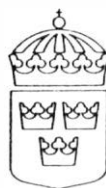


Motion till riksdagen

1986/87:So112

Gunnar Biörck i Värmdö (m)

Förslag till lag om dödens inträde, m. m.
(prop. 1986/87:79)



Mot.
1986/87:So112

Varför motion?

Bland annat därför att statens medicinskt-etiska råd i sin skrift om Dödsbegreppet (regeringskansliets offsetcentral 1986) inte tagit med den "avvikande mening", som jag där tillkännagav den 7 januari 1986, ser jag mig nödsakad att komplettera riksdagens beslutsunderlag i denna kontroversiella fråga på ett kanske mindre vanligt sätt. Jag gör det också därför att den offentliga debatten – även till den del denna styrts från regeringssidan – karakteriserats av en massiv propagandainsats för *en* uppfattning, medan en annan, mindre dramatisk, men inte mindre motiverad, blivit trängd i bakgrunden. Jag gör det, slutligen, därför att i *denna* beslutande församling jag rimligtvis är den, som *personligen* haft den längsta, bredaste och mest konkreta kontakten med den föreliggande verkligheten under drygt 45 år som läkare i akutsjukvård, därav 30 år med överläkaransvar vid stora medicinska kliniker med omfattande intensivvård av patienter med livshotande cirkulationsrubbingar, var- till kommer erfarenhet som vetenskapligt råd i medicinal/socialstyrelserna under 20 år, som ledamot av Läkaresällskapets etiska delegation från dess begynnelse 1970 och fram till 1984, samt som ledamot av utredningen om sjukvård vid livets slut 1974–1979. Min befattning med de problem, som behandlas i den föreliggande propositionen, har under årens lopp på skilda sätt redovisats i ett antal skrifter, av vilka somliga förtecknats i en bilaga till denna motion.

Denna form av redovisning är självfallet ovanlig i riksdagstrycket, och kan verka påträngande, men den har betingats av ett behov att erinra om, och redovisa, att de här *svåra* problemen inte är nya utan har funnits sedan länge men blivit mer akuta allteftersom transplantationskirurgin vidgat sina domäner och därmed sina anspråk, kvantitativt och kvalitativt, på försörjningen med överlevnadsdugliga organ. Låt mig tillägga att jag också känner ett personligt ansvar gentemot de två äldre kolleger, landets första professor och överläkare i anesthesiologi, Torsten Gordh, och den numera bortgångne professorn i neurokirurgi, Lars Leksell – båda vid Karolinska institutet – som med sin massiva kliniska sakkunskap enträget har motsatt sig införandet av ett diskutabelt hjärndödsbegrepp, som främst betingats av transplantations- verksamhetens behov.

När transplantationer av organ mellan personer först blev aktuella gällde det njurar, till en början från *levande* anhöriga – som visste vad de gjorde – senare även från andra, levande eller döda, med "rätta" egenskaper. När det blev aktuellt med vissa andra organ, av vilka varje människa bara har *ett* (hjärta, lever, bukspottkörtel) blev det nödvändigt att få tillgång till "givare" som avlidit eller var i färd med att avlida.

Behovet av ersättningsorgan är naturligtvis stort och förmodligen växande. Under trycket av en stark patient- och anhörigopinion och en däremot svarande kirurgopinion har man i alla länder ansträngt sig att gå denna opinion till mötes.

I de flesta i frågakommande länderna har man accepterat ett "hjärndöds"-*begrepp* och dito *-förfarande*. Även där så ej skett har man sökt och funnit andra utvägar, t. ex. i vårt land, där man medgivit avslutande av pågående livsuppehållande behandling på premissen, eller rekvisitet, att fortsatt, reguljär behandling med respirator, dropp, ev. pacemaker i vissa lägen synes *meningslös* och därför kan/får avslutas, varefter andning och hjärtverksamhet småningom upphör och patienten kan dödförklaras. Det blir därefter möjligt att "ta" hans organ (eventuellt med samtidigt återinsättande av tidigare "behandling").

Detta är alltså det hittillsvarande, svenska alternativet till den nu föreslagna proceduren att *först* fastställa "hjärndöd" och dödförklara patienten, och därefter omedelbart gå till verket med att överflytta patienten, med respirator, dropp och kanske t. o. m. pacemaker till en operationssal för uttagande av i frågakommande organ. Härvidlag kan det numera bli fråga om att tillgodogöra sig ett flertal olika organ från samma person (på engelska "harvest" = skörda), i och för distribution – ev. med flyg – till olika mottagare. Sådana transporter av organ eller patienter, även över gränserna, kan organiseras, alltefter beskeden från en internationell, måhända datoriserad, "organbörs".

Det finns ett ord som anmärkningsvärt sparsamt förekommer i den här frågan, och det är ordet "*integritet*". För mig är det ett mycket väsentligt ord. För mig har alla människor en oantastbar integritet, kroppsligt och själsligt. Den består trots sjukdom och medvetlöshet – den är skyddad av RF2:6 – och den innebär bl. a. att ingen får ut nyttjas som *medel* för någon annan, om det icke sker med vederbörandes fria vilja.

Det är klart att man kan fråga sig om skillnaden mellan de olika förfarandena i realiteten är så stor. Men det finns något som heter "integritet" och "respekt" för den döende och snart döde och för hans vid dödsbädden närvarande anhöriga, som ser patientens bröstorg häva sig med varje andning, som känner hans puls slå och kanske smeker hans ännu varma panna, och kan ha svårt att förstå att läkarna efter en tid säger att nu är han dödoch vi skall operera honom och ta hand om hans hjärta, njurar, lever, bukspottkörtel och hornhinnor. – Någon vecka senare skall dessa samma anhöriga ta ett sista farväl av den avlidne, buga, niga och lägga en blomma vid kistan. För somliga går detta att förena, för andra är det nog svårt.

Vad som har gjorts med patienten, för det är en *patient* det gäller intill dess

han förklaras död – är då ett våldförande på *en* person för att tillgodose *en annan*, utrustad med större sannolikt återstående "livspotential". Det är en etisk revolution, ett slags biologisk kommunism, som *kan* appellera till somliga "moderna" människor, men nog är svårt för många andra att acceptera – även om somliga kan finna en tröst i tanken att "så blev han likväl till nytta för andra".

Striden om dödsbegreppet – hjärn- eller hjärt- – kan förefalla mycket teoretisk. Bortsett från det inte alldeles obetydliga antal fall, där vederbörande påträffas död längre eller kortare tid efter det döden inträffat, konstitueras döendet vanligen av upphörande andnings- och hjärtverksamhet och minskad kontaktbarhet. Om den *primära* orsaken betingas av skada i hjärta eller hjärna kan vara svårt att säga, om man inte har tillgång till sjukhusets instrumentella resurser. Vad som kan fastställas av snart sagt vem som helst, som befinner sig hos den döende, är en försvinnande puls och en upphörande andning. Sker döden på en vårdinrättning – där den inte är ovanlig – sluter personalen den dödes ögon, binder upp hakan och tänder ett ljus.

Några språkliga kommentarer m. m. till vissa avsnitt av propositionen

s. 1 – "Propositionens huvudsakliga innehåll."

rad 9 . . . "under så lång tid" . . . Hänsyn måste här tas till vederbörandes kroppstemperatur (nedkylning) och effekten av vissa läkemedel.

rad 14 . . . "genom en *undersökning av hjärnan*" . . . vilket uppges vara en "*direkt väg*" att konstatera att alla hjärnfunktioner totalt och oåterkalleligen fallit bort. Uttrycken är oklara. Uttrycket "*en undersökning av hjärnan*" återfinns även i lagförslaget, 2 § rad 7. Tanken leds lätt till en patologisk-anatomisk undersökning av hjärnan som organ, medan man förmodligen avser en undersökning av *hjärnans funktioner* och/eller en s. k. "fyrekärslröntgen", vilket i så fall innebär en undersökning av *hjärnans försörjning med blod*.

rad 6–7 och 11: Här används ordet "*fastställa*", liksom i *lagförslaget* (s. 3) 2 §, rad 2 och 7, medan man på rad 4 finner "med säkerhet *avgöras*". Förmodligen svarar dessa olika formuleringar mot olika grader av säkerhet i bedömningen. Paragrafen torde få fattas så att om patienten varken utsatts för "återupplivning" eller ligger i respirator nöjer man sig med att *avgöra* att vederbörande är död, medan om patienten utsatts för "återupplivning" och/eller vård i respirator ett *systematiskt fastställande* av funktionsbortfallet i hjärnan måste göras.

Som grundval för "fastställande" skall i båda fallen gälla "vetenskap och beprövad erfarenhet". Det förefaller önskvärt att dessa grunder noga specificeras genom socialstyrelsens försorg. Frågan är i själva verket om icke denna fundamentala grund för dödförklaring borde underställas riksdagen. *Utredningen* tycks ha känt något sådant på sig eftersom man i dess förslag, § 4, anförtrött *tillämpningsföreskrifter åt regeringen*. Frågan är om inte avgörandet borde tillkomma riksdagen.

Mot. 1986/87
So112

"Inträde" är här ett egendomligt ord. *Människor* "inträder" i regeringar, akademier, det äkta ståndet och det eviga livet – för såvitt sådant finnes, vilket på sistone dragits i tvivelsmål av biskopen i Stockholms stift – och enligt Dante återfinns det i inskriften vid helvetets port: "I som (här) inträden låten hoppet fara." Man skulle nog helst se att sådana associationer kunde undvikas.

Förmodligen har man varit ute efter ordet "inträffade", för "dödsfall" *inträffar*. "Livslågan *släcks*", "livet *upphör*" och "the rest is silence". Döds-tecknen "uppträder". "Inträda" kan endast den *personifierade* Döden, som exempelvis hos Albrecht Dürer.

Jag tror likväl att *utredningens* förslag till rubrik är bättre: "Lag om *fastställelse* av människans död" eller möjligen "... av människors död".

Granskning i sak av propositionstexten

Varje försök att bestrida att "det nya dödsbegreppet" betingas av transplantationskirurgins behov är utsiktslöst, vilket framgår redan av andra meningen på s. 2 "När döden inträtt *börs* samtliga medicinska åtgärder upphöra. Under en kortare tid *får* dock andning och cirkulation upprätthållas för att möjliggöra eller underlätta ett transplantationsingrepp eller för att rädda livet på ett väntat barn." Vad som här anges har emellertid icke fått *lags* karaktär eller utformning. Frågan är vilken juridisk valör uttalandet har.

Det kan vara skäl att erinra om att socialutskottet i sitt betänkande 1982/83:7 framhöll att dödsbegreppsfrågan borde bedömas frikopplad från transplantationskirurgins villkor. Denna åsikt företrädades fortfarande under den redovisade remissbehandlingen av JO, PRO och Synskadades riksförbund, samt av flera reservanter i det medicinsk-etiska rådet, vilkas meningar inte återgivits i en därifrån publicerad skrift.

Ställningstagande till propositionens förslag

Mot bakgrund av vad jag här anfört – eller hänvisat till – är det ofrånkomligt att jag inte kan biträda förslaget om införande av hjärnrelaterade döds-kriterier på det sätt och med de motiveringar som anges i proposition 1986/87:79. Jag kan däremot tänka mig att man vid en tidpunkt, då en fullständig neurologisk undersökning, inklusive kontrollröntgen av hjärnans kärl, "med säkerhet visat att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort", kan "dra ner" en respirators effekt och därefter avvakta hjärtverksamhetens upphörande – så som förfarandet enligt nu gällande regler tillåter – varefter personen, med nuvarande döds-kriterier, kan förklaras död. Men det är orimligt att begära att en person, som är varm, som andas – låt vara med mekanisk hjälp (det gör många på en intensivavdelning) – och vars hjärtverksamhet ännu fortgår och kan kännas genom pulsen, plötsligt skall upplevas som "död" av de närmaste, som vakar vid hans sjukbädd. Det finns i

sådana fall ett stadium *mellan* liv och död, för vilket vi kanske ännu inte har någon adekvat benämning, eller begreppsapparat, och det är kanske något som borde analyseras och formuleras bättre: en livets skymningszon, låt vara, men inte likvärdig med "död". Människan är inte bara hjärna: hon är *kropp* och "själ" tillsammans, och begreppet "liv" innefattar för dem av oss, som inte genomgått en sofistikerad utbildning i "aktörsfilosofi": kroppsvärme, färg, andningsrörelser – även när alla dessa komponenter uppenbarligen är i avtagande. Först när de upphört och den totala stillheten: "*livlösheten*" inträtt förstår vi att livet "flytt" och aldrig kommer tillbaka. Först då tvingas vi ge upp och ta farväl. Mellan min uppfattning av döden – mina närmastes död, och deras, som jag haft vårdansvar för och kommit nära – och propositionens lagförslag finns en oöverstiglig klyfta, som icke låter sig överbryggas av aldrig så teoretiska spekulationer, eller utilitaristiska anvisningar – ja, inte ens av i och för sig begripliga hänvisningar till andra människors bästa.

Mot bakgrund av vad jag här anfört ser jag mig därför nödsakad att hemställa

att riksdagen måtte *avslå* proposition 1986/87:79 i vad avser förslaget till lag om dödens "inträde".

Häri genom erfordras förmodligen inte heller något "undantag" för att "rädda livet på ett väntat barn". Det är självklart att man som ett led i *vården* anstränger sig att klara detta.

Vad avser det andra förslaget – en ändring i transplantationslagen – har jag inga principiella invändningar mot förslaget om *skriftligt* medgivande av en donator. Eftersom det väl i allmänhet är fördelaktigast ur transplantations-synpunkt att använda organ från yngre personer, hos vilka åderförkalkningsprocessen i kärlen är mindre avancerad än hos äldre, och eftersom "dödliga" trafikolycksfall förmodligen är vanligare bland yngre, förefaller en registrering på körkortet om villighet att i händelse av olycksfall med dödlig utgång stå till förfogande som organdonator vara en praktisk åtgärd, som därjämte kan omprövas i takt med personens – och körkortets – åldrande. Även på andra sätt kan naturligtvis en persons villighet att donera delar av sin kropp för transplantationsändamål, när han väl är död, dokumenteras. Detta kan ske *antingen* som en *generell* donation, varigenom ett framtida transplantations"team" kan ta tillvara *allt*, som befinnes tjänligt ("skörda"), eller *specificerat* till organ: hjärta, lungor, njurar, lever, bukspottkörtel, hornhinna och hud etc. (Jag anser däremot *nuvarande* praxis att det är "fritt fram" för hornhinna och hud vara *helt olaglig*.) Jag föreställer mig också att en donator skall kunna – om vederbörande så önskar – definiera en bestämd krets av förmånstagare.

