

Ge anhöriga tid för beslut om organdonation

»Är det etiskt riktigt att påbörja intensivvård av en patient som är döende och utom terapi, med det enda syftet att han ska bli organdonator?» frågar sig Karin Olofsson i en debattartikel i Läkartidningen 48/98. Hon instämmer sedan i Helsingborgs lasarets vårdetiska råds enhälliga svar: Nej.

Olofsson redogör för en typ av fall, där en patient får en stor hjärnblödning. Denna leder till stora hjärnskador, vilket leder till andningssvikt. Om patienten läggs i respirator och andra åtgärder sätts in dör patienten, inte på grund av andningssvikt utan blir först hjärndöd. I det sistnämnda fallet kan en organdonation vara möjlig; i det första fallet avlider patienten på sådant sätt att organen förstörs. Men, undrade Olofsson, är det verkligen etiskt riktigt att vidta intensivvårdsåtgärder med enda syftet att skaffa en organdonator?

Patienten är alltså djupt medvetslös, om än inte hjärndöd, när frågan om respiratorvård aktualiseras. Det betyder att patienten själv inte lider av den fortsatta vården – eller avbrytandet. Det vi har att ta hänsyn till är patientens önskan, de anhörigas inställning och möjligheten att rädda liv via organdonation.

Det finns två fall att diskutera. Det ena är om patientens intällning till organdonation är känd. Då ska denna vilja respekteras, och vid en känd positiv vilja till organdonation respekterar man patientens önskan genom att lägga patienten i respirator och således möjliggöra donation. Är det känt att patienten inte vill donera organ ska naturligtvis inte respiratorvård sättas in.

Måste ta ställning alltför snabbt

Det andra fallet är svårare. Patientens önskan kring donation är inte känd och de anhöriga måste tillfrågas. Följer man Olofssons och vårdetiska rådets rekommendationer inträffar ett viktigt problem som jag anser att Olofsson har bortsett ifrån. De anhöriga tvingas att ta ställning till organdonation mycket snabbt. Det finns lite tid för eftertanke och samtal.

Enligt min mening är det brutalt att ställa frågan till de anhöriga om patienten ska läggas i respirator för att möjliggöra en organdonation utan att de ges tid för beslut. Om man istället hade som policy att alltid lägga dessa patienter i respirator för att låta de anhöriga i lugn

och ro ta ställning till eventuell organdonation så uppnår man flera saker. För det första slipper de anhöriga att hamna i en brutal beslutssituation. För det andra behöver frågan om organdonation inte aktualiseras förrän patienten är död (enligt hjärndödkriteriet). För det tredje kommer en sådan policy troligen att leda till fler organdonationer. Hur besluten än blir så skadas inte den aktuella djupt medvetslösa patienten.

Den typ av dödsfall som Olofsson beskriver är ofta traumatisk för de anhöriga. Det är svårt för dem på många sätt. Att lägga ytterligare en börda på dem att snabbt ta ställning till respiratorvård för att möjliggöra en eventuell organdonation är etiskt diskutabelt. Det är bättre att ge dem tid. Detta kräver naturligtvis resurser, det måste finnas möjlighet att diskutera med läkare, att kunna ställa frågor, respiratorvården behöver ske på eget rum etc. Om detta kan ordnas och de anhöriga får tid till

sitt beslut och att ta farväl av sin anhörige och om de känner att läkarna kommer att respektera deras beslut vilket det än blir så menar jag att man har handlat på ett etiskt riktigt sätt.

Slutligen måste man konstatera att principen att »Finns det hopp om bättring skall intensivvård tillgripas, annars inte» inte gäller helt och hållet. I Olofssons refererade fall är det rimligt att sätta in medicinska åtgärder även om det inte finns något hopp för patienten; dessa kan nämligen i förlängningen rädda livet på någon annan. Dessutom: vi skadar inte patienten själv och jag är tämligen säker på att även anhöriga kommer att acceptera detta. De får ju med denna policy en möjlighet att fatta beslut. Och det är naturligtvis viktigt att deras beslut respekteras.

