

2021-11-16

HSN/1404/2021

Daniel Nilsson
Sekretariatet
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss av promemoria av lagrådsremiss Nya regler för organdonation

På grund av ändring i promemorian till den proposition som återkallades 2021-04-12 och som baserades på Betänkandet SOU 2019:26 Organbevarande behandling för donation har remiss skickats ut till berörda instanser med begäran om synpunkter på dessa.

Enligt instruktion utelämnas synpunkter på övriga delar av propositionen 2020/21:48, utan remissvaret fokuserar endast på ändringarna som rör organbevarande behandling och särskilt frågan om intubering och respiratorvård, om dessa åtgärder sätts in enbart i organbevarande syfte.

Sammanfattning:

Den nya skrivningen visar på ett föredömligt och respektfullt sätt att man tagit till sig synpunkter från representanter av den medicinska profession som i Sverige besitter den högsta kompetensen när det gäller vård av djupt medvetlösa patienter och av patienter som önskar kunna bli donator av organ och vävnader efter sin död.

Med den nya skrivningen kommer ansvariga för intensivvården att känna sig trygga med att den vård och behandling vi kan och får erbjuda, inte bara uppfyller en patients önskemål under sin livstid utan även efter dennes död.

De justeringar som gjorts när det gäller intubation och respiratorbehandling ligger helt i linje med propositionens ursprungliga syfte, nämligen att förbättra förutsättningarna för landets donations- och transplantationsverksamheter.

Bakgrund till remissvaret:

För att organ inte ska förlora sin funktion p.g.a. syrebrist, kan man inte vänta till döden konstaterats innan man intuberar och tillför luft och syre via en respirator.

Att intubera en patient, d.v.s. att föra ner en plastslang med ca 11 mm diameter, via munnen ner i luftstrupen, och därefter med en maskin hjälpa en patient att optimera sin andning, görs dagligen på en Intensivvårdsavdelning med hjälp av en respirator eller på en Operationsavdelning där patienten efter intubationen får andningshjälp via en enklare respirator, benämnd ventilator.

Man kan t.o.m. intubera en vaken patient efter att ha sprayat lokalbedövning i andningsvägarna samt gett patienten en mindre mängd avslappnande läkemedel i blodet.

Typexempel är en patient med grav reumatoid artrit som ska opereras och som p.g.a. sin sjukdom har en instabil halsrygg, vilket innebär risk för förlamning från halsen och neråt om man utför proceduren som vid normal sövning. När väl den s.k. tuben är på plats sövs den vaken-intuberade patienten ner. Intubationen innebär inte att man sticker genom någon vävnad, dvs det sker ingen vävnadsskada som smärtar, däremot ger ett främmande föremål i luftvägarna obehag och irriterar luftrörsväggarna med hosta som omedelbart resultat. Patienter som intuberas för att opereras kan dagen efter beskriva känslan i halsen som ”nästan som jag håller på att bli förkyld för jag har lite sveda i halsen”.

Att intubera en patient för att garantera bra syresättning och skydda dennes luftväg från nerrinnande saliv från munhålan, eller kräk från magsäcken, görs i första hand för att förbättra betingelserna för patientens egen läkningsprocess.

I andra hand kan man, om fortsatt vård inte bedöms vara till gagn för patienten, efter ett s.k. brytpunktsbeslut, intubera den döende för att dennes organ ska få så bra funktion som möjligt när de efter patientens död skänks till några medmänniskor.

Intubation och respiratorbehandling ryms helt inom de rimliga krav som utredningen ställer för att skydda den enskilde och utkastet till lagrådsremissen ger professionen ett tydligt lagstöd för den organbevarande behandling som måste ges för att en donation skall vara möjlig.

Kommentar till promemorians sida 42:

I exemplet kommer en medvetlös patient in till Akuten.

Ingen kan direkt på Akuten varken ställa diagnos eller uttala sig om prognos. För att kunna göra det krävs minst en röntgenundersökning samt en bedömning av specialutbildade läkare.

Den som slutligen ska bedöma bilderna är en subspecialiserad röntgenläkare, benämnd neuroradiolog.

Den som slutligen ska besluta om eventuell operativ åtgärd, och även är den med högst kompetens när det gäller prognostisering, är en specialist i neurokirurgi.