Jag är emellertid tveksam om den börda man lägger på anhöriga, för den händelse dessa *icke* äger kännedom om den avlidnes *egen* inställning. I sådana fall anser jag nog att den gamla engelska regeln "*When in doubt: don't*" bör gälla. Anhöriga har ingen egen dispositionsrätt till en avlidens *organ* och kan inte rimligen förfoga över dem (även om Gustaf II Adolfs änkedrottning förvarade hans hjärta i ett skrin). Att begära deras godkännande är att försätta dem i en icke rimlig tvångssituation. Om man inte vill urgera att den avlidnes kropp tillhör staten (eller kyrkan?) – och det är utsagt

att den inte ingår i dödsboet – så torde ingen kunna förfoga över en avlidens kropp på annat sätt än vad som framgår av begravningskungörelsen.

Mot. 1986/87

So112

Mot bakgrund av det här anförda föreslår jag att förslaget till lag om ändring av 7 § transplantationslagen ändras därhän att andra och tredje meningarna i andra stycket omformuleras enligt följande: "Råder oklarhet om den avlidnes inställning får ingrepp inte företas."

Avslutningsvis vill jag, trots den reserverade inställning jag intar till generella bemyndiganden på detta område, likväl ifrågasätta om man möjligen skulle kunna göra en speciell lag för hjärttransplantationer. Den finge måhända då utformas på det sättet att man angav att *om* en person tidigare skriftligen medgivit att han – därest han drabbats av en med fullkomlig visshet till döden ledande sjukdom eller skada – överläte till sina läkare att så förfara att hans hjärta, när allt hopp var ute, kunde komma en annan människa till godo, skulle ett sådant "testamente" kunna förklaras giltigt och – om förhållandena i övrigt medgäve detta – kunna lända till efterrättelse i det ögonblick hjärtat upphör att slå spontant. Det kan då möjligen ändå med tjänliga medel "återupplivas".

Hemställan

Med hänvisning till det här ovan anförda får jag, sammanfattningsvis hemställa

1. att riksdagen avslår proposition 1986/87:79 i vad avser förslaget till "Lag om dödens inträde",
2. att riksdagen med ändring av vad som föreslås i propositionen beträffande Lag om ändring av 7 § transplantationslagen ersätter de två sista meningarna i förslaget med orden "Råder oklarhet om den avlidnes inställning får ingrepp inte företas".

Stockholm den 18 februari 1987

Gunnar Biörck (m)
i Värmdö

Transplantation av organ från givare i livets slutskede

Av Gunnar Biörck

Denna rapport har utarbetats på uppdrag av utredningen. Den överlämnades i juli 1978.

Inledande frågeställningar

Under arbetet inom utredningen av "sjukvård vid livets slut" har frågan om transplantation av organ från givare i livets slutskede aktualiserats.

Av en promemoria från ett antal av rikets transplantationskirurger (1) framgår att transplantationskirurgin för närvarande omfattar ett brett fält av insatser avseende många organsystem, varvid behovet att få uttaga organ från en "givare" vid en tidigare tidpunkt i dödsprocessen än vad som hittills varit möjligt i vårt land framstår som alltmera trängande.

Möjligheten att för transplantationsändamål tillvarata organ från givare i livets slutskede regleras f. n. i praktiken av tre författningar, nämligen transplantationslagen av år 1975 (2), Socialstyrelsens cirkulär MF 1973:2 med anvisningar för att säkerställa tillgången på nekronjurar för transplantationsändamål (3) samt Socialstyrelsens cirkulär MF 1973:29 om prognos och behandling vid totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna (4).

Inom Socialstyrelsen har byråchefen Börje Langton den 1 mars 1976 upprättat en PM rörande tagande av transplantat från patient med totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna (5).

Ändasedande första hjärttransplantationerna rapporterades har man från kirurgiskt håll tryckt på för att få en laglig möjlighet att kunna tillvarata pulserande hjärtan från s. k. "hjärndöda" människor, och i samband härmed har givetvis frågan om en eventuell revision av dödsbegreppet aktualiserats. Ur transplantationskirurgernas synvinkel har saken främst gällt att erhålla organ i ett så "fysiologiskt" tillstånd som möjligt; innan irreversibla bioke-miska och strukturella förändringar hunnit uppkomma, emedan chanserna att en transplantation skall lyckas och vara till glädje för mottagaren i hög grad sammanhänger med det transplanterade organets "kvalitet".

I den debatt om dödsbegreppet, transplantationer och "sjukvård vid livets slut", som föregick tillsättandet av vår utredning, varnades det icke sällan för att låta en förändring av dödsbegreppet motiveras från transplantationsintressenas sida. Mottagaren och de läkare, som företräder denne, har en känslig partsställning i förhållande till givaren. När det gäller frivilliga, levande givare har rättssäkerheten omgärdats med betryggande bestämmelser. När det gäller döda givare – eller givare i ett livets slutskede, då vederbörande icke längre kan ge sin vilja tillkänna – måste ett ingrepp för tillvaratagande av organ baseras antingen på ett *presumerat* godkännande av åtgärden eller en tidigare avgiven skriftlig viljeförklaring från "givarens" sida, eller på en rättsfilosofisk (eller politisk) föreställning om alla medborgares skyldighet att

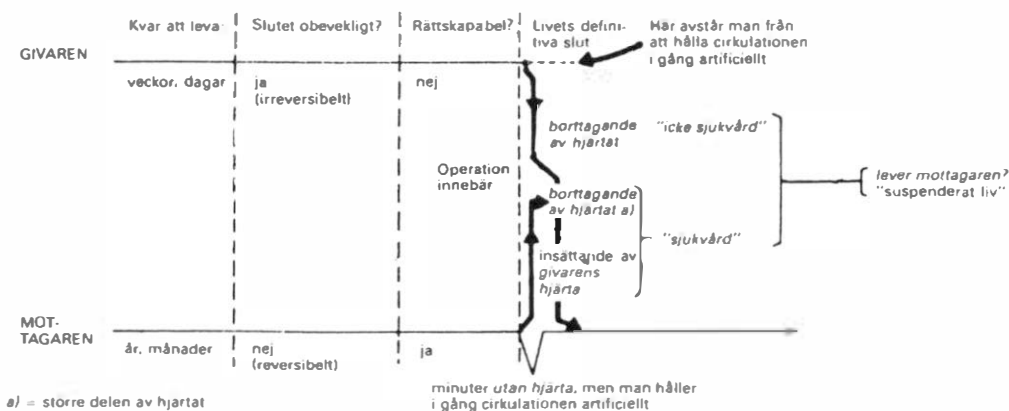
("i solidaritetens namn") vid livets slut ställa sina kroppar till förfogande för samhälleliga myndigheter (6).

Det förefaller odiskutabelt att det för flertalet organtransplantationer är gynnsamt om "givaren" är relativt ung och frisk och avlider tämligen plötsligt utan att omedelbart dessförinnan har lidit av en långvarig, nedbrytande sjukdom. Ur denna synvinkel är – som av ett flertal redogörelser i litteraturen framgår – yngre personer med svåra hjärnskador de lämpligaste objekten.

För vissa organ – exempelvis hjärta, lever och lungor – är det särskilt önskvärt att organen kan uttagas medan "givarens" blodcirkulation ännu kan understödja organets egna livsfunktioner. Detta förutsätter att man antingen påbörjar uttagandet av organ medan "givarens" hjärta ännu slår – vilket alltså innebär ett våldförande på det sedvanliga "dödsbegreppet" – eller att cirkulationen på ett eller annat sätt åter sätts i gång, efter det att man konstaterat upphävd spontan hjärtverksamhet och "dödförklarat" patienten.

Tekniskt sett intar hjärttransplantation en unik ställning, men vad som kan komma att gälla för hjärttransplantation torde få motsvarande tillämpning även för transplantationer av "enpariga" parenkymösa organ som lever och eventuellt bukspottkörtel samt sådana fall av njurtransplantationer, där man tillgodogör sig båda njurarna. *Principiellt* innebär alla dessa ingrepp att man definitivt berövar "givaren" alla möjligheter att återvända till livet (om ett misstag trots allt skulle ha begåtts). Hjärttransplantation innebär också, som framgår av bilden, att vid en viss tidpunkt under operationen *varken* "givaren" eller "mottagaren" har ett fungerande hjärta – en situation, som kan föranleda flera reflexioner kring begreppen liv och död.

Mot bakgrunden av vad jag här anfört kommer jag därför i det följande att begränsa min framställning till problematiken kring hjärttransplantationer. Frivilliga, levande givare kan naturligtvis inte komma i fråga, och knappast heller avlidna personer, hos vilka cirkulationen upphört under någon nämnvärd tid. Att transplantationsfrågan på nytt aktualiserats under utredningsarbetet inom SLS beror främst på att det kirurgiska ingreppet på "givaren" måste företas i omedelbar närhet av dödsögonblicket (med *döden* efter hitillsvarande praxis definierad som *tidpunkten för upphörd hjärtverksamhet*). Om – som det emellanåt gjorts gällande från kirurgiskt håll – man helst vill gå in *före* denna tidpunkt: hur går detta att förena med de krav en patient kan ställa på "sjukvård vid livets slut"?



I detta sammanhang måste man försöka göra klart för sig vad som menas med "sjukvård". Är borttagande av organ från en person till förmån för en annan person "sjukvård" meddelad till den förstnämnda personen? Såvitt jag förstår kan detta icke vara fallet. Däremot är givetvis inopererande av annans organ till förmån för mottagarens liv eller hälsasjukvård. Klart är också att båda procedurerna, tekniskt och organisatoriskt sett, måste försiggå inom sjukvårdens ram. Kan man göra gällande att "sjukvård" och "icke-sjukvård" kan försiggå parallellt när det gäller "givare", eller upphör "sjukvård" automatiskt i det ögonblick "icke-sjukvården" (operativt uttagande av organ) påbörjas? Kan det anses att "sjukvård" av patienter, som har en god chans att förbättras genom en kirurgisk åtgärd av hithörande slag, har prioritet över "sjukvård" av patienter med hopplösa utsikter, och att denna omständighet ger företrädare för den högre prioriterade patientens intressen en rätt att förfoga över den lägre prioriterade patientens sjukvårdssituation och därvid överföra "sjukvård" till "icke-sjukvård"? Hur länge äger en person rätten till sina organ (och sin kroppsliga integritet) – och vem förfogar därefter över denna rätt? Enligt gällande lagstiftning – som enligt rättighets-skyddsutredningen (SOU 1978:34 sidan 203) föreslås bli föremål för *förstärkt grundlagsskydd* – kan ingrepp på levande person enligt transplantationslagen enbart företas om denne skriftligen samtyckt till ingreppet. Har en mera livsduglig person med ett defekt organ en bättre rätt till ett livsdugligt organ hos en person med ringa och snabbt avtagande livsduglighet? Om en sådan bättre rätt att förfoga över annans organ finns, är den i så fall "samhällets" – eller de anhörigas?

Detta resonemang bygger på det hittillsvarande dödsbegreppet = definitivt upphörd hjärtverksamhet. Det har gjorts gällande att detta begrepp är föråldrat och att oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna numera borde konstituera det officiella dödsbegreppet. Detta skulle då – i ett ringa antal fall – kunna definieras i enlighet med kraven i MF 1973:29 på fastställande av "totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna". I det stora flertalet fall måste självfallet dödsbegreppet i så fall knytas till hjärtverksamhetens upphörande (puls, Ekg) *plus* så många minuter, som den totala utslagningen av hjärnfunktionerna efter upphörd cerebral cirkulation kan anses kräva (5? 10? 20?). I fall med s. k. "livsuppehållande behandling" i form av respirator skulle man då (som sker i professor Gelins PM) kunna tala om att avlägsna organ "medan *hjärtat ännu slår* på den *avlidne*" (1). I annat fall är vederbörande däremot icke "avliden".

Läget på hjärttransplantationsfronten

Den första hjärttransplantationen i världen utfördes som bekant av Christian Barnard år 1967. Ingen tvekan kan emellertid råda om att den mest solida, ansvarsmedvetna och framgångsrika hjärttransplantationsverksamheten hela tiden har försiggått vid Stanforduniversitetets sjukhus i Palo Alto i Kalifornien.

År 1968–1970 redovisade, delvis på Socialstyrelsens uppdrag, professor Viking Olov Björk och jag i några artiklar läget på hjärttransplantationsfron-

ten, (7, 8, 9, 10, 11).

I oktober 1977 rapporterade professor V.O. Björk (12) på nytt till Socialstyrelsen i saken. Med anledning av det uppdrag jag erhållit från utredningen har jag under slutet av våren 1978 inhämtat ytterligare upplysningar från professor Åke Senning i Zürich (13) och från hjärttransplantationsgruppen i Palo Alto, speciellt dr John Schroeder (14, 15, 16, 17, 18).

De frågor, som ställdes inom utredningen om sjukvård vid livets slut kan sannolikt bäst konkretiseras i följande punkter:

1. Vilka typer av fall (åldrar, diagnoser) m. m. har förekommit i fråga om givare respektive mottagare?
2. Vilka överlevnadsresultat finns för närvarande?
3. Vilken är "livskvalitén" hos de överlevande?
4. Berättigar resultaten till en fortsättning och utvidgning av verksamheten?
5. Är det rimligt att sådan verksamhet bedrivs i Sverige?

Om svaren på dessa frågor leder fram till ett positivt ställningstagande till hjärttransplantation som behandlingsmetod (i speciellt utvalda fall), måste man därjämte fråga sig:

6. Vad innebär förfarandet i sig för *principiella* ställningstaganden?
7. Vad innebär dessa principer ur *konsekvensanalytisk* synvinkel?
8. Vilka *lagändringar* kan eventuellt bli erforderliga för att möjliggöra hjärttransplantationer i Sverige?

Jag skall försöka besvara dessa frågor i tur och ordning.

