

Organbevarande behandling och medicinska insatser efter döden

Organbevarande behandling

En förutsättning för att initiera organbevarande behandling är ett dokumenterat brytpunktsbeslut enligt Lagen (1995:831) om transplantation m.m. 4b §:

”Organbevarande behandling får ges efter att **en legitimerad läkare i samråd med en annan legitimerad läkare** har gjort ställningstagandet att inte inleda eller fortsätta livsuppehållande behandling och att tidpunkten för ställningstagandet har dokumenterats.”

Med organbevarande behandling menas intensivvårdssinsatser och andra åtgärder som ges till en patient, vars liv inte går att rädda. Organbevarande behandling syftar till att förebygga, diagnostisera och behandla svikt i nödvändiga organfunktioner för att optimera förutsättningar för transplantation. I huvudsak är det samma insatser som patienten redan fått i form av intensivvård men behandlingen kan behöva kompletteras eller justeras. Målet med den organbevarande behandlingen är att optimera organens funktion och att skapa möjlighet att utreda donationsviljan, samtidigt som behandlingen på intet sätt får skada- och/eller orsaka lidande.

Under den organbevarande behandlingen får intensivvårdsinsatser fortsätta och/eller påbörjas. Det innefattar bl.a. intubering, respirator, läkemedel, katetrar och dialys. Redan påbörjad ECMO behandling får fortsätta. Elkonvertering av arytmier kan utföras om så krävs. Andra åtgärder som inte direkt ingår i sedvanlig intensivvård kan också vara aktuella.

Det finns begränsningar avseende ”mer omfattande åtgärder” och åtgärder som inte bör sättas in är bl.a. kirurgi för att stoppa blödning, att påbörja ECMO, hjärtkompressioner och defibrillering som en del av en HLR-situation.

Med detta som utgångspunkt är det ansvarig intensivvårdsläkares ansvar att, i samråd med transplantationsenheten, bedöma exakt vilka insatser som krävs under döendet för att upprätthålla en god organfunktion. Den exakta utformningen av den organbevarande behandlingen får således avgöras från fall till fall.

Se även Bilaga: Behandlingsrekommendationer Organbevarande behandling och medicinska insatser efter döden

Organbevarande behandling får ges för att utreda donationsvilja och medicinsk lämplighet

Om en möjlig donator får organbevarande behandling, ska **förutsättningar för donation (donationsvilja) utredas skyndsamt** enligt transplantationslagen, **men med hänsyn tagen till de närståendes situation**. Dessa samtal med närstående bör ske dagtid, läs vidare under kap. 5 och 6.

Den medicinska utredningen får påbörjas så snart det finns **förutsättningar för donation (positiv donationsvilja)**. Läs kap. 7 gällande den medicinska utredningen.

Tre skyddande förutsättningar ska uppfyllas

I den organbevarande behandlingen ska varje insats övervägas och måste stå i proportion till vad som är nödvändigt för att möjliggöra donation av organen.

Dessa insatser bedöms i varje enskilt fall och ska:

- **Inte kunna vänta till efter döden**
- **Inte medföra mer än ringa smärta eller skada**
Med **ringa smärta** menas en mycket begränsad smärtförmimelse, t.ex. vid ett nålstick. **Ringa skada** kan vara en mindre infektion/mindre blödning till följd av ett nålstick eller skada i form av intrång i den personliga integriteten.
Den organbevarande behandlingen får inte leda till mer omfattande skador och får inte påskynda döden.

Att inleda intubering och respiratorvård bedöms i regel inte medföra mer än ringa skada, om omständigheterna i övrigt medger det.
- **Inte hindra insatser för patientens egen skull, vilket innebär inte hindra palliation**
Insatserna som ges för patientens egen skull har en högre prioritet än den organbevarande behandlingen

Organbevarande behandling får pågå i högst 72 timmar efter brytpunktsbeslut

Om det finns särskilda skäl och en positiv donationsvilja får sådan behandling ges ytterligare en kort tid, i situationer där det är nära en donation såsom:

- Att slutföra en DBD-process: diagnostik för att fastställa döden med direkta kriterier kan ha påbörjats, men ännu inte avslutats, eller den kan behöva kompletteras med angiografiundersökning av hjärnan.
- Att möjliggöra kontrollerad DCD: om total hjärninfarkt inte kan konstateras inom 72 timmar skulle en DCD-process kunna bli aktuell. Då kan organbevarande behandling ges under ytterligare en kort tid för att donations- och transplantationsingrepp ska kunna organiseras.

Medicinska insatser efter döden

När döden har fastställts får medicinska insatser påbörjas eller fortsätta för att möjliggöra transplantation. Insatserna ska göras med respekt för den avlidne och får, precis som tidigare, inte pågå längre än 24 timmar om det inte finns synnerliga skäl. Det kan finnas synnerliga skäl om ett kortare överskridande av tidsfristen gör det möjligt att i ett konkret fall rädda ett människoliv.