

Kronikk

Organdonasjon, elektiv ventilasjon og etikk

Rådet for legeetikk formulerte i 2002 et bestemt syn på etiske sider ved å starte respiratorbehandling av en håpløst syk pasient kun for å bevare organer for senere eventuell donasjon (elektiv ventilasjon). Forfatterne av denne kronikken går imot sentrale aspekter ved dette synet. De viser at den etikk rådet baserer seg på, gir motsatte konklusjoner av dem rådet mener å kunne trekke, både i forhold til den komatøse, døende pasient og de pårørende.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Lars Johan Materstvedt

lars.johan.materstvedt@hf.ntnu.no
Enhet for medisinsk etikk
Institutt for kreftforskning og molekylær medisin
Det medisinske fakultet
og
Filosofisk institutt
Det historisk-filosofiske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7491 Trondheim

Johan-Arnt Hegvik

Avdeling for anestesi og akuttmedisin
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim

Rådet for legeetikk i Den norske lægeforening hadde i 2002 til behandling en sak hvor hovedproblemstillingen var denne: Er det fullt ut etisk forsvarlig å starte omfattende behandlingstiltak hos en håpløst syk pasient alene for det formål at vedkomende eventuelt senere skal kunne avgi organer? (1). Rådet presiserte at det kun hadde vurdert medisinsk-etiske sider av saken da det gav sin uttalelse (1). Vi skal her gi en etisk analyse av rådets vurdering og anbefaling, kombinert med kliniske betraktninger.

Medisinsk etikk

Vanskelige og utfordrende kliniske beslutninger som for eksempel organdonasjon har ofte flere sider utover de rent medisinske. Også juridiske, etiske, religiøse og samfunnsmessige betraktninger kan være relevante.

Innen medisinsk etikk finnes en rekke analyseredskaper man kan benytte seg av. De etiske sidene ved organdonasjon vil fremtre forskjellig om vi ser temaet i lys av utilitaristisk (nyttefilosofisk) etikk (2) eller pliktetikken etter Immanuel Kant (1724–1804). Et annet grep er å anvende de fire prinsippene for helseetikk (3) (fig 1):

- 1 Velgjørighet – forpliktelsen til å handle til pasientens fordel og til å avveie fordeler og ulemper
- 2 Ikke skade – forpliktelsen til å unngå å påføre skade
- 3 Respekt for selvbestemmelse – forpliktelsen til å respektere autonome personers evne til å ta beslutninger
- 4 Rettferdighet – forpliktelsen til å sørge for en rimelig fordeling av fordeler og ulemper

Disse prinsippene kan sies å være en slags «sjekklister» som leger bør ta hensyn til i sin behandling av pasienter (4, 5).

Kants pliktetikken

Rådet for legeetikk benytter seg eksplisitt av Kants pliktetikken når det skriver: «I den skisserte situasjon startes intensivbehandling kun for å bevare organer for donasjon. Da brytes prinsippet om at mennesket skal behandles ikke bare som et middel, men som et mål i seg selv» (1). I denne tolkingen er donors interesser satt til side. Donors plikt er å gi til andres beste, uavhengig av om dette tjener donor på noen måte. Selv om Kants navn ikke nevnes i rådets påstand, er mål/middel-formuleringen som benyttes, direkte hentet fra hans moralfilosofi (6). Kant opererer med flere formuleringer av det som kalles det kategoriske imperativ (Moralloven) og rådet henviser til den andre formuleringen: «Handle slik at du alltid bruker mennesket både i din egen person og i enhver annens person samtidig som et formål og aldri bare som et middel» (6). Den store betydningen av Kants presisering med «samtidig» – som rådet ikke nevner – er avgjørende for å forstå Kants etikk.

Hva betyr det å bruke mennesker «bare» som midler? Kant mener at vi kan bruke andre som midler. Det som er etisk forbudt, er altså å bruke andre *bare* som midler. Ved organdonasjon behandler vi donor som et middel (organgiver) og oppnår samfunnets mål (organer til dødssyke). Dersom resten av kroppen hadde blitt kastet etter donasjon eller at operasjonssårene ikke hadde blitt sydd pent sammen, ville donor bare vært et middel. Det som gjør at vi kan forsvare organdonasjon, er at donors kropp *samtidig* behandles med dyp respekt både før, under og etter utført donasjon.

