock utan kommentar om att

verksamheten stoppades därför att den uppfattades som icke i överensstämmelse med lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet: »any tests or treatment 'must be for the patient's benefit'« [2]. Det vore värdefullt i sammanhanget att försöka klarlägga vari skillnaden mellan vår egen lagstiftning och den engelska består. Vår hälso- och sjukvårdslagstiftning syftar till att respektera och stärka patientens och de anhörigas autonomi, delaktighet och inflytande över vård och behandling. Vård som inte gagnar patienten, utan ges i annat syfte eller för andras räkning, kräver egna anvisningar.

#### Mål eller medel?

Att använda människor som medel för att hjälpa andra istället för att se dem som mål i sig är den underliggande etiska konflikten i diskussionen kring icke-terapeutisk ventilation. Welin och medförfattare försöker kringgå detta dilemma genom att utöver det juridiskt defini-