

Til nye metoder: nyemetoder@helse-sorost.no

Oslo, 10. september 2020

Metodevurderingen: [Organdonasjon med bruk av normoterm regional perfusjon hos pasienter som dør av hjerte- og åndedrettsstans når livsforlengende behandling avsluttes](#) fra Folkehelseinstituttet (2019) er sendt på høring fra Beslutningsforum for nye metoder med høringsfrist 15. september 2020.

Høringsvar fra intensivmiljøet ved Oslo universitetssykehus (OUS), Ullevål

Takk for muligheten til å komme med kommentarer til metodevurderingen. Det etterlyses innspill fra de kliniske miljøene. Vi ønsker å dele noen erfaringer og refleksjoner, men ikke minst å uttrykke vår støtte til å arbeide videre med å implementere en alternativ organdonasjonsvei med kontrollert donasjon etter hjertedød (cDCD) i Norge.

Vi synes rapporten med sine medisinske, etiske og juridiske drøftinger av cDCD er god. Den har gitt plass til ulike stemmer. Sammen med denne brede høringsrunden bør metodevurderingen kunne gi et godt grunnlag for å bestemme veien videre.

Klinisk erfaring

Som leger og sykepleiere tilknyttet Ullevåls intensivenheter har vi førstehåndserfaring med organdonasjonsprosesser fra et behandlerperspektiv. Vi følger regelmessig pasient og familier tett igjennom slike prosesser, inkludert med rutinemessige oppfølgingssamtaler med de etterlatte, noe som gir oss innblikk i hvordan familier opplever situasjonene. Vi har mest erfaringer med donasjon etter hjertedød (DBD), men også erfaringer med cDCD fra perioden da cDCD var en mulighet hos oss.

Krevende beslutninger

Gode beslutningsprosesser er viktig ved vurdering av om det er riktig å fortsette eller avslutte livsforlengende behandling (1). Slike beslutninger kan være krevende (2). De skjer tverrfaglig, og man forsøker å sikre best mulig beslutningsgrunnlag. Noen ganger er det åpenbart at videre livsforlengende behandling er nytteløst, mens det andre ganger kan foreligge ulike grader av prognostisk usikkerhet eller ulike syn om hvorvidt eller når det er riktig å avslutte (3). Ved tvil er det vanlig å tilby tidsavgrensede behandlingsforsøk, dvs gi situasjonen mer tid for så å revurdere videre handling avhengig av tilstand, klinisk respons og prognose (2).

Tydeligheten i dagens lovverk med krav om total opphør av hjernesirkulasjon har en pris

Vi har alle opplevd situasjoner der det er åpenbart at videre livsforlengende behandling er nytteløst, men hvor skadens art er slik at det ikke vil inntreffe total opphør av hjernesirkulasjonen. Et typisk eksempel er skader hvor kraniet er knust etter en trafikkulykke eller skuddskade. Organdonasjon oppleves meningsfullt både av pasienters familier og av helsepersonellet som behandler pasienten. Vi ser skuffelsen og undringen hos pårørende i situasjoner hvor det ikke ligger til rette for organdonasjon. For oss er reaksjonene fra disse pårørende en viktig drivkraft for å jobbe i retning av å innføre cDCD i Norge. cDCD kan åpne mulighet for å tilby donasjon også i slike situasjoner.

Verdig død

Å tilrettelegge for en verdig død der liv ikke kan reddes er noe vi som leger og sykepleiere i våre intensivavsnitt er opptatt av å få til på en best mulig måte (4).

cDCD utfordrer

Ved cDCD kreves spesifikke tilpasninger i avslutningssituasjonen som er utfordrende. Vi har erfart at avslutningssituasjoner på tross av disse tilpasningene er mulig å gjennomføre på en god måte.

