

# Medier, människor och medicinsk vård

## Bakgrundsbeskrivning

Håkan Gäbel

I detta kapitel redogörs i några separata avsnitt för bakgrunden till donations- och transplantationsverksamheten.

### MEDIER

- Skildringen av donation och transplantation i medier (s 293)

### MÄNNISKOR

- Allmänhetens inställning till donation av organ och vävnader (s 297)
- Behövs donationsregistret? Hur kan den enskilde meddela sin inställning till donation? (s 298)

### MEDICINSK VÅRD

- Glöm inte vävnadsdonation (s 303)
- Är brist på intensivvårdsplatser ett hinder för donationer? (s 304)
- Icke-terapeutisk ventilation – vad är det och vad har sagts? (s 306)

För information om författaren, se sidan 290.

### MEDIER

#### • Skildringen av donation och transplantation i medier

Donations- och transplantationsverksamheten innehåller många moment av stort intresse för medier. Informationen i Svenska medier har praktiskt taget alltid varit saklig och korrekt. Det har oftast handlat om framgångshistorier där lyckade transplantationer skildrats. Sällan har det handlat om hjärtknipande berättelser om patienter, inte sällan barn, som fått vänta länge, ibland förgäves på en trans-

plantation. Enstaka vittnesbörd från anhöriga till avlidna donatorer har varit speciellt tankeväckande.

Socialstyrelsen och patientföreningar har tidvis abonnerat på pressklipp men någon systematisk sammanställning av mediebilderna har inte gjorts. Vi har kunnat avläsa allmänhetens engagemang i dessa skildringar genom att antalet anmälningar till donationsregistret som ibland har ökat över baslinjen.

Vid vissa tillfällen har förhållanden lett till större massmedialt intresse.

Tre sådana tillfällen under de senaste tio åren kan nämnas.

1. Socialstyrelsens information om ny lagstiftning 1996
2. ”På nyåret 2003”
3. Livsviktigt – Ett treårigt informationsprojekt 2002-2005

### Socialstyrelsens information om ny lagstiftning

Socialstyrelsen fick i uppdrag [prop 1994/95:148] att ge information om den transplantationslag som trädde i kraft den 1 juli 1996. Socialstyrelsen valde att ge neutral och saklig information om att ändringen i transplantationslagen innebar att den som inte hade uttalat sin inställning till donation antogs vara positiv till att donera sina organ och vävnader efter sin död.

Socialstyrelsen valde av ekonomiska skäl att basera information på ett hushållsutskick till samtliga hushåll, även till dem som valt bort reklam, med kort information inkluderande donationskort och en anmälan till det nyinrättade donationsregistret. Budskapet var enkelt – tag ställning för eller emot. Donationskortet liksom allt informationsmaterial hade en enkel uppmärksamhetssymbol. ”Om Du skulle dö – kan någon annan få ditt hjärta då?”

Socialstyrelsen blev mycket kritiserad: medierna, allmänheten och även politiker som beslutat om lagändringen vände sig mot det s.k. förutsatta samtycket (presumtion för samtycke) i Transplantationslagen. Kritik fram-

fördes också mot att informationen sändes ut via ett hushållsutskick. Dessutom kritiserades ordvalet: Om Du skulle dö – kan någon annan få ditt hjärta då? Det skall inte vara någon hemlighet att Socialstyrelsen noggrant hade övervägt formuleringarna – de kritiserades på remisstadiet då informationsmaterialet utarbetades.

I anslutning till informationskampanjen tog Socialstyrelsen också fram en något fylligare trycksak, Kan någon annan få Dina njurar när Du dör och en trycksak Donation av organ och vävnader - frågor och svar. Den förstnämnda översattes till ett flertal språk som alltså finns på Socialstyrelsens webbplats.

Socialstyrelsen hade satt upp tre mål för informationsinsatserna:

1. Förmå människor att ta ställning
2. Förmå dem att meddela sin inställning genom att informera de närstående, genom att fylla i ett donationskort eller att anmäla sig till Donationsregistret
3. Förebygga okunskap

Vår bedömning då [Gäbel et al 1997] var ”att de två första målen för informationsinsatserna har uppfyllts bland annat som en följd av medias uppmärksamhet.”

### ”På nyåret 2003” – Information om färre donatorer 2002

På nyåret 2003 meddelade DN att antalet organdonatorer under 2002 var lägre än på många år vilket rönt stor uppmärksamhet. I huvudledaren den 3 januari stod att läsa: ”Ofta lyfts Spanien fram som ett föredöme – där är donationsfrekvensen betydligt hö-

gre än i Sverige och övriga Europa.” ”Men det finns också skillnader på den samordnande myndighetsnivån mellan Spanien och Sverige” Socialstyrelsens generaldirektör Kerstin Wigzell replikerade att Socialstyrelsen inte har mandat att samordna landstingens verksamhet och ”liksom DN tror jag att det kan finnas behov av en starkare nationell samordning när det gäller donationer. Vem som ska ha den rollen kan diskuteras. Ett enigt synsätt mellan professionen, huvudmännen och staten är dock kanske ännu viktigare.”

Lars Engqvist, dåvarande socialminister meddelade på DN-debatt den 7 januari att han inom kort skulle ta initiativ för en översyn av donationsfrågan. En enmansutredare tillsattes i mars 2003 med uppdrag att överväga åtgärder som kan leda till en bättre tillgång till organ för transplantation. Utredningen resulterade i en proposition [prop 2003/04:179]. De föreslagna lagförslagen antogs av riksdagen i december samma år.

### Propositionens huvudsakliga innehåll

”Lagen (1995:831) om transplantation m.m. föreslås ändrad så att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer (Socialstyrelsen) får föreskriva att sjukhus eller enheter där ingrepp för transplantation enligt lagen får utföras skall ha tillgång till en donationsansvarig läkare och en kontaktansvarig sjuksköterska med uppgift att förbereda för donationer och ge stöd och information till avlidnas närstående.”

Det bedömdes att samtyckesreg-

lerna i lagen borde vara oförändrade. ”Vid Socialstyrelsen kommer att inrättas ett nationellt råd för organ- och vävnadsdonation med ett tydligt ansvar på nationell nivå.” (se särskilt avsnitt om Donationsrådet.)

### Livsviktigt – ett treårigt informationsprojekt

Landstingsförbundet startade 2002 ett nationellt informationsarbete i samarbete med Socialdepartementet, landsting/regioner, Socialstyrelsen, Apoteket AB, patientorganisationer och berörd medicinsk profession. Projektet finansierades med totalt 27 miljoner kronor av så kallade Dagmarmedel.