De flesta sjukhus i Sverige är länssjukhus/länsdelssjukhus, som varken har neuroradiolog eller neurokirurg, dessa specialister tjänstgör på universitetssjukhus.

Tillbaka till exemplet:

Patienten transporteras från Akuten till Röntgenavdelningen för att få en datortomografiundersökning utförd, bilderna ska sen först granskas av sjukhusets egen röntgenläkare för att sen länkas vidare till det sjukhus som har neuroradiolog och en neurokirurgisk enhet. Ansvarig läkare på Akuten ringer neuroradiolog och neurokirurg och ber om bedömning och råd om fortsatt behandlingsstrategi.

Är orsaken till medvetlösheten operativt åtgärdbar ska patienten transporteras till universitetssjukhuset med ambulans eller med någon form av flygresurs.

Finns inget operativt ingrepp att erbjuda stannar patienten kvar på ”hemsjukhuset”.

Att patienten inte opereras ska och får absolut inte likställas med att patienten nu är döende. En medvetslös patient kan ha drabbats av ett tillstånd som kan reverseras medikamentellt, kan ha fått en blödning som inte går att operera, men som kroppen tar hand om själv, och patienten kan leva vidare med mer eller mindre restsymtom.

I ett akut läge måste varje medvetslös patient, där man sen tidigare inte beslutat om eventuella behandlingsbegränsningar, få optimal vård. I den vården ingår att ge bästa tänkbara syresättning genom att säkra fri luftväg och förhindra att eventuella kräkningar (vanligt förekommande hos medvetslösa patienter) hamnar i luftvägarna med kemisk lunginflammation och sämre syresättningsförmåga som följd.

Man ger en medvetslös patient bästa tänkbara vård genom att intubera och sen kontrollera patientens andning med en respirator.

Man gör det för patientens egen skull, i väntan på diagnos, i väntan på inhämtande av mer information, i väntan på interkollegial diskussion om behandlingsstrategi, man skapar ett medicinskt rådtrum, vilket ger tid till väl genomtänkta och förankrade beslut.

Respiratorvård ges av läkare i anestesi och intensivvård i nära samarbete med sjuksköterskor specialistutbildade i intensivvård eller anestesi, och dessa personalkategorier finns på alla sjukhus.

Dessa specialister ansvarar dagligen för patienter på landets operationsavdelningar, så att de sövs eller bedövas så att operatörerna kan utföra ingrepp utan att patienterna varken förnimmer smärta eller obehag.

Dessa specialister ansvarar dagligen för landets intensivvårdsavdelningar och där utförs olika livräddande procedurer. I enstaka fall kan en patient vara vaken men oftast är de så sjuka att de behöver sövas och få andningshjälp av en respirator. För optimal respiratorvård krävs ett plaströr i luftstrupen via munnen som kopplas ihop med respiratorn som tillför luft och extra syre.

På både operationsavdelningar och intensivvårdsavdelningar är varje patient kopplad till en eller flera övervakningsmonitorer som på sekundbasis registrerar patientens puls, blodtryck, syresättningsvärde och andningsfrekvens. Om uppmätta värden avviker från, aktuell patients bestämda gränser, vilket skulle kunna vara ett tecken på upplevt obehag eller smärta, larmar monitorn. Personal åtgärdar omedelbart uppkommen avvikelse, i första hand med mer smärtstillande och/eller sömngivande medel.

Om behandlingsstrategin för en medvetslös patient innebär att man ska avbryta fortsatt intensivvård, eller att man tror att patienten redan är avliden och man tänker diagnostisera döden enligt direkta kriterier, fattas ett brytpunktsbeslut som ska dokumenteras i patientjournalen, och när detta är gjort börjar man utreda den döendes, eller dödes, vilja att donera organ och/eller vävnader.

Att komma fram till ett välgrundat beslut om vilken behandlingsstrategi som är mest till gagn för en medvetslös patient, efter att diagnosen klargjorts liksom prognostisering av sjukdomsprocessen, det tid och det måste få ta tid. Detta ska inte göras på en

akutmottagning utan medan man skaffar sig det medicinska rådrummet, ska patientens samtliga vitala funktioner behandlas optimalt, vilket ofta innebär intubation och respiratorbehandling för bästa tänkbara syresättning.

Maria Söderkvist
Hälso- och sjukvårdsdirektör