



Sygeplejevidenskab.dk

Journal for Sygeplejevidenskab Fag, Disciplin & Fagkundskab

Tilgængelig online på Sygeplejevidenskab.dk



SPL Publishing

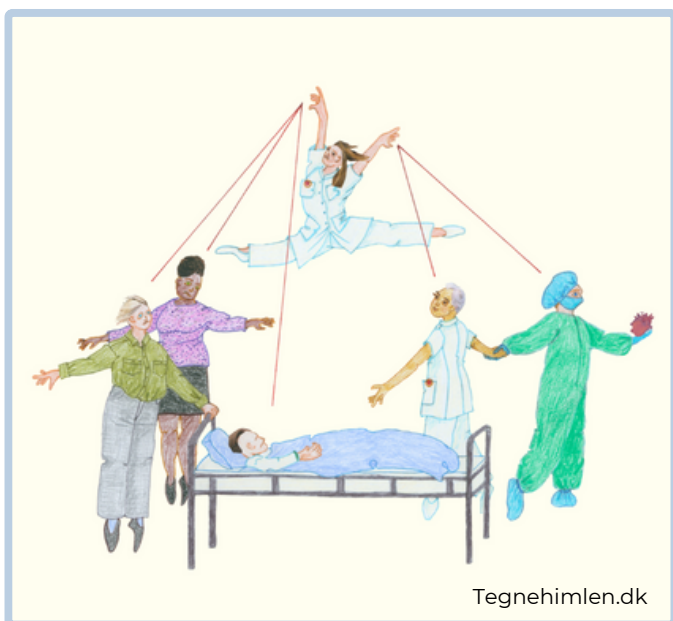
Donation efter cirkulatorisk død - sygepleje i et krydsfelt mellem omsorg og organisering

Julie Nellemose Nielsen¹ Victoria Helene Lærkner Andersen² Charlotte Nielsen³

¹ Sygeplejerske, intensivafsnit for voksne, Odense Universitetshospital

² Sygeplejerske, intensivafsnit for hjerte-, lunge- og karkirurgi, Odense Universitetshospital

³ 1.Cand. cur., postdoc, klinisk forsker, Kæbekirurgisk afdeling og plastikkirurgisk forskningsenhed, Odense Universitetshospital. Sundhedsvidenskabelig Fakultet, Klinisk Institut, Syddansk Universitet



Tegnehimlen.dk

Læs artiklen og få viden om:

- Få ny viden om det nye donationsforløb efter cirkulatorisk død
- Få indsigt i hvilken forventninger og overvejelser sygeplejersker i Danmark har til donationsforløbet
- Mulighed for implementering og videreudvikle fund til praksis

Resumé

Baggrund. Da donation efter cirkulatorisk død (DCD) blev en mulighed i 2023, findes der kun begrænset viden om at yde sygepleje i et DCD-forløb i Danmark.

Formål. At opnå viden om at skulle udøve sygepleje i et DCD-forløb, hvilket kan anvendes i forhold til udvikling af patientforløbet ved DCD.

Undersøgelsesspørgsmål. Hvilke forventninger og overvejelser har sygeplejersker i relation til at pleje og yde omsorg for patienter og pårørende under DCD-forløbet på intensiv afdeling?

Metode. Ud fra en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang blev der gennemført kvalitative, semistrukturerede interviews med fire sygeplejersker. Data blev analyseret ud fra en analysetilgang inspireret af Ricoeur.

Fund. Analysen ledte frem til fire temaer. 1: En udfordret balance mellem omsorg og organisatorisk ramme 2: En vedvarende støtte og information til pårørende 3: En fastlagt timing af en meningsfuld død og 4: En begribelig død forud for organdonation.