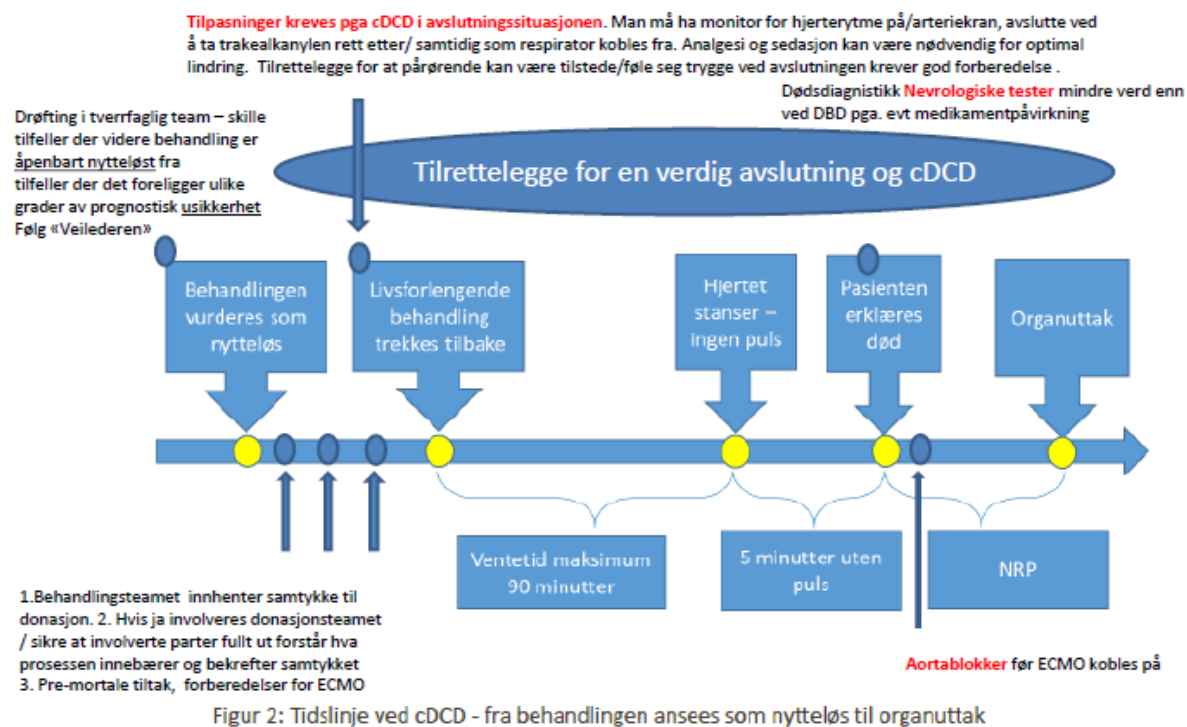
Elementer som kan oppleves utfordrende også for helsepersonell er f.eks at cDCD krever at man avslutter livsforlengende behandling ved såkalt terminal ekstubering. God forberedelse av alle involverte parter er en forutsetning. Man tar bort røret som sikrer fri luftvei samtidig som pustemaskinen kobles fra. Hvorvidt og hvor lenge en pasient vil puste selv kan være vanskelig å forutse. Pårørende må derfor forberedes på at pasienten kan stoppe å puste umiddelbart eller puste selv lengre enn forventet og med risiko for at forholdene dermed likevel ikke ligger til rette for donasjon.

Det at pårørende må gå ut av pasientrommet etter at døden er konstatert og før ECMO maskinen kobles til, har vi så langt ikke erfart at pårørende har opplevd som et problem så lenge de er godt informert og forberedt. Om det likevel skulle oppstå situasjoner hvor pårørende ikke greier å forlate den døde, vil det være mulig å avbryte donasjonsprosessen.



Verdien av donasjonsteam

Å involvere et spesialisert donasjonsteam som en støttefunksjon er slik vi ser det til hjelp for involverte leger og sykepleiere. Samarbeidet mellom behandlingsteamet og donasjonsteamet vil kunne bidra til å sikre at pårørende får tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og dermed få mulighet til å forstå hva de samtykker til samt å få best mulig veiledning og hjelp gjennom hele prosessen.



Figur for tidslinje cDCD er hentet fra metoderapporten og justert med noen oppklarende tillegg.

Dødsdiagnostikk

Vi bemerker at neurologiske tester som ledd i dødsdiagnostikken ved cDCD ikke har like mye verdi som i en DBD-sammenheng fordi smertelindrende og/ eller beroligende medisiner kan være nødvendig som palliativ behandling ved cDCD.

Dødsdiagnostikk ved cDCD foregår i en sammenheng hvor dødsøyeblikket er forventet og godt forberedt. Det bør være mulig for fagmiljøene å komme til enighet om en dødsdefinisjon som er gyldig i denne spesifikke sammenheng.

Vi viser til WHO-definisjonen av død referert i metoderapporten: «Death is the permanent loss of consciousness and all brainstem functions. This may result from permanent cessation or of circulation or catastrophic brain injury. In the context of death determination, “permanent” refers to loss of function that cannot resume spontaneously or will not be restored through intervention”.

Rundskriv om dødsdefinisjon kan støtte klinikere

Selv om juristene i metoderapporten vurderer at cDCD kan foregå innenfor dagens lovrammer og overlater arbeidet med dødsdefinisjonen til fagmiljøene, tenker vi at det å publisere en presisering av dødsdefinisjonen man blir enige om i forskrifts eller rundskrivs form vil være til støtte for klinikere.

Referanser

1. Norwegian Directorate of Health. Decision making-processes in the limitation of life-prolonging treatment 2013 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>.
2. Robertsen A, Helseth E, Laake JH, Forde R. Neurocritical care physicians' doubt about whether to withdraw life-sustaining treatment the first days after devastating brain injury: an interview study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2019;27(1):81.
3. Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, et al. An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units. Am J Respir Crit Care Med. 2015;191(11):1318-30.
4. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med. 2014;370(26):2506-14.

Hilsen fra

Annette Robertsen, overlege generell intensiv/ nevrontensiv, Oslo universitetssykehus (OUS), Ullevål

Hanne Wikeby Asak, intensivsykepleier nevrontensiv, OUS, Ullevål

Kjetil Sunde, professor og overlege generell intensiv/ nevrontensiv, OUS, Ullevål

Trine Marie Gundem, fagansvarlig overlege generell intensiv/overlege nevrontensiv, OUS, Ullevål

Inger Marie Drage, fagansvarlig overlege barneintensiv, OUS, Ullevål

Kjersti Baksaas Aasen, overlege anestesi/ traumatologi, OUS, Ullevål

Geir Øystein Andersen, fagansvarlig overlege hjertemedisinsk intensiv og overvåkning, OUS, Ullevål

Dag Jacobsen, professor og avdelingsoverlege medisinsk intensiv, OUS, Ullevål

Høringssvaret er skrevet fra oss som enkeltpersoner i fagmiljøet