

# **ORGAN- OCH VÄVNADSDONATION FRÅN AVLIDNA- RIKTLINJER FÖR HANDLÄGGNING I NORRA REGIONEN**

*Ansvariga författare* Cecilia Reinikainen Diamant, Anders Rydvall  
*Fastställt av* Styrgruppen för donation i norra regionen 2013-03-20

ORGAN- OCH VÄVNADSDONATION FRÅN AVLIDNA- RIKTLINJER FÖR HANDLÄGGNING I NORRA REGIONEN .....	3
<b>Bakgrund</b> .....	<b>3</b>
Donation är en del av vården.....	3
<b>Syfte</b> .....	<b>3</b>
<b>Organdonation</b> .....	<b>3</b>
Råd och stöd .....	4
Vårdens inriktning.....	4
Vilka patienter kan bli aktuella?.....	4
Utveckling av total hjärninfarkt .....	4
Att möjliggöra organdonation .....	5
Medicinskt omhändertagande av potentiell eller reell organ donator .....	5
Diagnostik av total hjärninfarkt och information till närstående .....	6
Donatorkarakterisering .....	8
Ja till donation .....	8
Nej till donation.....	9
Övrigt att tänka på .....	9
Uppföljning .....	9
<b>Vävnadsdonation</b> .....	<b>9</b>
<b>Dokumentation och spårbarhet vid donation</b> .....	<b>10</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>11</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>12</b>
Kontaktuppgifter .....	12

# ORGAN- OCH VÄVNADSDONATION FRÅN AVLIDNA- RIKTLINJER FÖR HANDLÄGGNING I NORRA REGIONEN

## **Bakgrund**

Varje år avlider ca 90 000 personer i Sverige. Ca 200 av dessa kan komma ifråga för organdonation. **Organdonation** kan ske vid dödsfall på en intensivvårdsavdelning under pågående respiratorbehandling. Ca 600 personer väntar på att få ett nytt organ. Varje år genomförs omkring 600 organtransplantationer. **Vävnadsdonation** kan ske efter död på vårdavdelning eller i hemmet (krävs inte respiratorbehandling eller intensivvård). Donerade hjärtklaffar (homograft) från avlidna, används i särskilda situationer, t.ex. till barn med komplicerade medfödda hjärtfel. I Sverige utförs årligen omkring 100 hjärtklaffstransplantationer. Det finns flera olika sjukdomar och tillstånd som drabbar hornhinnan i ögat. Omkring 600 patienter per år i Sverige har behov av åtgärder i form av ett hornhinnetransplantat för att avhjälpa den synnedsättning eller blindhet som dessa innebär. Inom Norrlands universitetssjukhus upptagningsområde finns ett behov av omkring 50 hornhinnetransplantat årligen. Det är även möjligt att omhänderta hud och benvävnad från avlidna donatorer.

## **Donation är en del av vården**

Det är vår skyldighet att möjliggöra donation i de situationer då patienter avlider. Många människor, ca 80 procent av vuxna svenskar, har en önskan om att donera sina organ om de dör på ett sådant sätt att detta blir möjligt. Enligt opinionundersökningar har 58 % av Sveriges befolkning tagit ställning till organdonation och av dessa är nio av tio positivt inställda. Trots detta känner bara fyra av tio till sina närståendes vilja. Det är därför viktigt att all berörd personal i sjukvården har kunskap om processen runt såväl organ- som vävnadsdonation, diagnostik av total hjärninfarkt samt hur man utreder samtycke till donation.

Handläggning av donation och tillvaratagande av vävnader och organ från avlidna donatorer sker enligt SOSFS 2009:30 *Donation och tillvaratagande av organ, vävnader och celler* samt SOSFS 2012:14 *Hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation*.

## **Syfte**

Syftet med detta dokument är att skapa samsyn och tydliggöra rutiner kring donation av organ och vävnader från avlidna i norra regionen.

## **Organdonation**

Följande utgör ett stöd vid omhändertagandet av patient och närstående i samband med utveckling av eller konstaterad total hjärninfarkt och riktar sig till personal på intensivvårdsavdelningar samt behandlande kliniker på sjukhusen i norra regionen. Här beskrivs förloppet vid och diagnostiken av total hjärninfarkt, den medicinska vården av en potentiell eller reell donator, omhändertagandet av närstående samt förslag på hur samtalet med dessa kan utformas.