Konklusion. Sygepleje i et DCD-forløb kan ses i et krydsfelt mellem system- og livsverden, hvor balancen mellem livsverden og systemverden forskydes til fordel for systemverdens tænkning, fordi sygeplejerskerne skal leve op til fastsatte rammer som begrænser sygeplejen. Der kan i DCD-forløbet være modsatrettede etiske perspektiver, hvis patienten ikke dør indenfor de tre timer, hvor sygeplejersken har forventninger til at sygeplejen til patienten vil blive overset, for at få et vellykket forløb.

Introduktion

Siden 1990 har det kun været muligt at donere organer efter hjernedøds-kriterieret, men i 2023 blev det også muligt, at anvende organer fra donorer, hvor døden konstateres efter uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed, altså ved "cirkulatorisk død". Donation efter cirkulatorisk død (DCD) er allerede indført i en række andre lande i Europa og USA (1), men er altså en ny mulighed i Danmark, hvor DCD-forløbet bliver indført på de fire største hospitaler i Danmark (1) Formålet er at øge udbuddet af organer til transplantation. Ved udgangen af 2023 stod der 442 patienter på venteliste til et organ og der døde 28 patienter imens de var på ventelisten (2).

FØR NY LOVGIVNING	EFTER NY LOVGIVNING 2023
Kun muligt at donere organer hvis man opfylder alle krav til hjernedøds-kriterierne. Hjernedød er et uopretteligt ophør af hjernens funktioner, hvor det ikke er muligt at behandle skaden, så personen kan derfor ikke vende tilbage til livet (1).	Muligt at donere organer hvis døden konstateres efter uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed, som kaldes cirkulatorisk død og efter hjernedøds-kriterierne.

Indførelsen af DCD-forløbet betyder nye arbejdsgange for sygeplejersker på danske intensivafdelinger og udfordringer som endnu ikke er undersøgt. Det kan handle om at opfylde patientens og de pårørendes ønsker om en god afsked, samtidig med at sikre organdonationen. Samt etiske udfordringer ved indførelsen af DCD i Danmark.

I den forbindelse undersøgte vi danske intensivsygeplejerskers forventninger og overvejelser til at yde sygepleje i et DCD-forløb. Denne viden er vigtig i forbindelse med indførelse af DCD i Danmark.

Undersøgelsen bidrager med indsigt i sygeplejerskernes perspektiv, som kan være et relevant bidrag til udviklingen af patientforløbet ved DCD. Dette har ledt til undersøgelsesspørgsmålet: Hvilke forventninger og overvejelser har sygeplejersker i relation til at pleje og yde omsorg for patienter og pårørende under DCD-forløbet på intensiv afdeling?

Metode

Sygeplejerskers forventninger og overvejelser i relation til at pleje og yde omsorg for patienter og pårørende i DCD-forløb på en intensivafdeling blev undersøgt i et kvalitativt studie (3) ud fra en hermeneutisk-fænomenologisk videnskabelig tilgang, med afsæt i Paul Ricoeurs filosofi om forståelse og fortolkning. (4). Semistruktureret interviews med intensivsygeplejersker gav viden om deres forventninger og overvejelser, hvor formålet var at få et indefra-perspektiv på det undersøgte fænomen (5).

Deltagere

Deltagerne var fire sygeplejersker fra to intensivafdelinger på et universitetshospital, forud for, at DCD blev indført i Danmark. Sygeplejerskerne var på forhånd blevet præsenteret for DCD-forløbet på afdelingerne.

Interviews

Gennem individuelle semi-strukturerede interviews blev der genereret viden om de overvejelser og holdninger sygeplejersker har til at yde sygepleje i et DCD-forløb. En interviewguide blev udviklet for at sikre struktur, samt fastholdt fokus på DCD-forløbet. Interviewene foregik i et uforstyrret samtalerum på afdelingerne.

Dataanalyse

Til analysen anvendte vi Ricoeurs dialektiske fortolkningsproces på tre niveauer: naiv læsning, strukturanalyse og kritisk analyse og diskussion (4). Interviewene blev transskriberet til tekst og dermed distanceret fra interviewerens, hvorved Ricoeur taler om at teksten bliver "objektiv" og dermed åben for fortolkning.

