

**Margareta Sanner**, leg psykolog, docent, forskare vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, enheten för hälso- och sjukvårdsforskning, Uppsala universitet [margareta.sanner@pubcare.uu.se](mailto:margareta.sanner@pubcare.uu.se)

**Magnus Rizell**, MD, specialistläkare, Kirurgi och transplantation, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

**Peter Desatnik**, överläkare, anesthesi- och intensivvårdsenheten, Helsingborgs lasarett

**Anders Nydahl**, MD, överläkare, intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset i Örebro

## Hindren för organdonation i intensivvården kan överbryggas

**Identifierade hinder är attityder, etik, resurser och kompetens, visar enkät**

**II** Brist på organ är den viktigaste orsaken till att inte tillräckligt många transplantationer genomförs. Antalet donationer från avlidna per miljon invånare i Sverige är lägre än för flertalet andra länder i Europa. En orsak är allt bättre behandling av svåra skallskador och blödningar, en annan att cirka 40 procent av närstående säger nej till donation när den avlidnas inställning är okänd. Med ett litet antal donationer måste varje potentiell donator uppmärksammas, särskilt som en avlidna patient kan ge organ till sju personer.

För att organdonation skall kunna realiserats krävs att vissa förutsättningar är uppfyllda. En sådan är att den avlidna är medicinskt lämplig som donator och att det finns mottagare för organen. En annan är att det finns möjligheter att vårda dem som kan och vill donera. Detta innebär intensivvård i organbevarande syfte. En tredje förutsättning är att den avlidna tidigare uttryckt sin vilja att donera eller att närstående inte utnyttjar sin legala vetorätt. (Transplantationslagen förutsätter att den avlidna var positiv, men om den avlidnas önskan är okänd kan närstående säga nej till donation.)

Staten har satsat 27 miljoner kronor på en kampanj för att få människor att registrera positiv inställning till organdonation, ett nationellt råd för organdonation har tillsatts och en författningsändring föranstaltar om donationsansvarig läkare på varje sjukhus. Intensivvårdsläkarnas erfarenheter och attityder till organdonation har dock inte belysts men är avgörande för förändringsansatser. Syftet med denna studie är att identifiera hinder för organdonation i intensivvården och skissera försök att överbrygga dessa.

### II Metod

Samtliga verksamma specialister i neurokirurgi (80 personer) och varannan specialist i anesthesiologi (564 personer) i Läkarförbundets matrikel, totalt 644 personer, har kontaktats. En enkät med 30 frågor, baserad på fem frågor i Hospital Attitude Survey [1], en intervjustudie av närstående och intensivvårdsläkare [2] samt kliniska erfarenheter, sändes ut i april 2004 med två påminnelser. För varje inkommet svar utlovades en gåva till Läkare utan gränser på 30 kronor, vilket har verkställts.

Skillnaderna mellan grupperna har beräknats med  $\chi^2$ -analyser. För att minska risken för typ 1-fel har signifikansnivån satts till högst 1 procent, dvs P-värdet är  $\leq 0,01$ . Endast skillnader på denna nivå redovisas. I de fall där skillnader förelig-

### Sammanfattat



Brist på organ för transplantation gör att alla potentiella donatorer måste uppmärksammas. Genom en enkät till anesthesiologer och neurokirurger har hinder för organdonation i intensivvården kartlagts.

Dessa hinder utgörs av läkarnas förhållningssätt vid förfrågan om organdonation (neutralt i stället för donationsinriktat), etisk problematik avseende både patienten och dennas närstående, resursbrist på främst regionsjukhusen samt varierande kompetens vad gäller klinisk diagnostik av total hjärninfarkt

Vart och ett av dessa hinder måste överbryggas för att bristen på organ skall kunna minska. Förslag på åtgärder skisseras. Resultaten kan användas som analysverktyg i den lokala verksamheten och på nationell nivå.

ger mellan t ex sjukhustyper och specialiteter presenteras gruppvärden, i andra fall totalvärden. En explorativ faktoranalys har gjorts för att uppskatta enkätens validitet.

