

Neurologiske patienter - Erfaringer fra donationsforløb

Årsmøde, DCO 2019

Ole Pedersen

Intensiv OUH

- VITA – kardiologi, hjerte-, thorax-, karkirurgi
- NIA – neurokirurgi
- ITA I-2-3, BRITA – alle andre afdelinger

Neurologiske patienter på ITA

	2014	2015	2016	2017	2018	ialt
Alle med neurologisk stamafdeling	103	129	126	150	158	666
Potentielle donorer: Bevidstløs, reaktionsløs, respirationsløs	4	6	5	9	10	34
Donorer			1	4	2	7

	Præhospitalt - FAM	Neurologisk afdeling	ialt
Potentielle donorer	27	7	34
Donorer	3	4	7

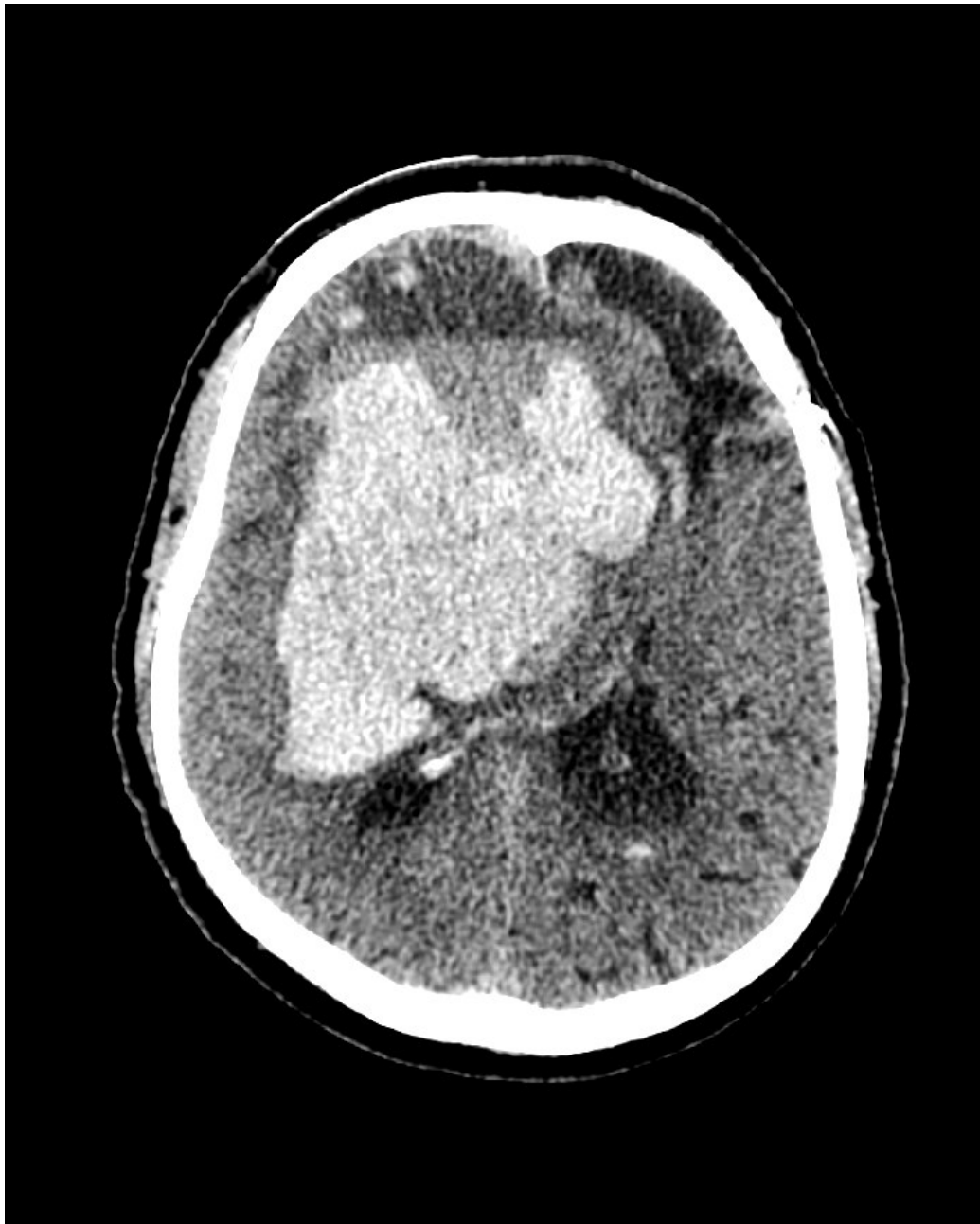
Case 1 – 63 årig mand

- Til FAM med ve. hemiparese, trombolysevurdering
- CTC med ICH hø. hemisfære



Case I

- Til FAM med ve. hemiparese, trombolysevurdering
- CTC med ICH hø. hemisfære, GCS 12-13
- Til neurologisk afdeling
- Faldende GCS, re-CTC – forværring, intet kirurgisk tilbud