Bland Livsviktigs aktiviteter kan nämnas:

- Europeiska Donationsdagen
- TV-, tidnings-, radio- och Internettannonsering
- Nya hjälpmedel för anmälan till Donationsregistret
- PR-arbete

### Den Europeiska Donationsdagen

Sverige arrangerade den femte Europeiska Donationsdagen den 4 oktober 2003. Donationsdagen är ett initiativ av Europarådets expertkommitté för donationsfrågor i avsikt att uppmärksamma och hedra donatorerna och deras närstående. Initialt anordnades dessa dagar vartannat år, men sedan 2003 varje år i något europeiskt land. Två Världsdonationsdagar har också arrangerats.

I programmet deltog transplantationsexperter från ett flertal europeiska länder, då de samtidigt hade ett sammanträde i Stockholm, repre-

sentanter för patientorganisationer i Europa och den intresserade allmänheten. Bland programpunkterna kan nämnas en ekumenisk gudstjänst i Storkyrkan, ett informations- och debattprogram i Kulturhuset. Ett vårdträd överlämnades till Storkyrkoförsamlingen.

Samma dag infördes en debattartikel i DN: ”*Gud gillar organdonationer*”, undertecknad av företrädare för alla stora religioner i Sverige som alla stödjer donationsverksamheten.

### Annonsering

Annonseringen uppdelades på sex kampanjperioder under 2004-2005. Den byggde på tre reklamfilmer av ”fall”-karaktär (två mottagare av organ och en närstående till en donator) samt åtta filmer av karaktär vittnesbörd: ”Jag har anmält mig till registret, gör det du också.”

Parallellt gav projektet fakta och sakinformation via sin webbplats [www.livsviktigt.se](http://www.livsviktigt.se)

### Nya hjälpmedel för anmälan till Donationsregistret

Livsviktigt utvecklade i samverkan med Socialstyrelsen förbättrade möjligheter för människor att anmäla sig till Donationsregistret via ett webbformulär och ett 020-nummer.

### PR-arbete

Projektet framställde redaktionellt material. Sammanlagt 18 pressmeddelanden gavs ut.

Som ett led i arbetet utsågs en grupp kända svenskar som ”ambassadörer” – några av dem medverkade i livsviktigs informationsfilmer.

### Utvärdering av Livsviktigt

Sveriges kommuner och Landsting har gjort en utvärdering av informationskampanjen. Titeln är talande: ”Fler än någonsin – men ändå för få”. Det syftar naturligtvis på antalet anmälningar till och antalet anmälda i donationsregistret [[www.donationsradet.se](http://www.donationsradet.se)].

Under aktivitetsperioden kom det in cirka 280 000 anmälningar till Donationsregistret. Antalet varierade över tiden och toppar inträffade i avslutning till kampanjperioderna.

Projektet kritiserades under utarbetandet av mål och strategier bland annat av medlemmar i referensgruppen för att man alltför ensidigt betonade en anmälan till Donationsregistret – det enda omedelbart avläsbara resultatet. Det finns fler sätt att meddela sin inställning till donation: genom samtal med de närstående och genom att underteckna ett donationskort.

Livsviktigt har haft stor betydelse. Håkan Hedman, själv njurtransplanterad och ordförande i Riksförbundet för njursjuka och i Livet som gåva, skriver i ledaren i Njurfunk nr 2/05 bland annat:

”Livsviktigs informationsinsatser som nu pågått under snart två år har bidragit till att organdonation äntligen har hamnat på dagordningen i Sverige. Även om endast drygt femton procent av befolkningen har anmält sig till Donationsregistret, så finns frågan i människors medvetande på ett helt annat sätt än tidigare. Anmälan till registret är inte det viktigaste, utan det är vetskapen om att man bör göra sin vilja om donation känd. Som en direkt följd av livsviktigs informa-

tion kan man skönja en ökad tendens till att fler närstående förväntar sig att få frågan om donation vid ett dödsfall där eventuell donation kan bli aktuell. Det finns även andra tecken som visar att sjukvården får färre veton från närstående då frågan om donation ställs.”

### Bedömning av mediearbetet – utvärdering

Det finns praktiskt taget alltid information om donation och transplantation i medierna tack vare det spontana intresset för dessa frågor. Ibland uppstår toppar i medias bevakning spontant genom särskilt intressant information vid ett lämpligt tillfälle av nyhetstorka. I bästa fall kan då frågan bli en huvudnyhet och ge upphov till sekundärpublikationer. Medierna kan alltid räkna med Donationsrådets och professionens beredvillighet att ge information och att kontrollera fakta.

## MÄNNISKOR

### • Allmänhetens inställning till donation av organ och vävnader

Alltsedan de första undersökningarna gällande allmänhetens inställning till donation och transplantation av organ på 1980-talet [Gäbel och Lindskoug 1987, Gäbel och Lindskoug 1989] har det visat sig att allmänheten har en positiv inställning till transplantation, till att efter döden donera sina egna organ och till att donera en nära anhörigs organ [Sanner 1997, Sanner 2002].

Enligt de första undersökningarna var två tredjedelar positiva till att donera sina organ medan färre skulle acceptera donation från en närstående som inte själv uttryckt sin vilja. På den tiden gällde presumtion mot samtycke – den som inte på ett eller annat sätt bejakat donation var negativ till att donera. Sedan 1996 gäller presumtion för samtycke – den som inte sagt nej menar ja.

Det är svårt att bedöma om allmänheten blivit mer positiv då de olika attitydundersökningarna inte är helt jämförbara. I de fall frågan om man är positiv till att själv ta emot organ ställs först kan det tänkas att man blir mer positiv till att också donera. Vidare kan det tänkas vara svårare att vara negativ till att donera i en telefonintervju än i den mer neutrala situationen då man besvarar en postenkät.

Det kan konstateras att den enskilde har en positiv inställning till att donera sina organ, en något mindre positiv till att acceptera donation för en avli-

den anhörigs räkning. Margareta Sanner har gjort bra sammanställningar [Sanner 1997, Sanner 2002].

Enligt en av de senaste undersökningarna, en TEMO direkt-undersökning, under vecka 4 2005 med 1 012 tillfrågade, angav 81 procent att de kunde tänka sig att donera sina organ efter sin död. 78 procent visste också hur man kunde meddela sin inställning, nämligen till donationsregistret (23 procent), på ett donationskort (25 procent) eller via ett besked till de närstående (3 procent) och på annat sätt (27 procent).