### II Resultat

Totalt inkom 434 svar eller 67 procent; 69 procent av anesthesiologerna och 54 procent av neurokirurgerna svarade. Det interna bortfallet (uteblivna svar på enskilda frågor) var lågt, med medianen 1,6 procent. Två frågor hade dock högt svarsbortfall och gällde hur ofta anhöriga känner till den avlidnas önskan angående organdonation (14 procent) samt hur ofta anhöriga säger nej om de inte känner till den avlidnas önskan (18 procent). Dessa frågor har utslutits i fortsatta analyser och i resultatredovisningen. Faktoranalysen inkluderade 19 frågor. De som exkluderades hade högt internt bortfall eller lågt samband med övriga frågor. Fyra överordnade faktorer extraherades. Deras andel av variationen är ca 25 procent vardera. Dessa faktorer benämns 1) erfarenhet och säkerhet i det

**Tabell I.** Svarandes bakgrund.

	Anestesiologer	Neurokirurger
Ålder, median (medel)/ min-max	50 (54,7)/ 33-67	51 (53,1)/ 38-66
Antal år som specialist, median (medel)/min-max	14 (13,8)/1-35	14 (15,2)/2-34
Andel kvinnor, procent	28	7
Arbetar vid, procent		
länsdelssjukhus	22	-
länssjukhus	35	-
regionsjukhus	43	100

**Tabell II.** Erfarenhet och säkerhet.

	Anestesiologer	Neurokirurger
<b>1. Vårdat patienter som utvecklats total hjärninfarkt under respiratorbehandling, procent; P&lt;0,0001</b>		
Ingen gång	1	-
1-5 ggr	32	-
6-10 ggr	30	2
11-20 ggr	16	12
>20 ggr	21	86
<b>3. Medverkat i förfrågningar om organdonation, procent; P&lt;0,0001</b>		
Ingen gång	5	-
1-5 ggr	42	-
6-10 ggr	30	12
11-20 ggr	12	12
>20 ggr	11	77
<b>4. Litar på klinisk neurologisk diagnostik av total hjärninfarkt, procent; P&lt;0,01</b>		
Ja	71	95
Ja, men inte enbart sådan	26	5
Nej	3	-
<b>5. Föredrar att all diagnostik görs med angiografi, procent; P&lt;0,0001</b>		
Ja	27	7
Nej	55	88
Kan inte svara	18	5

kliniska arbetet; 2) upplevelse av emotionell påfrestning; 3) förhållningssätt vid donationsförfrågan; 4) attityd till arbetet med potentiella donatorer.

### Erfarenhet och säkerhet

Flertalet svarande är erfarna läkare. Neurokirurgerna har mest erfarenhet både av respiratorvård i de aktuella fallen och av förfrågan om organdonation. Oberoende av specialitet finns de mest erfarna läkarna på regionsjukhusen (Tabell I). Diagnostik av total hjärninfarkt anses i viss mån problematisk. Neurokirurgerna har större tilltro till den kliniska undersökningen än anestesiologerna. De som har mest erfarenhet av donatorvård litar oftare på klinisk diagnostik. De osäkra tycker oftare att donationsarbetet mest är betungande (Tabell II).

### Upplevelse av emotionell påfrestning

91 procent uppfattar donationsverksamheten som belönande genom att dödsfallet leder till något positivt och genom att närstående tycks finna viss tröst i donationen (Tabell III). Knappt var tionde menar dock att donationsarbetet mest är betungande. Drygt en fjärdedel anser att det definitivt blir en belastning på anhöriga om donationsfrågan tas upp, och över hälften har avstått från att fråga i emotionellt laddade situationer. Drygt var åttonde anser att respiratorvård inte alltid kan ges utan lidande för patienten, men merparten menar att detta är möjligt. Två tredjedelar inväntar diagnostik av total hjärninfarkt hellre än avvecklar respiratorbehandlingen. De som avbryter behandlingen gör detta främst för att ingen pa-

