

»Potentiell organdonator« – medicinska, etiska och terminologiska problem

Debatten om »elektiv ventilation av potentiella organdonatorer« är fortfarande tämligen outvecklad såväl i Sverige som internationellt. Inte minst vore det värdefullt om intensivvårdsläkarna redovisade sina uppfattningar. En kartläggning av resurser och rutiner bör även ta upp inställning och praxis. Därutöver bör terminologin klargöras.

INGVAR GUSTAFSON

med dr, f d verksamhetschef, anestesikliniken, Centrallasarettet i Växjö
ingvar.gustafson@ltkronoberg.se

I min artikel i Läkartidningen 41/2003 [1] använde jag i rubrik och text uttrycket »potentiell organdonator« med definitionen: »Komatös patient med irreversibel cerebral skada som sannolikt kommer att utveckla en total hjärninfarkt innan den terminala cirkulationskollapsen inträder«. Utgångspunkten var debatten i BMJ 1995, där Riad och Nicholls m fl på basen av det s k Exeter-protokollet 1990 beskrev erfarenheterna av »elective ventilation of potential organ donors« [2].

Respiratorbehandling efter apné

Protokollet blev tidigt ifrågasatt och ändrades redan initialt för att tillmötesgå kritiker som menade att elektiv ventilation av ännu ej avlidna skulle kunna ge upphov till risk för »kroniskt vegetativt tillstånd«. Ändringen innebar att döende patienter med svår cerebral skada fördes till intensivvårdsavdelning, men att respiratorbehandling inte fick startas förrän efter inträffad apné. Riad och medarbetare ansåg att man därmed »ventilate patients when they die, confirming death formally later« (med kliniska test, röntgen etc, min anmärkning).

Det medicinska etablissemangets reaktion var blandad. The Intensive Care Society och ett antal anesthesi- och intensivvårdsspecialister var och förblev motståndare, medan andra anesthesiologer och även institutioner som The Royal College of Physicians, The British Medical Association, The British Transplantation Society och The King's Fund Institute m fl var positiva. Verksamheten upphörde 1994 sedan den hade bedömts vara olaglig (dock utan domstolsbeslut).

Det praktiska resultatet av Exeterprojektet i termer av ökande organdonation blev en 50-procentig ökning av antalet donatorer. Av 21 »elektivt ventilerade potentiella organdonatorer« blev

19 faktiska donatorer. Två fick cirkulationsstopp före klinisk diagnostik av total hjärninfarkt. Ingen överlevde, och följaktligen drabbades ingen av kroniskt vegetativt tillstånd.

Oklart om praxis i olika länder

Internationellt förefaller dessa frågor inte ha diskuterats särskilt mycket med undantag för ovanstående, tämligen snabbt övergående och endast tillfälligt återuppplammade debatt i England. Den naturliga frågan om och hur praxis har utvecklats och utformats i olika länder är tills vidare obesvarad. Enligt uppgift från The Hospital for Sick Children i Toronto stöder mer än 2/3 av kanadensiska barnintensivvårdsläkare tanken på att förlänga intensivvården av barn med akut svår hjärnskada tills total hjärninfarkt inträffar [3].

Intensivvårdsläkarnas uppfattning?

Den svenska debatten har inte heller varit särskilt intensiv under den senaste tioårsperioden. Viktiga bidrag till denna helt nödvändiga medicinsk-etiska diskussion har dock gjorts i Läkartidningen av Karin Olofsson, Håkan Gäbel och Stellan Welin [4-6], av Jan-Otto Ottosson [7] och inte minst Dag Lundberg och en rad kompetenta medförfattare [8].

Det jag framför allt tycker är anmärkningsvärt är att anesthesi- och intensivvårdsläkarna, alltså specialisterna med den största erfarenheten av problemen kring organdonation, ändå i så liten omfattning i medicinsk och allmän debatt framfört sina åsikter och redovisat sin hantering av de här frågorna på intensivvårdsavdelningarna.