Men i vilken mån har den enskilde också gjort sin inställning till donation känd och i vilken utsträckning känner vederbörande till sina anhörigas inställning till organdonation? Detta är av yttersta vikt då möjligheten till organdonation diskuteras med de närstående vid ett dödsfall.

14 procent angav att de talat med sina närstående, lika många angav att de hade ett donationskort medan 10 procent angav att de anmält sig till Donationsregistret. Endast omkring 40 procent hade alltså meddelat sin inställning. Av dem som inte på något sätt informerat om sitt beslut angav 66 procent att det ”inte blivit av”. 47 procent visste inte vilken inställning deras närstående hade till donation.

Skulle allmänhetens kunskaper om donation kunna vara bättre och viljan att donera större?

## • Behövs donationsregistret?

Hur kan den enskilde meddela sin inställning till donation?

Varför har vi ett donationsregister? Vilken funktion fyller det när vårdpersonalen utreder den avlidnes inställning genom samtal med de anhöriga?

Det framhålls i många sammanhang att det är viktigt att människor tar ställning för eller emot donation och dokumenterar sin inställning. Det skulle underlätta för såväl personal som närstående om det vore känt vilken inställning den lämplige donatorn själv hade.

Den enskilde kan ge sin vilja tillkännas på flera likvärdiga sätt. Den sista viljan gäller.

## Muntligen

Det är alltid viktigt att meddela sina närstående om sin inställning till donation. De blir alltid informerade om möjligheten till donation.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att ge information till de närstående om en patients hälsotillstånd, om det metoder för undersökning, vård och behandling som finns om inte informationen kan ges till patienten själv. Se Lag 1998:531. Personalen har dessvärre inte skyldighet att ge information om donation, men enligt SOSFS 1997:4 (3. Organisation m.m.) ”bör det vara en naturlig uppgift för hälso- och sjukvårdspersonalen att ta upp fråga om donation av organ och vävnader med patienterna och deras närstående när det är lämpligt”.

## Donationskort

Redan i början av 1990-talet gjordes donationskort tillgängliga [Gäbel,

1990]. I anslutning till Socialstyrelsens informationsinsatser 1996 då Transplantationslagen trädde i kraft framställdes nya donationskort som också ingick i Socialstyrelsens hushållsutskick. De fanns också tillgängliga på landets Apotek. Under informationskampanjen Livsviktigt (2003-2005) betonades vikten av att anmäla sig till Donationsregistret. Donationskortens funktion tonades då ner.

Hösten 2006 lanserade Donationsrådet nya donationskort med tillhörande informationsbroschyr. Kortet är tillverkat i plast för bättre hållbarhet. Donationskort finns tillgängliga på apotek, vårdcentraler och sjukhus.

### Donationsregistret

Idag är 1,5 miljon svenskar (18 procent av befolkningen) registrerade. Se nedan om internationella erfarenheter av donationsregister.

#### *Bakgrund till donationsregistret*

På uppdrag av regeringen inrättade Socialstyrelsen 1996 ett donationsregister dit den enskilde kan anmäla sin inställning för eller emot donation. Se regeringens proposition [prop 1994/95:148].

Regeringen gick i propositionen mot Transplantationsutredningens förslag (SOU 1992:16) om att ett donationsregister ”inte bör inrättas då fördelarna med ett sådant inte står i rimlig proportion till kostnaderna”. Regeringen gick också mot Transplantationsutredningens förslag när man föreslog presumtion för samtycke medan utredningen föreslog presumtion mot samtycke.

Ur propositionen: *”Med vårt förslag*

*till samtyckesregler får ett donationsregister en annan betydelse. Det skydd den enskilde i första hand behöver, att organ inte tas mot hans vilja kan i och för sig tillgodoses utan ett särskilt register. Den som inte är villig att donera kan till exempel underrätta sina närstående om detta. Ett annat sätt är att dokumentera sin inställning genom att fylla i ett donationskort. Med de samtyckesregler vi föreslår är det angeläget att även ett donationsregister inrättas.”*

### Lagreglering av Donationsregistret

Socialstyrelsen inrättade Donationsregistret efter beslut av Datainspektionen 1996-05-03 Dnr 1508-96. Enligt Datainspektionens föreskrifter gällde bland annat: ”Extern förfrågan får endast avse avliden person.” Socialstyrelsen tillämpar ännu i dag Datainspektionens föreskrifter för Donationsregistret i väntan på ny författningsreglering enligt nedan.

Sedan den 1 juli 2006 finns en särskild bestämmelse i sekretesslagen (1980:100) 7 kap 51§ om att sekretess gäller i verksamhet som avser förande av eller uttag ur donationsregister som förs av Socialstyrelsen för uppgift om enskilds personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom eller henne närstående lider men. Uppgifterna i Donationsregistret omfattas alltså av samma slags sekretess som gäller för uppgifter som omfattas av hälso- och sjukvårdsekretessen.

Patientdatautredningen håller nu våren 2007 på med att utarbeta författningsförslag gällande en specialreglering av Donationsregistret. Det kan komma att bli en förordning.

## Nej-register blir ja-register

Mot bakgrund av förslaget i propositionen enligt ovan och med tanke på det sätt information om den nya transplantationslagen gavs av Socialstyrelsen 1996 är det rimligt att anta att donationsregistret i första hand uppfattades som ett *nej-register*, ett säkert sätt för dem som inte vill komma i fråga för donation att säga nej. Informationen var neutral och ett av budskapen var att den som inte meddelat ett nej var positiv till att donera.

Socialstyrelsen studerade de första 300 000 anmälningarna till donationsregistret för att kontrollera att registret användes på avsett sätt, det vill säga av både ja- och nej-sägare.

Totalt hade 48 procent svarat ja och 52 procent svarat nej. Äldre personer var överrepresenterade i donationsregistret och hade i större utsträckning än yngre svarat nej [Gäbel et al 1997].

Då donationsregistret inte är ett forskningsregister, utan ett sätt för människor att uttrycka sin inställning till donation har inga liknande uppföljningar gjorts därefter.

Inom ramen för informationsprojektet Livsviktigt (2002-2005) spreds information om donation i mer positiva ordalag. Livsviktigs kända ambassadörer talade om varför de anmält sig som donatorer. Budskapet var "Tillsammans kan vi rädda liv". "Det är enkelt att anmäla sig till donationsregistret". "Den som är positiv till att donera borde anmäla sig." Donationsregistret kan nu med visst fog uppfattas som ett *ja-register*.