**Tabell III.** Upplevelse av emotionell påfrestning.

	Totalt, procent
<b>1. Belöningar i donationsverksamheten</b>	
Dödsfallet ledde till något positivt	72
Tröst för familjen att hjälpa någon annan	71
Bekräftar avdelningens kapacitet	18
Mest betungande	9
<b>2. Extra belastning för närstående med donationsfrågan</b>	
Ja	28
Ja, men ganska måttlig	52
Nej	13
Kan inte säga	7
<b>3. Ej tagit upp donationsfrågan i alltför emotionellt laddade situationer</b>	
Ja, ganska ofta	4
Ja, någon enstaka gång	51
Nej	45
<b>4. Respiratorvård av en djupt medvetslös patient kan ges utan lidande</b>	
Ja, absolut	86
Inte alltid	12
Sällan/aldrig	2
<b>5. Väljer hellre att avveckla respiratorbehandling än att invänta diagnostik av total hjärninfarkt</b>	
Ja, oftast	12
Ja, ibland	24
Nej, sällan	41
Aldrig	23
<b>6. Om avveckling av respiratorbehandlingen väljs är det främst för att:</b>	
Ingen patient skall ges en utsiktslös behandling	33
Skona anhöriga från en utdragen process	25
Minska lidandet för patienten	17
Hushålla med en begränsad intensivvårdsresurs	14
Ingen skall vårdas enbart som medel för någon annan	8

tient skall ges utsiktslös behandling, i andra hand för att skona anhöriga från en utdragen process men också för att spara på begränsade intensivvårdsresurser.

### Förfrågan om organdonation

49 procent anger att de förhåller sig neutrala vid förfrågan om donation, dvs de ger närstående information och överläter därefter åt dessa att fatta beslut (Tabell IV). 38 procent har en pro-donationsansats, dvs de försöker genom samtalet skapa förutsättningar för att de närstående skall svara ja. De som har en pro-donationsansats tycker oftare att transplantationslagens förmodade samtycke har underlättat att ta upp frågan, upprepar oftare frågan om de får nej första gången, litar oftare på den kliniska diagnostiken och är oftare positiva till att själva donera organ än de neutrala. 78 procent upprepar sällan/aldrig frågan om de fått nej första gången. De som har mest erfarenhet upprepar frågan oftare än övriga. En tredjedel av läkarna har genomgått EDHEP (en utbildning att möta anhöriga i kris speciellt vid organdonation) [3] eller liknande utbildning. De som gjort detta upplever att donationsfrågan inte belastar anhöriga »mer än måttligt«. De har också större förtroende för den kliniska dödsdiagnostiken. Ytterst få säger nej till egen organdonation, men var femte vill göra undantag för vissa organ eller vävnader eller kan inte ta ställning.

### Arbete med potentiella donatorer

Främst läkarna på regionsjukhusen har varit med om att resursbrist lett till att man inte identifierat möjliga donatorer,

**Tabell IV.** Förhållningssätt vid förfrågan om donation.

<b>1. Förhållningssätt mot närstående vid förfrågan om organdonation</b>			
	Totalt, procent		
Neutral	49		
Pro-donation	38		
Kan inte säga	13		
<b>2. Det förmodade samtycket i transplantationslagen underlättar; P&lt;0,01</b>			
	Anestesiologer	Neurokirurger	Totalt, procent
Ja	41	24	39
Nej	32	55	34
Osäker	27	21	27
<b>3. Brukar nämna det förmodade samtycket i anhörigsamtalet</b>			
	Totalt, procent		
Ja	20		
Nej	64		
Vet ej	16		
<b>4. Upprepat frågan senare om nej vid första förfrågan</b>			
	Totalt, procent		
Ja, oftast	3		
Ja, ibland	19		
Nej, mycket sällan	31		
Aldrig	47		
<b>5. Kan tänka sig att donera organ och vävnad för transplantation efter sin död</b>			
	Totalt, procent		
Ja, allt som kan tas tillvara	79		
Ja, men vill göra undantag för visst organ/vävnad	14		
Nej	1		
Kan inte ta ställning	6		

och det är också framför allt på dessa sjukhus man tror att fler IVA-platser kan ge visst tillskott av donatorer (Tabell V). Tre fjärdedelar anser att elektiv ventilation är etiskt godtagbart, och 90 procent sätter in medicinska åtgärder för att bibehålla organens viabilitet om det inte finns hopp för patienten.

Endast 14 procent vill låta specialiserad personal sköta hela donationsförloppet; 80 procent anser att det är den avlidnas läkare som skall ta upp frågan. Det som skulle underlätta mest i donationsarbetet vore att alla registrerar sin uppfattning om donation och i andra hand att bli avlastad andra uppgifter när en donation aktualiseras.

## II Diskussion

Faktoranalysen visar att enkäten har hög validitet och mäter det vi avsåg att undersöka. Svarefrekvensen på 67 procent är tillfredsställande. Av anesthesiologerna svarade nästan 70 procent, medan neurokirurgernas svarefrekvens, 54 procent, var signifikant lägre. Detta kräver viss försiktighet vid tolkningen av neurokirurgernas svar.

