

Dilemma inför transplantationer:

Strävan att finna organ kräver etisk eftertanke

Många människor står i kö för organtransplantation på grund av att antalet donatorer inte räcker till. I ansträngningen att öka antalet donationsoperationer krävs etisk medvetenhet. Ett medicinskt etiskt råd kan bistå med etisk analys av konfliktsituationer i vården.

Etiska problem uppstår när värderingar kolliderar. Det gäller att väga de olika etiska principerna mot varandra för att vi skall kunna ge en god vård. Vid Helsingborgs lasarett lät sjukhusdirektionen 1992 bilda ett vårdetiskt råd för etiska diskussioner i syfte att värna om etiken i vården.

Vårdpersonal kan vända sig till rådet med olika problemställningar för att få dem belysta ur etisk synvinkel. Ett av de problemfall som krävt mest eftertanke och diskussion handlar om jakten på organ för transplantation.

Fallbeskrivning

En tidigare frisk medelålders man drabbas oväntat av en stor intracerebral blödning. Patienten är djupt medvetslös, inklämning hotar men terapeutiska åtgärder bedöms ej möjliga. Neurokirurgiska kliniken har kontaktats men avböjt övertagande.

Medicinjouren kontaktar i detta läge narkosjouren vid intensivvårdsavdelningen och önskar få patienten lagd i respirator, i avvaktan på inklämning och förhoppningsvis organdonation. Anhöriga är ej vidtalade.

Narkosjouren vägrar ta emot patienten innan anhöriga är informerade. Ett par timmar senare ringer medicinjouren igen och meddelar att anhöriga ej gått med på donation.

Ytterligare två liknande fall inträffar under året. Även i dessa fall motsätter sig anhöriga donation, dvs patienten blir aldrig lagd i respirator.

Är det etiskt riktigt att påbörja intensivvård av en patient som är döende och

utom terapi, med det enda syftet att han skall bli organdonator?

Efter diskussion i rådet blev svaret ett enhälligt: Nej. Ingen människa får någonsin så länge hon lever utan informerat samtycke användas som medel för en annan.

Diskussionen kunde ha avslutats här, men det är inte så enkelt om man betänker att det råder stor brist på organ för transplantation i Sverige. Många människor står i kö. Klyftan mellan behov och tillgång på organ har dessutom vuxit på senare år. Sjukvårdspersonal har skyldighet att aktivt verka för att transplantationsverksamheten främjas.

Vi har tolkat det så att det man kan och skall göra är att när hjärndöd misstänks skall diagnosen bekräftas eller avskrivnas. Frågan om organdonation skall aktualiseras i de fall där dödsfall konstateras enligt de direkta kriterierna. En presumtiv donator skall vårdas på ett sådant sätt att organdonation ej omöjliggörs.

Patientens bästa i fokus

Syftet med behandlingen av en patient måste alltid vara patientens eget bästa, inte någon annans bästa. Meningslös livsförlängande behandling skall inte användas. Läkaren är skyldig att se till att hans patient får bästa möjliga vård, och när bot inte är möjlig försöka minska lidande och ge patienten en värdig död. Finns det hopp om bättring skall intensivvård tillgripas, annars inte.

En patient som är moribund på grund av stor hjärnblödning som är utom terapi skall alltså inte intensivvårdas enligt detta resonemang. Men då kan han inte bli organdonator, åtminstone inte med den teknik vi har idag.

Om han inte respiratorvårdas kommer han sannolikt att avlida tämligen snart, timmar till dagar, på grund av successivt tilltagande andningssvikt. Under denna tid skadas inre organ av tilltagande syrebrist, och organdonation omöjliggörs.

Organdonation med avliden givare förutsätter alltså i praktiken att patienten

”Är det etiskt riktigt att påbörja intensivvård av en patient som är döende och utom terapi, med det enda syftet att han skall bli organdonator? Efter diskussion i rådet blev svaret ett enhälligt: Nej.”

Författare

KARIN OLOFSSON

överläkare, anesthesi- och intensivvårdskliniken NVS, ledamot i vårdetiska rådet, Lasarettet, Helsingborg.

ten ligger i respirator. Då kan man hålla kroppen väl syresatt och organen i gott skick medan hjärnblödningen ökar i omfattning, hjärnan svullnar alltmer och en sk inklämning inträffar, dvs patienten blir hjärndöd.