1. Vilka typer av fall har förekommit som givare respektive mottagare?

Som tidigare nämnts finns den ledande hjärttransplantationsgruppen i världen vid Stanford University Hospital i Palo Alto. 1977 uppgavs därifrån att fyra grupper då fortfarande bedrev denna form av kirurgi – möjligen har ytterligare några tillkommit senare. Under alla omständigheter svarar Stanfordgruppen för det största och mest välundersökta materialet. I juli 1977 torde inalles 325 hjärttransplantationer ha utförts i hela världen med totalt 69 överlevande. Av de 325 hade 127 opererats i Stanford (15). För närvarande svarar troligen Stanford för hälften av alla aktuella hjärttransplantationer.

I ett brev till mig från dr John Schroeder där, som är medicinsk chef för hjärttransplantationsprogrammet, den 1 maj i år (14) uppgav denne att man mellan januari 1968 och tidpunkten för brevet utfört 146 hjärttransplantationer med 55 överlevande vid denna tidpunkt. Den längst överlevande hade då nära nio år bakom sig med en annans hjärta. Av en samtidigt översänd artikelstencil (16), som behandlar Stanfords resultat 1968–1977 framgår att av 118 patienter, opererade fram till 1 februari 1977 (varav sex transplanterade två gånger), var "mottagarnas" diagnoser följande:

Kranskärslsjukdom (Coronarsjukdom)	82
Primär hjärtmuskelsjukdom (Cardiomyopati)	34
Rheumatiskt aneurysm	1
Klaffelsjukdom med cardiomyopati	3

Mot. 1986/87
So112

I samtliga fall förelåg svår invaliditet (funktionsklass IV). Av denna artikel tillika med en annan, samtidigt översänd stencil (17) framgår att man för närvarande icke (eller ogärna?) tar patienter som är äldre än 50 år ("ju yngre, desto bättre" – alla patienter under 25 år lär ha överlevt), och de bör vidare vara optimistiska och ha starkt stöd av sina familjer samt visat sig tidigare kunnat väl följa läkares råd och anvisningar. De får inte ha andra sjukdomar: exempelvis svår sockersjuka, perifera kärlsjukdomar, för högt tryck i lungkretsloppet, inflammatoriska tillstånd eller betydande övervikt.

Det framgår av en tablå över patienter som överlevt mer än tre månader att i denna grupp den äldsta patienten var 59 år (överlevt i två år) och den yngsta 15 (överlevt > två år).

Som "givare" har utnyttjats "hjärndöda" patienter med följande bakgrund:

Skallskador	61
Skottskada i huvudet	18
Hjärnblödning	30
Andra orsaker	4

Givarnas ålder har varierat mellan 12 och 51 år med ett medeltal på 27 år.

2. Vilka överlevnadsresultat finns för närvarande?

John Schroeder nämner i sitt brev (14) att deras överlevnadsstatistik förbättrats avsevärt de *senaste tre åren* i jämförelse med deras totala 10-årsstatistik. Under de senaste tre åren har man 1-årsöverlevnad i 70% av fallen, med en 5-8% årlig mortalitet de följande åren. För *hela* serien har man 20% 5-årsöverlevnad. Överlevnadsförbättringen beror på bättre diagnostik och behandling av rejektionsepisoder ("avstötning"), bl. a. till följd av biopsier från hjärtats insida genom speciella hjärtkatetrar samt användning av ett "hemmagjort" *antitymocytyglobulin*. Av andra uppgifter (15) från Stanfordgruppen framgår att de vanligaste dödsorsakerna hos transplantationspatienterna varit *infektion*, "avstötning", *arterioscleros* i det nya hjärtat samt *cancer*.

Det är viktigt att ställa dessa överlevnadsresultat i relation till överlevnaden hos ett material av patienter, som accepterats för transplantation, men för vilka man ej haft tillgång till lämplig givare (18). Väntetiden för de transplanterade patienterna har varierat mellan 0 till 309 dagar (medeltal 32 dygn), för de avlidna icke-transplanterade mellan 1 och 339 dagar, med ett medeltal på 46 dygn. Av 40 sådana patienter hade 38 avlidit inom sex månader.

3. Vilken är livskvalitén hos de överlevande?

Stanfordgruppen har själv sökt besvara denna fråga (18). I en redovisning 1976 för resultaten i 109 fall visade det sig att 69 levde mer än tre månader. Av dessa hade då 62 (90%) återgått till funktionsklass I (lätt begränsning av den fysiska aktiviteten) från funktionsklass IV (så gott som total invaliditet), och 51 (74%) återvänt till tidigare verksamhet. Det bör dock tillfogas att alla patienter måste iaktta noggrann behandling med s. k. immunosuppressiva läkemedel samt stanna i närheten av San Francisco under 6-10 månader efter operationen och därefter visa upp sig halvårsvis vid Stanfordsjukhuset.

Mot. 1986/87
Sol 12

Enligt min uppfattning är det uppenbart att Stanfordgruppens arbete berättigar till fortsatt verksamhet där – och förmodligen också vid andra seriösa universitetssjukhus med alla erforderliga resurser tillgängliga samt med en tillräcklig forskningsbudget för denna mycket dyrbara verksamhet – inte minst i form av medicinska och sociala kostnader för de ifrågavarande patienterna (och deras anhöriga). De finansiella begränsningarna torde emellertid starkt begränsa antalet sjukhus, som kan ifrågakomma för dylik verksamhet.

5. *Är det rimligt att starta sådan verksamhet i Sverige?*

Vid en överläggning med den av generaldirektör Rexed sammankallade transplantationsgruppen den 16 maj 1978 (19) anfördes bl. a. att Sverige kanske är ett för litet "upptagningsområde" för hjärttransplantation. En annan synpunkt, som kommit fram i min brevväxling i frågan, härrör från professor Åke Senning i Zürich (13) – som är chef för en mycket aktiv klinik i ett mycket välorganiserat sjukhus: "I Schweiz erbjuder dödsbegreppet inga problem för oss, sedan den schweiziska vetenskapsakademien uttalat sig till förmån för hjärndöden. Däremot gör omfattningen av alla omständigheter, som måste beaktas inför dylika ingrepp, och hela den komplicerade efterbehandlingen att vi tills vidare (maj 1978) har avstått från att försöka oss på dylika ingrepp. Kanske vi omprövar frågan om det händer något nytt på immunoterapifronten."

Professor Viking Olov Björk har redovisat liknande synpunkter i sin senaste rapport till Socialstyrelsen i oktober 1977 (12). Han anser att man vid en avvägning av de ökande väntelistorna för kran skärlskirurgi och svårigheterna att i Sverige få lämpliga hjärtan från "givare" – (enligt Stanforduppgifter kan man med dera s liberalare bestämmelser få två givarhjärtan per månad från en befolkning på fem miljoner, vilket i Sverige skulle motsvara tre hjärtan per månad, förutsatt att transport inom tre timmar kan garanteras) – är det f. n. icke realistiskt att starta hjärttransplantationsverksamhet. Saken kan däremot behöva omprövas inom en femårsperiod.

Oavsett om hjärttransplantationer kan komma att utföras i Sverige eller icke, kan man fråga sig om det framdeles kan bli aktuellt med ett nordiskt/europeiskt/internationellt samarbete på detta område, varigenom svenska patienter skulle kunna komma i fråga för hjärttransplantationer på utländska sjukhus. En sådan situation kommer sannolikt att medföra önskemål om, eller krav på, att Sverige också skall kunna bidra med "givare", och ett sådant krav kan leda till att man aktualiserar en harmonisering av villkoren härför mellan länder som deltar i en dylik, samordnad verksamhet. (Den senaste utvecklingen i Stanford (14) innebär ju bl. a. att nedkylta hjärtan, som uttagits "slående", tål tre timmars transporttid.)

I och för sig kunde man kanske nöja sig med de svar, som här givits på de framställda frågorna. Det hör emellertid till SLS-utredningens uppgifter att vara förutseende. Den problematik, som sammanhänger med uttagande av ett organ hos en person, vars hjärta fortfarande slår spontant, berördes för övrigt redan i maj 1967 i den utredning Curt Franksson, Börje Langton och

jag verkställde inom medicinalstyrelsen (20), ett halvt år innan Barnard utförde den första hjärttransplantationen (december 1967). Jag finner det därför rimligt att även försöka kommentera punkterna 6-8.

Mot. 1986/87

So112

6. Vad innebär förfarandet i sig för principiella ställningstaganden?

Ur John Schroeders tidigare nämnda brev (14) kan inhämtas att "givar"-problemet var mycket besvärligt fram till 1974, då Kalifornien antog en lag, varigenom "hjärndöd" accepterades som faktisk död. Därigenom blev det icke längre möjligt att – som tidigare skett – göra gällande att det var transplantationskirurgen, som dödade "givaren" och icke den grundläggande orsaken till hjärnskadan.

Stanfordgruppen begär emellertid tillstånd av den närmast anhörige och utnyttjar ingen potentiell givare, om anhöriga motsätter sig ingreppet. Erfarenheten har emellertid visat att anhöriga ofta är mera positiva än kirurgerna. Sedan tillstånd erhållits, förs "givaren" till operationssalen och man tar ut det slående hjärtat. I flertalet fall har "givaren" dödförklarats, innan han förts till Stanfordsjukhuset. I en tredjedel av fallen det senaste året har Stanfordteamet opererat utgivarens hjärta på annan ort och flugit det nedkyllt till Stanford i en "airambulans". Sådana hjärtan har visat sig nästan lika användbara som de som opererats ut och transplanterats omedelbart.

Mot bakgrunden av detta förfarande kan nämnas att vid det tidigare nämnda sammanträdet den 16 juni 1978 med den svenska transplantationsgruppen meddelade Göran Lundgren (19) att förfaringssättet i fråga om njurtransplantationer på Huddinge sjukhus var följande:

Under förutsättning att den presumtive "givaren" fyller villkoren i Socialstyrelsens båda cirkulär (MF 1973:2 resp. 1973:29) och anhöriga kontaktats, stängs respiratorn, dock icke förrän kirurgen står beredd att ingripa vid den tidpunkt då någon puls icke längre kan kännas. Då detta inträffar, påbörjas operationen. Även professor Gelin bekräftade (19) att man icke tog något Ekg, utan endast avvaktade att pulsen icke längre längre kunde kännas. – Möjligen innebär detta att en svag och inkonstant genomblödning likväl kan påräknas under de första minuterna av operationen på givaren. Om detta är tillräckligt för framgångsrika hjärttransplantationer undandrar sig mitt bedömande.

I en PM den 1 mars (5) har byråchefen B. Langton i Socialstyrelsen sammanfattat och kommenterat resultaten av en enquête som Socialstyrelsen utsänt till vederbörande sjukvårdsinrättningar hösten 1974 rörande tillämpningen av MF 1973:29. Av denna PM framgår, att det vid denna tidpunkt förekom en växlande praxis efter det att diagnosen "totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna" ställts. I 1/3 av fallen stängdes respiratorn av, i en annan tredjedel fortsattes behandlingen, men tonades ned. Tidpunkten för hjärtstillestånd avvaktas numera – i de fall som skall ifrågakomma som "givare" – på operationsavdelningen i stället för, som tidigare, på intensivvårdsavdelningen. Det anmälades också från ett sjukhus att tidrymden mellan respiratorns avstängning och hjärtverksamhetens upphörande kan överstiga en timme och man tvekar där om njurarnas tillstånd efter så lång hypoxi.

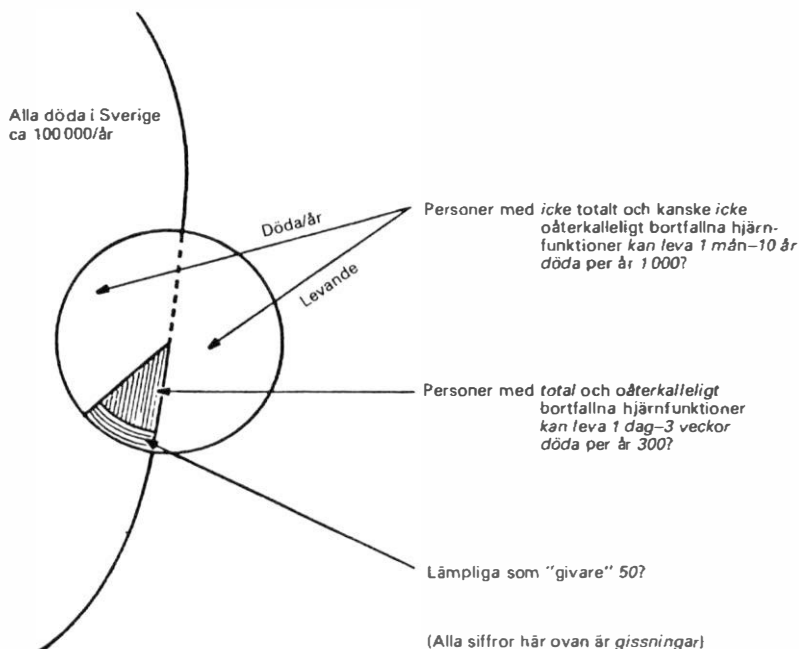
Den senare aspekten har förmodligen särskilt stor betydelse när det gäller hjärttransplantationspatienter. Det är sannolikt ganska utsiktslöst att tänka sig att hjärttransplantationer skulle kunna – eller böra – utföras med nuvarande praxis för njurtransplantationer i Sverige. Skall man gå in för hjärttransplantationer torde det bli nödvändigt att ta ut ett slående hjärta, och om man ger sig in på detta är det förmodligen meningslöst att koppla ur respiratorn dessförinnan, eftersom företagets framgång i hög grad torde sammanhånga med att hjärtats egen syrsättning förblivit tillfredsställande till uttagningsögonblicket. Följaktligen skulle man behöva ändra förfarandet (och lagstiftningen) därhän, att man i fall av "totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna" skulle vara berättigad att för hjärttransplantationsändamål uttaga ett slående hjärta vid lämplig tidpunkt efter det att denna diagnos blivit satt, med bibehållande av den övriga livsuppehållande apparatur som kan finnas ändamålsenlig.

7. Vad innebär dessa principer ur konsekvensanalytisk synvinkel?

Om man är beredd att förfara på det sätt, som angivits i slutet av föregående avsnitt med hänsyn till hjärttransplantationer, förefaller det föga rimligt att icke tillåta samma förfarande vid andra transplantationer, detta så mycket mera som lika stränga krav på viabilitet torde behöva ställas i fråga om transplantationer av bl. a. lever och lunga (1). Om "liberalare" bestämmelser skulle utfärdas för flera slag av organtransplantationer – alternativt för alla transplantationer av inre organ – betyder detta att området för utnyttjande av sådana bestämmelser vidgas i förhållande till nu. Det är oklart i vad mån detta kan innebära ökade risker för missbruk. Personligen tror jag icke att detta blir fallet, men det är möjligt att kontrollaspekten måste analyseras närmare.