## Förenklad anmälan

Inledningsvis kunde man enbart

anmäla sig med en skriftlig undertecknad anmälan till Donationsregistret. 2003 öppnades möjligheten att anmäla sig via webbplatsen eller genom anmälan per telefon.

Alla som är folkbokförda i Sverige med ett svenskt personnummer kan anmäla sig till donationsregistret som är kopplat till SPAR. Vårdnadshavare kan anmäla underåriga barn. De underåriga som själva anmält sig eller blivit anmälda av sina vårdnadshavare innan den fyllt 18 år aviseras viss tid efter det att de blivit myndiga.

Den som anmält sig till Donationsregistret får en bekräftelse på anmälan.

## Antalet registrerade i Donationsregistret

Under 1996 och 1997 anmälde sig cirka 1,4 miljoner svenskar till donationsregistret vilket var långt mer än förväntat.

Antalet personer registrerade i Donationsregistret har under åren ökat endast långsamt, från 1 283 702 i januari 1997 till 1 513 306 i januari 2007 eller med 219 000 motsvarande 14%.

Det krävs en förklaring till att antalet registrerade ökat så litet med tanke på att det under vissa perioder, till exempel då förenklade rutiner infördes kommit många anmälningar. Under Livsviktigt kom cirka 300 000 anmälningar. Endast nya anmälningar syns i de siffror som avser antalet registrerade. Många anmäler en ny inställning. Några kan ha glömt att de redan anmält sig. Dessutom gallras data gällande en person som avlidit 6 månader efter dödsfallet. Cirka 20 000 gallras på detta sätt rutinmässigt varje år. De



#### 4.8 Kontroll genom donationsregistret

Anmälan till donationsregistret är ett sätt för den enskilde att kunna både utöva sin självbestämmanderätt och på ett betryggande sätt dokumentera sin inställning till donation. När en anmälan skett kan behörig hälso- och sjukvårdspersonal genom en förfrågan till registret snabbt och enkelt få upplysningar om vilken inställning den avlidne haft. I regel är det nödvändigt att en sådan förfrågan görs. En förfrågan kan också tjäna som en extra säkerhetskontroll. Överensstämmer inte uppgifterna i donationsregistret med de uppgifter den enskilde redovisat i ett donationskort gäller den sist lämnade viljeyttringen, se vidare under avsnitt 4.5.

Utdrag ur SOSFS 1997:4.

som utvandrar och därmed försvinner ur SPAR gallras liksom de som meddelar att de inte längre vill vara registrerade.

#### Hur använder vårdpersonal registret?

Då hälso- och sjukvårdspersonalen utreder en avlidens inställning till donation vid samtal med de närstående efterfrågar de i första hand den avlidnes inställning som den kommit till uttryck vid samtal, på ett donationskort eller genom en anmälan till Donationsregistret. Se bidrag i detta nummer Socialmedicinsk tidskrift.

Se också Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:4) om organ och vävnadstagning för transplantation eller annat medicinskt ändamål om kontroll genom donationsregistret [SOSFS 1997:4].

Personalen upplever det som positivt om det finns uppgifter om en avlidens persons inställning i donationsregistret. Ett ja i registret kan göra det lättare för de närstående att acceptera donation men ett nej behöver inte be-

tyda att donation är uteslutet – vederbörande kan ha ändrat uppfattning. I de allra flesta fall finns det, emellertid dessvärre inte några uppgifter om den avlidnes inställning. Vad betyder då det? Och hur agerar hälso- och sjukvårdspersonalen utifrån frånvaron av information om den avlidne i donationsregistret?

I de fall registret av personalen uppfattas som ett nej-register betyder det att den avlidne inte är emot donation och att donation därmed är en möjlighet. I de fall registret å andra sidan uppfattas som ett ja-register kanske personalen tolkar frånvaron av ett ja som att den avlidne var mot donation.

En anmälan till Donationsregistret, eller ett ifyllt donationskort saknar bindande rättslig verkan. Enligt nu gällande bestämmelser är det inte heller tillåtet att efterfråga en persons inställning till donation innan denne är död.

#### Kostar det mer än det smakar?

Socialstyrelsen har beräknat att det kostade mellan 8 och 10 miljoner kro-

nor att inrätta Donationsregistret och att driva det under första året. Med nuvarande rutiner kostar det cirka 2,5 miljoner kronor per år att administrera donationsregistret.

Det kan med fog ifrågasättas om fördelarna med ett donationsregister står i rimlig proportion till kostnaderna. Se citat ovan ur regeringens proposition. Det är inte möjligt att lägga ner ett donationsregister med motiveringen att det är kostsamt. Det vore ovärdigt mot de 1,5 miljon människor som har anmält sig.

### **Internationella erfarenheter av donationsregister**

Socialstyrelsen tog del av de erfarenheter som gjorts av donationsregister i andra länder då det svenska registret byggdes upp 1996. Vi tog del av erfarenheter från Belgien (1986), Danmark (1990), England (1994) och Österrike (1995).

Sedan dess har register också tillkommit i flera andra europeiska länder. Det finns också register i ett flertal stater i USA. I några av dem finns lagstiftning som stadgar att den inställning som en person gett tillkänna till exempel i ett donationsregister har rättsverkan. Något medgivande från närstående krävs alltså inte för att organ eller vävnader skall kunna tas tillvara. Man har med urskiljning börjat tillämpa denna lagstiftning i vissa stater i USA. Erfarenheterna har varit goda och anhöriga som initialt var negativa till donation har sedan varit tacksamma för att den avlidnes vilja följts.

Inget register är det andra likt. I en översiktsartikel redogörs för do-

nationsregister i andra länder och för de krav som rimligen kan ställas på ett kvalitetssäkrat register bland annat efter diskussioner i Europarådets expertkommitté för organ och vävnadsdonation [Gäbel 2006]. Det svenska donationsregistret uppfyller de krav man rimligen kan ställa på ett donationsregister.

Av artikeln framgår att alla register är olika. Det finns tre principiellt olika typer:

Det finns register i länder (till exempel Österrike, Frankrike, Ungern och Polen) med presumtion för samtycke dit den enskilde enbart kan anmäla ett nej till donation. Få har anmält sig till dessa register. Det finns register dit den enskilde endast kan anmäla enbart ett ja (England) och det finns register som, liksom det svenska, kan registrera antingen ja eller nej. Fler har anmält sig till dessa register. I Holland 37% av befolkningen, i England 21.5% och i Sverige 18%.