Stellan Welin

docent,

Centrum för forskningsetik,
Göteborgs universitet

Replik:

Varje människa skall behandlas enbart för sin egen skull

Stellan Welin skriver: »Det är rimligt att sätta in medicinska åtgärder, även om det inte finns något hopp för patienten; dessa kan nämligen i förlängningen rädda livet på någon annan.»

Jag menar att varje levande människa skall behandlas enbart för sin egen skull. Om vi, utan informerat samtycke, börjar använda en människa som medel för en annan, riskerar vi att hamna i gränsdragningsproblem som vi kanske inte kan hantera. Om organen blir viktigast kan frågan uppkomma om varför vi måste invänta total hjärnfarkt innan donation kan ske.

Ett dilemma är att inte alla patienter som respiratorbehandlas på grund av stor hjärnblödning utvecklar total hjärnfarkt. Ibland avstannar processen och donation blir aldrig aktuell. Med respiratorbehandling kan en sådan patient ibland överleva veckor–månader utan att återfå medvetandet. Hur länge skall intensivvården pågå? Lider patienten? Lider anhöriga? Lider personalen?

En medvetslös patient lider inte, skriver Welin. Det är sannolikt ofta sant – men bara den sjuke själv kan avgöra det.

Även en djupt medvetslös patient kan ha vissa bevarade reaktioner. Han kan t ex röra sig vid bäddning – reaktioner som omgivningen tolkar som uttryck för smärta och obehag. Det är påfrestande för anhöriga och personal. Kanske utsätter vi denna människa för onödigt förlängt lidande om vi sätter in respiratorbehandling.

Kan uppfattas som kränkande

Welin skriver vidare att man skall ta »hänsyn till patientens önskan». Att en patient är positiv till organdonation innebär inte med automatik att han är villig att utsätta sig för intensivvård enbart för att kanske bli organdonator. Blir det ingen donation har respiratorbehandlingen inneburit en meningslös förlängning av döendet, vilket kan uppfattas som kränkande och ovärdigt.

Behandlingsmål vid typ 2-diabetes: måtvärden, end points eller livskvalitet...?

Staffan Lindeberg är frustrerad över resultaten i United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS). (Se Läkartidningen 49/98, Begränsad effekt av diabetesmediciner...) Han diskuterar nyttan av farmakoterapi vid typ 2-diabetes, eftersom skillnaderna i diabeteskomplikationer var små eller inga alls mellan intensivbehandlade respektive konventionellt behandlade patienter. Jag förstår hans frustration. Resultaten väcker ju frågan om relevanta behandlingsmål; måtvärden (blodsocker, blodtryck, blodfetter) eller förhindrande av diabeteskomplikationer? UKPDS påvisade inget starkt samband mellan normaliserade måtvärden och minskade makrovaskulära komplikationer under 10 års uppföljningstid.

I samma nummer påpekar Peter Nilsson och Stig Attvall vikten av lipidbehandling och blodtrycksreglering samt att icke-farmakologiska behandlingsprinciper bör få en central plats i framtidens diabetesvård (läs livsstilsförändringar). Personer med typ 2-diabetes bör motionera regelbundet för att upprätthålla en god insulinkänslighet [1, 2].

De bör oftast även minska sin kroppsvikt. Detta kräver en kombina-

tion av motion och kostförändringar [3, 4]. Kost och motion är de hörnstenar i diabetesbehandlingen som vi oftast snubblar på. Det ter sig enklare för både läkare och patient att ta genvägen via mediciner som förväntas göra jobbet.

Har självklar plats i behandlingen

Farmaka har en självklar plats i diabetesbehandlingen. Dilemmat är att alla riskfaktorer/måtvärden tenderar att behandlas farmakologiskt. Medicinlistan kan bestå av 2 blodsockersänkande medel, 2–3 antihypertensiva, en blodfett-sänkande, acetylsalicylsyra och antian-ginös behandling, således 6–8 preparat till följd av diabetessjukdomen.