Eftersom antalet potentiella donatorer är litet måste omständigheterna vara desto gynnsammare för att så många donationer som möjligt skall kunna förverkligas. Enligt vår undersökning är förutsättningarna för organdonation bara delvis uppfyllda i intensivvården.

I det följande granskar vi var hindren finns och vad som kan göras. Den första förutsättningen, som nämns i inledningen och som kräver dialog med transplantationskoordinatorerna, är att den avlidna är medicinskt lämplig som organdonator och att det finns mottagare för organen. Detta ligger dock utanför vår undersökning.

### Resursbrist och etiska spänningar

Den andra förutsättningen gäller möjligheten att vårda en donator, fastställa total hjärninfarkt och ge organbevarande vård. Resursbrist kan vara ett hinder, framför allt på vissa regionsjukhus, och man måste här prioritera intensivvårdsresurserna för patienter som kan tänkas överleva. Detta kan innebära att man avslutar respiratorbehandling innan patienten

utvecklat total hjärninfarkt. De regionala skillnaderna i antalet IVA-platser är stora [4].

Att många avslutar behandlingen »i förtid« verkar vara ett minst lika stort hinder som platsbristen, och här anges utöver resurshushållning etiska motiv. Uppfattningen om etisk legitimitet i donationsarbetet varierar starkt, och ofullständig analys av förutsättningarna för den etiska bedömningen verkar vara ett väsentligt hinder för att organdonation skall komma till stånd. Var tionde läkare anser att donationsarbetet är enbart betungande, och etiska spänningar är uppenbarligen en viktig faktor i detta.

Till den etiska problematiken hör ifrågasättandet av elektiv ventilation liksom uppfattningen att ingen patient skall ges utsiktslös behandling eller vårdas som medel för någon annan. I en nyligen publicerad artikel i Läkartidningen görs en analys av argumenten för och emot icke-terapeutisk respiratorbehandling, där svårigheten att prognostisera och vikten av rådrum för anhöriga betonas. Läsaren hänvisas dit [5].

### Problemet lidande

En närliggande problematik är frågan om eventuellt lidande för patient och anhöriga. Åtgärder mot lidande hos patienter som är djupt medvetlösa följer samma principer oavsett om patienten vårdas i kurativt syfte eller i avvaktan på diagnostik för total hjärninfarkt. I bägge fallen finns behov av att göra neurologiska bedömningar, och bedömningen gäller främst val av metod för lindringen och inte huruvida sådan skall ges.

Att anhöriga lider av en längre dödsprocess stämmer endast i extremfallen. Ofta är det tvärtom positivt att familjen gradvis får förbereda sig för dödsfallet. Frågan om organdonation kan behöva övervägas under en längre tid för att familjen skall fatta ett grundat beslut och bör introduceras redan när det står klart att patienten kommer att avlida. För detta finns inga formella hinder. Anhöriga har stor förståelse och acceptans för donationsfrågan även om inte alla svarar ja, och många vill ha tidig information om att ämnet kommer upp [2]. Andra studier visar att den långsiktiga sorgbearbetningen inte påverkas av om donationsfrågan väckts eller inte. Snarare är det omhändertagandet av familjen på avdelningen som är det väsentliga för framtida välbefinnande [6, 7]. Drygt två tredjedelar av läkarna menar att donationen faktiskt kan vara en tröst för familjen.

### Dödsdiagnostiken ifrågasätts

Ifrågasättandet av den kliniska dödsdiagnostiken är ytterligare ett hinder, speciellt då allt färre sjukhus kan genomföra angiografi. Detta gäller speciellt mindre sjukhus. Där finns också de mindre erfarna läkarna, som oftare känner behov av att bekräfta den kliniska diagnostiken med angiografi. Detta kan böttna i en osäkerhet i att endast använda sig själv som instrument i en tvetydig situation och kan antas påverka hur man handlar inför en potentiell donation. Många anesthesiologer är relativt oerfarna vad gäller att vårda de aktuella patienterna och framför allt vad gäller att medverka i förfrågningarna, vilket kan leda till färre positiva svar [8].