8. Vilka lagändringar kan i så fall komma att krävas?

Rimligtvis måste då lagstiftningen om transplantationer revideras. Transplantationslagen talar om "avliden person". Enligt hittills gällande rättsuppfattning är en person "avliden" först när *hjärtverksamheten* definitivt upphört. *Antingen* måste transplantationer medges *dels* från avliden person, *dels* från person med "totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna", *eller* måste en revision av dödsbegreppet komma till stånd. Jag tillåter mig påpeka att jag i en artikel i Läkartidningen 1968 (22) i en diskussion om "hjärndöden" försökt precisera vad en sådan, utökad revision av dödsbegreppet troligen borde innefatta samt vilka följdföreskrifter som ett accepterande av hjärndödsbegreppet just med hänsyn till transplantationslagstiftningen skulle erfordra. Det har förvånat mig att ingen under dessa tio år har brytt sig om att kommentera detta diskussionsinlägg. Så länge man endast haft att göra med njurtransplantationer tycks man dock ha rätt sig med kombinationen av rätten att upphöra med behandling + användningen enbart av pulskriteriet för dödförklaring. Samtidigt utgör då denna lagtillämpning den yttersta gränsen för vad som med utsikt till framgång kan utföras i transplantationshänseende i vårt land.



Sammanfattande slutsatser

Åtskilligt i den offentliga debatt, som föregick tillsättandet av SLS-utredningen – och även därefter (exempelvis John Takmans motion 1909 till 1975 års riksdag) – har kopplat samman frågan om omständigheterna kring "livets sluske" med transplantationskirurgins behov av "givare". Utredningen har emellertid hittills icke nämnvärt berört sådana problem, utan i allt väsentligt sysslat med den "vanliga" dödens problem utan särskild hänsyn till transplantationsverksamheten. Därigenom har man tills vidare undgått att behandla frågan om dödsbegreppet och dess rättsverkningar.

Transplantationskirurgins krav – sådana de sedan mer än tio år framställts och nu på nytt upprepats i en PM till SLS-utredningen – ställer emellertid många till dödsbegreppet hörande frågor på sin spets. En tillfällig lättnad erhöles genom Socialstyrelsens cirkulär (MF 1973:29) om prognos och behandling vid totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna. Det måste emellertid understrykas att långt ifrån alla personer med totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna lämpar sig som organdonatorer. (Figur på föregående sida.) Det rör sig således inte om några identiska storheter.

Som svar på frågan rörande transplantationsverksamhetens berättigande, speciellt i vad avser hjärttransplantationer, och därav föranledda reflexioner kring dödsbegreppet och lagstiftningen vill jag nu *sammanfattningsvis* framhålla följande.

Hjärttransplantationer, seriöst utförda och på strikta indikationer, är *meningsfulla* i ett begränsat antal fall. Det är tveksamt, om sådan transplantationsverksamhet *medicinskt* sett kan bli aktuell i Sverige under de närmaste

åren, och det är tveksamt om den *finansiellt* sett över huvud taget kan ifrågakomma i det nuvarande samhälls- och sjukvårdsekonomiska klimatet i vårt land. Det kan emellertid tänkas att vi kan komma med i ett internationellt samarbete, liknande det som förekommit inom njurtransplantationsverksamheten, och detta kan då förutsätta att vi också kan bidra på givar- sidan. Tillsammans med de propåer, som framförts till utredningen genom den s. k. transplantationsgruppen, synes det anförda motivera att SLS-utredningen tar ställning till hithörande frågor, något som våra uppdragsgivare och allmänheten rimligtvis förväntar sig.

Vad jag i de tidigare avsnitten redovisat får emellertid endast uppfattas som *diskussionsunderlag*, men *icke* som utarbetade *förslag* från min sida.

Slutligen tillåter jag mig att hänvisa till två artiklar om hjärndöd i JAMA 1977 (23, 24), som – ehuru jag ej till alla delar kan instämma i dem – representerar en aktuell överblick över amerikansk lagstiftning i frågan. "California National Death Act", vilken – om *testamentariska förordnanden* inför livets slut över huvud taget kan komma i fråga i vårt land – synes mig mera välöverbädd än något liknande dokument som jag hittills kommit i kontakt med (25).

Referenser

1. Skrivelse till Socialstyrelsen från professor L-E. Gelin den 21/3 1978 rörande "aktuell utveckling inom transplantationsverksamheten". Se även bilaga 3.
2. Lag om transplantation (SFS 1975:190).
3. Socialstyrelsens cirkulär (MF 1973:2) med anvisningar för att säkerställa tillgängliga nekronjuror för transplantationsändamål.
4. Socialstyrelsens cirkulär (MF 1973:29) om prognos och behandling vid totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna.
5. B. Langtons PM den 1 mars 1976 rörande tagande av transplantat på patient med totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna. Delvis återgivet i bilaga 2.
6. C.H. Wijkmark: Den moderna döden. Bo Cavefors bokförlag. 1978.
7. V.O. Björk: Aktuella problem vid hjärttransplantation. Läkartidningen 56, 18, 1968.
8. G. Biörck: Skall vi transplantera hjärtan? Läkartidningen 66, 1745, 1969.
9. V.O. Björk: Hjärttransplantation som behandlingsmetod. Läkartidningen 66, 5487, 1969.
10. G. Biörck: Temporärt cirkulationsstöd måste påskyndas. Läkartidningen 67, 2022, 1970.
11. V.O. Björk: Intresset för hjärttransplantationer har avtagit. Läkartidningen 67, 2904, 1970.
12. V.O. Björk: Rapport till Socialstyrelsen beträffande nuläget inom hjärttransplantation (26/10 1977).
13. Brev till G. Biörck från prof. Åke Senning i Zürich (3/5 1978).
14. Brev till G. Biörck från dr. John Schroeder, Stanford University Hospital (1/5 1978).

15. Ingela Schnittger: Personligt meddelande, 1978.
16. D.C. Harrison, J.S. Schroeder, N.E. Shumway: Cardiac Transplantation at Stanford 1968-1977. (To be published in Proc. Journées Internationales de Cardiologie.)
17. Stanford University Medical Center: Cardiac Transplantation Requirements. ("Current guidelines, May 1978".)
18. S.A. Hunt m. fl.: Does Cardiac Transplantation Prolong Life and Improve its Quality? Cardiovascular Surgery 1975. Circulation 54, suppl. III:56, 1976.
19. Överläggning med "transplantationsgruppen" på Socialstyrelsen den 16/6 1978.
20. G. Björck, C. Franksson, B. Langton: Legala aspekter på transplantationer. Synpunkter på dödsbegreppet. "Medicinalstyrelsen redovisar: 4". Stockholm 1967.
21. B. Fagrell: Patient med grav barbiturat- och diazepamintoxikation som initialt av ambulans- och polispersonal bedömdes vara avliden. Läkartidningen 65, 129, 1968.
22. G. Björck: Vilka regler skulle krävas för ett legaliserande av "hjärndöden"? Läkartidningen 65, 129, 1968.
23. F.J. Veith m. fl. Brain Death I. JAMA 238, 1651, 1977.
24. F.J. Veith m. fl. Brain Death II. JAMA 238, 1744, 1977.
25. Stanford University Hospital 19 januari 1977: Stencil rörande California Natural Death Act.

Mot. 1986/87
So112

Professor GUNNAR BIÖRCK, överläkare vid medicinska kliniken, Serafi-
merlasarettet, Stockholm, gör här ett inlägg i debatten om dödsbegreppet.
Han presenterar ett utkast till dödsdefinition.

Vilka regler skulle krävas för ett legaliserande av "hjärndöden"?

I artiklar i Läkartidningen av David Ingvar och Lennart Widén (1967) samt i
Dagens Nyheter av Folke Henschen (1967) har nya talesmän för "hjärndö-
den" framträtt. Henschen avslutar sin artikel med att säga, att han inte är
beredd att ingå på de praktiska konsekvenserna av ett accepterande av
"hjärndöden". Det är emellertid just om detta som diskussionen främst står.

I den utredning som Curt Franksson, Börje Langton och jag i våras avgav
till medicinalstyrelsen (1967), med benägen hjälp av Ulf Lindblom just i
"hjärndöds"-diskussionen, framhöll vi, att "hjärndöd", definierad som "var-
aktigt upphävd hjärnfunktion", kan fastställas, under förutsättning att 1)
hjärnskadans orsak är känd och skall ha konstaterats vara av irreversibel
natur samt att 2) upphävd hjärnfunktion, karakteriserad av att samtliga
hjärnreflexer upphävts, spontanandningen upphört, att blodtrycket är i sjun-
kande och temperaturregulationen är upphävd, skall ha förelegat minst 15
minuter men av säkerhetsskäl helst 1 timme. *Däremot* framhöll vi, att *konse-
kvenserna* av införande av en sådan dödsdefinition måste bli betydande och i
varje fall icke för utredningen så alldeles lätta att överblicka. Så länge icke
hjärttransplantationer utförts – och vårt uppdrag hade primärt föranletts av
njurtransplantationernas problematik – ansåg vi oss icke själva böra angripa
detta stora problem i detalj utan överlämna ett material till medicinalstyrel-
sens, remissinstansernas och i sinom tid eventuellt lagstiftarnas begrundan.

Hjärttransplantationen i Kapstaden har nu vitaliserat den offentliga deba-
ten på denna punkt. Eftersom hittills ingen veterligen har gjort något försök
att konkretisera vad man egentligen vill föreslå, har jag satt mig ned för att
försöka skissa, vad som – såvitt jag förstår – måste regleras, om man skall
laborera med två alternativa dödsdefinitioner jämsides.

Vad jag härnedan framlägger är ingenting annat än ett grovt tillyxat utkast,
som sakkunniga från olika områden skall kunna kritisera, så att man får ett
begrepp om hur långt somliga är villiga att gå och för att på bestämda punkter
få precisioner.

Utgångspunkten för denna skiss är dubbel: att "samhället" inte anses ha
råd att underhålla "levande döda" samt att transplantationskirurgins behov
av organ skall anses utgöra skäl att utforma en dödsdefinition, som ger en
speciell favör åt en blivande mottagares intressen. Båda dessa utgångspunk-
ter är kontroversiella och kan i och för sig bestridas. Det är endast om man
bejaktar dem, som en ny dödsdefinition synes vara av behovet påkallad. Det
är av intresse, att dr Barnard, enligt Time, själv vidhållit bruket av den
konventionella dödsdefinitionen. Han avvaktade, tills hjärtat slutat slå (men
gjorde självfallet inga försök till återupplivning).

Jag lämnar också öppet, om den nedan skisserade dödsdefinitionen skall inskrivas i lag eller endast utfärdas i administrativ ordning av myndighet.

Mot. 1986/87
So112

- "Död är den, hos vilken hjärtverksamhet och andning varaktigt upphört (sedan minst 15 minuter?). Intet ingrepp må dock företagas på sådan person i annat syfte än för vederbörandes återupplivning inom (1, 2, 3) timmar efter den tidpunkt då döden först konstaterades, med mindre av specialistkompetent läkare bedömt elektrokardiogram otvetydigt utvisat att hjärtverksamheten, trots regelrätta försök till återupplivning, fullständigt upphört.
- Död är också den som påträffats livlös utan att man äger kännedom om den senaste tidpunkt, då vederbörande var i livet, såframt övliga tecken på säker död (likstelhet, likfläckar, förruttnelse etc.) iakttagits.
- Som död må även den anses vilken vårdats på sjukhus, vid vilket specialist i neurologi (neurokirurgi?) finnes anställd, och som vid av denne utförd undersökning befunnits uppfylla samtliga nedanstående kriterier:
 - 1) Hjärnskada av känd orsak skall hava med visshet konstaterats och denna hjärnskada skall likaledes med visshet bedömas vara irreversibel.
 - 2) Upphåvd hjärnfunktion, karakteriserad av att samtliga hjärnreflexer upphävts, spontanandningen upphört, blodtrycket är i sjunkande och temperaturregleringen upphävts, skall ha kontinuerligt iakttagits under (15, 30, 60, 120) minuter.
 - 3) Elektroencefalogram med X avledning skall ha visat. . .
 - 4) Röntgenundersökning med kontrastinjektion i Y hjärnkärl skall ha visat. . .
 - 5) . . . etc."

Följdföreskrifter

Denna definitions senare moment torde fordra ytterligare följdföreskrifter, vilka kan utformas på olika sätt, beroende på vilken grundinställning man har till problemen. Följande exempel kan ge en antydning om ett par alternativ.

- *Alternativ 1:* "Därest till person, som nu nämnts, varit ansluten apparatur i livsuppehållande syfte, såsom respirator, hjärt-lungmaskin, pace-maker, dialysapparat, infusionsaggregat eller dylikt, skall denna apparatur avstängas eller fränkopplas i omedelbart samband med att personen dödförklaras. Protokoll över gjorda iakttagelser och bedömanden samt verkställda åtgärder skall omedelbart upprättas på av medicinalstyrelsen fastställt formulär av den anlitade neurologen samt ytterligare en läkare i ansvarig ställning; därest den sjuke vårdats på annan klinik än den neurologiska (neurokirurgiska?) den för patientens vård på i frågavarande klinik ansvarige överläkaren (bitr. överläkaren?), eller, om den sjuke vårdats på den neurologiska (neurokirurgiska?) kliniken, annan överläkare (överläkare på medicinsk klinik?). Först sedan så skett kan dödsattest utfärdas och bestämmelserna i 1958 års lag angående tillvaratagande av vävnader etc. äga tillämpning. Protokollet skall därefter tillställas medicinalstyrelsen."
- *Alternativ 2:* "Änskönt dödförklaring gjorts på nu nämnt sätt, må likväl

sådan apparatur, som i livsuppehållande syfte varit ansluten till den sjuke, såsom respirator . . . eller dylikt, fortfarande förbli ansluten till den avlidne i den mån, och för den tid, detta erfordras för att något eller några av dennes organ jämlikt 1958 års lag om tillvaratagande etc. skall kunna tillvaratagas för transplantationsändamål. Denna tid må dock icke överstiga Z (minuter, timmar, dagar, veckor). Över sålunda gjorda iakttagelser och bedömanden samt verkställda åtgärder skall protokoll fortlöpande upprättas på av medicinalstyrelsen fastställt formulär och ingivas till sagda styrelse (häradsrätten? JK?).”