Varje situation är unik. De närstående befinner sig i olika stadier av sorg, chock och förtvivlan. Detta dokument ska ses som ett förslag eller hjälp till handlande i en situation som är komplicerad såväl medicinskt som psykologiskt för involverad personal.

## Råd och stöd

Organdonation är på de flesta sjukhus en sällanhändelse. Det är svårt att skapa sig och upprätthålla erfarenhet av organdonationssituationer. Enligt SOSFS 2012:14, Hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation, skall vårdgivaren säkerställa att minst en läkare finns tillgänglig dygnet runt för att ge vägledning inför medicinska bedömningar som görs av övrig personal. Det finns alltid möjlighet att under kontorstid kontakta Donationsansvariga på Nus för att få råd och stöd i situationer där organdonation kan komma att aktualiseras. Under jourtid kan man även kontakta IVA-jouren/bakjouren på Norrlands universitetssjukhus.

## Vårdens inriktning

När vi trots maximal intensivvård av patient med svår hjärnskada förstår att livet inte går att rädda, **skall möjligheten till organdonation hållas aktuell**. Om patienten konstateras avliden i total hjärninfarkt **skall** frågan om organdonation tas upp med de närstående. **Kontakt med donationsansvarig läkare och sjuksköterska samt transplantationskoordinator skall alltid tas**. Detta oavsett patientens ålder och/eller komplicerade sjukdomar. Den avlidnes lämplighet som donator ska bedömas av transplantationsenheten. Intensivvården mål skall vara ett respektfullt omhändertagande av den döende patienten och ska präglas av omsorg av de närstående.

## Vilka patienter kan bli aktuella?

Patienter som drabbas av cerebrala katastrofer och som respiratorbehandlas kan indelas i tre grupper:

- 1) Medicinska: t.ex. hjärninfarkt, intracerebrala hematomb, subarachnoidalblödning.
- 2) Kirurgiska: traumatisk skallskada med t.ex. subduralhematom, epiduralhematom, kontusioner.
- 3) Övriga: t.ex. intoxicationer, hypoxisk hjärnskada, meningit.

## Utveckling av total hjärninfarkt

Under intensivvård av en patient med en svår hjärnskada utvecklas ibland, trots optimalt medicinskt omhändertagande, en total hjärninfarkt. Detta misstänks på grundval av diagnos, den kliniska bilden med autonom dysfunktion, polyuri, hypotermi, ljusstela ofta dilaterade pupiller, samt i de fall en intrakraniell tryckmätare finns, ett högt intrakraniellt tryck (ICP) samt ett lågt cerebralt perfusionsstryck (CPP).

I slutstadiet av en inklämning ses ofta en hemodynamisk instabilitet och polyuri (insipidus). Fysiologiskt sker det som kan benämnas autonom storm, med kraftig sympatikusstimulering där hjärtat piskas på av katekolaminer i ett försök att få in blod intrakraniellt, som dock förhindras av det förhöjda intrakraniella trycket. Symtomen blir kraftigt förhöjt blodtryck, vanligen instabil hjärtfrekvens där bradykardi kan dominera. Ibland utvecklas i detta skede ett neurogent lungödem. Då inklämningen är ett faktum ses oftast ett kraftigt blodtrycksfall som orsakas av ett bortfall av ett fungerande sympatikustonus (jämför spinal chock). Detta kan förstärkas av tidigare dehydrering, t.ex. relaterat till stora urinmängder. De cirkulatoriska symtomen kan dämpas om sedativa läkemedel ännu pågår.

## Att möjliggöra organdonation

I syfte att konstatera dödsfall i total hjärninfarkt och därmed möjliggöra donation, startas i tidigt skede behandling för att optimera cirkulationen. Om ingen behandling sätts in kommer cirkulationen att svikta, organperfusionen försämras successivt och hjärtat kommer inte att orka med någon längre tid. Detta omöjliggör donation. Vanligen vet vi inte patientens inställning till organdonation i denna fas. I detta skeende är det inte tillåtet att gå in i donationsregistret för att kontrollera patientens vilja. Ibland tar närstående redan i detta läge upp frågan om organdonation. Vi kan då ge dem svaret att donation **kan** bli möjlig men först **efter** det att vi konstaterat död i total hjärninfarkt. Behandlingen för att upprätthålla organperfusionen skapar tid till att informera de närstående om hur undersökningar för att fastställa total hjärninfarkt kommer att gå till och vad det kan komma att innebära om det förhåller sig så som vi misstänker.