Tills vidare är alltså inställningen hos intensivvårdsläkare och andra läkare i Sverige okänd liksom hur praxis på intensivvårdsavdelningar – och redan på akutmottagningar – har utvecklats och eventuellt omformats. Ett exempel på ändrad inställning kunde läsas i Karin Olofssons senaste inlägg [9], där hon refererar praktiska exempel på att det »i vissa fall kan vara möjligt att ta upp frå-



Levertransplantation.

gan om donation innan patienten är död«. Den av Gäbel och Asplund förordade rikstäckande kartläggningen av resurser och rutiner borde därför omfatta även inställning till och praxis beträffande

Den av Gäbel och Asplund förordade rikstäckande kartläggningen av resurser och rutiner borde därför omfatta även inställning till och praxis beträffande potentiella donatorer och intensivvård av dessa i enlighet med individens egen önskan om att kunna donera sina organ.

Foto: PHILIPPE PLAILLY/EURELIS/SCIENCE PHOTO LIBRARY

de potentiella donatorer och intensivvård av dessa i enlighet med individens egen önskan om att kunna donera sina organ.

Korrekt terminologi

Kanske är trots allt nu en aktivering av debatten kring det medicinska och etiska ställningstagandet till »elektiv ventilation av potentiell organdonator« att förvänta. Då kommer en annan viktig aspekt upp på dagordningen – den korrekta terminologin. Varken »elektiv ventilation« eller »potentiell organdonator« är självklart entydiga eller okontroversiella termer. I engelskspråkig litteratur kallas åtgärden »elective« eller »elective, non-therapeutic« eller »interventional« ventilation. Begreppet potentiell organdonator används såväl i Sverige (t ex i Gäbels och Asplunds ovan citerade medicinska kommentar i Läkartidningen [10]) som i andra länder oftast i betydelsen »möjlig« donator (dvs efter diagnostiserad total hjärnfarkt).

Det är enligt min mening angeläget att finna en tydlig och enkel benämning – helst internationellt användbar – såväl på åtgärden (intensivvården, respiratorbehandling) som på patientkategorin som vi ger – eller inte ska ge – denna behandling. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Gustafson I. Potentiell organdonator – ny indikation för intensivvård? Läkartidningen 2003;100:3234-8.
2. Riad H, Nicholls A, Neuberger J, Williams SM, Sells RA, Jones MA, et al. An ethical debate: Elective ventilation of potential organ donors. BMJ 1995;310:714-8.
3. Shemie SD. Pro: Yes, mechanical ventilation should be continued to allow for progression to brain death so that organs can be donated. Critical Care 2002;6:399-402.
4. Olofsson K. Dilemma inför transplantationer: Strävan efter att finna organ kräver etisk eftertanke. Läkartidningen 1998;95:5441-2.
5. Gäbel H. Kan etisk prövning ge fler donerade organ? Läkartidningen 1998;95:5598-9.
6. Welin S. Ge anhöriga tid för beslut om organdonation. Läkartidningen 1999;96:450.
7. Ottosson JO. Etiska problem vid organdonation. Läkartidningen 2001;98:1544-6.
8. Lundberg D, Brodersen K, Hermerén G, Hvarfner A, Nilstun T, Ranklev-Tvetman E, et al. En etiskt trovärdig intensivvård vännar den terminalt sjuka patienten. Läkartidningen 2003;100:1358-9.
9. Olofsson K. Potentiell donator – etiskt trovärdig indikation för intensivvård. Läkartidningen 2004;101:399-400.
10. Gäbel H, Asplund K. Potentiell donator/faktisk donator – gapet här emellan är stort. Läkartidningen 2004;101:342-3.

Något objektivt mått på arbetsförmåga har vi läkare tyvärr inte

■ Bästa Hanne Kjöllert!

Tack för en både rolig och bitsk krönika i LT 9/2004 (sidorna 863-4)! Du har en förmåga att spetsa till argumenten som tvingar mig som läkare till eftertanke. Mycket håller jag med dig om, men i din iver att hitta slagkraftiga formuleringar går du kanske lite för långt.