Denne adskillelse mellem mening og hensigt skaber en ny situation, som fremkalder dialektikken mellem forståelse og forklaring (7). Udgangspunktet i en fænomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme inspireret af Riceour var relevant for undersøgelsen, da fokus var på, hvordan sygeplejerskerne beskriver sagen samt, hvordan den forstås og fortolkes.

Etiske overvejelser

Igennem hele undersøgelsen er der gjort etiske overvejelser. Forud for hvert interview er der taget hensyn til persondataloven (8), informeret om undersøgelsen og indhentet både mundtligt og skriftligt samtykke (5), samt informeret om retten til at trække deres samtykke tilbage (9).

Interviewguiden blev inden interviewet sendt til sygeplejerskerne, fordi DCD endnu ikke var påbegyndt i Danmark, så de kunne have brug for at gennemtænke forløbet og deres overvejelser herom. Interviewene blev optaget som lydfil, transskriberet og herefter slettet, så det ikke var muligt at identificere enkeltpersoner i undersøgelsen (5).

Fund

Der er foretaget en naiv læsning af det transskriberede datamateriale, hvorefter strukturanalysen ledte frem til fire temaer, som kort bliver præsenteret i dette afsnit.

OVERSIGT OVER DE FIRE TEMAER

En udfordret balance mellem omsorg og organisatorisk ramme

En vedvarende støtte og information til pårørende

En fastlagt timing af meningsfuld død

En begribelig død forud for organdonation

En udfordret balance mellem omsorg og organisatorisk ramme

Sygeplejerskerne havde overvejelser omkring, hvordan de kan blive udfordret i at balancere omsorgen for patient og pårørende i afskedsforløbet, når DCD-forløbet samtidig er indlejret i en organisatorisk ramme med stringent koordinering. Sygeplejerskerne udtrykte bekymring for, hvordan de kan balancere både hensynet til omsorgen for patienten og de pårørende, og samtidig agere i den organisatoriske ramme, som skal sikre bedst mulige betingelser for den efterfølgende donation af organer.

En vedvarende støtte og information til pårørende

Sygeplejerskerne forventer, at det er vigtig med vedvarende støtte og information til de pårørende i DCD-forløbet, fordi forløbet indeholder mange tidsstyrede skift, hvor de pårørende ikke ved hvad der skal ske. Der kan også være behov for at støtte de pårørende, når døden er konstateret, og den afdøde hurtigt derefter køres på operationsgangen. Det kan være en udfordring at vurdere de pårørendes behov for information gennem forløbet, da de kan være i krise, og det er vigtigt at de pårørende får information om, hvorfor deres behov og ønsker for hvordan de fx vil tage afsked med patienten, ikke nødvendigvis kan opfyldes i DCD-forløbet.

En fastlagt timing af en meningsfuld død

DCD-forløbet kan skabe et meningsfuldt forløb for de pårørende, fordi den uafvendelig døende patient får mulighed for at blive organdonor, så organerne kan hjælpe andre patienter. For at DCD-forløbet kan gennemføres må patientens død "times" inden for en snæver tidsramme på tre timer. Dette udfordres, hvis patienten dør inden, og må genoplives for at sikre organerne. Derudover udfordres "timing" af døden, hvis patienten dør efter de tre timer, og organdonation ikke længere vil være en mulighed.

Dermed kan døden opleves som formålsløs for de pårørende, fordi den meningsfulde organdonation ikke længere er mulig.

En begribelig død forud for organdonation

Sygeplejerskerne havde overvejelser omkring, at organdonation i DCD-forløbet kan opleves mere begribeligt end organdonation efter hjernedøds-kriteriet. Dette begrundes i, at både sygeplejerskerne og de pårørende vil være vidne til at patienten udånder og hjertet stopper med at slå. På den måde vil der være et tydeligt skæringspunkt mellem liv og død, hvor organdonationen bliver lettere at acceptere og dermed kan det blive nemmere at yde omsorg og støtte til de pårørende.