***Att inte agera för att möjliggöra donation genom optimering av cirkulation och respiration kan senare i förloppet visa sig strida mot den avlidnes egen uttalade positiva vilja till donation.***

När det finns starka misstankar om att patienten har avlidit i total hjärninfarkt och vi därmed planerar att bedriva diagnostik av total hjärninfarkt, ***kan vi med fördel kontakta transplantationskoordinatören för att informera dem om patienten.*** Denna första kontakt kan ge vägledning om det föreligger medicinska kontraindikationer eller andra hinder för donation.

## Medicinskt omhändertagande av potentiell eller reell organ donator

Det är av största vikt att på ett minutiöst sätt omhänderta de vitala funktionerna. Inför en eventuell donation är det av avgörande betydelse för transplantationsresultatet för mottagaren att donatorns cirkulation, ventilation, urinproduktion, temperatur och vätskebalans upprätthålls så optimalt som möjligt.

Efter autonom storm, inklemning och total hjärninfarkt har kroppen förlorat sina styrsystem för att upprätthålla normal fysiologi. Endast under begränsad tid kan intensivvårdsåtgärderna kompensera för detta. I ***Donationspärmerna*** som skall finnas på alla IVA och Op-avdelningar beskrivs de medicinska behandlingsrekommendationerna som intensivvården bör följa. Se även:

<http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Omraden/5/Verksamheter/Transplantationscentrum/Organdonation-Donationsparm/>

För att underlätta det administrativa arbetet kring diagnostik, fortsatt handläggning och donatorkarakterisering, kan med fördel korgar/mappar eller liknande finnas förberedda med material i form av provrör, remisser och blanketter.

I tabellen nedan beskrivs kortfattat patofysiologiska effekter och behandlingsstrategi vid förestående eller konstaterad total hjärninfarkt.

<b><i>Patofysiologiska effekter</i></b>	<b><i>Behandling</i></b> <b>Utgå från "Donationspärmen" anvisningar</b>
<b>Respiration:</b> andningscentrum utslaget, avsaknad av spontanandning	Respiratorbehandling. Sugning efter behov. Lägesändringar. Optimera med rekrytering vid behov. Undvik PEEP-nivåer över 10cmH <sub>2</sub> O. Tänk på att ventilationsbehovet minskas pga sänkt metabolism.
<b>Cirkulation:</b> avsaknad/bristande autonom styrning som kan leda till kraftig vasodilatation, hypotoni,	Uppvätskning sker med kristalloid (var restriktiv vid lungdonation). För understöd av cirkulationen väljs

hypovolemi.	vasoaktiva eller inotropa läkemedel enligt rekommendationerna i ”Donationspärmen”. Undvik <i>höga doser</i> av Noradrenalin, speciellt om Minirin givits. Volym; albumin, plasma, dextran och blod efter behov. Observera om högt S-Na och välj hypoton vätska.
<b>Ökad arytmirisk</b> , ofta sekundärt till elektrolytrubbningar i kombination med hypotension och hypotermi.	Korrigera tidigt för hypokalemi och ge volym samt inotropa/vasoaktiva läkemedel efter behov
<b>Hyperglykemi:</b> på grund av ökad perifer insulinresistens; ger en sämre funktionsstart i det transplanterade organet.	Normoglykemi med kontinuerlig Insulininfusion vid behov, enligt samma principer som för övriga IVA-patienter.
<b>Polyuri:</b> ADH-bortfall som leder till diabetes insipidus.	Definition: diures >4ml/kg/h samt stigande S-Na. Ge Minirin 0.5-2µg iv. Kan upprepas. Observera dock att halveringstiden är 11 timmar varför försiktighet skall iakttagas för att undvika oliguri – anuri pga överdosering
<b>Elektrolytrubbningar:</b> risk för hypokalemi pga polyuri samt ofta hypernatremi pga vattenförlust.	Korrigera hypokalemi med infusion av Kaliumklorid. Undvik vätska med högt Natriuminnehåll. Var offensiv med Minirin vid stora urinmängder.

