

Tore Nilstun, professor, avdelningen för medicinsk etik, Lunds universitet *Tore.Nilstun@medetik.lu.se*

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

peter.desatnik@helsingborgslasarett.se

Dag Lundberg, professor, anesthesi- och intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset i Lund *dag.lundberg@anest.lu.se*

Karin Olofsson, överläkare, anesthesi- och intensivvårdsenheten, Helsingborgs lasarett

karin.olofsson@helsingborgslasarett.se

Organdonation? När får frågan ställas?

Diskussion kring fiktiva fall visar på svårigheterna att nå samstämmighet

■ Enligt svensk lag är en människa död när »hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort« [1]. Detta dödsbegrepp är numera det helt dominerande i den utvecklade delen av världen. Vidare råder enighet, åtminstone bland läkare, om att inga organ (som är oförenliga med fortsatt liv) får tas innan patienten har dödförklarats. Den så kallade death donor rule, att döden inte får vara en följd av organdonation, tycks alltså vara allmänt accepterad i Sverige. Vi bortser här från levande donatorer som frivilligt donerar sina organ, vilket vi uppfattar som en helt annan fråga.

Huvudregeln är att varje patient ska behandlas för sin egen skull. Så länge det finns rimlig anledning till hopp ska adekvat behandling ges. När hoppet är ute ska meningslös behandling avbrytas. Vård med respirator krävs normalt för organdonation från avliden med nuvarande metoder. Uppgifter i donationsregistret får bara kontrolleras efter patientens död. För att ta reda på patientens inställning måste man i praktiken tala med anhöriga.

En intressant fråga i sammanhanget är varför så många närstående säger nej. Om nu 80 procent av svenska medborgare är positiva till donation, varför blir bara 50 procent av de möjliga donationerna av?

I Läkartidningen har en rad olika svar på frågor kring organdonation antytts [2-10]. I denna artikel ska vi emellertid endast diskutera om, och i så fall när, personalen (ofta ansvariga läkare) får ta upp frågan om organdonation.

Vi utgår från tre olika, något stiliserade, situationer. De tre patienterna har alla en intrakraniell åkomma och manifest eller hotande hjärninfarkt. Den första patienten är redan död, men respiratorbehandlas, den andre är döende och kan endast hållas vid liv med respirator, den tredje är döende och kan andas utan respirator.

Patienten är redan död

Patienten ligger i respirator på intensivvårdsavdelningen (IVA) och uppfyller alla kriterier för total hjärninfarkt och har just dödförklarats. Närstående har informerats om att patienten är avliden, men de har inte (trots tid och möjlighet) tagit upp frågan om donation. Får personalen i en sådan situation ta upp frågan om donation med närstående? Vår uppfattning är att frågan bör ställas och att det är den avlidnes vilja som gäller. Inledningsvis anges den dödes ståndpunkt (om den är känd). Därefter ställs frågan om något framkommit som tyder på att den avlidne skulle motsätta sig organdonation. I

Sammanfattat

Tre olika, något stiliserade, situationer presenteras. Gemensamt är att patienterna har en intrakraniell åkomma och manifest eller hotande hjärninfarkt.

Den första patienten är redan död, men respiratorbehandlas. Personalen bör ställa frågan om organdonation, och det är den avlidnes vilja som gäller.

Den andre patienten är döende och kan endast hållas vid liv med respirator. Två av oss författare vill att personalen direkt frågar. De övriga två känner viss osäkerhet; möjligen kan det vara acceptabelt att mer indirekt ta upp frågan.

Den tredje patienten är döende och kan andas utan respirator. En av oss anser att frågan kan ställas förutsatt att det formella beslutet att intensivvårdsbehandling inte är meningsfull har fattats. Innan beslutet verkställs bör personalen fråga: »Vet ni vad patienten haft för inställning till organdonation?« Att fråga kommer knappast att skada förtroendet för sjukvården. En av oss anser att det individuella fallet får avgöra. Övriga två är mer osäkra; ställs frågan kan förtroendet skadas.

För att undvika missförstånd vill vi betona vår enighet om att närståendes frågor kräver ärliga svar.

några extrema fall, t ex när närstående har svårt att acceptera patientens död, bör frågan komma något senare. Närstående måste ha tagit till sig döden som ett faktum, innan frågan tas upp. Vi tror att vårt ställningstagande i detta fall är okontroversiellt.

Patienten är inte död, kan endast hållas vid liv med respirator

Enligt ansvarig läkare kommer patienten, som inte är kontaktbar, sannolikt att avlida inom ett eller ett par dygn. Närstående har informerats om att döden är nära förestående, men de har inte sagt något om donation. Tid och möjlighet har

Huvudregeln är att varje patient ska behandlas för sin egen skull. Så länge det finns rimlig anledning till hopp ska adekvat behandling ges. När hoppet är ute ska meningslös behandling avbrytas. Vård med respirator krävs normalt för organdonation från avliden med nuvarande metoder.

funnits. Patienten ligger på IVA i respirator, och fortsatt vård i respirator är en förutsättning för organdonation. Vad gäller patientens livskvalitet är fortsatt vård meningslös, och ett avbrytande av den livsuppehållande behandlingen är därför etiskt motiverat. Däremot kan naturligtvis patientens vilja vara att organ doneras, och i den meningen är inte fortsatt vård meningslös. Får frågan om donation tas upp med närstående?

