

Oppstart av intensivbehandling kun for å preservere organer for donasjon?

Rådet for legeetikk har fått en henvendelse fra en overlege ved et større norsk sykehus. Han ber Rådet, på generelt grunnlag, vurdere om det er etisk forsvarlig å starte intensivbehandling av en håpløst syk pasient, kun med det formål å preservere organer for donasjon.

Henvendelsen har bakgrunn i en konkret hendelse: En tidligere frisk 80-åring blir innlagt på sykehus etter å ha blitt funnet bevisstløs hjemme. Han er dypt komatøs og reagerer kun med strekkebevegelser på smertestimuli. Han har frie luftveier ved hjelp av svelgtube og puster selv. Cerebral CT viser en massiv hjerneblødning. Nevrokirurgene utelukker kirurgisk behandling og mener at pasienten ikke vil overleve. Nevrokirurg orienterer nærmeste pårørende om den håpløse situasjonen og spør samtidig om hvordan de stiller seg til organdonasjon dersom situasjonen, som forventet, ytterligere forverrer seg og blodsirkulasjonen til hjernen opphører. Pårørende samtykker til donasjon. Pasienten overflyttes til Intensivavdelingen til tross for kapasitetsproblemer der. Etter et par timer må han intuberes, og respiratorbehandling startes. Etter ytterligere noen timer viser angiografi opphevet intrakranial sirkulasjon, og organuttak (nyrer) blir gjennomført.

På bakgrunn av denne sykehistorien reiser overlegen følgende problemstillinger:

- Er det fullt ut etisk forsvarlig å starte omfattende behandlingstiltak hos en håpløst syk pasient alene for det formål at vedkommende eventuelt senere skal kunne avgi organer?
- Er det i den anledning prinsipiell forskjell på hvorvidt pasienten er 80 år (hvor i realiteten bare nyrer kunne være aktuelle) eller 20 år (hvor også hjerte, lunger, lever og pancreas kunne være aktuelle)?
- anbefaler Rådet en fremgangsmåte der pårørende, som her, forholdes mulighet for utvikling i retning organdonasjon på et tidspunkt der en komatøs pasient fortsatt har adekvat egen respirasjon og sirkulasjon?

Overlegen finner ingen klar hjelp til å besvare disse spørsmål, verken i Etske regler for leger, lov om transplantasjon, sykehusobservasjon og avgivelse av lik m.m. av 9/2 nr. 6/1973 eller i lov om pasientrettigheter av 2/7 nr. 63/1999.

Rådet vil presisere at det kun har vurdert medisinsk-etiske sider av saken.

Transplantasjon med organer fra denne typen pasienter gjøres noen steder i utlandet. Virksomheten er sett på som kontroversiell både i juridiske og medisinske miljøer.

Gode rutiner rundt organdonasjon er avgjørende for at organdonasjon aksepteres i befolkningen. Organmangelen er prekær i Norge, og for tiden er det stadig flere pårørende som motsetter seg organdonasjon. Det er viktig å være på vakt overfor en praksis som kan gi mistanke om at en potensiell organdonor blir behandlet bare som et middel, og ikke som et mål i seg selv. Mistillit vil kunne skapes dersom folk opplever en utglidning i retning av en mindre etisk og følelsesmessig akseptabel praksis. Det er særlig viktig at de pårørendes følelser blir ivaretatt på en god måte. Mye tyder på at praksisen i Norge kan bedres på dette feltet.

Den aktuelle situasjonen skissert ovenfor skiller seg fra tradisjonell organdonasjon på flere punkter:

- Ved tradisjonell organdonasjon startes intensivbehandlingen fordi man har håp om å redde pasienten. Dersom dette likevel ikke lykkes og pasienten dør, kan organer hentes ut, dersom helt bestemte forutsetninger er oppfylt. I noen tilfeller kan tradisjonelle organdonorer få en forlenget medisinsk behandling i påvente av at organer hentes ut.

I den skisserte situasjon startes intensivbehandling kun for å bevare organer for donasjon. Da brytes prinsippet om at mennesket skal behandles ikke bare som et middel, men som et mål i seg selv.

- Ved all organdonasjon vil de pårørende miste samværet med den døde når hjerteslagene opphører, et øyeblikk de fleste opplever som dødsøyeblikket. Selve dødsprosessen og hva som skjer rundt den døde/døende har ofte følelsesmessig stor betydning for de etterlatte. De tradisjonelle organdonorer gjennomgår allerede en teknologisk behandling. Pasienter som dør av en omfattende hjerneblødning vil normalt dø uten teknisk intervensjon. Dersom intensivbehandling startes hos disse, blir en ellers normal dødsprosess teknifisert.

- Det er vel kjent at prognostikk kan være vanskelig i akuttmedisinske situasjoner, også ved bruk av de mest avanserte diagnostiske metoder. Når pasienter som har gjennomgått en svær hjerneblødning respiratorbehandles for potensielt å avgi organer, kan det ikke utelukkes at enkelte ikke dør. I noen tilfeller vil pasienten kunne ha egen respirasjon når respiratoren etter en tid

kobles fra. Dette kan være en opprivende opplevelse for de pårørende, og det kan forsterke motstanden mot organdonasjon generelt.

Til tross for disse innvendingene vil Rådet likevel presisere at den store organmangel gjør at sterke nyttehensyn taler for at det i enkelte unntakstilfeller kan være etisk forsvarlig å starte intensivbehandling av en håpløst syk pasient kun for å bevare organer for senere eventuell donasjon. Dersom en pasient eksplisitt har tilkjennegitt at han eller hun er positiv til at egne organer brukes i en slik situasjon, finner Rådet at virksomheten er etisk akseptabel.

- Flere betingelser må i så fall være oppfylt:
 - Det må med meget høy grad av sikkerhet kunne sies at pasienten uansett behandling, vil dø i løpet av kort tid (1–2 døgn) etter at intensivbehandling er startet.

- Det må være de pårørende som tar opp temaet, og bringer opplysninger om pasientens beslutning om å avgi organer videre til behandlingsapparatet. I tillegg må ikke pasientens nærmeste pårørende motsette seg transplantasjon. Det er viktig å sikre at pårørende forstår hvorfor intensivbehandlingen startes. De må også på best mulig måte få anledning til å ta avskjed med den døende med de ritualene og rammene de ønsker og føler naturlig. Dette gjelder for øvrig all transplantasjonsvirksomhet og kan være et bidrag til at flere føler det naturlig å donere organer.

- Pasienten må ikke utsettes for lidelse eller ubehag i forbindelse med intensivbehandlingen.

Dersom disse vilkårene er oppfylt, kan Rådet ikke se at det er noen prinsipiell forskjell på om pasienten er 80 år (og kan avgi få organer), eller 20 år (og kan avgi flere organer). Rådet kan heller ikke se at de ressurserne som brukes i disse unntakstilfellene skal være avgjørende i spørsmålet.

Ett av Rådets medlemmer dissenterer på ett punkt idet vedkommende mener at pårørende i slike situasjoner kan spørres om organdonasjon uten at temaet har vært tatt opp av pårørende selv.

– *For Rådet for legeetikk, Ragnar Hotvedt, Reidun Førde*