Ansvarig läkare skall ta ställning till eventuella *åtgärder i händelse av hjärtstillestånd eller allvarlig arythmi* hos en patient med livshotande hjärnskada där total hjärninfarkt är förestående men diagnostik av denna ännu inte bedrivits. Det kan vara aktuellt med HLR-insats trots avliden patient då organuttag är nära förestående. Åtgärder skall vara klart uttalade och dokumenteras i journalen. Värddighet och rimlighet i insatserna skall diskuteras fortlöpande. Dialog med all berörd personal är av största vikt.

## Diagnostik av total hjärninfarkt och information till närstående

Diagnostik kan oftast bedrivas i lugn och ro på dagtid av van personal. För att konstatera total hjärninfarkt krävs två kliniskt neurologiska undersökningar med minst två timmars mellanrum. Undersökningarna skall utföras av läkare med specialistkompetens som är väl förtrogen med kliniskt neurologisk diagnostik, intensivvård samt läkemedelseffekter. I vissa fall kompletteras undersökningarna med en aortocervikal angiografi (se nedan).

- Informera de närstående om att vi misstänker att patienten drabbats av en total hjärninfarkt. Ge tydlig, enkel och ärlig information.
- Förklara att vi kommer att fortsätta att bedriva samma vård tills vi vet om patienten är avliden eller ej.
- Förklara dödsbegreppet, beskriv gärna med enkla, schematiska teckningar.
- Genomför det första kliniskt neurologiska statuset enligt Socialstyrelsens protokoll (SoSB 76000).
- Informera de närstående om resultatet av den första undersökningen.
- Genomför det andra kliniskt neurologiska statuset (tidigast två timmar efter det första).
- Fyll i Socialstyrelsens ”Protokoll för bestämmande av människans död med hjälp av direkta kriterier” fullständigt.

I vissa fall skall även angiografi användas för att konstatera total hjärninfarkt, dock skall angiografi *alltid* föregås av två kliniskt neurologiska status enligt föreskrifter från Socialstyrelsen. I följande situationer är två kliniskt neurologiska status inte tillräckligt och de skall kompletteras med konventionell angiografiundersökning med kateterteknik av hjärnans blodkärl:

- 1) Patientens hjärnfunktioner är *metaboliskt* eller *farmakologiskt*\* påverkade.
- 2) Patienten har en lägre central kroppstemperatur än 33°C, eller
- 3) Patienten har en misstänkt total hjärninfarkt av *oklar orsak*.

\*) Bedömningsfråga av ansvarig läkare utifrån patientens tillstånd, organfunktion, längd, vikt samt typ av läkemedel. (En intubationsdos med ex Midazolam, Pentotal eller Propofol flera timmar tidigare kan accepteras i de flesta fall.)

På flera av sjukhusen i regionen finns inte möjlighet att utföra konventionell angiografiundersökning med katetertechnik av hjärnans blodkärl. Om denna krävs för att dödförklara patienten och därmed möjliggöra donation, kan det vara aktuellt att transportera patienten till ett sjukhus där möjligheten finns (Nus, Sunderbyn, Östersund och Sundsvall). I dessa fall bör syftet med flytten klargöras för de närstående.

**Dödförklarande.** Om patienten uppvisar avsaknad av samtliga hjärnfunktioner dödförklaras patienten. Klockslag för dödsfallet är när det andra kliniskt neurologiska statuset är avslutat. Om angiografi utförs sammanfaller dödsfallet med tidpunkten för andra kärlundersökningens slutförande. Tidpunkt för dödsfallet anges då på remissvaret av den radiolog som utförde undersökningen.

**Dödsbevis skrives.** Vid dödsfall på grund av yttre eller oklara omständigheter, ex olycksfall, drunkning eller förgiftning, skall polismyndighet (vakthavande befäl hos Polisen) omgående kontaktas. Polisen ska i sin tur kontakta Rättsmedicin som i dessa fall har rätt att avgöra om donation kan bli aktuell eller inte. En rättsmedicinsk obduktion/undersökning behöver inte utesluta organdonation men kan göra det.