Diskussion af fund

Diskussionen af undersøgelses fund tager udgangspunkt i forskningsartikler fra Frankrig og Australien, Merry Scheels teori om interaktionel (10) sygepleje samt Jacob Birklers udlægning af pligtetikken og konsekvensetikken (11,12) for at diskutere sygeplejen i DCD-forløbet samt de etiske problemstillinger som kan opstå.

Sygepleje i DCD-forløbet mellem system- og livsverden

Vores undersøgelse viser at sygeplejerskerne har relevante overvejelser omkring udfordringerne med at balancere omsorgen for patient og pårørende, når DCD-forløbet er indlejret i en organisatorisk ramme med en stram koordinering, som også kan, få indflydelse på den pallierende pleje og behandling. De samme resultater viser Le Dorze et al (13) i deres studie af sygeplejen under et DCD-forløb. De finder, at det er udfordrende for de sundhedsprofessionelle at yde omsorg og støtte for patienten og de pårørende, samtidig med at koordinere DCD-forløbet. Den stramme tidsramme har også indflydelse på den pallierende pleje til patienten (13). Yderligere viser et studie af Milross et al. (14) at de sundhedsprofessionelle i DCD-forløbet, var bekymrede for at administrere smertestillende medicin.

Det skyldes en frygt for at fremskynde en for tidlig død, når de udøvede pallierende pleje. (14).

Den udfordrede balance mellem omsorg og den organisatoriske ramme, som sygeplejerskerne i vores undersøgelse gav udtryk for, kan forstås og diskuteres med Scheels udlægning af Habermas' teori om systemverdenen og livsverdenen (10). Systemverdenen har fokus på styringsmekanismer og regler, hvilket kan relateres til den organisatoriske ramme med den stramme tidsstyring i DCD-forløbet.

Modsat kan sygeplejerskernes fokus på at yde støtte og omsorg for patienten og de pårørende i DCD-forløbet, relateres til livsverdenen. Dette begrundes i, at livsverdenen ifølge Scheel, omhandler den verden som mennesket lever i, og hvor handling har udgangspunkt i en gensidig forståelse (10). På den måde kan der argumenteres for, at DCD-forløbet udspiller sig i et krydsfelt mellem system- og livsverden, hvor sygeplejerskerne på den ene side skal navigere i den organisatoriske ramme i DCD-forløbet, og på den anden side yde støtte og omsorg for patienten og de pårørende.

For at forstå sygeplejerskernes handlinger i dette krydsfelt, inddrages Scheels tre handlemåder som danner grundlaget for en holistisk sygepleje (10). Den **kognitive-instrumentelle handlemåde** kan relateres til sygeplejerskernes opgaver og funktioner i koordineringen og organiseringen af DCD-forløbet. Samtidig viser den **æstetisk-ekspressive handlemåde** sygeplejerskens evne til at yde omsorg og støtte til patienten og de pårørende i forløbet, hvor der er fokus på hvad der er betydningsfuldt for patienten og de pårørende.

Endelig er der den **moralsk-praktiske handlemåde**, som kommer til udtryk ved, at sygeplejerskerne i vores undersøgelsen har et ønske om at kunne balancere støtte og omsorg til patienten og de pårørende samtidig med at deltage i koordinering af forløbet.

Dermed kan der være en risiko for, at handlinger relateret til den kognitive-instrumentelle handlemåde kan dominere over den æstetisk-ekspressive handlemåde i plejen af DCD-patienter, hvilket udfordrer den moralsk-praktiske handlemåde. Det betyder, at sygeplejerskens fokus ofte lægges på koordineringen frem for omsorgen i DCD-forløbet. Sygeplejerskerne havde også overvejelser omkring at kontinuiteten i DCD-forløbet kunne blive udfordret, hvis patienten skulle overflyttes til en anden intensivafdeling tættere på operationsgangen. De var bekymrede for, at det kan blive sårbart for de pårørende at skulle være i dette skift, samt at overflytningen kan udfordre det sammenhængende forløb og trygheden i forløbet.