Mina patienters blodtryck och blodsockervärden ligger ofta högt trots omfattande medicinering. För att intensifiera behandlingen vill jag veta att patienten tjänar på detta. Då duger UKPDS dåligt, eftersom resultaten avseende makrovaskulära komplikationer (slag-anfall, hjärtinfarkt, angina pectoris) på sin höjd visade icke-signifikanta tendenser till förmån för den intensivbe-handlade gruppen.

Ändrad livsstil

Jag anser liksom föregående deba-törer att framtidens diabetesbehandling måste fokuseras på frågan om livsstils-intervention. Prognoserna pekar mot 10 miljoner nya diabetessfall årligen under de närmaste 10 åren [5]. Främst drabbas storstädernas alltmer fysiskt inaktiva och överviktiga människor. Vår civili-sation tycks bygga in diabetogena fak-torer i systemet.

Diabetesvårdens utmaning ligger i att hjälpa patienter att vidmakthålla sina goda levnadsvanor. Vi behöver en peda-gogik som visar att ändrad livsstil på-verkar livskvalitet och sjukdomsför-lopp. Primärvården borde utveckla gruppaktiviteter för sina diabetespati-enter. En början kan vara att visa att låg-intensiv motion som 30 minuters pro-menad medför en mätbar blodsocker-sänkning. Tjugosju av mina patienter med typ 2-diabetes promenerade till-sammans två gånger/vecka under ett år. Deras blodsocker mättes före och efter varje promenad och minskade i genom-snitt med 2,4 mmol/l.

Jag vet; det återstår att bevisa att livs-

stilsintervention kan påverka förlopp och incidens av typ 2-diabetes. Låt oss hjälpas åt med det.

Tomas Fritz
distriktsläkare, Krokom

Referenser

1. Horton ES. Role and management of exercise in diabetes mellitus. *Diabetes care* 1988; 11: 201-11.
2. Zierath JR, Wallberg-Henriksson H. Exercise training in obese diabetic Patients. *Sports Medicine* 1992; 14: 171-89.
3. Kaplan RM, Hartwell SL, Wilson DK; Wallace JP. Effects of diet and exercise interventions on control and quality of life in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of General Medicine* 1987; 2: 220-8.
4. Kriska AM, Bennett PH. An epidemiological perspective of the relationship between physical activity and NIDDM: From Activity Assessment to Intervention. *Diabetes/Metabolism Reviews* 1992; 2: 355-68.
5. Zimmet P, McCarthy D. The NIDDM epidemic: global estimates and projections – a look into the crystal ball. *IDF Bulletin* 1995; 40: 8-16.

Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publi-cera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identite-ten kan vålla skribenten personlig ska-da.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikan-de av förfalskade inlägg. Vidare kan re-daktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras el-ler ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontak-ter med eventuellt berörda instanser el-ler personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begä-ran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktio-nen publiceras aldrig.

Red

Ofta är patientens önskan okänd. Sökning i donationsregister får endast ske efter döden. Om donationskort sak-nas återstår att tala med anhöriga. Welin uppfattar detta som alltför brutalt. Men att starta intensivvård utan att ta reda på den sjukets inställning kan ju få till följd att man går emot den sjukets önskning-ar. Att inte tillfullo klargöra syftet med behandlingen innebär ju dessutom att man ger anhöriga falskt hopp. Enligt min erfarenhet är öppenhet och ärlighet bäst i längden. Frågan är brutal, hela si-tuationen är brutal. Beslut om respira-torvård måste fattas under tidspress: minuter–timmar. Men även i vanliga fall föreligger tidspress. Rekommenda-tionen är att donation skall ske inom 24 timmar efter döden. Tidsskillnaden handlar i praktiken alltså om ett antal timmar.

Karin Olofsson
överläkare,
anestesi- och intensivvårdskliniken,
Lasarettet, Helsingborg