



RIKTLINJER FÖR DONATION AV ORGAN OCH VÄVNADER ANTAGNA 081119 AV SFAI (SVENSK FÖRENING FÖR ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD)

INLEDNING

Organdonation är en del av intensivvården i Sverige. När en patient under pågående intensivvård utvecklar total hjärninfarkt är det intensivvårdens uppgift att möjliggöra organdonation.

En väl fungerande donationsverksamhet är grunden för all transplantationsverksamhet. SFAI:s uppdragsgrupp redovisar här de förutsättningar som finns eller bör skapas för att svensk intensivvård ska kunna ta ansvar för en optimalt fungerande verksamhet för organdonation.

INDIKATIONER FÖR INTENSIVVÅRD

Intensivvårdens uppgift är alltid att primärt behandla patienten för att rädda liv och funktion. Indikation för intensivvård föreligger vid hotande eller manifest svikt i en eller flera vitala organfunktioner och då patienten kan hjälpas genom intensivvård.

Akut svårt hjärnskadade patienter inom olika diagnosgrupper vårdas inom intensivvården. Vanligen krävs en tids intensivvård för att säkerställa diagnos och prognos. Hos de patienter, som inte gagnas av fortsatt intensivvård, men där utveckling av total hjärninfarkt bedöms vara nära förestående, är det enligt vårt och Socialstyrelsens ställningstagande möjligt att fortsätta intensivvården under ytterligare upp till något dygn, dock aldrig mer än 2 dygn, för att möjliggöra en eventuell organdonation.

DONATIONSPROCESSEN

Denna kan indelas i *tre faser*.

Fas 1

Under den första fasen vårdas patienten i livsupphållande syfte tills total hjärninfarkt konstaterats. I slutet av denna fas är det ibland uppenbart att patientens liv inte går att rädda och intensivvården kan då fortsätta i upp till något dygn i avvaktan på en förväntad utveckling av total hjärninfarkt och därmed en tänkbar organdonation. Det kan, då det är uppenbart att en patients liv inte går att rädda, vara lämpligt att ta kontakt med transplantationsenheten för att förhöra sig om patienten skulle kunna vara lämplig som organdonator.

Fas 1 är avslutad i och med att patienten konstaterats avliden enligt de direkta kriterierna för bestämmande av människans död, dvs då total hjärninfarkt konstaterats. Total hjärninfarkt skall diagnostiseras av specialistkompetent läkare väl förtrogen med sådan diagnostik. Medicinskt ansvariga för vården och för kontakten med de närstående liksom transplantationsenhet, är ansvariga läkare på intensivvårdsavdelningen i samråd med patientansvarig läkare.



Fas 2

Denna fas omfattar vården av en möjlig organdonator, dvs en person utan medicinska kontraindikationer till organdonation, som avlidit under sådana omständigheter att en organdonation är möjlig att genomföra.

Under fas 2 inriktas vården av den avlidne mot att optimera cirkulation, respiration och laboratorieparametrar för att skapa förutsättningar för att de organ som eventuellt doneras skall få bästa möjliga funktion efter transplantation.

När döden är fastställd skall den avlidnes vilja i donationsfrågan sökas. Kännedom om den avlidnes vilja kan inhämtas via Donationsregistret, donationskort, annan skriftlig viljeyttring eller genom samtal med närstående. I de fall den avlidne inte på något sätt meddelat sin inställning, kommer frågan att ställas till de närstående i en emotionellt svår situation. Samtalet med de närstående är en krävande uppgift som fordrar både tid och erfarenhet. Det är också i huvudsak under fas 2 som kontakten med transplantationsenheten tas, även om den i vissa fall kan tas redan under slutet av fas 1.

Medicinskt ansvarig för vården av den avlidne är läkare på intensivvårdsavdelningen. För kontakten med de närstående ansvarar läkare och sjuksköterskor på intensivvårdsavdelningen. På önskemål från närstående eller medicinskt ansvarig läkare kan annan personal som sjukhuspräst, kurator eller donationsansvarig sjuksköterska och läkare engageras i donationsprocessen.

Fas 2 är inte avslutad i och med att uttagsoperationen påbörjas/avslutas, utan fortsätter med uppföljning av dödsfallet med de närstående och avslutas då uppföljningssamtalet är genomfört. Vid detta samtal får de närstående reda på resultatet av transplantationen, som meddelats till intensivvårdsavdelningen via brev. Det finns ofta skäl att även ha uppföljningssamtal med inblandad personal enligt lokala rutiner.