### **Avslutande kommentarer**

När en möjlig donator har avlidit utreder sjukvården den avlidnes inställning till donation genom samtal med närstående, med hjälp av uppgifter på donationskort och genom att söka i Donationsregistret. Donationsregistret är ett sätt för människor att på ett säkert sätt dokumentera sin inställning till donation. Uppgifterna i Donationsregistret är emellertid inte överordnade andra vittnesbörd om den avlidnes inställning. Den sista viljan gäller alltid. De närstående vet kanske att den avlidne ändrat inställning sedan han/hon anmälde sig till Donationsregistret.

## MEDICINSK VÅRD

### • Glöm inte vävnadsdonation

Nu gällande författningar från 1996 reglerar tillvaratagandet av såväl organ som vävnader från levande och avlidna givare utan åtskillnad mellan organ och vävnader – och ändå tenderar av vävnaderna att behandlas styvmoderligt eller inte alls. Med vävnader avses bland annat hornhinnor, hjärtklaffar/kärlvävnad, hud och benvävnad. Även hörselben, senor och menisker kan tas tillvara.

Se även faktarutor i föregående artikel/inledningen:

*Lämpliga vävnadsdonatorer*

*Faktaruta nr 7*

*Kontraindikation mot donation av organ eller vävnader*

*Faktaruta nr 8*

De tidigare författningarna gällde inte tillvaratagande av vävnader – då själva operationen för tillvaratagandet betraktades som ett mindre ingrepp.

Några år efter det att författningarna trädde i kraft i juli 1996 minskade tillgången på vävnader då man inte hade utarbetat rutiner för att inhämta medgivande till donation. Efter några år hade verksamheten anpassat sig [Malm et al 2002] men ändå råder brist på till exempel hornhinnor med vänstelistor för hornhinnetransplantation som följd [Fagerholm et al 2002].

Medan få avlider under omständigheter som möjliggör organdonation avlider långt fler så att vävnadsdonation är möjligt. Se faktaruta.

Ett problem är att så få lämpliga vävnadsdonatorer uppmärksammas vid ett inträffat dödsfall. De flesta lä-

kare känner inte till behovet av vävnader och många känner inte heller till gällande bestämmelser och rutiner. På Universitetssjukhuset i Örebro har man tagit fram information om vävnadsdonation och bifogat den till de handlingar som tas fram vid ett inträffat dödsfall – ett efterföljansvärt exempel.

I en begränsad undersökning intervjuades åtta erfarna läkare och tre sjuksköterskor om hur de upplever det att diskutera vävnadsdonation med anhöriga. De som intervjuades hade särskilt valts ut då de hade viss erfarenhet av vävnadsdonation och ändå: de flesta tyckte att det var en svår och obehaglig uppgift. Det saknades gemensam policy och klara rutiner. Träning i att föra etiskt komplicerade samtal efterlystes [Håkansson 2002]. Se också Jutta Kjaerbecks artikel.

De enheter som transplanterar eller använder vävnader i sin verksamhet har i allmänhet utarbetat rutiner för tillvaratagande av vävnader i sitt närområde. Benvävnad som behövs inom höftproteskirurgin är i allmänhet s.k. kirurgiskt överskottsmaterial (höftkolor) som tas tillvara av ortopederna själva.

Det finns i dag inte någon rikstäckande organisation för tillvaratagande av vävnader. Inom ramen för Socialstyrelsens Aktiv Uppföljning testades rutiner för att ta tillvara vävnader på sjukhus långt från den transplanterande kliniken. Det visade sig fungera; så kunde till exempel hornhinnor tas tillvara av de lokala ögonläkarna för vidarebefordran till en hornhinnebank.

Det anses vara en central uppgift att skapa goda förutsättningar för

vävnadsdonation [Malm et al 2002, Söderlind och Rammer 2006].

Hornhinnedonatorn är den mest frekventa donatorn. Antalet är dubbelt så stort som antalet organdonatorer. Hornhinnetransplantation är den vanligaste transplantationen i Sverige. Behovet är särskilt stort av hjärtklaffar och kärltransplantat från avlidna barn för användning i den mycket angelägna barnhjärtkirurgin. Det borde vara möjligt att ta tillvara flera typer av vävnader från en lämplig avliden givare. I dag tas i allmänhet bara en typ av vävnad från en givare.

Det pågår för närvarande (våren 2007) ett arbete med att i Svensk lagstiftning implementera EU-direktivet om kvalitet och säkerhet för celler och vävnader [ec.europa.eu/health]. Det kommer att instiftas en Vävnadssäkerhetslag [DS 2005:40], och de behöriga myndigheterna, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket kommer att utfärda föreskrifter samt ackreditera vävnadsinrättningar och utöva inspektioner. Allvarliga avvikande händelser och allvarliga biverkningar kommer att rapporteras till de behöriga myndigheterna.

## • Är brist på intensivvårdsplatser ett hinder för donationer?

Eftersom alla potentiella organdonatorer vårdas på intensivvårdsavdelningar är tillgången på platser av stor betydelse för donationsverksamheten.

- Räcker intensivvårdsplatserna till för att ta emot de patienter som kan tänkas behöva intensivvård eller avvisas patienter p.g.a. platsbrist? Det kan till exempel gälla patienter med intrakraniella blödningar där prognosen bedöms dålig.
- Avbryts vården i förtid för patienter med dålig prognos till följd av intrakraniella blödningar? Hur säker kan man vara på att prognosen är dålig (ref enligt nedan till svårigheter)?
- Finns det resurser att vårda de patienter som konstaterats ha total hjärninfarkt under de 24 timmar som Lag om kriterier för bestämmande av människans död och SOSFS 2005:11 tillåter för att ge de närstående rådrom att ta in att deras anhöriga har avlidit och för att ta ställning till organ- och vävnadsdonation? De 24 timmarna kan också behövas för att stabilisera organfunktionen för att organ av god kvalitet skall kunna tas tillvara.

Enligt nyligen genomförda postenkätundersökningar med mycket höga svarsfrekvenser (90-95 procent) fanns stora regionala skillnader i svensk intensivvård [Walther och Wickerts 2004]. Tillgången till bemannade intensivvårdsplatser var lägst i stor-

stadsregionerna Stockholmsregionen, Västra sjukvårdsregionen och i viss mån i Mellersta sjukvårdsregionen dit högspecialiserad vård med behov av intensivvård är förlagd. Personaltätheten per tillgänglig intensivvårdsplats varierar också över landet. Dessutom har verksamhetscheferna angivit att det fanns vakanser bland specialistläkare, läkare under vidareutbildning, sjuksköterskor och undersköterskor.