Svårförklarade begrepp

Många människor har svårt att förstå begreppet hjärndöd. Skall transplantation/donation vara möjlig måste man acceptera hjärndöd både intellektuellt och känslomässigt.

Enligt praxis och erfarenhet har man funnit det olämpligt att tala med närstående om organdonation innan patienten konstaterats vara död och anhöriga förstått innebörden av hjärndödsbegreppet. Risken är annars stor att anhöriga upplever att läkaren inte är intresserad av att deras sjuke familjemedlem skall bli frisk utan bara av att få så många organ som möjligt. Transplantationsverksamheten blir omöjlig om allmänheten tappar förtroendet för svensk sjukvård.

I fallet med vår hjärnblödningspatient är ju patienten ännu ej död. Att i det-

SÄRTRYCK ur LÄKARTIDNINGEN

■ TILLVÄXTFAKTORER

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen. De kallas tillväxtfaktorer. 12 artiklar speglar forskning och tillämpning. 56 sidor. **90 kr.**

■ MISSÖDEN, MISSTAG, MISSBRUK

Hur löser man konflikter vid missöden i vården? 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. 80 sidor. **75 kr.**

■ VÅLD OCH AGGRESSIVITET

Våldet möter läkare på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva. 26 artiklar ger ett brett perspektiv på våld och aggressivitet. 84 sidor. **95 kr.**

■ ENLIGT MIN ERFARENHET

32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag. Diagnostik, terapi, exempel på prevention och ledningsfrågor. 48 sidor. **55 kr.**

■ LUNGCANCER

Kunskaperna om lungcancers biologi har ökat väsentligt på senare år, vilket innebär nya möjligheter för både prevention och behandling. Kombinationen av flera terapeutiska principer innebär bot, eller lindring, för fler patienter. Sex artiklar ger överblick över möjligheter och begränsningar med dagens terapimetoder. 36 sidor. **60 kr.**

ta läge ta upp frågan om donation går alltså emot gängse praxis. De flesta anhöriga skulle förmodligen reagera negativt i denna situation. I inget av de fall som varit aktuella hos oss har anhöriga accepterat donation i detta läge.

Att starta intensivvård utan att klargöra situationen för anhöriga vore ju dessutom att ge dem falskt hopp. Om intensivvårdsbehandling påbörjas tror naturligtvis anhöriga att läkaren hoppas på att behandlingen skall göra patienten bättre.

Den avlidnes vilja gäller

I de fall anhöriga själva tar upp frågan om organdonation skall den naturligtvis alltid diskuteras och den sjukes inställning klargöras. Enligt svensk lag är det då alltid den avlidnes vilja som gäller, antingen den är positiv eller negativ. Ingen, ej heller anhöriga, kan gå emot. Endast om den avlidnes vilja är okänd kan anhöriga vägra ingrepp.

Gäller patientens uttalade önskan på donationskortet i denna situation före döden? På donationskortet har vi ju enbart tagit ställning till om vi vill bli donatorer efter vår död. Frågan om hur vi vill bli behandlade under våra sista dagar i livet har ej ställts.

Möjligen skulle anhöriga kunna acceptera intensivvård i väntan på att hjärndöd eventuellt inträffar för att möjliggöra donation om de vet att den sjuke varit mycket aktiv förespråkare för transplantation. Om så ej varit fallet kommer de flesta med hög sannolikhet att ej acceptera intensivvård under gällande omständigheter.

Omtanke om den svagaste

Sammanfattningsvis är det visserligen vår skyldighet att främja transplantationsverksamheten men vi måste vara mycket noggranna och eftertänksamma så att vi inte skadar någon av våra patienter. Den presumtive donatorn som inte själv kan föra sin egen talan är den svagaste parten och måste ägnas särskild omtanke, inte minst ur etiskt perspektiv. •

Härmed beställs

..... ex Tillväxtfaktorer

..... ex Missöden, misstag, missbruk

..... ex Våld och aggressivitet

..... ex Lungcancer

..... ex Enligt min erfarenhet

Namn

Adress

Insändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm. Telefax 08 - 20 76 19