Mot. 1986/87

So112

Kristallisationspunkter

Även med dessa föreskrifter lämnas dock oreglerat vid vilken tidpunkt neurolog skall tillkallas för att fastställa ”hjärndöden”. Uppenbart är, att om vid en större trafikolycka flera familjemedlemmar erhåller svåra hjärnskador, tidpunkten för deras dödförklaring kan komma att variera betydligt beroende på om de förs till lasarett med eller utan neurolog, respektive när kirurgerna anser sig böra tillkalla en sådan. Det torde knappast vara möjligt att utfärda föreskrifter härom.

Till sist vill jag än en gång understryka, att dessa *exempel icke får uppfattas som förslag* från min sida. Deras syfte har endast varit att fungera som kristallisationspunkter för en *konkret* diskussion om konsekvenserna av en hjärndödsdefinition, motiverad från de två angivna utgångspunkterna och med hänsynstagande till lagstiftningens krav på rättssäkerhet och en fix tidpunkt för dödens inträde.

Litteratur

1. BIÖRCK, G., C. FRANKSSON & B. LANGTON. Legala aspekter på transplantationer och synpunkter på dödsbegreppet. Utredning avgiven till K. Medicinalstyrelsen och publicerad av denna. Stockholm: Nordiska Bokhandeln. I distribution 1967.
2. BIÖRCK, G. Att vara eller icke vara. / Journal 67. Stockholm: Natur och Kultur, 1967.
3. BIÖRCK, G. Om dödsbegreppet, juridiken och humanitetens villkor. Svenska Dagbladet 11/12 1967.
4. HENSCHEN, F. Hjärtat eller hjärnan? Dagens Nyheter 12/12 1967.
5. INGVAR, D., & L. WIDÉN. Hjärnans död – människans död. Läkartidningen 64: 4899, 1967.

Några personliga reflexioner om "sjukvård vid livets slut"

Döden och döendet har på senare tid haft hög aktualitet, inte minst i den offentliga debatten. Böcker om döden utges på löpande band. Inom ramen för en utredning om "sjukvård vid livets slut" pågår detaljerade studier vid vissa sjukhus. En del uppgifter därifrån har offentliggjorts i dagspressen. Professor Gunnar Biörck vid Serafimerlasaretet, som tidigare i olika sammanhang arbetat med dessa problem och som tillhör ledningsgruppen för de nu pågående studierna, ger i denna artikel några personliga kommentarer i frågan.

Som Läkartidningens läsare möjligen erinrar sig, tog Svenska läkaresällskapets etiska delegation upp frågan om "sjukvård vid livets slut" till diskussion inom en arbetsgrupp, och på grundval av vad som där kom fram utformade delegationen sedermera ett uttalande, vilket återgavs i Läkartidningen 1974. Detta uttalande blev ganska uppmärksammat – kanske mer utanför läkarkåren än inom densamma – och lästes bl. a. in i riksdagens protokoll vid den diskussion som förekom på grundval av en motion av Mårten Werner och ett yttrande från socialutskottet (1974). Till följd av riksdagsbehandlingen tillsatte socialministern en utredning om "sjukvård vid livets slut" vilken nu arbetar med denna problematik.

Då det givits offentlighet åt vissa delar av kommitténs utredningsverksamhet i dagspressen och då det kanske kan vara skäl för Läkartidningens läsekrets att också få inblick i något av kommitténs hittillsvarande arbete, vill jag här göra några personliga reflexioner, huvudsakligen på basen av arbete som jag själv deltagit i och som jag delvis framlade vid en paneldebatt inför Lunds läkarsällskap den 26 februari i år.

Varför aktuellt just nu?

Varför har frågan om sjukvård vid livets slut nu blivit så aktuell? Orsakerna är flera och jag har försökt sammanfatta några av dem i en figur (Figur 1) och i följande punkter:

A. Befolkningsstrukturen:

Flera lever längre, särskilt kvinnor.

B. Samhällsutvecklingen:

Färre "hemmakvinnor".

Bruten hushållsgemenskap mellan generationerna.

Fyra-generationssamhället: den äldsta generationen "blir över". Ökad institutionalisering av gamla och sjuka.

C. Arbetslagstiftningens följder:

Försvagad kontinuitet och urvattnat ansvar inom sjukvården. Kritik utifrån och egen känsla av otillräcklighet.

D. Etisk självprövning inom medicinen

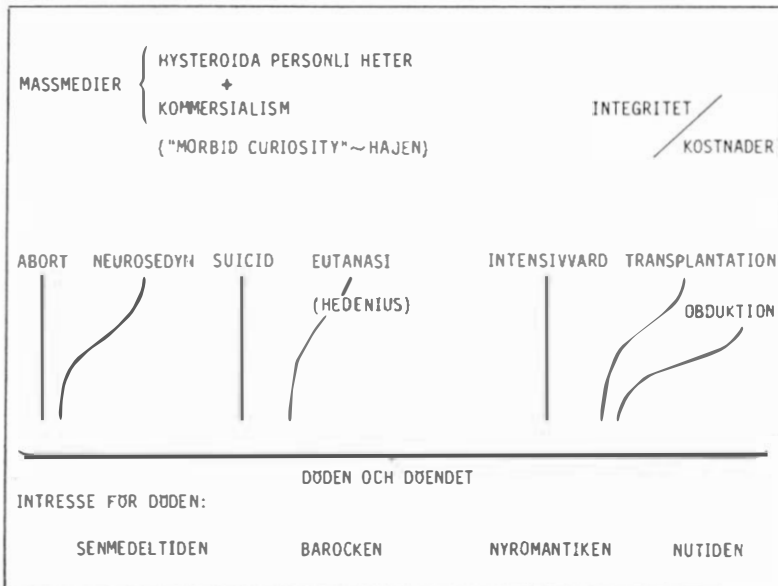
E. Klagomålsärenden (Ansvarsnämnden):

Gäller ofta dödfall på sjukhus.

Tabell 1. Sjukvård vid livets slut – studier 15 september–15 december 1975

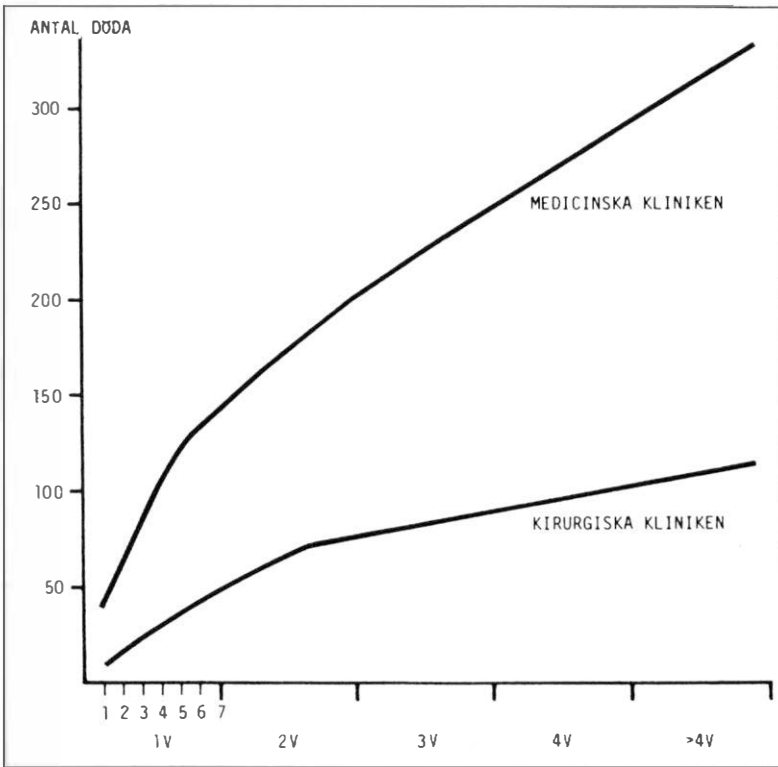
Mot. 1986/87
So112

	Serafimerlasarettet		Radiumhemmet	Kungsgärdet m fl
	Medicin	Kirurgi		
Vårdplatser	190	130	135	221
Intagningar	1 031	1 275	1 098	86
Döda	79	34	49	40
Döda i proc av intagningar	7,7	2,6	4,5	47
Döda per vård-plats och år (ber.)	1,7	1,0	1,45	0,7



Figur 1. Faktorer som påverkat debatten kring döden och döendet.

För att skaffa faktaunderlag till utredningen om livets slut genomfördes under tiden 15 september–15 december 1975 en undersökning på Serafimerlasarettets medicinska och kirurgiska kliniker. Radiumhemmet och Kungsgärdets sjukhus i Uppsala m. fl. rörande faktiska omständigheter kring dödsfall och kring personalens reaktioner i anslutning till dödsfallen (Tabell 1). Dödligheten inom akutsjukvården är som synes större än inom cancervården och långtidsvården. Detta överensstämmer ju med vad som varit känt tidigare, dels från en undersökning som mina medarbetare och jag utförde (Biörck och andra 1971) om "Att sluta sina dagar i storstaden", dels från vårdstatistik från Göteborg. I den allmänna debatten upplever man i mycket hög grad döende och döden som någonting speciellt för långtidsvården. Akutvården har tydligen inte lyckats med sin upplysningsverksamhet i samma omfattning som långtidsvården. Det kan anmärkas att man i Lancet



Figur 2. Dödsfallens fördelning i relation till sjukhusvistelsens längd, kumulativa data under ett år vid Serafimerlasarettet.

den 2 oktober 1971 hade räknat ut att för personer som var döende i cancer skulle för 1½ miljon människor behövas endast 30 vårdplatser.

Det är också av intresse att dödligheten på de medicinska och kirurgiska klinikerna i stor utsträckning inträffar vid korta sjukhusvistelser; vid vår klinik inträffar 40–45% av dödsfallen under första veckan (Figur 2). Detta är naturligtvis ett uttryck för vad vi på medicinklinikerna länge har vetat, nämligen att akutfallens andel i de totala intagningarna har stigit från 1/5 till 4/5 under de senaste tjugo åren och att medelåldern på dem som tas in har stigit med nästan ett år per år (Tabell II).

Av en undersökning som utförs på Serafimerlasarettets medicinska och kirurgiska kliniker under medverkan av Ulla Qvarnström – en erfaren sjuksköterska som tillika är doktorand i psykologi – tillåter jag mig att redovisa några iakttagelser som framkommit (Tabell III–VIII).

På basen av detta råmaterial kan man kanske redan nu tillåta sig vissa kommentarer.

För det första börjar den lösliga allmänna diskussionen – som äger rum under medverkan av filosofie professorer och allmänt uppskärade personer – att gå över från löst tal och principiella resonemang till *fakta*.

För det andra framgår det på akutklinikerna att personalen mestadels icke upplever och icke betraktar sina patienter som döende utan som "mycket svårt sjuka".

Tabell II. Utvecklingen av patientintagningen på Serafimerlasarettets medicinska klinik. Jämförelse mellan mars 1958 och mars 1972

Mot. 1986/87
Sol12

Vårdplatser	Mars 1958 180		Mars 1972 190	
	Man	Kvinnor	Man	Kvinnor
Totalt intagna	103	91	184	150
Darav jourfall	22	18	102	87
Medelålder	50 år	57 år	62 år	68 år
Antal döda	1	2	8	8
Intagningsdiagnoser (akut)				
Hjärtsjukdom	4	5	36	25
Slaganfall	2	3	10	13
Diabetes, tyreoida, gastro-intestinala sjukdomar	2	1	4	7
Förgiftningar	6	2	6	4
Lunginflammation, astma	—	2	11	13
Levercirros	1	1	8	2
Annat	7	4	27	23

På dessa 14 år har antalet akutfall ökat 500 procent. Deras medelålder har ökat med 11–12 år. I procent av totala antalet intagna har jourfallen ökat 270 procent

Detta framgår också av en prognosstudie som docent Leif Erhardt och jag satt i gång på Serafimerlasarettets medicinska klinik, där vi på ett mera systematiskt sätt försöker bedöma vissa patienters prognos (Biörck, Erhardt). Av vad vi hittills sett förefaller det som om sjukvårdspersonal på akutkliniker i allmänhet – kanske skall man säga dessbättre! – har en mera optimistisk tro om patientens prognos än vad som verkligheten i det enskilda fallet sedermera visar. Även patienterna, också i desperata lägen, hyser hopp och förtröstan. För de 5–15% av infarktpatienterna som förstår att slaget är förlorat tycks enligt en bedömare bekymren mera gälla de efterlevande än vederbörande själva.

Från undersökningen av de 100 dödsfallen i Stockholm, som låg till grund för "Att sluta sina dagar i storstaden", framkom också i hur ringa utsträckning människor själva förberett sig för döden genom att upprätta testamente eller skaffa sig gravplats.

Personalens reaktioner

När det gäller personalens reaktioner är det uppenbart dels att vårdpersonalen är besviken över att man har så liten tid att ägna sig åt de svårt sjuka patienterna, dels att man ofta bär med sig deras bekymmer hem. Det råder ständigt en konflikt mellan uppgifter: rutinens krav, kamraternas behov av lojalt samarbete och en viss patients behov av särskild tillsyn och tröst. I mycket stor utsträckning kommer vården vid livets slut att vila på vakpersonal.

