

Helse og omsorgsdepartementet
Postboks 8011

0030 Oslo Dep

Dato: 16
september
2003
Deres ref.:
Vår ref.:

Høringsuttalelse til "Forslag til endring av ordlyden i forskrift om dødsdefinisjonen i relasjon til transplantasjonsloven"

Ordlyden i forskriftens §2 punkt 5: "Objektiv påvisning av opphevd blodsirkulasjon til hjernen" er i vår vurdering både vag og upresis. Vi stiller oss i den sammenheng kritisk til departementets konklusjon om at krav til billedfremstilling av opphørt blodsirkulasjon skal fjernes fra forskriften om dødsdefinisjon. Cerebral arkografi anses fortsatt å være gullstandarden (1). Derimot viser forskning og rapporter at CT-angio åpner opp for tolkningsmessige usikkerhet som kan føre til både falske positive og falske negative resultater (1, 2). Det er således tvilsomt om fravik av krav til utført arkografi og overgang til for eksempel CT-angio vil resultere i flere tilgjengelige organer. Pga. manglende standardisering av tekniske parametre, kontrastdose eller injeksjonshastighet ved CT-angio ved norske sykehus (ref. Høringsinnstilling fra Norsk Nevroradiologisk Forening), er denne metode dårlig egnet til å gi behandlende leger sikkerhet i diagnostiske konklusjoner samtidig som risikoen for å svekke pårørendes tillit til helsepersonell, etter vårt syn, kan øke. Uten nevreradiologisk bekreftelse av opphørt blodtilførsel til hjernen kan responsløshet hos en pasient i sjeldne tilfeller skyldes 'total locked in' syndrom (3).

Hensynet til å skaffe flest mulige organer er kanskje i et kort perspektiv tjent med å gå bort fra dagens krav om cerebral arkografi. En mulig konsekvens av usikkerheten rundt andre metoder enn cerebral arkografi, kan bli innføring av organdonasjon basert på sirkulatorisk stans som et alternativt grunnlag for organdonasjon. Slik DCD (donation after circulatory death) er mindre arbeidskrevende for helsepersonell enn DBD (donation after brain death). Men denne dødsdiagnoseprosedyre fører til at færre hjerter og lunger blir anvendbare til transplantasjon, og det er nettopp disse organer det er størst knapphet på. Resultatet kan bli at ventelistene for pasienter som trenger hjerte- og/eller lunger blir lengre, og at flere vil dø i organkø.



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

I Norge er DCD fortsatt et mindre pilotprosjekt. Men i landene der metoden er tatt i bruk, går andelen hjernedødsbaserte donasjoner ned (4). I Nederland (2003) kom nærmere 40% av alle transplanterte nyrer fra pasienter som døde av sirkulatorisk stans (5). En annen erfaring fra DCD-praksis er at flere av de donerte organer ikke kommer til anvendelse (mellom 16% og 44% avhengig av land)(4) sammenlignet med utnyttelsen av organer fra 'hjernedøde' pasienter. En slik negativ utvikling vil svekke befolkningens generelle tillit til transplantasjonsvirksomheten, om det blir kjent.

At det ikke lenger kreves kompetanse i å utføre cerebral arkografi for å bli spesialist i radiologi er ikke i seg selv et argument for å frafalle kravet til denne diagnostiske prosedyre. Metoden brukes nemlig fortsatt i samband med behandling ved OUS, og det er ved disse sykehusene at 2/3 av alle (117: 2012, ref Skandiatransplant) donasjoner finner sted (personlig meddelelse fra transplantasjonskoordinator ved OUS, Stein Foss, 2013). Det skulle derfor ikke medføre hyppige eller store utgifter å innkalle en radiolog med arkografi-kompetanse til å bistå personalet når det er tale om mulig donasjon ved et av de mindre donorsykehusene.

Å forlate kravet om etterprøvbar billeddiagnostikk gavner hverken helsepersonell eller de hjernedødes pårørende, da begge er avhengige av sikker og trygg diagnostisering. Samlet sett gir utviklingen gode grunner til å beholde dagens ordning med cerebral arkografi. At Norge er det eneste land i Europa som har stilt krav om arkografi er etter vårt syn ikke grunn nok til å endre reglene.

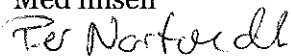
På bakgrunn av den raske teknologiske utviklingen innen radiologi er vårt senter enig i at navngitte metoder for å bekrefte opphørt blodsirkulasjon ikke skal stå i selv lovteksten. Men vi anbefaler sterkt at punkt 5 i forslag til forskriftsendring presiseres til for eksempel:

”Objektiv fremstilling av opphevet blodsirkulasjon til hjernen i henhold til dokumentert faglig sikreste og oppdaterte metoder”.

Til slutt vil vi bemerke det uheldige ved at forslag til endring i dødsdefinisjon er unntatt offentligheten. Kunnskap om organdonasjon er i 2013 atskillig mer utbredt i befolkningen enn i 1973 da den første transplantasjonslov ble fremmet og vedtatt. Et slikt (muligens ikke-intendert) hemmelighold er uheldig og fratrar samfunns- og medisinerinteresserte borgere muligheter til å forstå hva som ligger bak endringer i såvel lov som forskrift.

1. Greer DM, Strozyk D, Schwamm LH. False positive CT angiography in brain death. *Neurocrit Care*. 2009;11(2):272-5.
2. Combes JC, Chomel A, Ricolfi F, d'Athis P, Freysz M. Reliability of computed tomographic angiography in the diagnosis of brain death. *Transplant Proc*. 2007 Jan-Feb;39(1):16-20.
3. Bauer G, Gerstenbrand F, Rimpl E. Varieties of the locked-in syndrome. *J Neurol*. 1979 Aug;221(2):77-91.
4. Dominguez-Gil B, Haase-Kromwijk B, Van Leiden H, Neuberger J, Coene L, Morel P, et al. Current situation of donation after circulatory death in European countries. *Transpl Int*. 2011 Jul;24(7):676-86.
5. Bos MA. Ethical and legal issues in non-heart-beating organ donation. *Transplantation*. 2005 May 15;79(9):1143-7.

Med hilsen



Per Nortvedt

Professor, leder

Anne Hambro Alnæs (sign)

Seniorforsker dr.polit.

Saksbehandler:

