

Til: Nye metoder

nyemetoder@helse-sorost.no

Dato: 04.09.2020

Deres ref:

Vår ref:

Høring cDCD – Innspill fra Senter for medisinsk etikk

Generelle bemerkninger

Vi har lest Folkehelseinstituttets rapport med særlig oppmerksomhet om etikk-kapitlet. Vår vurdering er at det er grundig og velskrevet. Argumenter som trekker i ulik retning får komme frem, og avveiningene som gjøres er overbevisende.

Rapporten gjør klokt i særlig å rette oppmerksomhet om betydningen av befolkningens tillit til donasjons- og transplantasjonsvirksomheten. Hvis cDCD skal innføres i Norge, er det essensielt at dette ikke skjer på måter som setter befolkningens tillit til virksomheten generelt i fare. Donasjons- og transplantasjonspraksisene er medisinsk-faglig og etisk kompliserte, og cDCD vil introdusere ytterligere dilemmaer. Vi tror ikke det er realistisk at nordmenn flest kommer til å sette seg grundig inn i hva disse praksisene går ut på – heller ikke forskjellene mellom dagens praksis og cDCD, – og at derfor åpenhet fra helsetjenestens side er et viktig signal som viser at man er tilliten verdig og ikke har noe å skjule. Hvis cDCD en gang skal innføres, burde man utarbeide informasjons- eller dokumentarfilmer, for eksempel i samarbeid med NRK, for at de i befolkningen som ønsker innblikk og kunnskap, kan få det. Kanskje ville det også vært bra å legge til rette for en offentlig samtale i egnede fora.

Viktig er det også at uenighet og usikkerhet blant helsepersonell blir avklart før cDCD eventuelt innføres. At andre land har utvidet organdonasjon til også å omfatte cDCD, tilsynelatende uten tap av tillit til donasjons- og transplantasjonspraksisen, tyder på at det også vil være mulig i Norge.

Kriterier for fastsettelse av død

Innspillet fra fagfellene om å inkludere nevrologiske tester som premisser for dødsfastsettelse i cDCD-situasjoner, støttes av SME. Testene beskrevet i rapporten, og som utføres i Storbritannia, bør komme i tillegg til konstatering av pulsløshet og opphørt åndedrett, slik som opphør av Cornearefleks og lysstive pupiller. Kriteriene for dødsfastsettelse bør ligne mest mulig på dem som brukes i forbindelse med DBD.



Institutt for helse og samfunn

Senter for medisinsk etikk

Postadr.: Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Besøksadr.: Frederik Holsts hus, Kirkeveien

166, 0850 Oslo

Telefon: 22 85 05 50

Telefaks: 22 85 05 90

postmottak@medisin.uio.no

www.med.uio.no/helsam

Org.nr.: 971 035 854

Utvelgelse

Utvelgelse av potensielle cDCD-kandidater trenger ytterligere presisjon. Risikoen for skråplanseffekt er til stede hver gang det åpnes for nye kategorier pasienter som i framtiden *kunne* bli aktuelle for cDCD. Er det *bare* pasienter med hodetraumer som kan bli cDCD kandidater, eller kan det tenkes at pasienter i vedvarende vegetativ tilstand, der behandlingsteamet og pårørende er enige om at pasienten ikke skal gjenopplives i tilfelle forverring av tilstanden? Eller - i tilfelle eutanasi skulle blir lovlig – kan det tenkes at pasienter som ønsker å avslutte livet kunne komme inn under cDCD-protokollen? Eller pasienter som dør av forgiftning?

Den juridiske vurderingen

Vi støtter synspunktet om at eksisterende lovverk ikke står i veien for denne formen for donasjon basert på sirkulasjons- og åndedrettsstans. At fem minutters hjerte- og sirkulasjonsstans er tilstrekkelig for en sikker dødsdiagnostikk, har vi ikke noen sterke motforestillinger til. Et spørsmål som melder seg er om helsepersonell har anledning til å konkludere at en som har undertegnet et donorkort eller uttrykt sin positive holdning til DBD-organdonasjon, automatisk kan anses å akseptere cDCD? Helsepersonell vil kunne kritiseres for å ta seg til rette på tvilsomt, eller uavklart grunnlag.

Organisering

De metodiske vurderinger forbundet med cDCD, både de medisinske, etiske og juridiske aspektene, kan ikke ses helt løsrevet fra organiseringen av cDCD, selv om rapporten presiserer at utvalgets medlemmer ikke tar stilling til disse hensyn. Fra et organisatorisk perspektiv er for eksempel *rollefordelingen* mellom de ulike helseaktører involvert i cDCD-situasjoner, et uløst problem. I FHI-rapporten er det for eksempel uklart om donorteamet inkluderer en transplantasjonskoordinator, se side 41, eller ikke, se side 136. Transplantasjonskoordinatorer er ansatt ved OUS' transplantasjonsavdeling og bør ikke ha noen dobbeltrolle som medlem av donorteamet fra OUS. En slik rolleblanding er med på å svekke gyldigheten av de pårørendes informerte samtykke (som skjer på vegne av pasienten, dersom vedkommende ikke hadde uttrykt noe ønske for eller imot donasjon). Hvis en transplantasjonskoordinator (som del av donorteamet) innkalles til modersykehuset og møter pasientens pårørende *før* spørsmål om donasjon er reist og/eller samtykke gitt, innebærer det at a) legeteamet på donorsykehuset, og b) pasientens pårørende stilles under et visst moralsk press for å samtykke til donasjon. Behandlerteamet må oppfattes å være 100 % lojale overfor pasienten, og donasjon av organer betraktes som et sekundært hensyn. Å koble ECMO til pasienten på samme sykerom der han/hun har ligget etter sirkulasjonsstans, er kommunikativt uheldig.

Informasjonsplikt

FHIs rapport er sparsom når det gjelder informasjonsplikten overfor samfunnet. All transplantasjonsvirksomhet bygger på tillit, og for at cDCD-metoden skal oppfattes som etisk og juridisk troverdig forsvarlig bør:

- a) cDCD-prosedyren bli offentliggjort og inkludert på et allment tilgjengelig nettsted, for eksempel på helsenorger.no. Fagfolk bør være involvert i informasjonsvirksomheten.
- b) det understrekes at tilkobling til ECMO dreier seg om resirkulering av organer, ikke gjenopplivning.
- c) det være avklart om avdødes ønsker og/eller samtykke til donasjon automatisk utvides til å gjelde både DBD og cDCD.

Med hilsen

Morten Magelssen
Førsteamanuensis
Senter for medisinsk etikk

Per Nortvedt
Professor emeritus
Senter for medisinsk etikk

Anne Hambro Alnæs
Dr. polit, medisinsk antropolog
Senter for medisinsk etikk