

Referat fra Møte for donoransvarlige leger og sykepleiere.

Radisson Blue Airport Hotel, Gardermoen, 14. September 2018



Bjørn Lien og Jorunn Svendsen ønsker velkommen. Kort info om følgende:

Det vil framover bli mer vanlig at RH ber om CT Thorax / CT abdomen av donor fordi thoraxomkrets er upålitelig mål for å beregne størrelse på organ i forhold til egnet mottaker. Ha dette i tankene om den mulige donor likevel skal på CT.

Det ligger oppdatert liste over godkjente donorsykehus med tilhørende DAL / DAS i Norge på https://helsedirektoratet.no/Documents/Celler%20og%20vev/Liste%20over%20godkjente%20virksomheter%20-%20donorsykehus_14.09.18.pdf

Nasjonal Faggruppe for Organdonasjon til Transplantasjon (NFNOT): Meld gjerne inn saker via din regionale representant.

Organbevarende behandling v/ Viesturs Kerans, OUS

Endringer i sepsisbehandling, først og fremst mer restriktiv væsketerapi og valg av vasopressor, er ikke uten videre overførbare til god organbevarende behandling. Guidelines i verden varierer i forhold til valg av type vasopressor. En individualisert strategi tilrådes.

Enighet om optimal væskebehandling og minst mulig bruk av pressor.

- 1) **Reetablere normovolemi! Rask infusjon av Ringer acetat** (1. valg) 15-30 ml/kg (1-2 liter / 30-60 min), kom tidlig i gang. Evt Albumin 20% og / eller NaCl, (ikke store mengder pga fare for høy S-Na. Bruk Glucose 5% ved høy S-Na. SAG v/ Hb < 7.0 g/dl. IKKE bruk syntetiske kolloider.
- 2) Reduser vasopressor parallellt.
- 3) OBS volumresponsiveness: **klinisk observasjon:** hud, diurese, PPV, Ecco cor, Laktat, SvO₂, Hb/ Evf, CVP
- 4) **Ustabil donor krever CO-monitorering** (PICCO-kat eller lignende)

Dopamin: 1. valg ved organbevarende behandling fordi Dopamin har en immunmodulerende effekt (virkning som antioksidant), bedrer toleranse for kald preservasjon og er gunstig for graftfunksjon i nyre / hjerte, også uten klar indikasjon for BT-behandling.

Ingen klar preferanse mellom Vasopressin og Noradrenalin. Ved pumpesvikt: Dobutamin / Adrenalin. Det kan være gunstig å kombinere flere pressorer.

Protokoll for organbevarende behandling blir endret i nær framtid, følgende foreslås:

- 1) Dopamin til alle etter positiv bildediagnostikk (samtidig med steroider), uavhengig av blodtrykk. Dose 4 (max 5) mikrog/kg/min. Arrytmiproblem? Halvere dosen, evt halvere igjen før evt seponering.
- 2) Normovolemi
- 3) v/ MAP < 65 mmHg: Noradrenalin
- 4) v/ Noradrenalin > 0.10 mikrog/kg/min → avansert CO-monitorering og kombinasjon av flere pressorer, ex Vasopressin (Argipressin = Empressin® = tilgjengelig vasopressin pr dd i Norge). Dose Noradrenalin kan økes ved lav SVR.
- 5) SvO₂-monitorering for å vurdere optimal organperfusjon (mål: SvO₂ > 70%)

KONTINUERE CO-MONITORERING UNDER ORGANUTTAK!

Terapeutisk hypotermi? Nyrer fra donorer med temp 35-36 grader har vist signifikant lavere behov for dialyse postoperativt. Mer forskning kommer.

Protokoll for organbevarende behandling oppdateres hyppig på små detaljer, bruk alltid nettutgaven: enten google «protokoll organdonasjon» eller bruk www.norod.no

VEDLEGG 1: Presentasjon av Viesturs Kerans med referanser

Overgang fra konvensjonell angio til CT-angio - erfaringer etter to år med bruk av CT-angio.

Kravet om cerebral angiografi eller arcografi er ikke lenger til stede. Lovverket krever objektiv bildediagnostikk av opphevet *blodtilførsel* til hjernen, ikke opphevet *blodsirkulasjon*. Med bakgrunn i dette har flere sykehus sluttet å ta Cerebral angiografi/arcografi og bruker nå cerebral CT-angiografi.

Tommi Hammer, radiolog, St. Olavs hospital: CT-angio utføres etter protokoll adaptert fra OUS. I starten gjorde man både 4-kars arcografi og CT-angio for å få erfaringer. I all hovedsak helt like funn. Protokollen er nå i bruk i hele Helse-Midt, radiologer ved St. Olavs er tilgjengelig for veiledning / tolkning. En har aldri sett opphevet blodtilførsel til hjernen på CT uten at det også er påvist på arcografi. Ca 10 % av seinfase CT-angio viste blodtilførsel når arcografi viste opphør. CT-angio er mer sensitiv, mer konservativ metode. Svært få vil feilaktig bli avvist som donor.