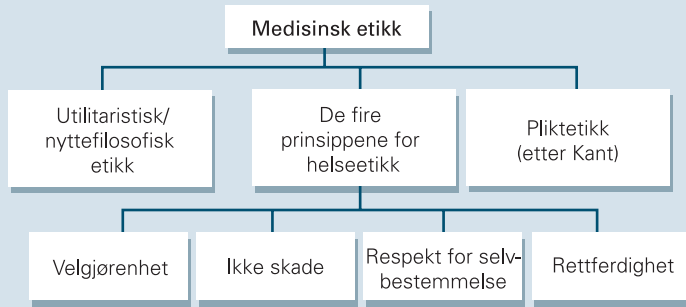
Brudd på pliktetikken

Medisinens historie inneholder mange tilfeller av brudd på Kants pliktetikken. Nazi-legendes medisinske eksperimenter er ett eksempel (7–10). Eksperimentene ble utført i konsentrasjonsleirer, ofte med døden til følge etter at friske personer ble påført store fysiske og psykiske skader (10). Man håpet at slike medisinske eksperimenter ville bringe ny kunnskap som siden kunne brukes i helbredelsen og behandlingen av «ariske» liv. Tanken var at man ved å ofre noen få skulle kunne utrette store ting for de mange. Man kan trygt kalle dette et ekstremt utilitaristisk/nyttefilosofisk synspunkt (2), som innebærer at den etisk riktige handlemåte er den som resulterer i «størst mulig lykke/nytte for flest mulig».

Også donasjon kan ved første øyekast oppfattes som overveiende utilitaristisk motivert: En dør (donor) med det resultat at flere (mottakerne) får leve videre. Men mottaker lever videre på grunn av donors sjenerøsitet, ikke på donors bekostning. Pasienten dør uansett om han/hun blir donor eller ikke. Utfallet (døden) er gitt, men resultatet (av døden) er formidabelt forskjellig for potensielle mottakere: Enten å motta et organ og dermed mulighet til fortsatt liv/bedret helse, eller snarlig død.

I vår vestlige etterkrigs kultur er nazilegenes ekstremt utilitaristiske handlinger eksplisitt forbudt i de ulike lands lovverk, i henhold til legeetiske kodekser og i Helsinkideklarasjonen (11). Helsinkideklarasjonen § 5 sier at hensynet til forsøkspersonens velferd skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser (11). En krenkelse av bare ett eneste individ til flertallets beste er

Figur 1



Sammenhengen mellom de ulike typer etikk som diskuteres

utelukket, uansett hvor store fordeler det måtte være forbundet med dette.

Organdonasjon innebærer ikke en slik krenkelse av enkeltindivider. Grunnen er at man ved donasjoner spør pårørende om den døde antatte mening om donasjon. Det primære er således hva den døde ønsket. Dersom samfunnets ønsker om flest mulig organer var det overordnede mål, ville dette være uttrykk for en utpreget utilitaristisk tenkemåte og det ville også krenke den døde. Et annet eksempel på en krenkelse ville være om pårørende bidrog til at den døde eventuelle ønske om donasjon *ikke* ble oppfylt. I praksis er dette dessverre ikke ukjent.

I Helsinkideklarasjonen § 20 slås det fast at «forsøkspersoner som inngår i forskning må være frivillige og informerte deltakere» (11). Selv om organdonasjon ikke er forskning, er vi her ved kjernen i hva det vil si å behandle et menneske som et «formål». Kjennetegnet er personens frivillige, informerte samtykke, og bare et slikt samtykke er et *gyldig* samtykke. Å handle mot eller uten å ta hensyn til en persons vilje eller ønske, er å unnlate å respektere ham/henne som et autonomt vesen. Kant sier at bare mennesket er autonomt, fordi det har fri vilje, og det er denne egenskapen som gir det «uendelig verdi» (*Wert*) og «verdighet» (*Würde*) (6). Å krenke noens autonomi er således det samme som å behandle dem som viljeløse midler til et formål, med andre ord uten respekt.

Etisk begrunnelse for elektiv ventilasjon

Kan så det «å starte omfattende behandlingstiltak hos en håpløst syk pasient alene for det formål at vedkommende eventuelt senere skal kunne avgi organer» (1) *uten* at man kjenner pasientens vilje og *uten* at de pårørende har tatt opp temaet, ses på som en krenkelse – slik Rådet for legeetikk hevder?

Ettersom pasienten ikke lenger faktisk kan utøve sin autonomi, kan vi ikke basere oss på et reelt *informert* samtykke til elektiv ventilasjon. Ettersom rådet mener at man i en slik situasjon ikke kan spørre de pårørende om pasientens eventuelle syn på elektiv ventilasjon, kan vi strengt tatt heller ikke benytte oss av et *stedfortredende* samtykke – dvs. at pårørende mentalt forsøker å sette seg i pasientens sted og uttaler seg på dennes vegne. Dermed sitter vi tilbake med det *antatte* (hypotetiske) samtykke. Kan vi så anta at pasienten *i prinsippet* ville ha samtykket hvis han hadde vært i stand til dette? Vi mener at svaret er ja – for enhver pasient – og at et slikt syn kan begrunnes nettopp ut fra Kants etikk (6). I tillegg finner man sterke argumenter for et slikt syn i de fire prinsippene for helseetikk (3–5).