Före nästa samtal med närstående bör vi ånyo ta kontakt med transplantationskoordinatorn av två skäl. I första hand för att kontrollera om den avlidnes inställning till donation finns registrerad i Socialstyrelsens donationsregister, vilket nu är tillåtet eftersom patienten är avliden. I andra hand för att koordinatorn nu vidare med intensivvårdens hjälp kan kontrollera den avlidnes medicinska lämplighet som donator (donatorkaraktärisering).

**Notera att vi alltid bör kontakta koordinatorn oavsett den avlidnes ålder och medicinska tillstånd.**

- Ge närstående dödsbeskedet. Under detta samtal bör läkaren om möjligt ha stöd av en kollega med erfarenhet av handläggning av denna patientgrupp. Den patientansvariga sjuksköterskan skall alltid delta. Om det är möjligt skall även undersköterskan finnas med. Tydliggör att patienten är avliden i en total hjärninfarkt vilket är ett tillstånd som är oåterkalleligt. Förklara skillnaden gentemot coma/medvetslöshet. Ge de närstående tid att ta till sig informationen.
- Informera om att det i detta läge finns en möjlighet för den avlidne att donera sina organ och vävnader för transplantation. I de fall den avlidne finns i donationsregistret eller har ett donationskort, informerar vi om vad den avlidne uttryckt för vilja.
- Om den avlidnes vilja är okänd är det nu de närståendes uppgift att försöka *uttolka den avlidnes inställning*. Hjälpt de närstående genom att fråga hur *den avlidne* var som person och vad *den* skulle ha velat.
- Ge betänketid. Låt de närstående diskutera i lugn och ro. Bestäm den tid när ni skall träffas för att samtala igen. Om möjligt tag hjälp av Donationsansvarig läkare och/eller sjuksköterska.

- Om de närstående tolkat att donation är den avlidnes vilja bör de informeras om att det är ansvarig transplantationskirurg som slutgiltigt bestämmer om den avlidne är medicinskt lämplig som donator.

## Donatorkaraktärisering

För att bedöma den avlidnes medicinska lämplighet som donator görs en utredning (*donatorkaraktärisering*) i samråd med transplantationsenheten. Donatorkaraktäriseringen skall skapa en god grund för transplantationskirurgerna att kunna bedöma risker kontra nytta för mottagaren av de organ som doneras. Detta innebär att intensivvården kommer att behöva ställa kompletterande frågor till de närstående kring den avlidnes sjukdomshistoria samt riskbeteende för eventuell blodsmitta. Utredningen sker alltid i nära dialog med transplantationskoordinatören, som meddelar intensivvården önskemål om kompletterande anamnestiska uppgifter, eventuella undersökningar och provtagning. Se till att ha *skriftliga svar* på prover och undersökningar tillgängliga för vidarebefordran till koordinatören. Intensivvårdsläkaren ansvarar för att läsa igenom alla undersöknings/provtagningssvar.

## Ja till donation

Om beslutet blir att donation skall ske tas åter kontakt med transplantationskoordinatören. Med fördel kan både intensivvårdsläkaren och sjuksköterskan hålla kontakt med koordinatören. Intensivvårdsläkaren fyller i *"Journalhandling för donationsingrepp på avlidna"*. Ha på ett tidigt stadium *kommunikation med operationsavdelningen* så att de kan planera in donationsoperationen och vid behov ringa ut extra personal. Det behövs en förvarning på ca 4-6 timmar för att hinna tillverka is som används i samband med organuttaget.

Den fortsatta vården av den avlidne inriktas på att tillgodose att organen bibehåller sin funktion så optimalt som möjligt. Vården blir tekniskt inriktad men skall samtidigt präglas av respekt för den avlidne och fortsatt omsorg om de närstående. Se till att de närstående, trots eventuella kompletterande undersökningar, får vistas så mycket som möjligt hos den avlidne. Var lyhörd och fråga gärna efter speciella önskemål. Någon kanske vill ligga i sängen nära den döde? Erbjud kontakt med sjukhuskyrkan. *Tala inte till den avlidne för att markera att det nu faktiskt är en död kropp. Tala istället om för de närstående vad vi gör.*

På några sjukhus med IVA i regionen finns inte tillgång till operationsavdelning. En möjlig lösning är då att fastställande av död och donatorkaraktärisering sköts på hemsjukhuset och att man efter kontakt med sjukhus med operationsresurser därefter transporterar den avlidne för uttagsoperationen. Det är då av största vikt att man förklarar tillvägagångssättet för de närstående.