Vi är överens om att alltför många i Sverige är sjukskrivna. Problemet uppstår när det gäller att avgöra vem som skall vara sjukskriven och vem som inte skall vara det. När det gäller läkningstid för frakturer är problemet lätt. När det gäller människor med långvariga trötthetstillstånd, depressioner och långvarig smärta är det inte lika lätt.

Bedömningen av arbetsförmågan

Jag har en gedigen utbildning och lång erfarenhet när det gäller att diagnostisera och behandla sjukdomar. Jag kan med min undersökning kartlägga nedsatta funktioner såväl kroppsligt som i viss mån själsligt. Men det är inte detsamma som att bedöma en persons arbetsförmåga. Vid bedömning av arbetsförmåga måste en begränsad funktion sättas i relation till ett arbete.

Eftersom jag knappast kan gå ut och inspektera varje patients arbetsplats är jag hänvisad till den beskrivning patienten ger av sin arbetssituation. Visst kan jag göra en rimlighetsbedömning, men kvar står det irriterande faktum att jag faktiskt är beroende av vad patienten berättar och i regel också måste tro på det. Något objektivt mått på arbetsförmåga

har vi läkare faktiskt inte tillgång till, hur välutbildade vi än är.

Det finns en överdödlighet bland långvarigt sjukskrivna. Visst. Att klara ut tydliga orsakssamband i sådan forskning är dock mycket svårt. Det finns också exempel på att människor som gång på gång kränkts av sjukvård, arbetsgivare och försäkringskassa på grund av att de betraktats som inbillningssjuka gått in i djupa depressioner med självmordshandlingar som följd.

Ägna vår arbetssituation en tanke

Du raljerar över läkarnas argument att tidsbrist kan bidra till att en sjukskrivningsbedömning inte alltid blir så kvalificerad. Ni har på Dagens Nyheter engagerat er djupt i sjukskrivningsproblematiken. Det är bra.

Det skulle vara vällovt om ni ägnade också någon uppmärksamhet åt arbetssituationen för landets primärvårdsläkare, den kår som har att hantera huvuddelen av sjukskrivningarna. Som tidigare verksam distriktsläkare under många år står jag gärna till tjänst med en beskrivning.

Du avslutar med fyra önskemål till Sveriges läkare. Det är rimliga önskemål. Jag ställer upp på alla fyra. Men även om vi alla läkare gör det kommer det tyvärr inte att räcka för att lösa sjukskrivningsproblematiken.

Sune Fredenberg

överläkare, smärtrehab, Helsingborg
sune.fredenberg@helsingborgslasarett.se

Försäkringsmedicin – samlat grepp behövs

■ DN:s ledarskribent Hanne Kjöllert har i LT 2004/9 (sidorna 863-4) ett vässat »Inlägg utifrån« om läkarnas ansvar när det gäller sjukskrivningslavinan. Hon undrar bl a »varför läkare vid sjukskrivningar blir så rysligt ömhudade och oprofessionella«. Hennes inlägg är väl värt både eftertanke – och seriösa svar.

Hur ömhudade dagens läkare är avstår jag att yttra mig om, men om hon med »oprofessionella« menar att läkarna inte genom sin utbildning fått de yrkeskunskaper som uppgiften idag kräver har hon rätt. Det visar uttalanden från bland annat vår ordförande Bernhard Grewin och minister Hans Karlsson, samt Riksförsäkringsverkets pågående storsatsning på utbildning av färdiga läkare.

Läkarförbundets linje att göra utbildningen bättre på alla nivåer gäller inte

minst läkarnas grundutbildning. Det gäller ju kunskaper som varenda läkare behöver, och sjukskrivning måste redan från början ses som en behandlingsåtgärd.

Men man bör inte begränsa utbildningen till att enbart behandla den allmänna försäkringen. Patientförsäkringen och Läkemedelsförsäkringen är exempel på andra försäkringar som kan ha stor ekonomisk betydelse för patienter inom alla specialiteter.

På vissa studieorter har bra initiativ tagits, men ett samlat grepp när det gäller försäkringsmedicin under grundutbildningen efterlyses.

Einar Perman

docent, Stockholm
einar.perman@mailbox.swipnet.se