Ifølge Kant er menneskets fornuft delt i det han kaller den *teoretiske* og den *praktiske* fornuft. Den teoretiske fornuft dreier seg om hvordan vi betrakter verden i tid (som bare går i én retning), i rom (tredimensjonalt) og som bl.a. årsaksbestemt. Disse anskuelsesformene og kategoriene, som han kaller dem, er så å si «innebygd» i ethvert menneske uavhengig av historisk epoke og kultur. Det samme er tilfellet med den praktiske fornuft, der moralloven har sitt utgangspunkt «lokalisert». Moral er hos Kant primært et spørsmål om fornuft og ikke om følelser. Ettersom alle mennesker har den samme fornuft, har de således innerst inne også samme moral. Det er denne moralen som er vår indre stemme og som uttrykker seg i det Kant kaller det kategoriske imperativ.

Vi har hittil sett på den andre formuleringen, som Rådet for legeetikk støtter seg til, av i alt fire formuleringer av det kategoriske imperativ. Den første formuleringen lyder: «Handle bare etter den maksime [regel] gjennom hvilken du samtidig kan ville at den skal bli en almen lov» (6). Regelen skal altså

kunne universaliseres eller gjøres allmenn: Det skal være mulig for alle mennesker å følge den. Moralsk akseptable regler er på denne måten identiske med de regler som «overlever» testen «handle bare etter den maksime gjennom hvilken du samtidig kan ville at den skal bli en almen lov» (6). Den tredje formuleringen sier at et fornuftig vesen skal handle «på en slik måte at det kan betrakte seg selv som en allment lovgivende vilje» (6). Dette er et krav om at du skal handle som om du gir lover for «alle og enhver», deg selv inkludert, hvilket er et fornuftskrav til upartiskhet (jf. loven er lik for alle).

I spørsmålet om elektiv ventilasjon kan vi begrunne et antatt samtykke både ut fra første, andre og tredje formulering. Regelen om at et menneske som er håpløst syk og døende bør kunne holdes i live utelukkende med det formål at det kan avgi organer, kan uten problemer universaliseres. Det er både logisk konsistent og noe man rasjonelt kan ville for alle og enhver – seg selv inkludert. I utgangspunktet er også en selv potensiell mottaker av organer. Dette er ikke egoistisk eller følelsesmessig motivert, men rasjonelt motivert.

Vi kan også anta at en person vil være «indre», rasjonelt motivert til å respektere andres liv og verdi (deres *Wert*). Dermed vil han/hun akseptere det moralske påbud om å behandle dem som trengere organer som formål i seg selv. Følgelig kan vi også gå ut ifra at han/hun ville ha samtykket til elektiv ventilasjon for å redde andres liv. Den døendes siste vilje blir da oppfylt og praksisen er derfor etisk akseptabel. Vi ville med andre ord *ikke* ha krenket den døendes autonomi ved å bruke ham som et middel til å skaffe oss organer – vi ville tvert imot samtidig ha behandlet ham som et formål ved å respektere hans siste vilje. Vi har dermed nådd stikk motsatt konklusjon av den rådet har gjort.

Den tredje formuleringen krever upartiskhet. Det er sikret ved at organdonasjon gjennomføres uavhengig av hvem som er giver og mottaker, og at det ikke er noen forbindelse dem imellom.

De fire prinsippene for helseetikk

Det første, «positive», prinsippet sier at legens handlinger overfor pasienten skal preges av velgjørenhet (3). Ettersom pasienten ikke lenger er ved bevissthet og ikke vil overleve, er det ikke mye legen kan gjøre som er til pasientens fordel, unntatt å oppfylle pasientens siste ønske om ikke å dø forgyves.

Det andre, «negative», prinsippet om ikke å skade kommer mer tydelig til anvendelse. Rådet viser implisitt til prinsippet når det skriver: «Pasienten må ikke utsettes for

lidelse eller ubehag i forbindelse med intensivbehandling» (1).

Selvbestemmelsesprinsippet, det tredje prinsippet, sier at man skal respektere «autonome personers evne til å ta beslutninger» (3). Er den bevisstløse og døende pasienten en slik person med en slik evne? Vi mener ja. Pasienten er ikke i stand til å utøve sin autonomi, men er likevel en autonom person på samme måte som en pasient som ligger til oppvåkning eller er dement. I slike tilfeller er det behandlingen eller sykdommen som blokkerer for utøvelsen av autonomi.