Sjukvårdspersonalen känner sig otillfredsställd med sina egna insatser, dels därför att den tycker sig veta för litet om vad patienten har för "innersta behov", dels därför att sönderstyckandet av arbetsdagen och den bristande kontinuiteten i vården inte gör det möjligt att ge patienten den praktiska och

Tabell III. Köns- och åldersfördelning av dödsfallen 15 september–15 december 1975 på Serafimerlasaretet

Mot. 1986/87
Sol12

	Antal patienter	Kon		Ålder					
		Man	Kvinnor	< 20	20–44	45–65	65–74	75–84	85–
Med klin	79	45	34	0	3	8	33	27	8
Kir klin	34	15	19	0	1	8	5	16	4
Summa	113	60	53	0	4	16	38	43	12

Tabell IV. Vårdtider

	Antal patienter	Vårdtid, antal dagar							Median-vårdtid dagar
		≤ 1	2–4	5–7	8–14	15–21	22–28	≥ 29	
Med klin	79	13	13	10	12	10	6	15	7
Kir klin	34	4	3	5	6	7	5	4	5
Summa	113	17	16	15	18	17	11	19	–

Tabell V. Symtom bedömda av sjuksköterskor och läkare

Antal patienter med	Med klin		Kir klin		Summa	
	sista v (66)	sista d (79)	sista v (30)	sista d (34)	sista v (99)	sista d (113)
– smärta	32	39	28	30	60	69
– illamående	25	29	20	24	45	53
– andnöd	45	54	12	19	57	73
– feber	37	43	13	15	58	63
– oro, ångest	46	48	20	21	66	69

Tabell VI. Patientens medvetandegrad bedömd av sjuksköterskor

	Antal patienter	Helt eller delvis klar		Medvetlös eller somnolent	
		sista v	sista d	sista v	sista d
Med klin	79	37	33	29	37
Kir klin	34	22	19	4	10
Summa	113	59	52	33	47

Tabell VII. Besök

	Antal patienter	Antal patienter med anhöriga	Sista veckan			Sista dygnet	
			Ofta	Sällan	Aldrig	Ja	Nej
Med klin	79	77	49 (66)	8 (66)	9 (66)	61	16
Kir klin	34	33	21 (30)	7 (30)	2 (30)	25	8
Summa	113	110	70	15	11	86	24

Tabell VIII. Närvarande vid dödsögonblicket (enligt uppgift av sjuksköterskor)

	Antal patienter	Antal patienter med anhöriga	Anhörig el vän närvarande	Personal närvarande	Patienten ensam
Med klin	79	77	30	64	10
Kir klin	34	33	19	20	7
Summa	113	110	49	84	17

emotionella hjälp han kan behöva. Inte heller upplever man kontakten med de anhöriga som tillfredsställande: man skulle vilja göra mycket mera för dem men ofta blir det inte mera än att säga adjö och ringa på taxi.

Mot. 1986/87

So112

När vill vi dö?

Av studier om "Hur skulle ni vilja dö?" som tidigare publicerats bl. a. i Läkartidningen (Biörck 1975) har det framgått dels att folk helst vill dö snabbt, dels att folk gärna vill bli mycket gamla. När det gäller sjukvårdspersonal har det visat sig att denna i mycket hög grad vill dö snabbt, men också att man tänker sig denna död vid hög ålder (75–85 år) och man vill att den skall ske hemma.

Studier från de förenade infarktavdelningarna i landet, som nyligen utförts av Claes Helmers och Torbjörn Lundman (under publ.), visar emellertid att snabba dödsfall är vanligare hos personer under 60 år (40% av dödsfallen) medan personer mellan 60 och 69 år i mindre utsträckning (21%) och över 70 år i ännu mindre utsträckning (16%) avlider plötsligt.

Kombinationen av önskemålet snabb död och hög ålder är inte särskilt realistisk; det ser ut som om man fick välja ettdera. Att dö i hemmet går för sig om det gäller plötslig död, och det skulle kanske gå för sig i en del fall av cancer, men i de många fall där vederbörande sedermera avlidit på medicinska och kirurgiska kliniker är det knappast troligt att anhöriga och närstående skulle tillåtit patienten att avstå från den sjukhusvård som i alla fall innebär vissa förhoppningar: "Man upplever inte patienten som döende utan som mycket svårt sjuk". Endast genom att avstå från att fara till sjukhus, när man är mycket svårt sjuk, skulle man kunna tillförsäkra sig att få dö hemma i sådana fall.

Kampen med döden

Det talas mycket om dödsångest, om tabu, om blockeringar och avvärjningsreaktioner och särskilt läkare och sjukvårdspersonal beskylls för sådana. Frågan är om det inte är nödvändigt för att kunna leva, i varje fall under en aktiv period, att man skjuter tanken på döden i bakgrunden. En inte ovanlig iakttagelse är att personer som i 60-årsåldern eller däromkring visat sig kavata och beredda att sluta sina dagar ungefär när som helst, och hur som helst, med tilltagande ålder blir mer och mer måna om sin hälsa och minst av allt hälsar allvarliga störningar i denna med glädje.

Vad som framkommit om sjukvårdspersonalens attityd: "Vi betraktar inte patientensom döende utan som svårt sjuk" illustrerar det förhållandet att vi i allmänhet icke ger slaget förlorat från början utan ger oss in i en kamp med döden.

Jag kan väl erinra mig situationen kring kung Gustaf Adolfs sjukbädd: läkare och sjukvårdspersonal slogs för att han skulle leva – massmedierna strömmade till för att bevittna hans död. Vi har lärt av Hippokrates att erfarenheten kan vara bedräglig och att bedömningen är svår. Vi tror att prognosen är gynnsammare än vad den ibland visar sig vara. Det är detta som bär upp vår verksamhet. Vi är de sista som får ge upp hoppet. Ingen har

beskrivit det bättre och vackrare än Reidar Ekner i sin diktbok "Efter flera tusen rad".

Mot. 1986/87
So112

Andra iakttagelser av intresse: det råder en diskrepans mellan vad man önskar för sig själv och för sina anhöriga. Själv vill man dö hemma (under den tysta förutsättningen att det skall finnas anhöriga som sköter om en, ser till att sänglinnet är rent, bjuder på mat och dryck och håller en i handen), men gäller det anhöriga vill man helst att de skall avlida på sjukhus, därför att man vet att de betingelser som man egentligen önskar för sin egen del inte kan uppfyllas, annat än i sällsynta fall.

Själv vill man dö snabbt, men den erfarenhet som samlats på vår klinik talar för att det är svårare för de *anhöriga* till personer som har dött snabbt än för sådana som har kunnat förbereda sig på att en kär anförvant skall gå bort. Den som på morgonen grålat på en person som sedan dör av kammarflimmer längre fram på dagen förlåter sig aldrig.

Det är tveksamt om det är döden eller döendet man är mest rädd för. Det förefaller mig som om anticipationen av en långvarig och plågsam dödskamp skulle vara det som allra mest färgar vanliga människors – och vår egen – inställning till döden. Ångesten inför domens dag och livet efter detta har förmodligen sjunkit i bakgrunden i vårt sekulariserade samhälle. Tanken på döendet som utdragen process eller som en fortskridande mänsklig förnedring i form av senilitet i alla dess former berör kulturmänniskan mycket illa. Men vi får inte glömma bort att många människor – även äldre – dör vid full andlig kraft och i stånd att ge sina anhöriga ett tröstens ord på vägen. Andra förunnas det att i tysthet slockna bort utan att någon – inte heller de själva – tycks märka något.

Kanske vore det skäl att vid sidan av de många sjukvårdsbiträdesrapporterna om ett inferno av slangar på långvårdsavdelningarna någon gång få skildrat de inte alldeles sällsynta tillfällena av en mild och god död.

Litteratur

BIÖRCK G: Hur skulle ni vilja dö? Läkartidningen 72: 4365, 1975.

–, LIND E, ORTH-GOMÉR K: Att sluta sina dagar i storstaden. Soc.-med. tidskrift 48: 6, 1971.

–, ERHARDT L: Studier över prognostik i ett hjärtinfarktmaterial. Under arbete.

HELMERS C, LUNDMAN T: 5 års follow-up av det allsvenska hjärtinfarkt-materialet. Under publ.

Sjukvård vid livets slut. Etiska delegationens sammanfattande synpunkter. Läkartidningen 71: 3650, 1974.

Snabbprotokoll från riksdagsdebatterna 1974, nr 107.

Medicinskt beslutsfattande, prognostik, livskvalitet, meningsfullhet

En av våra kolleger, känd som en försynt, plikttrogen och människovänlig doktor, tog för några månader sedan sitt eget liv. Han efterlämnade både en artikel, som infördes i Läkartidningen nr 47/1978, och avskedsbrev. Av vad som publicerats i pressen därur har det framskyttat att han inte längre ansåg det "meningsfullt" att leva. Han hade visserligen vid denna tidpunkt berövats sin läkarlegitimation, men eftersom han var 65 år gammal och ändå skulle gå i pension, hade detta inte samma praktiska konsekvenser som om det hade drabbat en yngre person. Han levde i ett, efter vad man förstått, lyckligt äktenskap och hade fem vuxna barn, av vilka några gått i faderns fotspår.

Denne vår kollega hade blivit dömd för att han försett en viss person med dödande medicin, som denna givit en tredje person med påföljd att den senare avlidit. Emedan han gjort detta, därtill utan att ha undersökt patienten, samt därför att han utskrivit dödliga doser medicin till andra personer (styrelsen för "Rätten till vår död"), för framtida bruk, drog socialstyrelsen och dess ansvarsnämnd in vederbörandes legitimation.

Meningsfullt liv?

Här skall varken gärningen eller påföljderna kommenteras. Ett av de problem som denna tragedi aktualiserar är emellertid begreppet "meningsfullhet". I eutanasi-/dödshjälpsdebatten, och i en hel del av den populära sjukvårdsdebatten förekommer ideligen begreppet "meningsfullt liv". Vem kan avgöra, om en annan persons liv är "meningsfullt"? Kan någon?

Vår kollega ställde i sitt brev till Läkartidningen frågan: "Om vi finner tillvaron 'meningslös' och utan hopp – varför skola vi då leva?" Vår kollega hade dragits in i en händelseutveckling som tog en annan vändning än han kanske föreställt sig. Självklart måste han ha varit mycket plågad av detta. Samtidigt har man fått det intrycket att han hela tiden – och detta framgår ju också av brevet till Läkartidningen – ansett sig ha handlat riktigt, utifrån de värderingar och den övertygelse han haft. Likväl blev alltså hans eget liv "meningslöst" i det ögonblick han fråntogs sin läkarlegitimation. Han skulle med ålderns rätt ändå ha lämnat sin tjänst. Han hade hustru och en stor familj. Hur många av dagens svenskar har tillgång till en sådan resurs? Ändock räckte den inte till att väga emot. Han hade inte längre "något att leva för, att uträtta, att göra nytta med", och då ville han inte leva längre.

Den slutsats man – utan att känna till annat än det som stått att läsa i saken – är böjd att dra är, att vår kollegas krav på "meningsfullhet" måste ha varit oerhört högt ställda. Om så är, kan det också förklara, varför han var beredd att tillgodose andras – kända och okända – önskemål att efter eget skön sätta punkt för sitt liv. Om ett lika högt krav på meningsfullhet vore gängse i befolkningen, om "påtvingad sysslolöshet" skulle vara en naturlig självmordsorsak, skulle vi troligen ha en betydligt högre självmordsfrekvens, särskilt bland pensionärer och ensamma personer, än vi trots allt har.

Sedan början av 1960-talet har vi vid Serafimerlasarettets medicinska klinik sysselsatt oss med det medicinska beslutsfattandets teknik och problematik. Redan dessförinnan hade vi intresserat oss för prognostiken vid olika hjärtsjukdomar, och sådana studier har bedrivits på bred front genom hela 1960-talet och 1970-talet.

Det är uppenbart att medicinskt beslutsfattande, som ju bl. a. alltid innebär val av behandlingsmetoder – exspektans, palliativa åtgärder, kausal terapi, läkemedel, ingrepp eller medvetet avstående från, eller upphörande med, insatta åtgärder – baseras på något slag av bedömning av patientens prognos utan behandling, respektive med behandling, av det ena eller det andra slaget.

Livskvaliteten

Eftersom vetenskaplig medicin i vårt århundrade ofta laborerar med någorlunda "hårda" fakta, dvs. kvantifierbara storheter, har prognosen väl oftast mätts i mått av sannolik sjukdomstid, överlevnadstid, grad av arbetsförmåga (eller invaliditet) etc. Först på senare år har det blivit *comme-il-faut* att också syssla med mjukdata av typen "livskvalitet". Inte minst i samband med dödshjälpsdebatten har man börjat fråga sig till vilket livskvalitet-pris man ibland köper överlevnadstid.

Mina medarbetare och jag har ägnat åtskillig tid åt att försöka utröna vad som är skrivet på detta område. Än så länge är det inte så mycket – "livskvalitet" har hittills huvudsakligen definierats i levnadsstandardmått. Men i det här sammanhanget torde det snarare röra sig om en relation mellan tre storheter: den ideala (ibland = tidigare) livskvaliteten/den aktuella livskvaliteten/den förväntade (eller befarade) livskvaliteten.

Hur lågt skall värdet på livskvaliteten sjunka för att meningsfullheten skall övergå i meningslöshet? Klinisk erfarenhet talar för att många sjuka successivt minskar sina anspråk, nöjer sig med mindre. Att finnas till är trots allt bättre än att inte finnas till:

"Ett ljus, det brinner tills det slocknar,
och lyser upp tills dess. Här,
i Dig, är livet inte slut. Det är, det pågår.
Vi har sakta vant oss vid
att livet här vid gränsen
har så låga anspråk. Att det är tacksamt
för så litet.
. . . Livet utanför Din dörr
har andra lagar, ställer andra krav.
De gäller inte här."

(Reidar Ekner: Efter flera tusen rad)

Vad som är meningsfullt liv är en subjektiv bedömning, och en bedömning som kan växla från stund till stund. Ingen annan kan – eller får – avgöra om en sjuk medmänniskas liv är meningsfullt eller ej, om ett sådant avgörande leder till aktiv dödshjälp. De föreställningar om livskvalitet som friska ungdomar

eller sjukvårdspersonal i den yngre medelåldern har och *deras* krav på meningsfullhet "gäller inte här", i sjukrummet, i den svårt sjukes medvetande. Vår förmåga att prognostisera i det enskilda fallet är, som redan Hippokrates visste ("erfarenheten bedräglig") begränsad, och våra förutsägelser måste vara försiktiga. Det är lätt att, när man står med facit i hand, säga att ett eller annat skulle ha gjorts annorlunda. Vi får läsa historier om "överbehandling" av patienter som sedan avlidit. Vi får inte lika ofta läsa om patienter som "givits upp", eller varit nära att ges upp, och därefter oväntat återhämtat sig. Likväl finns det sådana fall.

Här är några:

- Ung man införs "död" i politivagn till akutmottagningen för att få dödsfallet konstaterat. Jourhavande tycker sig höra enstaka hjärtljud och gör återupplivningsförsök, som lyckas. Är nu helt frisk och i fullt arbete (Läkartidningen 71: 3241-3242 1974).