Uttagsoperationen utförs av Transplantationsenhetens kirurger. Donatorsjukhuset ansvarar för tillgång till en operationssal med operationssjuksköterska samt anestesiläkare och -sjuksköterska. Under operationen ges ingen generell anestesi, däremot kan anestesigas behöva användas för att kupera de blodtryckstoppar som kan uppstå relaterat till spinalt utlöst stimuli på smärta.

Förbered de närstående på att respiratören kommer att stängas av under donationsoperationen inne på operationsavdelningen och att det då inte är möjligt att vara med. Det är mycket viktigt att de närstående erbjuds och *uppmannas att se den avlidne efter uttagsoperationen* då kroppen är kall och stilla.

## Nej till donation

Om beslut fattats att organdonation inte är aktuell skall respiratorbehandlingen avbrytas. Transplantationskoordinatören meddelas snarast. Om närstående inte är närvarande men på väg inom *rimlig* tid kan dessa inväntas. I samband med avbrytandet av respiratorbehandlingen kan hypoxin ibland utlösa kraftfulla spinala reflexer vilket kan upplevas som obehagligt inte bara för de närstående utan även för personalen. *Därför kan med fördel muskelrelaxantia ges innan avstängning.*

## Övrigt att tänka på

Vården av en potentiell eller reell donator kräver stora resurser både i form av administrativt arbete, avancerad intensivvård samt omhändertagande av de närstående. Situationen är därför påfrestande för all involverad personal. Tag hand om varandra och skapa ett tillåtande arbetsklimat. Be om hjälp, ingen klarar att ro iland detta ensam, vare sig administrativt eller emotionellt.

## Uppföljning

Transplantationsenheten skickar ut ett brev efter några veckor där de talar om hur det gått med de transplanterade organen. Närstående till donatorn får inte själva direkt information om hur det gått med de transplanterade organen, men intensivvården kan via uppföljande samtal förmedla delar av avidentifierad informationen från brevet.

## Vävnadsdonation

Donation av vävnader från avlidna är möjlig vid dödsfall på sjukhus eller i hemmet. Inom 24 timmar efter dödsfallet skall blodprov för uteslutande av virusmitta tas. Vävnader kan tillvaratas upp till 48 timmar efter döden. Detta innebär att den avlidne kan ha vårdats såväl på IVA som på vårdavdelning. Vanligen görs uttagsingreppet på Obduktionsavdelningen/Bårhuset.

Donatorerna skall, liksom vid organdonation, utredas avseende medicinsk lämplighet samt samtycke till donation. För att detta skall vara möjligt krävs lokala rutiner på respektive sjukhus. Dessa upprättas i samråd med den vävnadsinrättning som rekviderat vävnader.

Den avlidne transporteras på sedvanligt sätt till bårhuset på sjukhuset. Utredaren identifierar lämpliga donatorer utifrån tidpunkt för dödsfallet. Därefter utförs sökning i donationsregistret av antingen vävnadsinrättning/vävnadsdonationsutredare/donationsansvariga på Nus. Fortsatt medicinsk utredning sker utifrån journalgranskning. I de fall som inga kontraindikationer påvisas kontaktas närstående för utredning av samtycke samt komplettering av den medicinska utredningen. En viktig del i utredningen är kontakten med de närstående till den avlidne. Dessa måste bemötas med respekt och skall ges god information om vad en vävnadsdonation innebär för att på så sätt ha möjlighet att tolka den avlidnes vilja i de fall denna inte är känd.

På de sjukhus där organisation för utredning och tillvaratagande saknas kan man vända sig till koordinatörer på vävnadsbankerna (se Donationspärmarna), alternativt till Donationsansvariga på Nus för att efterhöra om det är möjligt att få till stånd en vävnadsdonation.