Det kan naturligtvis ifrågasättas om resultaten av dessa undersökningar som gjordes veckorna 42, år 2001 och 17, år 2002 ännu har aktualitet. Det kunde vara lämpligt att upprepa undersökningen vilket också författarna föreslår – i första hand för att studera om det finns tillräckligt med intensivvårdsplatser för att vårda de patienter som behöver intensivvårdens resurser för att överleva.

Rolf Gedeberg och Lars Wiklund kommenterar undersökningen under rubriken ”Att mäta det omätbara” med att ”det är svårt att hitta bra och objektiva mått som är användbara för att bedöma dimensioneringen av intensivvården” [Gedeberg och Wiklund 2004]. De skriver också att ”det inte är meningsfullt att studera intensivvårdens dimensionering om man inte också försöker mäta konsekvenserna av en eventuell resursbrist.”

I postenkätundersökningarna efterfrågades också om man registrerade följande avvikelser tydande på resursbrist och, om så var fallet, hur många gånger de inträffade under studieveckorna:

1. Om operationer hade fått ställas in pga. bristande intensivvårds- eller postoperativa resurser.
2. Om patienter som borde ha fått intensivvård inte hade kunnat beredas plats.
3. Om patienter hade flyttats till annat sjukhus eller annan intensivvårdsavdelning pga resursbrist.
4. Om patienter skrivits ut och åter in under studieveckan (efterfrågades endast i enkät II).
5. Om patienter skrivits ut i förtid på grund av platsbrist på enheten (efterfrågades endast i enkät II).

Av publiceringstekniska skäl redovisades avvikelser eventuellt till följd av resursbrist på annat håll. [Wickerts och Walther 2004]. Avvikelsen 2 kan tänkas ha stor betydelse för tillgången på organdonatorer. Om patienten inte kan beredas plats blir den dåliga prognosen en självuppfyllande profetia.

Registreringen av avvikelser var, som författarna uttrycker det, ”undermålig”. Totalt antal patienter som omfattas av de registrerade avvikelserna var under enkätvecka I 43 och under enkätvecka II 110. När det gäller de avvikelser som registrerades under båda studieveckorna var skillnaderna mellan veckorna små. Noteras bör dock att fler enheter rapporterade under vecka II.

De två typer avvikelser som registrerades enbart i enkät II omfattade många patienter:

- Vid 38 tillfällen, 9,5 procent av alla vårdtillfällen på de rapporterade enheterna, skrevs en patient ut för tidigt.
- Vid 31 tillfällen, 4,5 procent av alla

vårdtillfällen på de rapporterade enheterna, återkom en patient under studieveckan efter att tidigare under samma vecka blivit utskrivna från enheten.

Det är rätt som Rolf Gedeberg och Lars Wiklund skriver att fokus i undersökningen ligger på antalet intensivvårdsplatser och tillhörande bemanning i olika delar av landet. De har bara delvis rätt när de skriver att ”den ursprungliga hypotesen om att intensivvårdens dimensionering har betydelse för mängden av organdonatorer i tysthet fått falla”. Det skall erkännas att fröet till postenkätundersökningarna var just den hypotesen, men då det visade sig att det *inte över huvud taget* fanns några som helst uppgifter om antalet intensivvårdsplatser i Sverige flyttade fokus till patientsäkerhet.

Till all lycka är den tid en avliden person kan vårdas, alltid på en intensivvårdsavdelning, med tanke på donation begränsad till 24 timmar (ref till lag och SOSFS 2005:10). I vissa andra länder kan det hända att man vårdar en avliden givare i 36 timmar eller mer för att förbättra organfunktionerna inför en donation.

## • Icke-terapeutisk ventilation – vad är det och vad har sagts?

Icke-terapeutisk ventilation innebär att patienter med intrakraniella blödningar med små möjligheter att överleva får intensivvård med respiratorventilation för att möjliggöra organdonation.

Begreppet icke-terapeutisk ventilation har sitt ursprung i Exeter där man på basen av retrospektiv undersökning av möjliga organdonatorer ville studera om det var möjligt att ta tillvara organ genom att påbörja respiratorbehandling av patienter som kunde förväntas avlida inom 48 timmar. En multidisciplinär arbetsgrupp utarbetade det så kallade Exeterprotokollet som godkändes av en etisk kommitté [Feest et al 1990]. Under de första 19 månaderna som man tillämpade protokollet tog man tillvara organ från åtta patienter som annars inte skulle ha blivit donatorer.

Exeterprotokollet har sedermera ifrågasatts i England på legala såväl som etiska grunder, bland annat av The Intensive Care Society trots att protokollet hade fått stöd av flera etiska kommittéer. De juridiska invändningarna hade att göra med att anhöriga inte kan agera ställföreträdare för den döende patienten genom att samtycka till behandling som inte är i dennes intresse [Riad et al 1995].

Icke-terapeutisk ventilation har på senare år diskuterats mycket i Sverige. Det kallas ibland elektiv/interventionell ventilation, men beteckningen icke-terapeutisk ventilation är att föredra och man menar därmed att åtgärden inte är terapeutisk för den enskilde patienten.

Det finns en omfattande svensk litteratur, i huvudsak i Läkartidningen [Olofsson 1998, Gäbel 1998, Ottosson 2001, Lundberg et al 2003, Gustafson 2003, Gustafson 2004, Olofsson 2004, Welin et al 2005, Söderlind et al 2006]. Artiklarnas titlar talar ett tydligt språk. Det är uppenbart att det finns olika uppfattningar.

När övergår vården av en patient med en livshotande intrakraniell blödning från att vara i patientens intresse till att vara i syfte att kunna ta tillvara organ och eller vävnader för transplantationsändamål? Det är rimligtvis när det är ställt utom varje tveivel att patientens liv inte kan räddas – men hur säkert är det att prognosen är dålig vid de beslutspunkter som kan tänkas i sjukdomsförlopp? Kan den förmodat dåliga prognosen bli en självuppfyllande profetia då personalen avstår från behandling?

Det är svårt att ställa prognos vid intrakraniella blödningar och det finns inte någon samsyn när det gäller att vårda dessa patienter. Vid insjuknandet är patienten inte sällan medvetandesänkt och det gäller för den behandlande läkaren att minimera skadan och skaffa rådruum för fortsatt handläggande [Terént 2005, Holloway et al 2005, Mayer och Rincon 2005].

## Förutsättningarna har ändras

### *Förr*

För inte så många år sedan fördes patienter med anamnes och status talande för stor intrakraniell blödning, sedan luftvägarna säkrats, till ett större sjukhus med utrustning för datortomografiundersökning av hjärnan och blev inte sällan fördd till en inten-

sivvårdsavdelning.