Studiet af Milross et al (14) viser at overflytning til et andet hospital både er stressende og forstyrrende i forløbet for pårørende. Organiseringen med at skifte afdeling kan ses ud fra Scheels beskrivelse af system- og livsverdenen (10), hvor afdelingsskiftet kan knyttes til systemverdenen, hvor koordinering og optimering af organdonationsforløbet bliver det styrende. Dermed udfordres forhold relateret til livsverdenen, som sammenhængen i forløbet og trygheden i at være et kendt sted.

På den måde er det endnu et eksempel på, hvordan balancen mellem livsverden og systemverden forskydes til fordel for systemverdens tænkning.

Et tydeligt skæringspunkt mellem liv og død

Sygeplejerskerne i vores undersøgelse havde overvejelser omkring vigtigheden af kontinuerlig støtte og information til de pårørende i DCD-forløbet. Det blev fremhævet, hvordan det kan være vanskeligt for de pårørende at vide, hvad der skal ske, grundet de mange tidsstyrede skift.

Derudover så sygeplejerskerne også en udfordring i, at skulle vurdere de pårørendes behov for information gennem forløbet, samtidig med at de måske er i krise.

Resultaterne fra vores studie, kan også ses i studie af Milross et al. (14). Studiet beskriver, hvordan de sundhedsprofessionelle oplever at det stressede de pårørende at mangle information om DCD-forløbet de skift det indebar. På den anden side bliver det fremhævet, at det er drænende for både de pårørende og sygeplejerskerne, hvis information igennem hele forløbet bliver for meget, fordi de pårørende er i krise og hurtigt kan glemme de informationer de har fået (14).

Sammenlignes resultaterne fra studiet af Milross et al. (14). med undersøgelses fund, havde sygeplejerskerne overvejelser omkring, at det kunne blive udfordrende at vurdere de pårørendes behov for information igennem forløbet.

En anden overvejelse sygeplejerskerne havde, var om tidsperspektivet ville påvirke de pårørendes ønsker og behov. Sygeplejerskerne lagde vægt på, at det var betydningsfuldt for dem at kunne støtte de pårørende og patienten i at få indfriet deres ønsker og behov for en specifik afsked, bedst muligt. Muligheden for at kunne opfylde de pårørendes ønsker og behov for afsked med patienten, kan ifølge sygeplejerskerne i vores undersøgelse blive problematisk, grundet den organisatoriske ramme og tidsperspektivet.

Dog viser resultaterne i studiet af Le Dorze et al., det modsatte (13). Her uddyber de sundhedsprofessionelle, at tidsperspektivet ikke ses som en udfordring, men rummer tiden til at imødekomme de pårørendes ønsker og behov for en specifik afsked (13).

Sygeplejerskerne fandt cirkulatorisk død mere begribelig for både dem selv og de pårørende frem for hjernedødkriteriet, fordi patienten ved cirkulatorisk død ånder ud og hjerte stopper med at slå. Dette er i kontrast til studiet af Le Dorze et al. (13), fordi patienterne stadig er i respirator når de køres ind på operationsgangen.

Her er skæringspunktet mellem liv og død ikke tydeligt for de pårørende, da de ikke ser patienten ånde ud (13). I modsætning til dette forventes det, at behandlingen i Danmark stoppes inde på patientstuen, hvor pårørende får mulighed for at være hos patienten til sidste udånding. Når det fremhæves at cirkulatorisk død kan ses som en mere begribelig død forud for donation, kan det relateres til Dead Donor Rule (DDR) som fastslår, at organdonoren skal være død inden udtagelse af organer, og at organdonationen ikke må forårsage døden af organdonoren (15).