## **Dokumentation och spårbarhet vid donation**

Det skall framgå i IVA-journalen vilka åtgärder som vidtagits för att optimera organfunktionerna hos den avlidne inför en donation. Detta sker genom att textjournal och IVA-övervakningsjournal (elektroniska eller på papper) fortsätter att föras på den avlidne. Även uppgifter som framkommer vid karaktäriseringen av donatorn skall dokumenteras i patientjournalen. I dokumentationen skall det framgå hur samtycket till donation inhämtats. Detta skrives i patientjournalen *samt* på ***”Journalhandling för donationsingrepp på avlidna”***.

Vid donation av organ och/eller vävnader är varje vårdgivare ansvarig för att det finns spårbarhet inom den egna verksamheten. Den för donatorn ansvarige läkaren på IVA skall dokumentera i journalen att donation har ägt rum. På operationsavdelningen vid organuttagsoperationen förs anestesikurva och operationsjournal som vanligt av anesthesi- och operationssjuksköterska.

Innan transplantationsteamet som utfört tillvaratagandet lämnar operationssalen skall ansvarig IVA/Anestesi läkare få uppgifter om vilka organ och vävnader som tillvaratagits och tillser sedan att detta dokumenteras i den avlidnes journal. Varje tillvarataget organ och vävnad erhåller en unik kod. Även mottagaren för organen erhåller en kod. Koderna meddelas i efterhand av transplantationskoordinatör till de donationsansvariga på donatorsjukhuset och skall registreras i den avlidnes journal för att säkra spårbarheten.

Vid vävnadsdonation som utförs efter organtillvaratagandet, förs en speciell donators- och tillvarataganderapport som arkiveras av den som förestår utredningen enligt de lokala rutinerna på sjukhuset. Vävnadsinrättningen meddelar Transplantationsenheten koder för de vävnader som tillvaratagits.

Vid upptäckt av smitta åligger det läkare att anmäla enligt smittskyddslagen. I förekommande fall sker rapportering till/från transplantationsenheterna/IVA/Vävnadsinrättningarna.

Vid all donation finns det ett krav i lagstiftningen på att uppgifter om donatorn skall sparas i 30 år.

## **Referenser**

Donationspärmen, Sahlgrenska;

<http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Omraden/5/Verksamheter/Transplantationscentrum/Organ-donation-Donationsparm/>

Grivans, Christina, Sahlgrenska, NIVA:s Donationsgrupp 2007-09-19: Riktlinjer för handläggning av misstänkt total hjärninfarkt

Information till allmänheten kring organ- och vävnadsdonation:

<http://www.livsviktigt.se/Sidor/default.aspx>

Landstinget Västmanland, Intensivvårdsavdelningen Västerås: Kvalitetssystem, Donation vid total hjärninfarkt. Medicinskt omhändertagande av en potentiell eller reell donator.

Kock-Redfors, 2002. Plötslig och oväntad död. Att ta hand om anhöriga i akut kris.

Socialstyrelsens föreskrifter; <http://www.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen; <http://www.socialstyrelsen.se/organ-ochvavnadsdonation>

## Bilaga 1

### Kontaktuppgifter

#### Regionalt Donationsansvariga 2012-05-30

Anders Rydvall, r-DAL, 090-785 00 00 [anders.rydvall@vll.se](mailto:anders.rydvall@vll.se)  
Cecilia Reinikainen Diamant, r-DAS, 090-785 80 31 [cecilia.diamant@vll.se](mailto:cecilia.diamant@vll.se)

