

Socialdepartementet

Remiss. Organbevarande behandling för donation

Sammanfattning:

Utredningen är klagörande och vi tror att man på detta vis kan bidra till ett bättre och tydligare ramverk för de delar av donationsprocessen som inte varit tillräckligt belysta i tidigare utredning. Region Skåne samtycker till de flesta förslagen, men har några synpunkter som redovisas separat nedan. Vi ställer oss bakom utredningens förslag att mer omfattande åtgärder som konstgjord lunga, s.k. extrakorporeal membranoxxygenering, ECMO, inte skall sättas in, medan intubation och inledande av respiratorbehandling för organbevarande behandling, rätt utförda, är så lindriga att man kan överväga att tillåta dem. Utredningen skulle därför kunna förtydligas på denna punkt. Utredningen föreslår att anhörigvetot tas bort. Det är visserligen bra att närståendes roll renodlas till att vara förmedlare av information om den avlidnes vilja, men situationer där anhörigas vilja inte beaktas skall så långt som möjligt undvikas och hållningen är i praktiken tillämplig endast i de fall då donatorn varit entydigt positiv. Likaså är det olämpligt att genomföra donation utan att närstående informeras. Vi samtycker inte heller till den föreslagna ändringen avseende begreppet närstående. Otydligheten kvarstår och skapar osäkerhet för vårdgivare som ansvarar för donationsprocessen. Om möjligt bör man försöka definiera begreppet tydligare.

Synpunkter:

3.4.1, sid 58: Region Skåne anser att texten skulle kunna förtydliga att det är transplantationsverksamheterna som ansvarar för jourlinjer för organdonation i respektive region.

8.5, sid 137: Region Skåne ställer sig bakom utredningens förslag att mer omfattande ingrepp, som ECMO, inte bör sättas in, men man skall vara medveten om att detta stänger dörren för s.k. *un-controlled* DCD (donation efter oväntad hjärtdöd), som tillämpas i t.ex. Spanien med en hög andel donationer. Att påbörja ECMO behandling i organbevarande syfte är dock ett stort ingrepp. Det är dessutom etiskt komplicerat att stänga av ECMO för att konstatera cirkulationsstillestånd för att sedan starta igen. En svårighet är att avgöra hur långt ett sådant uppehåll i behandlingen skall vara. Att fortsätta redan påbörjad ECMO-behandling kan vara acceptabelt men leder också till svåra etiska ställningstaganden.

8.6., sid 139: Regionen ställer sig inte lika entydigt bakom förslagets bedömning att det inte är lämpligt att påbörja intubering eller inleda respiratorvård inom ramen för organbevarande behandling. Denna punkt skulle därför behöva förtydligas med konkreta kliniska exempel och riktlinjer. Intubation är en aktiv handling, vilket kan medföra en risk att brytpunktsamtalet görs för tidigt, men medför endast ringa smärta och skada. Intubation görs i normalfallet efter att patienter tillförts smärtstillande och sederande läkemedel, vilket försätter dem i ett medvetslöst tillstånd. Det är därför ingen skillnad mellan att intubera och påbörja respiratorbehandling jämfört med att fortsätta redan påbörjad respiratorbehandling, avseende eventuell smärta eller skada. Det ankommer på professionen att se till att patienten inte tillförs mer än ringa smärta eller skada under den organbevarande behandlingen.

8.7, sid 142:

En lagstadgad tidsfrist har fördelen att kunna användas vid samtal med anhöriga. I den mån anhöriga finner situationen väldigt påfrestande kan sjukvården ge en bortre gräns för när processen är över, vilket kan underlätta.

Förutsatt att "särskilda skäl" innefattar en situation med en positiv donator, anhöriga som önskar att vården fortsätter, samt en progress i patientens tillstånd, kan 72 timmar vara en rimlig gräns. Region Skåne anser att det bör förtydligas att ovanstående utgör "särskilda skäl" i förarbetet. Om detta inte skulle räknas som särskilda skäl finner vi 72-timmarsgränsen olämplig och föreslår att tiden skall begränsas i det specifika fallet av professionen enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och i samråd med anhöriga. Förslaget kan skapa otydlighet eftersom det redan finns en 24 timmars regel avseende åtgärder efter döden. Med en 72 timmars-regel finns dessutom risken att vårdförloppet blir onödigt utdraget.

11.3.3, sid 189:

Donationsverksamheten är helt beroende av allmänhetens förtroende och ett tydligt regelverk utgående från den möjliga donatorns vilja är bra, även om situationer där anhörigas vilja inte beaktas, så långt som möjligt skall undvikas. Region Skåne anser att detta endast är möjligt när donatorn varit tydligt positiv men närstående emot. I praktiken vet vi att det finns många

patienter som inte gjort sin vilja känd. Om närstående i dessa fall motsätter sig ett ingrepp ser vi inte att det är rimligt att genomföra det.

11.4, sid 193:

Region Skåne anser att det i praktiken är olämpligt att genomföra donation utan att närstående informeras. Dels för att få en anamnes avseende faktorer i sjukhistorien som kan göra donation olämplig, dels för att det är den senaste viljeyttringen som gäller.

11.5.2, sid 198:

Region Skåne finner inte skäl att genomföra denna ändring. Med begreppet *närstående* brukar man i första hand avse make och maka. Med dagens familjekonstellationer, där partnerskap och nära relationer kan se annorlunda ut än det klassiska make/maka, finner vi det problematiskt att uttrycket *personer som står den avlidne nära* ska ersättas med begreppet *närstående* i dess snävare bemärkelse. Otydligheten kvarstår och skapar osäkerhet för vårdgivare som ansvarar för donationsprocessen. Om möjligt bör man försöka definiera begreppet tydligare.

Bilaga 3, sid 303:

Region Skåne anser att ”transplantationsenheter” bör ersättas med ”laboratorier inom transfusionsmedicin/immunologi” på raderna 2 respektive 5.

I alla övriga delar ställer vi oss bakom utredningens förslag.

Gilbert Tribo
Ordförande

Pia Lundbom
Hälso- och sjukvårdsdirektör