### Neutrala läkare ett hinder

Den tredje förutsättningen gäller närståendes svar på donationsfrågan. I en intervjustudie visas att endast anhöriga där läkaren hade en pro-donationsansats gav tillstånd till donation, dvs de utnyttjade inte sin vetorätt om de inte kände till den avlidnas önskan. Det räckte inte att vara neutral [2]. Siminoff och medförfattare redovisar liknande fynd [9]. Endast 38 procent av läkarna i vår studie sade sig ha en pro-donationsansats när de tog upp frågan.

De neutrala läkarna var mera tveksamma till att själva donera organ än de som hade en pro-donationsansats. Det är na-

**Tabell V.** Arbetet med potentiella donatorer.

<b>1. Resursbrist har lett till att patient ej betraktats som potentiell donator, procent; P&lt;0,001</b>				
	Regionsjukhus		Länssjukhus	Länsdelssjukhus
	Anestesiolog	Neurokirurg	Anestesiolog	Anestesiolog
Ja, ofta	2	7	1	–
Ja, enstaka gång	30	38	26	20
Nej	68	55	73	80
<b>2. Fler IVA-platser skulle leda till fler donatorer, procent; P&lt;0,00001</b>				
	Regionsjukhus	Länssjukhus	Länsdelssjukhus	
Ja, absolut	8	8	6	
Endast marginellt	42	28	20	
Nej	44	62	68	
Kan inte ta ställning	6	2	6	
<b>3. Erfarenhet av elektiv ventilation (respiratorbehandling av svårt hjärnskadad patient med syfte att invänta total hjärnfarkt), procent</b>				
	Totalt			
Ja	67			
Nej	33			
<b>4. Elektiv ventilation är etiskt godtagbart, procent</b>				
	Totalt			
Ja	72			
Nej	9			
Kan inte säga	19			
<b>5. Sätter in medicinska åtgärder för att bibehålla organens viabilitet om det ej finns hopp för patienten, procent</b>				
	Totalt			
Ja	90			
Nej	4			
Tveksam	6			
<b>5. Anser att det är den avlidnas läkare som ska ta upp frågan, procent</b>				
	Totalt			
Ja, absolut	79			
Ja, men bra om någon extern sjuksköterska avlastar vården av donatorn	7			
Nej, bättre om speciellt utbildad läkare/sjuksköterska skötte hela donationsförloppet	14			
<b>6. Vad som främst skulle underlätta arbetet med donationer, procent</b>				
	Totalt			
Alla har registrerat sig eller har donationskort	77			
Avlastning av andra uppgifter i samband med donation	76			
Externt team tar över hela donationsförloppet	66			
Tydlig policy vid kliniken	65			

turligtvis svårare att efterfråga något man själv är tveksam till att ge. Transplantationslagens »förmodade samtycke« upplevdes inte som ett stöd för ett aktivt förhållningssätt eller användes som vägledning av de anhöriga som hade att ta ställning.

En läkare med positiv attityd och som upplever Transplantationslagen som ett stöd antas ha lättare att närma sig anhöriga i ett samtal om donation utan att behöva gardera sig. Detta ger familjen möjlighet att avdramatisera sina farhågor och minskar risken för ett förhastat nej. Mot denna bakgrund framstår läkare med neutral ansats som ett hinder för organ donation.

### Vårt förslag till handlingsplan

Vår undersökning visar att det är förhållningssätt vid donationsförfrågan, etisk problematik, varierande kompetens samt resursbrist som utgör hinder för organ donation på intensivvårdsavdelningarna. Dessa resultat kan användas som verktyg vid analys av den lokala verksamheten och på nationell nivå. Vi försöker här nedan skissera hur dessa hinder skulle kunna mötas.

- Varje organ donationstillfälle bör ses som ett inläringstillfälle för den enskilda läkaren. Reflektion över den egna insatsen, hur kontakten med anhöriga utvecklades och vad som var bra respektive dåligt ger möjlighet till förbättring av förhållningssättet. Denna reflektion eller ana-

lys kan göras på egen hand/tillsammans med kolleger/med en konsult.