- Sextiotreårig man svimmar under ett sammanträde. Kommer till Serafimerlasarettet i ambulans och visar sig ha ett finvågigt kammarflimmer. Sedvanliga återupplivningsåtgärder igångsätts. Efter 20 minuter har han maximalvida pupiller, ingen spontanandning, inga reflexer.

Frågan om återupplivningen skall avbrytas uppkommer. Hjärtjouren beslutar göra ett sista defibrilleringsförsök. Om patienten då inte får sinusrytm kommer behandlingen att avbrytas. På denna defibrillering får patienten regelbunden sinusrytm. Efter några minuter börjar han andas spontant. Han extuberas och förs till hjärtinfarktavdelningen.

Efter ungefär två timmar är patienten vaken, svarar adekvat på frågor. Han upplyses om att han svimmat på grund av att hans hjärta haft tendens att stanna. Han tycker dock att det inte var motiverat med en så omild behandling, som gett honom såra smärtor i bröstkorgen. Visar ingen revbensfraktur. Sannolikt fissur.

- Sjuttiosexårig man faller ihop på tåget. Läkare och sjuksköterska som befinner sig på tåget ger hjärtmassage och konstgjord andning under 45 minuter, men patienten företer vid ankomsten till akutmottagningen kammarflimmer. Trots stormigt förlopp på intensivvårdsavdelningen kan han utskrivas i gott skick efter en månad.

- Fyrtioårig man, som drabbats av kammarflimmer på arbetet, återupplivas men får under det första dygnet 50 nya kammarflimmerattacker, vilka alla defibrilleras. Utskrivs efter två månader fullt arbetsför och återgår till ansträngande verksamhet.

- Pensionerad man som haft fem hjärtinfarkter. Inkommer med hjärt- och andningsstillestånd. Defibrilleras och får pacemaker men har en serie svåra kammarextrasystolier och -takykardier under den följande veckan. Försämras cerebralt. Hustrun vill ej "att hans lidande skall förlängas". Han bedöms som prognosis pessima och överförs på grund av platsbrist till vanlig vårdavdelning. Påföljande dag avsevärt förbättrad och vill komma hem. Uppe nästa dag.

- Sextiofemårig kvinna, som sex år tidigare opererats för rektalcancer. Sedan några år levermetastaser, nu lokalt recidiv ledande till så gott som total blockad av båda uretärerna och i det närmaste anuri. Avböjde pyelostomi

och all vidare behandling utom smärtstillande och omhändertogs för terminal vård, sedan läkarna bedömt hennes överlevnad till endast några få veckor. Emellertid kom urinflödet åter i gång och senare anlades också en pyelostomi.

Patienten levde ytterligare tre kvarts år, innan nya komplikationer ledde till total anuri och hon långsamt dukade under för sin anemi "utan smärtor". Både patienten och hennes anhöriga var missbelåtna med att den angivna prognosen inte kom att infrias.

- Femtioårig man med myelom, terapieresistent och svår anemi, samt kroppskompressioner. Bedömdes som mycket allvarligt fall med dålig prognos oberoende av terapi. Två år senare i komplett remission och helt arbetsför i mycket krävande arbete.
- Åttioårig kvinna med akut myeloisk leukemi. Sattes på reguljär cytostatikabehandling men förblev dålig, halvkomatös, svåra blödningar. Då behandlingen var mycket svår att genomföra tekniskt och hon svarade dåligt på terapin, ifrågasatte man om fortsatt behandling enligt programmet – som föreföll utsiktslös – var etiskt försvarbar. Man fortsatte dock och efter sex veckor kunde patienten skrivas ut i komplett remission, som varade ett år.
- Gammal man, fick akuta mag-tarmblödningar, som ej ville stoppa, varför kirurgerna ansåg sig tvungna till ventrikelresektion. I efterförloppet upprepade häftiga blödningar, som med intensiv hemostatisk terapi hölls under kontroll. Vid ett tillfälle, sedan alla resurser satts in utan synligt resultat, inställdes vidare terapi och anhöriga tillkallades. Någon timme senare upphörde blödningen "spontan" och patienten hämtade sig ånyo.
- Åttiofyraårig kvinna inkommer med grumlat medvetande. Hon är mycket blek. Visar ett Hb på 65 och melæna. Intensivvårdsavdelningen kontaktas men man anser att patienten är i så dåligt allmäntillstånd att hon under inga omständigheter kan bli föremål för kirurgisk åtgärd, varför hon inte accepteras för vård på intensivvården. Kirurgerna anser inte heller att det är motiverat att lägga henne på kirurgisk avdelning, utan hon kommer i stället till medicinavdelning.

Patienten får ca 20 blodtransfusioner. Hon blöder uppenbarligen under första veckan på sjukhuset från mag-tarmkanalen. Upprepade gastroskopier visar färskt blod i ventrikeln men ingen blödningskälla. Patienten behandlas som ett ulcus-fall. Hon blir på avdelningen pigg, visar sig vara en väl bibehållen gammal dam med väsentligen frisk make och en son hemma, som båda önskar att hon så snart som möjligt kan komma hem till dem. Den okända blödningen tycks successivt upphöra.

- Åttiofemårig man med "sick-sinus-syndrome" och episoder av takykardier respektive bradykardier. Vid ett tillfälle utvecklade sig en ileusbild, som man icke lyckades häva under ett dygn på intensivbehandlingsavdelningen. Patienten återsändes till vårdavdelningen med ordination om morfin var 4:e timme fram till förväntad mors. Under kvalificerad observation på vårdavdelningen visade patienten tecken på förbättring efter tre timmar, varför den föreskrivna morfindosen uppsköts. Efter ytterligare någon timme var patienten klar och ileusbilden helt i regress. Den återkom icke.

Samma patient drabbades något år senare av vad som uppfattades som en trombos cerebri med halvsidig förlamning, medvetslöshet och Cheyne-Stokes-andning. Utan terapi, men under observation, löste sig tillståndet inom loppet av sex timmar, med en fullständig restitutio ad integrum. Levde åtskilliga månader efter denna episod och dog mors subita, läsandet sin tidning.

Vissa reflexioner kan också knytas till följande tre fall:

- Sextioårig man som för tre år sedan fick diagnosen pankreascancer med levermetastaser. Diagnosen grundade sig på den kliniska bilden: uttalad leveraffektion, ascites, avtackling och en celiakografi med för tumörer som helt karakteristiska betraktade kärlförändringar i lever och pankreas. Fick besked om sin diagnos och undergick därefter i två år bl. a. ett flertal buktappningar.

Tre år senare åter in för svåra ryggsmärtor, som förmodades kunna bero på överväxt/metastaser i kotorna. Den anmärkningsvärt långa överlevnadstiden, återgången av ascites och normalisering av leverprov gjorde att man ifrågasatte den tidigare diagnosen. Ny celiakografi visade att tidigare iakttagna kärlförändringar gått tillbaka. Däremot har patienten utvecklat en malabsorptionsbild, tydande på pankreasinsufficiens. Sedan patienten fått besked om en hoppfull diagnos har även smärtupplevelsen från ryggen (uttalad diskdegeneration) avtagit.

- Fyrtiofemårig kvinna, som efter utlandsvistelse insjuknar akut med magbesvär. SR-stegring och anemi leder till malignitetsutredning, som, efter röntgen, vid laparotomi visar tumör i ventrikeln och överväxt till lever och mjälthilus. PAD talar för adenokarcinom. Anses inoperabel, får i stället cytostatikaterapi.

Ett år senare har tumören gått i god regress på röntgen och vid gastroskopi. Vid eftergranskning av PAD tvekar man om malignitet och bestämmer sig för inflammatorisk reaktion. SR, hb och leverprover nu normala. Lymfom som gått i total regress på cytostatika?

- Sextioåttårig man som för fem år sedan fick diagnosen bronkialcancer konstaterad på annat sjukhus, där man bedömde honom som inoperabel. Inga tecken på progress av tumören under flera år. Däremot fick han fem år senare en hjärtinfarkt, åtföljd av ett par infarktrecidiv och gick ad mortem i ytterligare ett infarktrecidiv. PAD visade, förutom infarkter, en medelhögt differentierad skivepitelcancer i höger mellanlob med en lymfkörtelmetastas.

I dessa tre fall har alltså läkarna bedömt patientens diagnos och prognos som mycket allvarlig och i stort sett oåtkomlig för kausal terapi. Förloppet har i alla fallen visat sig väsentligt gynnsammare än man föreställt sig. I två av fallen har diagnosen reviderats, i det tredje har diagnosen varit riktig, men prognosen osedvanligt gynnsam, och patienten senare avlidit till följd av en helt annan sjukdom.

I vårt tänkande måste det alltid finnas utrymme för det ovanliga, avvikande

och osäkra. Vi bör vara försiktiga med att "ge upp" patienter: så länge det finns liv, finns det hopp.

Prognosen i det enskilda fallet är mestadels oviss. Om framtida livskvalitet är svårt att sja. För de allra flesta människor är det meningsfullare att leva än att vara död.

Gunnar Björck

Mot. 1986/87
So112

Stoftet här, själen hos Gud. . .

Man måste faktiskt bestämma sig för om man skall ha ett eller flera dödsbegrepp – det handlar inte enbart om olika sätt att fastställa döden, framhåller professor Gunnar Björck bl. a. i detta inlägg i hjärndödsdebatten. Han diskuterar också frågan om huruvida en avliden skall få "behandlas".

För en som under 20 års tid i olika sammanhang haft att syssla med frågor kring liv och död [1–10] känns den genom hjärtransplantationen i Göteborg ytterligare accentuerade dödsbegreppsdebatten ibland litet onyanserad. På en gravsten på en gammal kyrkogård fann jag en gång inskriften: "Stoftet här, själen hos Gud, bilden i människornas hjärtan." Jag tycker detta är både vackert och tankvärt, även i det här sammanhanget.

Länge och väl bestreds det att frågan om dödsbegreppet, enkannerligen "hjärndöden", hade något med behovet av "bra" organ för transplantationsändamål att göra, och ibland försöker man fortfarande göra detta gällande. Men det är ju ändå alldeles uppenbart att så är det, och varför inte erkänna det?

Föregentligen tänker sig väl de flesta – inte bara nobelpristagaren Sir John Eccles – numera att "själen" har sin hemvist i hjärnan, och att det är när hjärnan inte längre "lever" som människan är död. Även de som har invändningar mot vissa *procedurer* i samband med användningen av hjärndödsbegreppet i sjukhussammanhang medger att detta begrepp de facto är överordnat andra.

Om man alltså *dels* accepterar att hjärndöden *principiellt* är den egentliga döden, *dels* inser att orsakerna till att saken nu tagit formen av ett veritabelt, *praktiskt* problem är *dels* den moderna intensivvårdstekniken, som möjliggör artificiellt bibehållande av andning och hjärtverksamhet även vid svåra skador på hjärnan, *dels* transplantationskirurgernas önskemål om i bästa möjliga skick befintliga givarorgan, så borde de särskilda problemen kunna renodlas.

Skendödsproblemet

Innan vi hade nutidens intensivvårdsteknik fanns egentligen bara ett bekymmer med fastställande av dödsfall, nämligen de sällsynta fallen av "skendöd", exempelvis hos starkt nedkylda personer vars hjärtverksamhet inte kunde iakttas, eller med av andra skäl tillfälligt försvagad och långsam puls. Sådana fall har även i nutiden av och till rapporterats.

Rädslan för att sådana situationer skulle kunna leda till ohjälpliga misstag har funnits och finns förmodligen fortfarande. "Fallet med den stulna njuren" på ett av våra sjukhus i transplantationsepokens början gjorde väl också sitt till. Jag tror dock inte att man behöver befara den typen av kalamiteter numera: verksamheten är vid det här laget noggrant reglerad.

Man måste emellertid bestämma sig för om man skall ha ett eller flera dödsbegrepp. Det är faktiskt inte bara en fråga om *hur* döden skall fastställas. Det alldeles övervägande antalet dödsfall inträffar inte på en intensivvårdsavdelning utan på vanliga vårdavdelningar, i hemmet, ute i arbetslivet eller på gatan. Att livet flytt konstateras där främst genom upphörd hjärtverksamhet och andning.

För det mesta spelar väl den absoluta tidpunkten för döden inte så stor roll. Ingen vet, eller kan undersöka, när vederbörandes hjärna dött. Alltefter vad vetenskapen tror sig förstå inträffar hjärndöden (irreversibla hjärnskador) 5–10–15 minuter efter det att blodcirkulationen till hjärnan slutgiltigt upphört.

Men i vissa fall kan det spela en roll *när* vederbörande avlidit. Skall tidpunkten då fortsättningsvis anges som det konventionella "dödsögonblicket" +5, 10 eller 15 minuter? Detta kan förefalla ganska likgiltigt, men är det icke, ty här går skillnaden mellan två dödsbegrepp, inte endast mellan olika sätt att fastställa döden.

Det kan vara skäl att påpeka att begreppet "hjärndöd" egentligen innefattar två olika situationer: dels den vanliga, okomplicerade döden, när hjärtat slutat slå och hjärnan följaktligen inte får någon blodtillförsel, dels döden på intensivvårdsavdelningen, där man med omfattande diagnostik kan konstatera att hjärnan är "död" (s. k. total hjärninfarkt) *trots att* cirkulationen och andningen underhålls på konstgjord väg.

Det är den senare situationen som vållat debatten, men den ståndpunkt man där kommer fram till måste få tillbakaverkande konsekvenser för den vanliga döden, om man vill ha ett enhetligt dödsbegrepp.

Får en död "behandlas"?

En annan fundamental fråga, som lätt kommer bort i debatten, gäller vad man rimligen får göra med en död människa – alldeles speciellt då, om man får fortsätta att "behandla" den som är död för att kunna utnyttja vederbörandes organ på effektivast möjliga sätt. "Fallet med den stulna njuren" avslöjades därigenom att man rekvirerat transfusionsblod till "givaren", som – om ingreppet skett i lagliga former – borde ha varit död och därför inte i behov av blod.

Är det rimligt att en person som dödförklaras på grundval av hjärndödsriteriet även därefter får "behandlas" med respirator, dropp, kanske t. o. m. pacemaker för att säkerställa "kvaliteten" på transplantationsorganen? Och vem har egentligen "rätten" till dessa organ, sedan "ägaren" dött? Arvingarna? Det kan i alla fall inte vara sjukhuset. Vilken rätt har egentligen *någon* av oss till en annans organ?