Nils Einar Kløw, radiolog, Ullevål: Fordelen med å ta CT-angio er at man da kan ta CT-kropp samtidig (hvis det ikke er tatt traume CT tidligere), jamfør økende ønske om CT thorax / abd for vurdering av organstørrelse.

CT-angio er utført på Ullevål siden april 2017. Protokoll som ved St-Olavs, radiolog må vurdere bildene innen 30 min.

Erfaringer: Det er uvant for radiologer å svare dikotomt (ja/nei) muntlig og skriftlig, som kreves. Foreløpige svar må ikke endres.

Utfordringer: Aksept i fagmiljøet, spesielt fagmiljøet på RH og Haukeland er skeptiske.

CT-angio kan utføres på små sykehus, men det kan være problem med tolkning, spesielt for CT-koronar-angio. Små sykehus bør kunne sende bilder til en sentral institusjon (trenger ikke samme datasystem for å sende bilder).

Diagnostiske utfordringer:

- ECMO-pasienter (ikke teknisk mulig)
- Når pasienten har blod rundt vener (SAH), vanskeliggjør tolkningen av undersøkelsen.
- CT-angio vil kunne overdiagnostisere blodtilførsel.

Kontrast kan ses i blodkar etter konvensjonell CT, anbefales derfor å vente 6 timer mellom undersøkelser, evt ta vanlig CT uten kontrast først for å sjekke.

VIKTIG: først klinisk dødsdiagnostikk. Hvis denne viser tegn på opphevet blodtilførsel til hjernen gjøres bildediagnostikk. Så langt framtidig dødsdiagnostikk er utført etter prosedyre vil det aldri skje at en mulig organdonor får påvist opphevet blodtilførsel til hjernen og faktisk har det!

Når det er behov for koronar angiografi kan dette utføres som CT-koronar-angio etter at CT-cerebrum-angio er utført. Det er behov for koronar angiografi hos ca 1/5 av donorene. Små sykehus som ikke har gjort slike undersøkelser tidligere må utarbeide prosedyrer for dette.

Bifunn ved CT-kropp skal rapporteres.

[VEDLEGG 2: Presentasjon av Tommy Hammer](#)

[VEDLEGG 3: Presentasjon av Nils-Einar Kløv](#)

Presentasjon av arbeid med gjennomgang av DCD i Nye Metoder v/ Liv Giske

Metodevurdering er grunnlagsdokumenter som skal gi trygghet for at en ny metode er trygg, sikker og virkningsfull. Bestillerforum fikk oppdraget fra OUS des 2017. Det er satt sammen en gruppe fagpersoner som skal gjøre en fullstendig metodevurdering av DCD. Dette omfatter oversikt over effekt og sikkerhet + etiske og juridiske spørsmål og problemstillinger.

Det blir gjort brede og systematiske litteratursøk med fagfellevurdering av resultat. Arbeidet er i gang og er planlagt ferdig i april 2019, men rapporten blir sannsynligvis ikke offentlig umiddelbart etter at den er ferdig. Det vil ikke bli gitt anbefalinger.

VEDLEGG 4: legges ut senere

Informasjonskampanje for å øke antall organdonorer v/ Nina Olkvam, kommunikasjonsrådgiver Helse-SØ.

Helsedirektoratet har gitt Helse Sør-Øst oppdrag med å lage en info-kampanje for å øke antall organdonorer i 2018. Kampanjen skal rettes mot helseforetakene. Kampanjestart 21. september v/ helseministeren på RH:

- 1) 20 % av kampanjen skal rettes mot befolkningen og lansering av muligheten til å registrere seg som organdonor i kjernejournal. Kanaler blir sosiale medier.

TIL BEFOLKNINGEN: Organdonasjon redder liv der liv ikke kan reddes.

- 8 av 10 er positive til organdonasjon men færre snakker om det
- Kjernejournal gir deg mulighet til å fylle ut digitalt donorkort
- Vet dine nærmeste hva du mener?

- 2) 80 % av kampanjen er rettet mot helsepersonellmålgruppen, dvs de som ikke jobber direkte med organdonasjon, men som kan tenkes å komme borti situasjoner, f eks i mottak osv.

Til HELSPERSONELL: Du kan gi mening til det meningsløse

- Organdonasjon er livreddende behandling
- Å ta opp spørsmålet om organdonasjon er god pasientbehandling
- Transplantasjonskoordinator svarer på alle spørsmål
- Erfaringer viser at pårørende er positive til organdonasjon når dette blir tatt opp, uansett hvilket svar du får.