Tillgången till intensivvårdsplatser har stor betydelse för hur dessa patienter kommer att handläggas. Se avsnittet om intensivvårdsplatser.

### *Nu*

Datortomografiundersökning av hjärnan kan nu göras på praktiskt taget alla sjukhus. Patienter med anamnes och status talande för en intrakraniell blödning förs nu direkt från akutmottagningen, ibland innan åtgärder vidtagits för att minimera skadan som till exempel att säkra luftvägarna, till en undersökning av hjärnan. Resultatet kan diskuteras med neurokirurgisk expertis om huruvida det finns indikation för operativa åtgärder. I de fall svaret blir att det inte finns någon indikation kanske detta tolkas som att prognosen är pessima varför den kurativt syftande vården avbryts redan där.

## Frågor av betydelse för handläggningen?

Har det någon betydelse för handläggningen om den döende patienten/den möjliga organdonatorn under sin levnad sagt sig vilja donera organ efter döden? Här det någon betydelse om vederbörande anmält sin positiva inställning till Donationsregistret? Innebär ett ja till donation för transplantation att man också accepterar att vårdas på ett sådant sätt att organ också kan tas tillvara? Vilken betydelse har de anhörigas synpunkter? Kan de anhöriga vara ställföreträdande beslutsfattare? Hur länge kan behandlingen få fortgå? Medan patienten ännu lever? Efter inträffat dödsfall – max 24 tim-

mar enligt lag om kriterier för bestämmande av människans död!

En anmälan till Donationsregistret eller ett ifyllt donationskort har inte någon bindande rättslig verkan, varken när det gäller vård eller behandling eller när det gäller donation. De närståendes inställning och tolkning av den avlidnes vilja har stor betydelse, men den har relevans först sedan patienten avlidit. De anhöriga kan inte vara ställföreträdande beslutsfattare och får inte uppleva sig som detta.

### Ett genombrott?

Vid ett möte i Växjö i oktober 2005 om förbättrat omhändertagande av patienter med intrakraniell blödning och möjligheten till organdonation diskuterades behandlingsprogram för dessa patienter. Titeln på temadagen var: Vård av svåra icke-traumatiska hjärnskador – av vem, var och för vems skull? Underrubriken avslöjade att syftet var dubbelt – att förbättra neurologisk vård och att öka antalet organdonatorer.

Det framhölls att patienter med stora intrakraniella blödningar inte omfattades av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för strokesjukvård som just då hade publicerats [www.socialstyrelsen.se]. Det blev också uppenbart att det i allmänhet inte finns behandlingsprogram för dessa till livet hotade patienter. Det förekommer att de handläggs av jourhavande läkare på akutmottagningen. De erbjuds inte alltid vård på en intensivvårdsenhet. I dagens sjukvård kan det vara den enskilde behandlande läkarens kunskap om diagnostik och vård av patienter

med intrakraniella blödningar och vederbörandes inställning till organdonation som avgör hur patienter med intrakraniella blödning som kan leda till döden handläggs. Frågan: Kan etisk omprövning ge fler donerade organ? ställdes i en artikel [Gäbel 1998]. Sådan omprövning kan ske [Olofsson 1998, Olofsson 2004].

I en artikel med förslag till att donationsverksamheten bör kvalitetssäkras [Gäbel 2004] ställdes frågan – ”Har vi andra behandlingstraditioner/-principer än i andra länder vid stora hjärnblödningar med dålig prognos och vid terapisivikt där prognosen bedöms dålig? Debatten pågår i Läkartidningen [Olofsson 1998, Gäbel 1998, Ottosson 2001, Lundberg et al 2003, Gustafson 2003, Gustafson 2004, Olofsson 2004, Welin et al 2005, Söderlind et al 2006].

Denna typ av patienter omnämns också i en artikel där fem års heltäckande registrering av intensivvårdsdödsfall i södra Sverige analyseras [Persson et al 2005]. ”Vår registrering fångar inte upp de patienter som redan i anslutning till akutintaget konstateras ha en så svår hjärnskada att intensivvårdsbehandling bedöms meningslös. Vi vet att man inte sällan i sådana fall väljer att helt avstå från intensivvård och i stället låter patienten avlida på en vanlig vårdavdelning.” Författarna skriver också: ”Bland IVA-patienter som avlidit i cirkulationsstillestånd under respiratorvård finns det troligen också patienter med svår hjärnskada, där man valt att inte ge optimal intensivvård”.

Vi har sannolikt andra behandlingstraditioner i Sverige. När vi på



internationella kurser diskuterar behandlingen av en patient med en så omfattande blödning att det inte bedöms finnas några kurativa åtgärder att vidta för att rädda patienten till livet kommer många olika synpunkter fram. De flesta kursdeltagarna brukar hävda att så länge patienten är vid liv är vi skyldiga att behandla patienten i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den typpatienten användes för övrigt i undervisningen av donationsansvarig personal [Gäbel et al 2001].

### Två helt olika uppfattningar

Ingvar Gustafson påpekar i ett debattinlägg [Gustafson 2005] att en mer behandlingsaktiv syn på patienter med stora hjärnblödningar börjar vinna insteg inom svensk neurointensivvård. ”Med en aktiv intensivvård vinner man medicinskt rådrum för en säkrare prognos, och bland de fall där prognosen på goda grunder bedöms pessimistisk finns säkerligen ett antal som kan bli aktuella organdonatorer. I dessa fall har också de anhöriga fått ett ’rådrum’ för eftertanke och kan vara förvissade om att allt gjorts för att den sjuke skulle kunna överleva.”

Kristina Söderlind och medarbetare ser stora ekonomiska konsekvenser av förbättrad vård där patienter med omfattande hjärnblödningar kan komma att få kvalificerad neurointensivvård och menar att det kanske är dags att lägga de etiska perspektiven åt sidan och studera de medicinska och hälsoekonomiska i stället [Söderlind 2006].