Delade meningar finns. Några läkare och sjuksköterskor menar att personalen får ta upp frågan, andra att de har en skyldighet. En tredje grupp är av uppfattningen att personalen inte får aktualisera frågan. Detta får göras endast om närstående reser frågan. Det finns även personal som till oss har uttryckt uppfattningen att fortsatt vård i respirator är tillåten utan att närstående informeras. Det är här viktigt att komma ihåg att fortsatt vård i respirator enbart görs för att patientens organ ska kunna användas vid en donation.

Vår övertygelse är att om närstående har givit sitt tillstånd (åtminstone informerats) får denna åtgärd vidtas. Närstående bör, enligt vår uppfattning, få veta varför. Fortsatt vård i respirator förutsätter alltså att personalen har rest frågan om organdonation. Men bör de göra det?

Ett argument för att de bör göra det är att det finns närstående som inte tänker på organdonation i denna situation. De skulle emellertid ha gett sitt tillstånd om personalen frågat – i första hand därför att detta är patientens vilja. De kan rent av bli upprörda om frågan inte ställs.

Det finns alltså goda utilitaristiska skäl (vad gäller både närstående och organmottagare) till stöd för denna ståndpunkt. Risken att patienten skadas av fortsatt vård i respirator är rimligen liten, men patienten har heller ingen medicinsk nytta av denna vård.

Men det finns också argument mot att personalen reser frågan. Om närstående inte nämner organdonation (trots att tid och möjlighet ges) kan det vara därför att de på förfrågan skulle motsätta sig. Det faktum att frågan ställs kan också skada förtroendet för sjukvården – åtminstone vill några av personalen resonera på detta sätt. Genom att ställa frågan är det underförstått att det inte är patientens bästa som motiverar åtgärden, utan att den är till för den eller dem som mottar organ. Det är alltså organen som behöver vård och inte patienten.

Hur bör dessa argument vägas mot varandra?

Två av oss författare (Peter Desatnik och Karin Olofsson) vill att personalen frågar direkt. Men först måste man diskutera avbrytande av behandling. När ett sådant beslut fattats och anhöriga förstått allvaret i situationen, bör man fråga om

patientens inställning till donation och diskutera fortsatt handläggning.

De övriga två av oss (Dag Lundberg och Tore Nilstun) känner viss osäkerhet. Möjligen kan det dock vara acceptabelt att mer indirekt ta upp frågan. Läkaren kan i samband med ett allvarligt samtal med närstående om patientens dåliga prognos samtidigt berätta om olika kliniska scenarier, inklusive donation av organ i liknande fall.

Patienten kan andas utan respirator

Patienten har initialt utretts och bedömts ha dålig prognos och lagts på en vårdavdelning för att avlida. Patienten är inte kontaktbar och vårdas inte i respirator, men någon livräddande behandling är inte möjlig. Endast palliativ vård är meningsfull. Närstående har informerats om att döden sannolikt är nära förstående, inom ett till ett par dygn. De har emellertid inte sagt något om donation, trots att de haft flera möjligheter. Respiratorbehandling behövs om donation ska bli möjlig. Får frågan om donation nämnas?

En av oss (Karin Olofsson) anser att frågan kan ställas under förutsättning att det formella beslutet att intensivvårdsbehandling inte är meningsfull har fattats. Innan beslutet verkställs bör (om det i det enskilda fallet inte är uppenbart olämpligt) personalen fråga: »Vet ni vad patienten haft för inställning till organdonation?«; att fråga kommer knappast att skada förtroendet för sjukvården. En av oss (Peter Desatnik) anser att personalen bör agera olika; det individuella fallet får avgöra. De övriga två (Dag Lundberg och Tore Nilstun) är mer osäkra; ställs frågan kan förtroendet skadas.

Närståendes frågor kräver ärliga svar

För att undvika missförstånd vill vi också betona vår enighet om att närståendes frågor kräver ärliga svar. Antag att kurativ behandling har övergått i palliativ vård och att patienten kommer att avlida inom några dagar. Det faktum att närstående aktualiserar frågan om organdonation gör det tillåtet, rent av påbudet, för personalen att diskutera frågan med dem.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Lag om kriterier för bestämmande av människans död. 1987:269.
2. Lundberg D, Brodersen K, Hermerén G, Hvarfner A, Nilstun T, Ranklev-Tvetman E, et al. En etisk trovärdig intensivvård värmar om den terminalt sjuka patienten. *Läkartidningen* 2003;100:1358-9.
3. Rehnqvist N, Gäbel H. Kommentar från Socialstyrelsen. Bra om anestesilogerna tog större ansvar. *Läkartidningen* 2003;100:1359.
4. Söderlind K. Beklämmande skylla organbristen på intensivvårdsläkarna. *Läkartidningen* 2003;100:1916.
5. Gustafson I. Potentiella organdonatorer – ny indikation för intensivvård. *Läkartidningen* 2003;100:3234-7.
6. Frostegård J. Organdonation och utilitarism: Läkaretiken väger tyngre än medicinsk effektivitet. *Läkartidningen* 2004;101:229.
7. Gäbel H, Asplund K. Potentiell donator/faktisk donator – gapet här emellan är stort. Organdonationsverksamheten vid svenska sjukhus måste kvalitetssäkras. *Läkartidningen* 2004;101:342-3.
8. Olofsson K. Potentiell donator – etiskt trovärdig indikation för intensivvård? *Läkartidningen* 2004;101:399-400.
9. Gustafson I. »Potentiell organdonator« – medicinska, etiska och terminologiska problem. *Läkartidningen* 2004;101:1029-30.
10. Söderlind K. Elektiv ventilation av potentiella donatorer – behov av etisk reflexion och riktlinjer. *Läkartidningen* 2004;101:1737-8.