Budskapet skal bl. a spres med plakater med lokale ansikt / lokalt intranett + sosiale medier der Facebook betales for at kampanjen skal treffe de som er registrert som helsepersonell.

INFO-pakker kommer til helseforetakene om 1-2 uker. Ta kontakt med lokal kommunikasjonsavdeling.

Vi hører sjelden de gode historiene fra helsepersonells side, mest fra mottaker og pårørende. Har du en god historie oppfordres du til å oppsøk din lokale kommunikasjonsavdeling.

Kampanjen skal evalueres blant annet på antall meldte donorer.

VEDLEGG 5: legges ut serene

Donorkort i kjernejournal (KJ) v/ Glenn Håkon Melby, Direktoratet for e-helse.

Bestillingen er kommet fra Helsedepartementet m/ funksjon for varsling av pårørende.

Det er gjennomført to workshops for å forstå prosessen rundt organdonasjon og kommunikasjon m/ pårørende.

Dette er ikke et donorregister! Det er kun **en mulighet** for å oppgi sitt ønske relatert til organdonasjon. I Norge skal vi ha tre likeverdige kanaler: Donorkort, app og KJsom kun er veiledende og ikke juridisk bindende.

Helsepersonell er ikke pliktig å slå opp i KJ. Sletting av donorkort i KJ betyr ikke nei til organdonasjon.

Du finner donorkort i KJ slik: www.helsenorge.no > min side (log in med bankID) > donorkort > varsle pårørende. Pårørende får ikke varsel om donorkort slettes.

For helsepersonell sitt oppslag i KJ: Åpne ikonet, egen rubrikk for «vis donorkort».



Opsjonen i KJ er klar til bruk og blir lansert 21/9 v/ Helseministeren.

Erfaringer: 60 000 har opprettet kort i juni-aug, 56 % har registrert pårørende, 8065 har varslet pårørende.

Hvordan kan avvik fra helsetilsynet bidra til forbedret praksis -fra personbasert til systembasert donasjonsforløp v/ Øivind Skraastad. UTGÅR.

Innføring av funksjonen Spesialisert Sykepleier i Organdonasjon (SNOD) ved OUS v/ Lise Bratberg, DAS, Ullevål.

SNOD = Specialized Nurse in Organ Donation. Mål: OUS skal ha et system som sikrer at alle donorer identifiseres og følges opp.

SNOD er et nytt tiltak som skal støtte behandlingsteamet i ivaretagelse av donor og bidra til best mulig prosess fram til donasjon.

Bakgrunn: OUS har 11 intensivavdelinger (4 på RH + 7 på Ullevål) og bidrar til ca 40 % av landets donorer. Donorenheten består nå av 3 x 50% stillinger for DAS, 20% DAL på RH og 50% DAL på Ullevål. Alle journaler til pasienter som dør i akuttklinikken blir gjennomgått med tanke på kvalitetssikring. Ved gjennomgang av journalene ble det avdekket forbedringspotensial. Dette ble formidlet til Tilsynet og OUS fikk avvik på flere forhold knyttet til organdonasjon.

SNOD skal fungere i vaktordning og tilkalles når døden er konstatert eller det er sannsynlig at død vil inntre og videre behandling er formålsløs. De skal rykke ut til aktuell avdeling i OUS-systemet. Når det ikke er donasjon på gang skal vedkommende jobbe i egen avdeling, men som «løs» og klar for utrykning ved behov. Finansieres av Donorenheten («nye» midler).

Arbeidsoppgaver: støttespiller i logistikk, identifisering, bidra til å framskaffe nødvendig informasjon, veilede ved organbevarende behandling, delta i pårørendearbeid / samtaler, vurdere «timing»...

Man planlegger 3 måneder opplæring. Personlig egnethet er viktig; Det er krevende å komme til et «fremmed» sted og ta plass i behandlingsteamet. Prosjektet skal evalueres.

SNOD skal ikke erstatte transplantasjonskoordinator eller donoransvarlig sykepleier!

[VEDLEGG 7: Presentasjon av Lise Toubro Bratberg](#)

Avslutning v/ Bjørn Lien:

Årsrapportene fra donorsykehusene; de ser svært ulike ut. Er det behov for å utveksle disse / kan vi lære / inspireres av hverandre? Donorsykehusene har rapporteringsplikt til Helsedirektoratet; hvis HDir offentliggjør disse, vil man ved små sykehus med små tall kompromittere konfidensialitet.

Er det ønskelig med mer enhetlige rapporter? Jorun Svendsen tar saken videre.

Refusjon av utgifter for pårørende; enhetlig skjema for hele landet? Nei, men alle regioner har etablert system / prosedyrer som ser ut til å fungere.

Ref.: Britt Sjøbø