### Referenser

Socialmedicinsk tidskrift 4/2007

- Donationsrådet. Utvärderingen av Livsviktigt på [www.donationsradet.se](http://www.donationsradet.se)
- EU-dokument. Blood tissue and organs. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/human\\_substance/tissues\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/tissues_en.htm)
- Fagerholm P, Claesson M, Stenevi U. Växande väntelista för kornealtransplantation. *Läkartidningen* 2002;99:385-7.
- Feest TG, Riad HN, Collins CH, Golby MG, Nicholls AJ, Hamad SN. Protocol for increasing organ donation after cerebrovascular death in a district general hospital. *The Lancet* 1990;335 1412.och 1990;335 1133-35.
- Gedeborg R, Wiklund L. Att mäta det omätbara. Objektiv måttstock saknas för intensivvårdens dimensionering. *Läkartidningen* 2004;101:3752-3.
- Gustafson I. Potentiell organdonator – ny indikation för intensivvård? *Läkartidningen* 2003;100:3234-8.
- Gustafson I. Potentiell organdonator – medicinska, etiska och terminologiska problem. *Läkartidningen* 2004;101:1029-30.
- Gustafson I. Intensivvård efter svår hjärnblödning: Bättre överlevnad - fler organdonatorer! *Läkartidningen* 2005;102:1756-7.
- Gäbel H och Lindsoug K. 65% kan tänka sig att donera organ. *Läkartidningen*, 1987;84:1065-69.
- Gäbel H och Lindsoug K. Svensk enkät om organ donation och transplantation. Två tredjedelar redo att ge organ. Besked till de anhöriga från en tredjedel. *Läkartidningen*, 1989;86 :3681-3692.
- Gäbel H, Rehnqvist N, Eriksson B. 1,4 miljoner svenskar i donationsregistret. Fortfarande registrerar sig ett par tusen i månaden. *Läkartidningen* 1997;94:2105-8.
- Gäbel H. Kan etisk prövning ge fler donerade organ? *Läkartidningen* 1998;95:5598-9.
- Gäbel H. 400 000 donationskort för transplantation tillgängliga i Sverige. *Läkartidningen* 1990;87:2736.
- Gäbel H, Norberg U, Bäckman L, Henriksson B, Söderlind K. Utbildning i donationsfrågor. Falldiskussioner uppskattade. *Läkartidningen* 2001;98:4184-7.
- Gäbel H., Asplund K. Potentiell donator/ faktisk donator – gapet här emellan är stort. *Läkartidningen* 2004;101:342-3.
- Gäbel H. Organ donor registers. Current opinion in *Organ Transplantation* 2006; 11:187-193.
- Holloway RC, Benesch CG, Burgin WS, Zentner JB. Prognosis and decision making in Severe Stroke. *JAMA* 2005;294: 725-733.
- Håkansson E. Svårt att diskutera vävnadsdonation med avlidnas anhöriga. Intervjuundersökning

## tema

- bland läkare och sjuksköterskor. *Läkartidningen* 2002;99:180-4.
- Lundberg D, Brodersen K, Hermerén G, Hvarfner A, Nilstun T, Ranklev-Tvetman E, et al. En etiskt trovärdig intensivvård värnar den terminalt sjuka patienten. *Läkartidningen* 2003;100:1358-9.
- Malm T, Jögi P, Bergkvist B, Johansson J, Johnsson P, Florén I, Gustafsson I, Berling A. Transplantation och donation av vävnader - sex år med nya lagen. Erfarenheter från vävnadsbanken i Lund. *Läkartidningen* 2002;99:3938-43.
- Mayer SA, Rincon F. Treatment of intracerebral haemorrhage. *Lancet Neurol* 2005;4:662-72.
- Olofsson K. Dilemma inför transplantationer: Strävan efter att finna organ kräver etisk eftertanke. *Läkartidningen* 1998;95: 5441-2.
- Olofsson K. Potentiell donator – etiskt trovärdig indikation för intensivvård. *Läkartidningen* 2004;101:399-400.
- Ottosson JO. Etiska problem vid organdonation. *Läkartidningen* 2001;98:1544-6.
- Persson NH, Karud K, Lundell M, Källén R, Omnell Persson M, Ekberg H. Sverige har potential för organdonatorer. *Läkartidningen* 2005;102:638-41.
- Regeringens proposition 1994/95:148 Transplantationer, obduktioner m.m.
- Regeringens proposition 2003/04: 179 Transplantationer räddar liv.
- Riad H, Nicholls A, Neuberger J, Williams SM, Sells RA, Jones MA et al. An Ethical debate: Elective ventilation of potential organ donors. *BMJ* 1995;310:714-8.
- Riksdagens departementsskrivelse DS 2005:40. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/54005>
- Sanner M. Blod Tjockare än vatten. Fler vill ge organ till anhöriga än till okända. Motsvarande gäller för att ta emot organ. *Läkartidningen* 1997;94:2098-2102.
- Sanner M. Psykologiska aspekter: Inställning till att donera organ, allmänhetens inställning till att ta emot ett tranplantat, Att vara mottagare av ett nytt organ. I *Transplantationer*, Cecilia Johnsson, Gunnar Tufveson (Red) Studentlitteratur 2002.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:4) om organ och vävnadstagning för transplantation eller annat medicinskt ändamål.
- Söderlind K, Rammer L. Vävnadsdonation – en verksamhet i skymundan. Central uppgift att skapa goda förutsättningar. *Läkartidningen* 2006;103:759-64.
- Söderlind K, Theodorsson A. Hälsoekonomi på liv och död. *Läkartidningen* 2006;103:901.
- Terént A. Dilemmat att fatta beslut vid svår stroke, Fortsätta eller avbryta livsuppehållande behandling? *Läkartidningen* 2005;102: 3435-36.
- Walther S, Wickerts C. Stora regionala skillnader i svensk intensivvård. Lägst antal vårdplatser i storstadsregionerna visar rikstäckande enkätstudie. *Läkartidningen* 2004;101:3768-73.
- Welin S, Sanner M, Nydahl A. Etiskt acceptabelt med icke-terapeutisk ventilation av möjlig organdonator. *Läkartidningen* 2005;102:1411-6.
- Wickerts C, Walther S. Registrering och förekomst av avvikelser på Svenska intensivvårdsavdelningar – Resultat av en enkätundersökning. *SFAI tidning* 2004, Nr 4 sid 32-37. Finns på [http://www.sfai.se/tidning/SFAI\\_nr\\_4\\_2004.pdf](http://www.sfai.se/tidning/SFAI_nr_4_2004.pdf)

## Issues of importance for organ and tissue donation

### The media, the general public, ICU beds and the concept of non-therapeutic ventilation

Current issues of great interest in organ and tissue donation and transplantation are discussed. They include general topics such as the media coverage of transplantation, public attitudes to organ and tissue donation and ways to give your stand on donation known on a donor card or by signing up with the Swedish national donor register. Medical issues such as the availability of intensive care beds and non-therapeutic/ elective ventilation are also discussed.

Key words: media, donor registers, intensive care, non-therapeutic ventilation, elective ventilation.