



## **Verslag Invitational Conference MEC-NTV op 17 oktober 2007, te Utrecht**

Lokatie: Stadskaasteel Oudaen

Onderwerp: 'Stoppen of doorgaan met behandelen bij potentiële orgaandonor met infauste prognose'

Dagvoorzitter Mike Bos heet de aanwezigen welkom en leidt het onderwerp in. Centraal staat de vraag of in bepaalde situaties bij een patiënt met infauste prognose, die nog niet hersendood is, mag worden doorbehandeld totdat alsnog hersendood intreedt, of dat iedere behandeling moet worden gestaakt en aangestuurd op een NHB donatie. Deze vraag heeft uiteraard medische, maar ook juridische en ethische dimensies. Om de problematiek van verschillende kanten te belichten, zal Erwin Kompanje (IC verpleegkundige/ethicus) aan de hand van enkele casus de situatie schetsen, waarna Kees van Huffelen (emeritus neuroloog) en Bastiaan Zwart (IC verpleegkundige) als ervaringsdeskundigen hun commentaar zullen geven. Daarna is er ruime gelegenheid tot discussie. Ronald Hené plaatst vervolgens het vraagstuk nog eens in een breder kader van een afnemend aanbod van IC patiënten, bij wie een toestand van hersendood zal intreden, en wijst ook op het belang van (vroeg)tijdig treffen van maatregelen om de toestand van de donor/ de kwaliteit van de organen te optimaliseren.

Erwin Kompanje schetst vervolgens, aan de hand van een drietal casus, de situatie van de patiënt met infauste prognose, bij wie een donorprocedure kan worden overwogen. Cruciale factoren zijn, zo stelt hij, of er (in het Donorregister) toestemming aanwezig is van de donor zelf; of verwacht kan worden dat de hersendood alsnog kan intreden; hoe en wanneer er met de familie wordt gecommuniceerd over toestemming en over de te kiezen procedure; en welke maatregelen (volgens de WOD) mogen worden getroffen om de organen in goede conditie te houden/te brengen. Kompanje kaart ook aan dat in veel ziekenhuizen het probleem bestaat dat onderzoek met transcraniële Doppler (TCD) niet op elk moment van de dag/nacht kan worden uitgevoerd.

Kees van Huffelen wijst in zijn commentaar op het probleem van het tekort aan donororganen (minder verkeersdoden en betere behandeling van patiënten met intracraniële bloedingen). Het lijkt er daardoor op dat er sprake is van een substitutie van HB donatie door NHB donatie. Elke HB donor die niet wordt gerealiseerd betekent ook minder organen (met name harten, longen). Het is dus belangrijk dat

intensivisten en neurologen weten van de wettelijke mogelijkheden zijn om hersendood vast te stellen.

Bastiaan Zwart gaat in zijn commentaar vooral in op het contact met de familie, dat vaak bepalend is voor het al of niet verkrijgen van toestemming. Ook moeten verpleegkundigen goed op de hoogte zijn van de wijze waarop donormanagement plaats vindt. In zijn visie zal doorbehandelen altijd overwogen moeten worden, als de patiënt met toestemming staat geregistreerd. Problemen die zich voordoen zijn: het feit dat het normale stervensproces wordt verstoord door alle maatregelen rond HBD en NHBD, en dat goede afspraken met de nabestaanden nodig zijn; behandeling van hypertensie in de donor is goed voor de organen, maar kan het stervensproces ook verlengen; wanneer je een aanwezige drain afklemt, versnelt dit dan het sterven? Ook ligt er de vraag hoe lang je zult doorbehandelen, bijvoorbeeld als er na 2 uur nog geen hartstilstand is opgetreden. Tenslotte is er een schaarste aan IC bedden, en is behandeling op zo'n bed kostbaar (gaat een donor vóór een patiënt?).