Ifølge Etisk råd skal DDR beskytte patienten mod for tidlig organdonation, samt sikre den enkeltes kropslige integritet (16). I et DCD-forløb, hvor patienten udånder og døden konstateres på stuen, vil der derfor både for sygeplejerskerne og de pårørende være vished om, at patienten er død forud for organdonation.

DEAD DONOR RULE (DDR)

Betyder at en donor skal være død før end vitale organer udtages, samt at donors død ikke skal være forårsaget af udtagelsen af organerne (15).

I vores undersøgelse fremhævede sygeplejerskerne at de forventede udfordringer ved den stramme tidsstyring af forløbet. En del af den tidsstyring er "No touch" perioden, som er fastsat på fem minutter, hvor der observeres for genstart af liv. "No touch" perioden er netop for at sikre DDR (16).

I et studie af Dhanani et al. (17) er der undersøgt varigheden af pulsløshed, som kræves før organdonation efter cirkulatorisk død i Canada. Her understøtter studiet tidsintervallet på fem minutter, som flertallet af de internationale protokoller har konsensus om. Det længst observerede forløb uden puls, som resulterede i fornyet kredsløbsaktivitet, var fire minutter og 20 sekunder (17). På den ene side sikrer "No touch" perioden således at patienten er død.

På den anden side får de pårørende kun de fem minutter efter dødens konstatering til endelig afsked, selvom de måske har behov for længere tid.

Etiske overvejelser i et DCD-forløb

Sygeplejerskernes overvejelser omkring, at "time" døden indenfor de tre timer, så organdonation kan gennemføres, er på den ene side vigtigt for at imødekomme pårørendes og patientens ønske om organdonation. På den anden side kan det måske blive udfordrende at støtte de pårørende, hvis patientens død ikke indtræffer indenfor de tre timer, så organdonation ikke lykkes.

Det står i modsætning til studiet af Le Dorze et al. (13), hvor de sundhedsprofessionelle følte en form for etisk lettelse, hvis patienten ikke nåede at dø inden for de tre timer, fordi de dermed kunne få lov til at palliere patienten som de plejede (13). Modsat viser Milross et al. (14) netop, at de sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at dårlige oplevelser i DCD-forløbet er knyttet til at skulle skuffe de pårørende, når patienten ikke dør indenfor de tre timer, så de dermed ikke kan opfylde kravene til at blive organdonor (14).

Problematikken opstår, hvis de pårørende vælger at patientens organer skal doneres, for at skabe meningsfuldhed i en meningsløs situation, hvor patienten er uafvendeligt døende. Men hvis døden herefter ikke indtræffer indenfor tre timer, kan organdonationen ikke gennemføres, og det kan medføre ærgrelse og fortvivlelse hos de pårørende. Fokus på at skulle "time" døden indenfor de tre timer, og samtidig have et ønske om at skabe det bedste afskedsforløb ud fra patientens og de pårørendes behov, kan diskuteres ud fra Scheels beskrivelse af den interaktionelle sygeplejes to niveauer (10). På det universalistiske niveau, er der fokus på prioritering og fordeling af ressourcer i samfundet.

Det viser sig ved, at sygeplejerskerne i DCD-forløb kan risikere at befinde sig i et spændingsfelt mellem, på den ene side at gavne samfundet og på den anden side prioritere, hvad der er vigtigt i den konkrete situation. Dette kan relateres til at patienten, som er uafvendeligt døende og som derfor gennem donation af organer, kan medvirke til at skabe værdi i samfundet. Kontinuiteten og nærheden i afskedsituationen kan relateres til det situationsorienterede praksisniveau, som har fokus på den unikke patientsituation, og hvad der er betydningsfuldt for patient og pårørende.