#### Donationsansvariga i norra regionen 2012-05-30

##### Sjuksköterskor:

Lena Hillblom	Gällivare sjukhus	<a href="mailto:lena.hillblom@nll.se">lena.hillblom@nll.se</a>
Linda Fabricius	Gällivare sjukhus	<a href="mailto:linda.fabricius@nll.se">linda.fabricius@nll.se</a>
Ingela Sandqvist	Kalix Lasarett	<a href="mailto:ingela.sandqvist@nll.se">ingela.sandqvist@nll.se</a>
Petra Mella	Kiruna Lasarett	<a href="mailto:petra.mella@nll.se">petra.mella@nll.se</a>
Johanna Jonsson Cecilia Reinikainen- Diamant	Lycksele Lasarett Norrlands universitetssjukhus	<a href="mailto:johanna.u.jonsson@vll.se">johanna.u.jonsson@vll.se</a> <a href="mailto:Cecilia.Diamant@vll.se">Cecilia.Diamant@vll.se</a>
Monika Långström	Norrlands universitetssjukhus	<a href="mailto:monika.langstrom@vll.se">monika.langstrom@vll.se</a>
Kristina Lundqvist	Piteå Älvdals sjukhus	<a href="mailto:Christina.Lundqvist@nll.se">Christina.Lundqvist@nll.se</a>
Barbro Sundström	Piteå Älvdals sjukhus	<a href="mailto:barbro.k.sundstrom@nll.se">barbro.k.sundstrom@nll.se</a>
Josefina "Fina" Kling	Skellefteå Lasarett	<a href="mailto:fina.kling@vll.se">fina.kling@vll.se</a>
Maria Westermark	Skellefteå Lasarett	<a href="mailto:maria.westermark@vll.se">maria.westermark@vll.se</a>
Birgitta Bergström	Sollefteå sjukhus	<a href="mailto:birgitta.bergstrom@lvn.se">birgitta.bergstrom@lvn.se</a>
Sandra Jonsson	Sollefteå sjukhus	<a href="mailto:sandra.jonsson@lvn.se">sandra.jonsson@lvn.se</a>
Karin Tjäder Lindell	Sundsvalls Sjukhus	<a href="mailto:karin.tjader.lindell@lvn.se">karin.tjader.lindell@lvn.se</a>
Maria Segerström	Sunderbyns sjukhus	<a href="mailto:maria.segerstrom@nll.se">maria.segerstrom@nll.se</a>
Minna Keveri	Sunderbyns Sjukhus	<a href="mailto:minna.keveri@nll.se">minna.keveri@nll.se</a>
Mariell Renman	Örnsköldsviks Lasarett	<a href="mailto:mariell.renman@lvn.se">mariell.renman@lvn.se</a>
Annika Jonsson	Örnsköldsviks Lasarett	<a href="mailto:annika.jonsson@lvn.se">annika.jonsson@lvn.se</a>
Åsa Sännemark	Östersunds Lasarett	<a href="mailto:Asa.sannemark@jll.se">Asa.sannemark@jll.se</a>
Per-Olof Genberg	Östersunds Lasarett	<a href="mailto:per-olof.genberg@jll.se">per-olof.genberg@jll.se</a>

##### Läkare

Anders Rydvall	Norrlands universitetssjukhus	<a href="mailto:anders.rydvall@vll.se">anders.rydvall@vll.se</a>
Caroline Starlander	Östersund	<a href="mailto:caroline.starlander@jll.se">caroline.starlander@jll.se</a>
Katarina Lindgren	Piteå	<a href="mailto:katarina.lindgren@nll.se">katarina.lindgren@nll.se</a>
Anders Rutström	Sundsvall	<a href="mailto:anders.rutstrom@lvn.se">anders.rutstrom@lvn.se</a>
Katarina Lindgren	Sunderbyn	<a href="mailto:katarina.lindgren@nll.se">katarina.lindgren@nll.se</a>
Bastian Ulmer	Gällivare	<a href="mailto:bastian.ulmer@nll.se">bastian.ulmer@nll.se</a>
Jonas Rudenstam	Sollefteå	<a href="mailto:jonas.rudenstam@lvn.se">jonas.rudenstam@lvn.se</a>
Annika Nilsson	Örnsköldsviks lasarett	<a href="mailto:annika.nilsson@lvn.se">annika.nilsson@lvn.se</a>
Einar Lantz	Kalix	<a href="mailto:enar.lantz@nll.se">enar.lantz@nll.se</a>
Lars Larsson	Kiruna	
Gunnar Lindqvist	Skellefteå lasarett	<a href="mailto:gunnar.lindqvist@vll.se">gunnar.lindqvist@vll.se</a>
Lars Sköld	Lycksele	<a href="mailto:lars.skold@vll.se">lars.skold@vll.se</a>

**Donationsenheten Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg**

Tel: 031-343 57 76 alt. 031- 342 10 00 (växel)

begär personsökning av jourhavande transplantationskoordinator  
finns i beredskap hela dygnet

**Jourhavande rättsläkare i Umeå**

Dagtid telefon: 090 - 100 700

Jourtid telefonsvarare som hänvisar till jourhavande rättsläkare