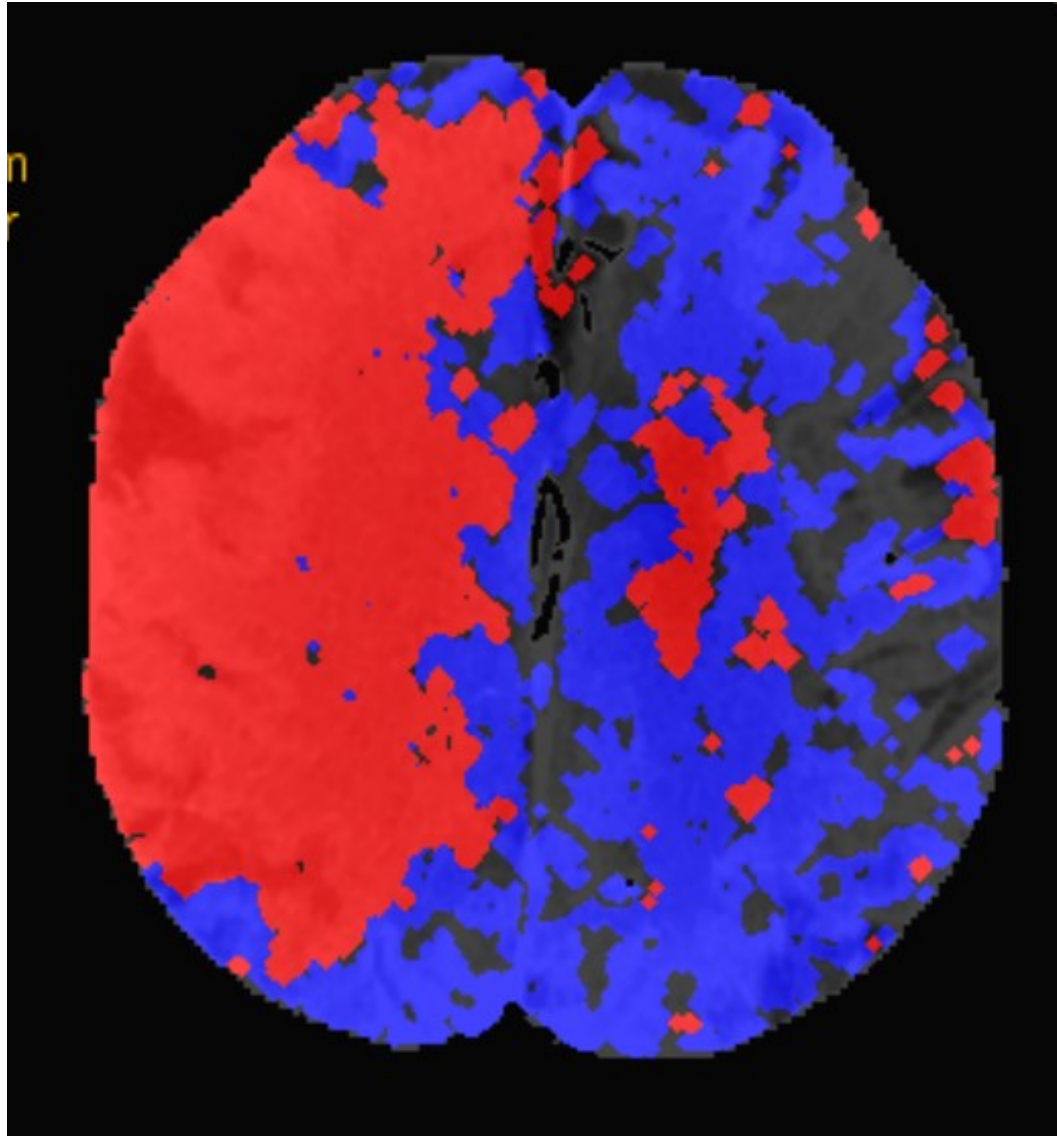


Case I

- Til FAM med ve. hemiparese, trombolyselvurdering
- CTC med ICH hø. hemisfære, GCS 12-13
- Til neurologisk afdeling
- Faldende GCS, re-CTC – forværring, intet kirurgisk tilbud
- Tx – donorkandidat, OG er registreret donor + familie samtykker
- Til ITA 8 timer efter symptomdebut
- Mulig incarceration ca. 65 timer efter debut
- Erklæres hjernedød ca. 3 døgn efter debut
- 2 nyrer, lunger, hjerte

Case 2 – 83 årig mand

- Præhospitalt: GCS 10, ve. hemiparese. Intuberes forud for transport (HEMS). Bringes til FAM
- CTC med stort mediainfarkt



Case 2

- Præhospitalt: GCS 10, ve. hemiparese. Intuberes forud for transport (HEMS). Bringes til FAM
- CTC med stort mediainfarkt
- Sedation stoppes og pt extuberes
- Flyttes til neurologisk afdeling. Snorkende resp., ve. hemiparese, øjendrejning mod hø., motorisk urolig
- Senere GCS 3
- Tx kontaktet. Samtale med familien om organdonation, accept
- Flyttes til intensiv ca. 40 timer efter symptomdebut
- Tydelige aftaler med pårørende
- Erklæres hjernedød 64 timer efter debut
- Ve. nyre doneres, andre organer?