- Läkare som inte utvecklar en pro-donationsinriktning bör kunna få överlåta donationsfrågan. Det är möjligt att de läkare som tar upp frågan under anspänning och får många nej-svar skulle uppleva lättnad om någon annan tog över. I sådana fall är det viktigt att läkare och anhöriga får tillfälle till en god avslutning av sin relation.
- De etiska frågorna bör analyseras utifrån sina medicinska och psykologiska förutsättningar. I diskussionsavsnittet belyste vi några av dessa. Enligt denna analys är de medicinsk-etiska portalprinciperna om att inte skada och att göra gott inte i konflikt med vården av en potentiell donator, och de närståendes situation behöver inte förvärras av donationsvillkoren.
- Varje fall av konflikt mellan vård av en potentiell donator och en annan patient i behov av intensivvård måste dokumenteras, sammanställas och rapporteras till sjukhusledningen. Intensivvårdsavdelningarnas organisation skall innefatta en handlingsplan för tillfällig resursförstärkning. Donation ställer stora krav på sjukhusens organisation, och redovisning av donationsverksamhet är ett kvalitetsmått, som varje intensivvårdsavdelning bör analysera.
- Omhändertagande av donator och närstående skall ges tillräcklig tid genom att ansvarig intensivvårdsläkare frigörs; i andra hand skall specialiserad extrapersonal sättas in.

- Förbättrad utbildning i diagnostik av total hjärninfarkt bör ges. Kurser i sådan diagnostik bedrivs internationellt och bör få en svensk motsvarighet. Sådan utbildning bör vara obligatorisk i specialistutbildningen. Krav på att sjukhuset har en dokumenterad, tillgänglig kompetens måste ställas på sjukhusledningarna. Alla akutsjukhus skall ha resurser för angiografi eller plan för hur angiografi skall kunna genomföras.
- Dessutom: Ansträngningarna att få allmänheten att ta ställning bör fortsätta. Att den avlidnas inställning till donation är känd anser intensivvårdsläkarna vara den enskilda faktor som mest underlättar arbetet med organdonation.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Wight C, Cohen B, Roels Miranda B. Donor action: A quality assurance program for intensive care units that increases organ donation. *J Intensive Care Med* 2000; 15:104-14.
2. Sanner MA, Wiman HS. Two perspectives on organ donation – the experiences of the donor families and the intensive care doctors of the same event. 7th Congress of International Society for organ donation and procurement 2003 [abstract]. Warsaw, Poland; 2003.
3. Blok GA, van Dalen J, Jager KJ, Ryan M, Wijnen RM, Wight C, et al. The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP): addressing the training needs of doctors and nurses who break bad news, care for the bereaved, and request donation. *Transpl Int* 1999;12(3):161-7.
4. Walther SM, Wickerts CJ. Stora regionala skillnader i svensk intensivvård. *Läkartidningen* 2004;101:3768-773.
5. Welin S, Sanner M, Nydahl A. Etiskt acceptabelt med icke-terapeutisk ventilation av möjlig organdonator. Ger såväl närstående som sjukvårdspersonal rådrum. *Läkartidningen* 2005;102:1411-6.
6. Pearson IY, Bazeley P, Spencer-Plane T, Chapman JR, Robertson P. A survey of families of brain dead patients: Their experiences, attitudes to organ donation and transplantation. *Anaesth Intensive Care* 1995;23:88-95.
7. Cleiren MP, Van Zoelen AJ. Post-mortem organ donation and grief: a study of consent, refusal and well-being in bereavement. *Death Studies* 2002;26(10):837.
8. Shafer TJ, Durand R, Hueneke MJ, Wolff WS, Davis KD, Ehrle RN, et al. Texas non-donor-hospital project: a program to increase organ donation in community and rural hospitals. *J Transpl Coord* 1998;8(3):146-52.
9. Siminoff LA, Gordon N, Hewlett J, Arnold RM. Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. *JAMA* 2001;286:71-7.

annons



=artikeln är referentgranskad

## SUMMARY

The aim of this study was to identify obstacles for recruiting organ donors in the ICU. All specialists in neurosurgery and half of the specialists in anaesthesiology in Sweden were surveyed. Response rate was 67%. The following obstacles were identified: A neutral approach of the physicians when requesting organ donation of the families instead of a pro-donation approach; ethical problems concerning non-therapeutic ventilation and requesting donation of grieving families; varying competence in diagnosing brain infarction; lack of resources at the ICU. Suggestions for organizational and educational improvements are given.

**Margareta Sanner, Magnus Rizell, Peter Desatnik, Anders Nydahl**  
Correspondence: Margareta Sanner, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Enheten för hälso- och sjukvårdsforskning, Uppsala Science Park, SE-751 85 Uppsala, Sweden [margareta.sanner@pubcare.uu.se](mailto:margareta.sanner@pubcare.uu.se)