

Nye metoder
Høringssvar metodevurdering
organdonasjon

Vår saksbehandler: Line Hasund
Vår ref.: 1150595

Vår dato: 14/9 2020
Deres ref.:
..

Høringssvar metodevurdering organdonasjon

NSF har med interesse gått gjennom dokumentene tilhørende overnevnte høring. Under utarbeidelsen av høringssvaret har vi fått innspill fra faggruppen for intensivsykepleiere, rådet for sykepleietikk, faggruppen for nyresykepleiere, faggruppen nevrosykepleiere og lokal faggruppe intensivsykepleiere Hamar.

FHI har gjort en grundig jobb, med en bredt sammensatt arbeidsgruppe, hvor de har vurdert effekt, sikkerhet, jus og etiske spørsmål knyttet til cDCD som ny metode ved organdonasjon.

cDCD er en etablert metode i mange europeiske land. En eventuell innføring av cDCD som nasjonal metode i Norge vil kunne gi økt tilgang på organer, noe som er isolert sett er ønskelig, ettersom organdonasjon for mange mennesker er eneste vei ut av dødelig sykdom og det til enhver tid står mange på venteliste for organtransplantasjon.

NSF har ikke forutsetning som fagorganisasjon for å kunne vurdere fullt ut de medisinske faglige og juridiske vurderingene som er gjort i metodevurderingen, og tar derfor konklusjonene til etterretning, det vil si at det er ingen vesentlige forskjeller mellom nåværende metode og cDCD hva gjelder effektivitet, sikkerhet og medisinske spørsmål. Videre, at det ikke er juridiske hindringer i loven til hinder for cDCD.

Allikevel, metoden er en stor endring av etablerte og anerkjente dødsriterier, både for helse- og omsorgstjenesten og befolkningen som sådan. De opprinnelige dødsriteriene er enkle å forstå og forklare, men dødsriteriene i cDCD er mer utfordrende. Vår bekymring er at cDCD kan åpne for «gråsoner» relatert til dødsriteriene som igjen kan føre til mistillit i samfunnet. Dersom det tilkommer kan konsekvensene være at færre ønsker å være, eller stille seg positive til organdonasjon.

Dagens metode tar utgangspunkt i at døden stadfestes ved irreversibelt opphør av hjernefunksjonene. Dødsdiagnosen bekreftes gjennom bildediagnostikk som viser at hjernen er skadet i en slik grad at pasienten er hjernedød. Ny metode, cDCD, stadfester dødsdiagnose på påvist varig hjerte- og åndedrettsstans.

Hjernedød som påvises gjennom bildediagnostikk er blitt det eneste anvendte dødsriteriet ved organdonasjon fra død giver. Metodevurderingen tar for seg pasienter som har mistet evne til å puste selv, har alvorlig og irreversibel hjerneskade, men som ikke oppfyller hjernedødsriteriet fordi det fortsatt er blodsirkulasjon i deler av hjernen.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 0 24 09
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506 MVA

Faktura adresse:
sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Dersom cDCD skal innføres som ny metode er det flere forutsetninger som må innfris:

- De nye dødsriteriene og cDCD som metode må informeres om til befolkningen for å skape aksept. Det kan ikke være noen usikkerhet på hva de nye dødsriteriene betyr, og det må være helt klart at pasienten ikke vil overleve uansett om han er/blir organdonor.
- Dødsriteriene må gjennomføres etter de ytterligere kriteriene beskrevet i metodevurderingen. Det vil si inkludering av spesifikke nevrologiske tester, ytterlige tester av puls og global sirkulasjon, samt dokumentasjon av opphørt åndedrett.

Hva angår de etiske vurderingene knyttet til innføring av cDCD som gjeldende metode, så støtter NSF konklusjonen i metodevurderingen under forutsetning av at kriteriene skissert i metodevurderingen oppfylles. Det vil si at:

- Beslutningen om avslutning av livsforlengende behandling og beslutningen om organdonasjon må kunne skilles fra hverandre på en tilfredsstillende måte. Herunder vil vi presisere at det er vesentlig at prosessen rundt organdonasjon må være åpen for alle parter, inkludert pårørende og samarbeidende helsepersonell.
- De premortale tiltakene må kunne anses som svært begrensede. NSF støtter vurderingen om at de premortale tiltakene beskrevet i metodevurderingen ikke gir vesentlig skade for aktuell pasient.
- Organdonasjon har en etisk forsvarlig samtykke- og informasjonspraksis. Det vil kreves gode lokale rutiner for informasjon til pårørende, og også generelt til befolkningen hva organdonasjon innebærer, forskjellen på hjernedød og kontrollert hjertestans, og at det ved kontrollert hjertedød stilles strengere krav for å erklæres død. Det er mye informasjon som skal gis, og dette må gjøres på en trygg og god måte. Informasjonsbehovet til pårørende vil være stort, og det må innfris. Helsepersonell ved donor-sykehus må være godt skolerte for å ivareta alles interesser i disse krevende situasjonene.

Andre innspill:

I metodevurderingen heter det at «cDCD med bruk av ECMO gir relativt godt med tid og ro for pårørende å ta farvel med den avdøde. Avslutningsfasen endrer seg heller ikke mye fra enhver annen avslutnings fase hvor donasjon ikke hadde vært aktuelt». Her tas det ikke høyde for at det ved avslutning av livsforlengende behandling bare er ett fokus; intensivsykepleier jobber ut fra intensjonen om å bidra til at pasienten får en verdig død. En verdig død er ikke bare en verdi for donoren og hans pårørende, men også for behandlingsteamet. Det er betydningsfullt å vektlegge at det som skjer inne på rommet også handler om en verdig død. I det øyeblikket prosessen cDCD starter, er dette pasientens dødsleie, og denne tiden har betydning for hvordan hele prosessen oppleves for intensivsykepleiere/leger som skal ta vare på pasienten og pårørende. Dette er en krevende situasjon for helsepersonell på donorsykehus, og det er viktig å ha gode rutiner for hvordan døden ved cDCD legges til rette på de ulike donorsykehusene.

Under forutsetning i at høringssvaret blir tatt til etterretning, så er NSF positive til å innføre cDCD som metode ved organdonasjon.

Med vennlig hilsen

Lill Sverresdatter Larsen (sign)
Forbundsleder
NSF

Kari Elisabeth Bugge (sign)
Fagsjef, fag og helsepolitisk avdeling
NSF