Case 3 – 56 årig mand

- Fald i eget hjem, ve. hemiparese. Til FAM. Alkoholoverforbrug, tidl. ICH, epilepsi, levercirrhose
- GCS 13, CTC med hø. ICH, intet kirurgisk tilbud



Case 3

- Fald i eget hjem, ve. hemiparese. Til FAM. Alkoholoverforbrug, tidl. ICH, epilepsi, levercirrhose
- GCS 13, CTC med hø. ICH, intet kirurgisk tilbud
- Til neurologisk afdeling, bl.a. antikonvulsiv behandling
- Vurderes: Ingen HLR, ingen intensiv behandling
- GCS 3, sparsomme reflekser, 5 dage efter indlæggelse
- Tx kontaktet, samtale med familie om organdonation, accept
- Flyttes til ITA, mulig nyreTx, intuberes.
- Re-CTC med forværring



Case 3

- Fald i eget hjem, ve. hemiparese. Til FAM. Alkoholoverforbrug, tidl. ICH, epilepsi, levercirrhose
- GCS 13, CTC med hø. ICH, intet kirurgisk tilbud
- Til neurologisk afdeling, bl.a. antikonvulsiv behandling
- Vurderes: Ingen HLR, ingen intensiv behandling
- GCS 3, sparsomme reflekser, 5 dage efter indlæggelse
- Tx kontaktet, samtale med familie om organdonation, accept
- Flyttes til ITA, mulig nyreTx, intuberes.
- Re-CTC med forværring
- Observeres i 3 dage, stigende GCS til 6, extuberes og tilbageflyttes til neurologisk afdeling
- Mors næste dag

Case 4 – kommunikation

- Ældre mand. Modtages intuberet fra FAM. Stor ICH, intet kirurgisk tilbud, derfor neurologisk patient, mulig organdonor
- Familie (ægtefælle og datter) ankommer: ”åh nej, ikke igen”, ”en ny hjerneblødning overlever han ikke”
- Det bekræftes af lægen på ITA – hustruen: ”hvad har I gang i”, ”hvad laver han på intensiv”
- Organdonation bringes derfor tidligt på banen. Hustru synes det er for tidligt, og kan ikke give svar straks, men ikke umiddelbart afvisende
- Går til stuen og finder læge i gang med anlæggelse af CVK, hvilket hustru ikke var informeret om – ”hvad har I gang i?”
- Næste dag afvises donationsforløb

Modstand fra kolleger

Diskussioner med neurologer

Retningslinje for tidlig donordetektion RSD / DCO 2017

- Ved omfattende hjerneskade *uden behandlingsmulighed*:

På sengeafsnit eller i FAM

Akut omfattende skade af hjernen

GCS < 9

Patienten intuberes og indlægges på intensiv til afklaring af videre forløb.

- ”Handl først, spørg bagefter”
- Først herefter afklares samtykkeforhold, udsigt til reelt at hjernedø samt medicinsk egnethed som donor

Spørgsmål

- Må man intubere, respiratorbehandle og intensivt behandle en udsigtsløs syg patient alene med henblik på mulig organdonation, *før* samtykke, reelt potentiale for hjernedød samt medicinsk donations-egnethed er kendt?
- Dvs på forventet efterbevilling svarende til ”formodet samtykke”?

Spørgsmål

- Nogle potentielle donorer dør ikke, men overlever netop i kraft af 72 timers intensiv terapi i den kritiske fase, med risiko for et lidelsesfuldt efterforløb
- Skal de pårørende kende denne risiko, før de giver accept?
- Og hvordan kan vi informere reelt, når Den Nationale Handleplan på forhånd har defineret, at vi skal have > 80% acceptrate fra pårørende?
- Sammenblanding af købmandsskab og etik?

Kontante neurologer

- ”en sag fra ITA som viser at hvis man er MERE tålmodig end ITA, så får man 2 nyrer, 2 lunger og lidt ekstra til andre alvorligt syge”
- ”konkrete sag, ville ITA stoppe et forløb om organdonation FØR 3. døgn”
- ”det må altså skyldes pres på sengepladserne”

- Kontakt til bagvagt-ITA i vagten: Patienten skal på intensiv nu m.h.p. mulig organdonation. Vi kan ikke få fat i de pårørende.

Erfaringer fra OUH

- når pt er udsigtsløs syg

- Kontakt til Tx - donoregnet, registrering i donorregister - før kontakt til ITA
- Samtale med/information af pårørende, helst med deltagelse af både neurolog og ITA-læge – tilladelse til overflytning til intensiv?, årsag til overflytning til intensiv, betænkningstid, hvad sker på intensiv, hvor længe på intensiv, risiko for overlevelse
- Efter ankomst til ITA hurtigst mulig afklaring om der er organ(er) til donation i tilfælde af incarceration
- Daglig fælles (ITA-læge+neurolog) gennemgang af patienten
- Primære fokus er de pårørende til patient/donor.