In het middagdeel, na de lunch, ontstaat een levendige discussie over de gepresenteerde casus en de probleempunten. Kort samengevat komen vooral de volgende onderwerpen aan de orde:

- Wat is een infauste prognose, hoe zeker is die prognose te stellen, en waar liggen de grenzen? Uiteraard gaat het hier om een medisch oordeel, maar scherpe criteria zijn er niet. Klinisch inzicht en ervaring, CT beelden en de snelheid waarmee schade in de hersenen zich uitbreidt geven toch houvast. Daarbij kan gesteld worden dat als zo'n proces langzaam verloopt er weinig kans is dat alsnog hersendood zal optreden.
- Hoe lang doorbehandelen tot hersendood? Canadese ervaring leert dat na 48 uur doorbehandelen de organen merkbaar verslechteren (a.g.v. cytokinestorm bij hersendood). Daarom wordt in Nederland (AZM en AZN) meestal na 24 uur overgegaan op een NHBD procedure. Ook bij NHBD is circa 20% van de patiënten na 4 uur nog niet overleden. Er vindt recent in Nederland onderzoek door TC's plaats (100 NHBD procedures) om te komen tot betere criteria dan de thans gangbare (D'Allesandro) score, om de circulatiestilstand te voorspellen. Vanuit het AZU wordt ook gewezen op de problematiek voor de nabestaanden: hoe ver reikt de spankracht van de familie? Wat doe je als de familie aandringt op een snelle NHBD procedure? Het is belangrijk de familie mee te krijgen als er wel toestemming van de donor is. In bepaalde gevallen kan toch doorbehandeld worden tot 36 uur ipv 24 uur (afhankelijk van toestand donor).
- Welke behandeling kan en mag volgens de WOD? Allereerst is het belangrijk de familie in te lichten over de te treffen maatregelen en het waarom, om te voorkomen dat ze hierdoor overvallen worden en hun toestemming intrekken. Al bij de start van een donatieprocedure moet de familie over het belang ervan worden voorgelicht, ook over wat er gebeurt als de circulatiestilstand niet tijdig op IC/OK optreedt.

Het grote probleem, zo wordt vastgesteld, ligt bij het treffen van voorbereidende handelingen bij een patiënt die niet met toestemming staat geregistreerd en bij wie de familie eerst na overlijden toestemming mag geven (art. 22 lid 3 WOD). Dit sluit handelingen die gericht zijn op stabilisering van de stervende donor, en optimalisering van de organen vrijwel uit. Ook wanneer de familie al vóór het overlijden aangeeft dat zij accoord zullen gaan met donatie, staat de WOD geen interventies toe. Dit wordt door de aanwezigen gezien als inconsequent en strijdig met de intentie van de WOD (bevorderen donatie). Een poging van de vertegenwoordiger van VWS om nuancering aan te brengen (de WOD spreekt hier van 'intreden van de dood' en niet van 'vaststellen van de dood') brengt geen helderheid in de praktijk. Naar de strikte letter van de WOD mogen bij een Cat. III NHB donor, maar ook bij een HB donor, dus geen handelingen worden verricht voordat de (hersens)dood is vastgesteld. Dit betreft dus zowel diagnostiek als behandeling (i.v.m. hypertensie en polyurie). Dit staat haaks op wat thans bij donatie gebruikelijk is (en ook als noodzakelijk wordt gezien). Als de WOD op dit punt strikt wordt nageleefd, zou naar schatting tweederde van het aantal donatieprocedures moeten worden nagelaten, omdat anders niet-levensvatbare organen het resultaat zijn. De oplossing moet gevonden worden in het, in de WOD, ontkoppelen van de voorbereidende handelingen en de vaststelling van de dood. De aanwezigen onderschrijven het belang van een signaal hierover naar de minister van VWS en de Geneeskundige Inspectie. NTV en NTS zullen, middels een brief, een initiatief nemen om aanpassing van de WOD tot stand te brengen.