Sygeplejerskerne fremhævede at "timing" af døden kunne være meningsfuldt for de pårørende, fordi patienten og de pårørende havde et ønske om at organdonation skulle lykkes. Her havde sygeplejerskerne forskellige holdninger til, om det var acceptabelt af genoplive patienten forud for de tre timer i den palliative fase. Disse forskelle kan forstås ud fra Birklers udlægning om pligt- og konsekvensetik (11). Her vil genoplivning af en uafvendeligt døende patient, ud fra et pligtetisk perspektiv være uetisk, fordi mennesket er unikt, og hvis den uafvendelige døende patient dør inden den palliative fase i DCD-forløbet kan det anses som værende en endegyldig død.

Et andet perspektiv på genoplivningen forud for den palliative fase er ud fra en konsekvens-etisk forståelse. Konsekvensetikken indebærer, at en handling skal kunne give den største lykke for flest mulige mennesker (11).

Ud fra dette perspektiv kan der argumenteres for, at det vil være acceptabelt at genoplive en uafvendeligt døende patient med henblik på at "time" døden på det rigtige tidspunkt, så organdonation bliver mulig. Argumentet er her, at da patienten er uafvendeligt døende, ville vedkommende ikke selv få gavn af sine egne organer, men disse organer ville kunne komme andre syge personer til gavn.

Det er dog i uoverensstemmelse med overlæge og tidligere formand for etisk råd Ole Hartlings beskrivelse af den ottende dødssynd, som omhandler at man ikke må tingsliggøre mennesket. Han pointerer, at der er en risiko for, at mennesket ikke betragtes som en jævnbyrdig skabning, men som et middel. (18). Det kan på den måde være en svær situation for sygeplejersken og vanskelig at finde ud af, hvad der er det rigtige i den givne situation.

Konklusion

Det kan konkluderes, at sygepleje i et DCD-forløb befinder sig i et krydsfelt mellem system- og livsverden, hvor balancen mellem livsverden og systemverden forskydes til fordel for systemverdens tænkning. I det krydsfelt har sygeplejerskerne overvejelser og forventninger til, hvordan de kan blive udfordret i at balancere omsorgen for patient og pårørende i afskedsforløbet, fordi DCD-forløbet sideløbende er indlejret i en organisatorisk ramme med stringent koordinering.

Derudover havde sygeplejerskerne overvejelser omkring vigtigheden af vedvarende støtte og information til de pårørende i DCD-forløbet, da forløbet vil indeholde mange tidsstyrede skift, hvor det kan være vanskeligt for de pårørende at vide hvad der skal ske. Sygeplejerskerne havde overvejelser omkring, at organdonationsforløb for uafvendeligt døende, kan blive meningsfuld for de pårørende, men samtidig udfordres det af at patientens død skal "times" inden for en snæver tidsramme på tre timer.

Det medfører, at der i DCD-forløbet kan være modsatrettede etiske perspektiver i spil, hvis patienten ikke dør indenfor de tre timer, men at organdonation i DCD-forløbet kan opleves mere begribeligt end organdonation efter hjernedødkriteriet på baggrund af et tydeligt skæringspunkt mellem liv og død, når patienten udånder og hjertet stopper med at slå.

Implikationer for klinisk praksis

Fundende fra undersøgelsen kan være med til at forberede sygeplejerskerne på de udfordringer der kan opstå i et DCD-forløb. Ved at fokusere på betydning for monofagligheden kan sygeplejersker hjælpe hinanden med at reflektere over de mulige udfordringer, som DCD kan medføre. Det teoretiske perspektiv kan give en bedre forståelse for de udfordringer der kan opstå. Det er vigtigt at overveje diskussioner og undervisning relateret til de etiske spørgsmål der kan blive i et DCD-forløb for at styrke moralsk handlekompetence i praksis.

Undersøgelsen lægger op til flere nye problemstillinger, som det kan være relevant at undersøge. Det kan være relevant at undersøge om pårørende i et DCD-forløb vil opleve de samme udfordringer som sygeplejerskerne i undersøgelsen giver udtryk for, at de pårørende kan have efter at DCD er implementeret i Danmark.