Med støtte i det fjerde prinsippet, rettferdighet, kan vi hevde at det er urimelig at tilgangen på organer i utgangspunktet ikke er regulert etter noe fordelingsprinsipp, men er vilkårlig bestemt alt etter om man tilfeldigvis er kjent med den potensielle donors ønsker eller ikke. Dette gjør at mottakers skjebne i realiteten vil avgjøres av situasjonsbestemte, ikke-medisinske faktorer.

Nyttefilosofiske betraktninger

Også nyttehensyn taler for at man bør anta pasientenes samtykke til elektiv ventilasjon. Det er, som rådet påpeker, skrikende behov for organer i Norge. Vi understreker likevel at rent nyttefilosofiske (2) argumenter ikke alene kan begrunne uttak av organer. Som rådet også skriver: «Mistillit vil kunne skapes dersom folk opplever en utglidning i retning av en mindre etisk og følelsesmessig akseptabel praksis» (1). Men dersom vi kan begrunne elektiv ventilasjon pliktetisk og ikke nytteetisk – noe vi mener å ha vist at man kan – og denne begrunnelsen virker plausibel og føles riktig i befolkningen, kan denne begrunnelsen også antas å ha nyttige konsekvenser i form av økt tilgang på livreddende organer.

Respekt for pårørendes autonomi

Ett medlem av Rådet for legeetikk er uenig med resten av medlemmene. Medlemmet synes å mene at pårørende i situasjoner hvor elektiv ventilasjon er aktuelt, må kunne spørres om organdonasjon, uten at temaet har vært tatt opp av pårørende selv.

I Helsedepartementets rundskriv om organdonasjon heter det: «Helsepersonell skal ta opp spørsmålet om organdonasjon av omsyn til den avlidne, for å sikre at eit eventuelt ønske frå den avlidne om å donere organ blir respektert» (12). Når Helsedepartementet på denne måten viser til retten til å bestemme over eget legeme etter døden, kan dette leses som et argument for at selvbestemmelsesprinsippet må gis avgjørende vekt. Dette er i tråd med den engelske legen og filosofen Raanan Gillons syn på dette prinsippet som særlig viktig i forhold til de tre andre prinsippene for helseetikk (13).

Vi vil legge til at det ikke bare er snakk om å respektere pasientens autonomi, men også de pårørendes autonomi. Skal disse kunne utøve sin autonomi i spørsmålet om organdonasjon – som i dette tilfellet dreier seg om deres vurdering av den døendes eventuelle syn på saken – må de i det minste få spørsmålet. Vi kan ikke forvente at de nærmeste spontant vil være i stand til å formidle den sykes ønske om organdonasjon i denne situasjonen.

Konklusjon

Vi har vist ved hjelp av aksepterte etiske betraktningsmodeller at elektiv ventilasjon er etisk forsvarlig, også når pasientens syn ikke er kjent. Videre har vi argumentert for at helsepersonell har en etisk plikt til å spørre pårørende om elektiv ventilasjon. Vi mener at dette er solid forankret i selvbestemmelsesprinsippet – et prinsipp som må gjelde like mye for pasienten som for pårørende. Rådet for legeetikk bør revurdere sitt syn på elektiv ventilasjon (1).

Litteratur

- Hotvedt R, Førde R. Oppstart av intensivbehandling kun for å preservere organer for donasjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2725.
- Smart JJ, Williams B, red. Utilitarianism. For and against. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4. utg. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- Beauchamp TL. The «four-principles» approach. I: Gillon R, red. Principles of health care ethics. Chichester: John Wiley & Sons, 1994: 3–12.
- Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. BMJ 1994; 309: 184–8.
- Kant I. Grunnlegging av moralens metafysikk. I: Storheim E, red. Moral, politikk og historie. Oslo: Universitetsforlaget, 1983: 11–76.
- Ruyter KW. Medisinsk forskningsetikk 50 år etter Nürnberg. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4383–91.
- Wifstad Å. Medisinens holocaust. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1131–5.
- The Nuremberg Trials Project. Harvard Law School Library. http://nuremberg.law.harvard.edu/php/docs_swi.php?DI=1&text=overview (26.5.2004).
- Evers K. Ansvarsfrihetens dobbeltmoral. Etikkinformasjon 1997; 6: 2–3.
- Helsinkideklarasjonen. Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen (26.5.2004).
- Helsedepartementet. Rundskriv I-9/2003. Om regelverket som gjeld organdonasjon og samtykke. www.odin.dep.no/hd/norsk/publ/rundskriv/042051-990012/index-dok000-b-n-a.html (26.5.2004).
- Gillon R. Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be «first among equals». J Med Ethics 2003; 29: 307–12.