"Stoftet här, själen hos Gud, bilden i människornas hjärtan." Vad om "bilden i människors hjärtan"? I de anhörigas hjärtan: hur ter sig den bilden? Kanske ohygglig, under många dagar på intensivvårdsavdelningen, men ändå: bröstet höjer sig och sänker sig med andningen, pulsen känns, handen man håller är varm.

En dag får man beskedet: hjärnan är död – men pulsen, andningen och handen är som förut – och fortsätter att vara det när "givaren" rullas i väg till operationsavdelningen för att "donera" sina organ – med professor Gelins ord "medan hjärtat ännu slår på den *avlidne*". Hur upplever de anhöriga det?
Gunnar Björck

Mot. 1986/87
Sol 12

Litteratur

1. Björck G. Om livets gräns – och gränserna för läkarens befogenhet. Svenska läkartidningen 1963; 60:1154.
2. Björck G. Liv och död – medicinskt, juridiskt och etiskt. Läkartidningen 1965; 62:901.
3. Björck G, Franksson C, Langton B, Lindblom U. Legala aspekter på transplantationer. Synpunkter på dödsbegreppet. Medicinalstyrelsen redovisar nr 4, 1967.
4. Björck G. Thoughts on life and death. Persp. Biol. Med. 1968; 11:527.
5. Björck G. Vilka regler skulle krävas för legaliserande av "hjärndöden"? Läkartidningen 1968; 65:129.
6. Björck G. Skall vi transplantera hjärtan? Läkartidningen 1969; 66:1745.
7. Björck G. När och hur skall döden fastställas? Svenska Dagbladet den 31 juli 1973.
8. Björck G. Medicinskt beslutsfattande, prognostik, livskvalitet, meningsfullhet. Läkartidningen 1979; 76:269.
9. Björck G. Transplantation av organ från givare i livetsslutskede. Bilaga 5 till "Transplantationskirurgiska frågor". SOU 1980:48.
10. Björck G. Anförande vid symposium om vård i livets slutskede på socialdepartementet den 18 januari 1982. Ds S 1982:6 sid. 111–114.

Avvikande mening i fråga om dödsbegreppet

Inledningsvis vill jag hänvisa till att jag alltsedan 1963 publicerat ett antal artiklar i denna fråga, beträffande vilka jag enklast kan hänvisa till litteraturförteckningen till min senaste uppsats "Stoftet här, själen hos Gud. . ." i Läkartidningen 81:3198, 1984.

Självklart är att den som i nära ett kvarts sekel förestått en av landets tre största invärtesmedicinska undervisningskliniker och haft hjärtsjukdomarna som sin specialitet många gånger haft anledning att reflektera över frågor av denna karaktär. Jag tror inte att någon, som inte stått i en beslutssituation inför ett liv med flämtande låga, egentligen kan bilda sig en föreställning om den resonansbotten för dödsbegreppsdiskussion, som sådana upplevelser förmedlar.

För mig är det helt klart att – i motsats till vad som sagts i samband med utredningen – frågan om dödsbegreppet har ett uppenbart samband med transplantationskirurgins genombrott och dess behov av organdonatorer. Det är för att reglera tillgången på organ för transplantation som utredningen kommit till stånd. Inte minst vad som i våra överläggningar framkommit om behovet av övergångsbestämmelser för att möjliggöra fortsatt transplantationsverksamhet under en kritisk period, innan ny lagstiftning kan träda i kraft, visar ju detta.

Dödsbegreppsproblematiken rymmer, för mitt sätt att se, *medicinska, etiska och juridiska* aspekter.

Medicinska aspekter

Den allmänna läkarinstruktionen har angivit läkarens uppgift med orden att gepatienten "de råd och vid behov den vård som den sjukes tillstånd fordrar". Vad den sjukes tillstånd fordrar av vätsketillförsel, konstgjord andning och eventuella hjärtverksamhetsstödande åtgärder (läkemedel, pacemaker) beror på diagnosen och prognosen – bådaddera bedömningar behäftade med marginaler av osäkerhet. Socialstyrelsen har vidare 1973 utfärdat kompletterande föreskrifter om *totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna*.

Primärt är det sålunda *vad patientens tillstånd fordrar*, som skall tillgodoses så länge det är fråga om *sjukvård*, dvs. så länge patienten är i livet.

Den döde och hans kropp

Sedan långt tillbaka har det varit god sjukvårdssed att om möjligt låta en döende tillbringa sina sista stunder i ett enskilt utrymme med sina närmaste, och att när döden fastställts sluta den dödes ögon, tända levande ljus och lämna de anhöriga att ta farväl. När de anhöriga lämnat avdelningen och vederbörliga handlingar färdigställts transporterassedan den döde till obduktionsavdelningen för det fall obduktion vid en senare tidpunkt skall verkställas eller eventuell balsamering utföras. Vid obduktionen uttas – men återställs – de viktigare inre organen. Sedan begravningsentreprenören

ombesörjt den döda kroppens placering i kistan är det vanligt att de anhöriga för sista gången ser den döde. Obduktionens *raison d'être* är att definitivt fastställa dödsorsaken, dels av legala skäl, dels för att läkarna – och de anhöriga – i oklara fall skall få klarhet om facit. (Allmänhetens synpunkter på obduktioner har bl. a. belysts i Mona Brittons doktorsavhandling.)

Regeringsformens 2:6 skyddar varje medborgare mot kroppsligt ingrepp. Hur långt detta skydd sträcker sig för en avliden är måhända ovisst. Allmänt sett gäller väl vördnaden för individen även inför den avlidne: vid kyrklig jordfästning brukar de som deltar i ceremonin buga resp. niga inför den avlidnes kista. Tidigare talades i obduktionsprotokoll om "döda kroppen efter N.N." och prästen "viger (stoftet efter) N.N. till den sista vilan/gravens frid". Personligen anser jag att den döde har rätt till sin personliga kroppsliga integritet fram till och med jordfästningen med de undantag som sammanhänger med "likets" behandling i samband med obduktion, balsamering och dylikt. Respekten för denna integritet bör kunna hävdas av de anhöriga om sådana finns – deras inställning till obduktion bör efterhöras (den kan vara religiöst betingad), även om den i vissa fall kanske måste "köras över" när dödsorsaken är oklar och rättsliga aspekter kan motivera särskilda åtgärder. Vemsom egentligen är "rättsinnehavaren" i fråga av den döda kroppen är väl inte alldeles klart: om den avlidne under livstiden angivit hur med den skall förfaras torde väl detta böra betraktas som rättesnöre. I sista hand torde rättsmedicinska aspekter vara utslagsgivande. Det är i transplantations-sammanhang avgörande, om den avlidne uttalat en mening i ena eller andra riktningen beträffande användningen av hans organ. Enligt min mening har den döde själv "bättre rätt" till sin egen kropp än någon annan – *vilket även borde gälla hud och hornhinnor!* I så måtto torde det vara klart att hans beslutanderätt sträcker sig förbi dödsögonblicket. För mitt sätt att se är det därför önskvärt att tagandet av organ från döda knyts till ett i förväg givet, skriftligt medgivande, och att medgivande – eller vägran – från anhöriga tillmäts ingen eller endast en sekundär betydelse.

Etiska aspekter

Ur etisk synvinkel *kan* ett konkurrensförhållande konstrueras mellan den dödes integritet och en organbehövandes eventuella "rätt" att i ett kollektivsamhälle få tillgodogöra sig användbart biologiskt material från en annan medborgare, som inte längre har användning för det. Min bestämda uppfattning är att organdonation måste vara frivillig. Det är otänkbart att föra saken på tal under vederbörandes sjukhusvistelse. Det måste finnas ett medgivande avgivet av en *frisk och oberoende* person – och medgivandet måste även kunna tas tillbaka under sjukhusvistelsen oavsett bedömningen av vederbörandes juridiska beslutskapacitet då. Det är efter min mening otänkbart att avkräva på sjukhus intagna personer muntligt eller skriftligt beslut i saken under pågående vård. Eftersom flertalet svårt sjuka är äldre personer, vilkas organ i allmänhet är mindre tjänliga för transplantationsändamål medan den "idealiske" organgivaren är en yngre, frisk person, som avlider i samband med olyckshändelse, förefaller förslaget om att markera donationsvillighet på körkortet vara ett tänkvärt uppslag.

I en tidigare uppsats (Läkartidningen 1968:65, 129) har jag diskuterat olika sätt att definiera vadsom krävs för "dödförklaring". (En viss parallell kan nog dras med de regler som gäller för vem som är "levande född".) Alla dör ju inte på sjukhus, några påträffas livlösa utomhus vid kall väderlek och detta kan föranleda felbedömningar (Se även Läkartidningen 1979:76, 269). En notis nyligen i Svenska Dagbladet anger att i det kända "fallet Quinlan" i USA man på premissen "hjärndöd" kopplat bort respiratorn, men hjärtat fortsatt trots detta att slå i flera år. Med "hjärndöds"-begreppet – även om det skulle kunna definieras i strikta medicinska termer – kommer man i transplantationssammanhang i den situationen att man fortsätter – eller återupptar – en medicinsk behandling av en död person för en annan – levande – persons skull.

Den procedur man för närvarande tycks arbeta med förefaller kunna beskrivas sålunda:

Biologiskt sett lämpliga potentiella organdonatorer på sjukhusens intensivvårdsavdelningar ges all tänkbar andnings- och cirkulationsstödande behandling intill dess "hjärndöd"/"totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna" diagnosticeras. Patienten dödförklaras men överförs med bibehållen eller återinsatt andnings- och eventuell hjärtunderstödjande terapi, vilket emellertid inte längre är "vad den sjukes tillstånd fordrar" utan vad en annan sjuklings tillstånd skulle må väl av, till en operationssal i närheten av transplantationsenheten (eller på "hemsjukhuset", där organ uttas för att sedan flygas till transplantationssjukhuset). Ett eller flera organ (njurar, hjärta, lungor, lever, bukspottkörtel) tas ut – i USA förekommer termen "harvest" – skörda – vilka sedan inopereras på väntande patienter på det egna sjukhuset – eller efter transport, på andra, samarbetande sjukhus.

Det är, såvitt jag förstår, ofrånkomligt att man tar ställning till frågan om en person, som förklarats död – och därför icke "fordrar" någon vidare "behandling" – verkligen får fortsätta att "behandlas" *för en annan persons räkning*. Om man utgår från ett tidigare, icke återkallat, skriftligt medgivande om organdonation under redovisade betingelser ser jag knappast något hinder för en sådan åtgärd, men under andra omständigheter ter den sig mera egendomlig. Man måste ha klart för sig att misstankar kan väckas att läkarna inte "bjudit till" tillräckligt fram till dödstillståndet för "donatorn" men att de *därefter* satt alla klutar till för den andra patientens skull.

Sammanfattning

Diskussionen om "hjärndöden" har uppstått i samband med den nya transplantationskirurgin. Man har behövt ett medicinskt definierbart begrepp för att avgöra vid vilken tidpunkt under ett döende, som patienten inte längre är ett eget *subjekt* utan kan komma i fråga som ett *objekt* till gagn för någon annan patient. Denna tidpunkt är utgångspunkt för ett beslut att – åtminstone temporärt – stänga av respiratorn. På det hela taget är det intensivvårdsöverläkarens sak att fatta detta beslut med hänvisning till att "patientens tillstånd" inte längre "fordrar" denna behandling. Därefter kan denne – eller

någon annan läkare som anses vara i ansvarig ställning för patienten – i samband med transport av den *avlidne* (jämför professor Gelins formulering "medan hjärtat ännu slår på den avlidne") besluta att respiratorn på nytt skall slås på (och eventuella hjärtstimulerande åtgärder vidtagas) för att organ från den avlidne, som avses komma till användning vid transplantation, skall vara i så gott skick som möjligt.

Om det erfordras ny lagstiftning känner jag mig inte övertygad om att denna främst bör avse dödsbegreppet, men väl vilket *rättskydd* som gäller för döende och döda och vilka *befogenheter* som tillkommer envar att råda över sin kropp i döden såväl som i livet, liksom vilka beslutsbefogenheter beträffande en avlidens kropp, som tillkommer anhöriga, förmyndare och sjukvårdspersonal i ansvarig ställning. Det är också i nuläget nödvändigt att bestämma vilken kompetens olika *myndigheter* skall anses ha vid utfärdande av föreskrifter, liksom vid utarbetande av lagförslag på detta område, sedan socialstyrelsen *numera* icke längre kan anses företräda en "på vetenskap och beprövad erfarenhet" grundad medicinsk opinion.

Gunnar Björck

Professor emeritus, Karolinska Institutet

Upplysningsvis kan följande korta referat av vissa artiklar i ledande amerikanska medicinska tidskrifter meddelas:

1. Det är nu möjligt att genom kontinuerlig infusion av syntetiskt-antidiuretiskt hormon (arginin-vasopressin) och adrenalin (epinefrin) hålla i gång hjärtverksamheten hos "hjärndöda" patienter i mellan 10 och 54 dygn. Detta anses visa att föreställningen att hjärndöd snabbt också leder till död av resten av kroppen är felaktig.

T. Yoshioka m. fl. *Neurosurgery*. 18. 565, 1986.

2. Psychosocial and ethical implications of organ retrieval.

S. Youngner et. al. *The New England Journal of Medicine*. 313. 321, 1985.

Man betraktar "hjärndöda" som en ny "klass" av döda personer, som i många avseenden liknar levande, och behandlas i flera avseenden som sådana. Skulle hjärtverksamheten upphöra "för tidigt" verkställs sedvanliga återupplivningsåtgärder. Författarna diskuterar bl. a. nödvändigheten av nya "ritualer" för "denna nya klass av döda patienter".

3. Heart Transplantation. Recent Policy Developments.

W. Casscettis, *The New England Journal of Medicine*. 315. 1365, 1986.

I denna artikel behandlas särskilt de ekonomiska problem som är knutna till denna verksamhet; de etiska problem som knyter sig till givarernas och familjernas medgivande, de ofantliga kostnaderna för de program, som – om det fanns tillräckligt mycket organ tillgängliga – skulle behöva organiseras, och urvalet av mottagare. 170 centers tycks planera hjärttransplantationsprogram, medan bara 10 i själva verket har framgångsrik öppen hjärtkirurgi och njurtransplantationsprogram. Författarens egen attityd förefaller funderamt avvaktande.

Gunnar Björck