På et samfundsmæssigt plan vil det være interessant at undersøge, om indførslen af DCD vil give de forventede flere organer til transplantation. Det ville være relevant, da der står mange personer på venteliste til et nyt organ i Danmark, som potentiel vil få gavn af, at der er flere organer til rådighed. På den måde kan indførslen af DCD medføre bedre overlevelse hos personer med organsvigt. Det vil i den sammenhæng være relevant at undersøge, om der også ses en økonomisk fordel ved at indføre DCD i Danmark, da langtidsudgifter til fx dialyse kan minimeres.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Nationale anbefalinger for donation efter cirkulatorisk død (DCD). 1st ed. 2023.
2. Dansk Center for Organdonation. Venteliste til en organ-transplantation [Internet]. [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://organdonor.dk/organdonation-i-tal/ventelister/>
3. Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: En introduktion. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitative metoder: en grundbog. 2nd ed. Kbh: Hans Reitzel; 2015; p. 13–28.
4. Simonÿ C, Dreyer P. Paul Ricoeurs hermenutiske fænomenologi. In: Heimann Hansen B, editor. Fænomenologi og hermeneutik: anvendelse og argumentation i sygeplejen. 1st ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2019; p. 171–87.
5. Nielsen DA, Hjørnholm TQ, Jørgensen PS. Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: håndbog i opgaveskrivning og metode. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2019.
6. Glasdam S. Semistrukturerede interviews af enkeltpersoner. In: Glasdam S, Beedholm K, Dansk Sygeplejeråd, editors. Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder. 2nd ed. Kbh: Nyt Nordisk Forlag; 2015; p. 99–117.
7. Pedersen BD. Fortælling som empirisk materiale. In: Glasdam S, Beedholm K, editors. Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder. 2nd ed. Kbh: Nyt Nordisk Forlag; 2018.
8. Lov om behandling af personoplysninger. LOV nr 429 af 31/05/2000.
9. Kvale S, Brinkmann S. Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3rd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2015.
10. Scheel ME. Interaktionel sygeplejepsikologi. 3rd ed. Kbh: Munksgaard Danmark; 2009.
11. Birkler J. Etik i sundhedsvæsenet. Kbh: Munksgaard Danmark; 2006.
12. Birkler J. Etik: en grundbog. 1. udgave. Kbh.: Munksgaard; 2019.
13. Le Dorze M, Martouzet S, Cassiani-Ingoni E, Roussin F, Mebazaa A, Morin L, et al. "A Delicate balance"—Perceptions and Experiences of ICU Physicians and Nurses Regarding Controlled Donation After Circulatory Death. A Qualitative Study. *Transpl Int.* 2022; 35:10648. [10.3389/ti.2022.10648](https://doi.org/10.3389/ti.2022.10648)
14. Milross L, O'Donnell T, Bucknall T, Pilcher D, Poole A, Reddi B, et al. Perceptions held by healthcare professionals concerning organ donation after circulatory death in an Australian intensive care unit without a local thoracic transplant service: A descriptive exploratory study. *Australian Critical Care.* New York, New York: Elsevier B.V.; 2022; 430–7. [10.1016/j.aucc.2021.06.013](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.013)
15. Nielsen Busch EJ, Mjaaland MT. Does Controlled Donation after Circulatory Death Violate the Dead Donor Rule? *The American Journal of Bioethics.* Taylor & Francis; 2023; 23(2):4–11.
16. Det Ethiske Råd. Organdonation efter cirkulatorisk død (DCD) - Det Ethiske Råds høringsvar. 2022.
17. Dhanani S, Hornby L, Beinum A van, Scales NB, Hogue M, Baker A, et al. Resumption of Cardiac Activity after Withdrawal of Life-Sustaining Measures. *New England Journal of Medicine.* Massachusetts Medical Society; 2021; 384(4):345–52. [10.1056/NEJMoa2022713](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2022713)
18. Hartling OJ. Den 8. dødssynd. Frederiksberg: Eksistensen; 2020.