Fas 3

Denna fas består av uttagsoperationen. Ansvarig är en anesthesi- och intensivvårdsläkare från donatorsjukhuset ibland med assistans av en anesthesi- och intensivvårdsläkare från thoraxanesthesiologisk enhet. Operationen utförs av ett operationsteam från transplantationsenheten. Optimala resurser och operationsmöjligheter måste då ställas till transplantationsenhetens förfogande.

För systematisk uppföljning av donationsprocessen avslutas fas 3 med att protokollet ”Avlidna på IVA” fylls i.

DONATIONSVERKSAMHETENS ORGANISATION

Donationsansvarig läkare (DAL) och donationsansvarig sjuksköterska (DAS) skall finnas vid alla sjukhus där donation av organ och/eller vävnader kan förekomma (SOSFS 2005:11(M)). DAL och DAS ansvarar för att det finns en lämplig organisation för donationsverksamheten och adekvat kunskapsnivå hos personalen på sjukhuset. Deras uppgifter finns definierade i Donationsrådets rekommendationer (50-210/2006). DAL och DAS bör vara specialistkompetent anesthesi- och intensivvårdsläkare respektive specialistsjuksköterska i intensivvård. Inom varje sjukvårdsregion bör även finnas en regionalt ansvarig DAL med ansvar för att i regionen samordna donationsverksamheten och stödja de lokala DAL- och DAS-funktionerna. Huvudmannen måste avsätta adekvata resurser i fråga om ersättning och arbetstid för dessa uppgifter.



VÄVNADER

Patienter som avlidit på vanliga vårdavdelningar respektive sjukhem är tänkbara som vävnadsdonatorer. Möjligheterna till vävnadsdonation varierar dock från ett sjukhus till ett annat. Förutsättningar och organisation är olika inom landet.

Patienter som avlidit på intensivvårdsavdelning kan bli vävnadsdonatorer om vissa medicinska, tekniska och administrativa förutsättningar är uppfyllda och om samtycke till vävnadsdonation kan inhämtas.

Lokal DAL och DAS bör hålla sig informerade om vävnadsdonation för att kunna ta ett informations- och utbildningsansvar. Regional DAL bör arbeta för etablering och samordning av vävnadsdonationsverksamheten inom sin region.

UTBILDNING

För en välfungerande donationsverksamhet fordras en gedigen kunskap hos alla anesthesi- och intensivvårdsläkare. Utbildningen bör struktureras i flera nivåer; den första mer basal och omfattande alla anesthesi- och intensivvårdsläkare. Undervisning bör ingå i alla tillämpliga SK-kurser för att sedan fördjupas under tiden som specialist.

En andra nivå är mer avancerad och direkt riktad till DAL. Här krävs fördjupad kompetens inom områden som identifiering av organdonator, diagnostik av total hjärninfarkt, vård av organdonator, omhändertagande av anhöriga, etiska aspekter, kontakt med transplantationsenhet och systematisk utvärdering av verksamheten. Särskilda utbildningsinsatser – en tredje nivå - krävs för regionalt ansvariga DAL. Denna högre utbildning ska också omfatta vävnadsdonation.

Ansvaret för dessa utbildningsinsatser bör delas mellan SFAI och Donationsrådet.

Gruppen föreslår att utbildningsfrågor hanteras inom en permanent referensgrupp för organ- och vävnadsdonation inom SFAI.

DONATIONSREGISTRET

Donationsregistret förvaltas av Donationsrådet. Sökning får endast ske efter konstaterat dödsfall. Sökning kan göras av personer som efter ansökan tilldelats speciell behörighet som transplantations- och vävnadskoordinatorer. Uppgifterna i Donationsregistret är desamma som finns på donationskortet.

ETISKA ASPEKTER

All vård och behandling skall gagna patienten. Målet med intensivvård är att skapa förutsättningar för patientens tillfrisknande med en acceptabel livskvalitet.

All donationsverksamhet skall bygga på patientens/den avlidnes dokumenterade samtycke eller muntligt uttalade vilja, uttryckt genom de närstående. I avsaknad av detta presumeras samtycke, dvs man utgår från att den avlidne ställt sig positiv till organ- och vävnadsdonation, även om detta inte uttryckts klart. Frågan om patientens inställning till organdonation bör som regel inte utredas innan dödsdiagnostiken avslutats. Ibland ställs dock frågan tidigt av de närstående själva och måste då besvaras och diskuteras.

På varje sjukhus ska aktuella och evidensbaserade rutiner stödja omhändertagandet av akut hjärnskadade patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning. Ett aktivt omhändertagande leder till förbättrade resultat för patienterna. Prognosbedömning är ofta svår i det akuta skedet. Vården initieras alltid i syfte att gagna patienten.



NÄRSTÅENDE

Närstående ska alltid hållas väl informerade om intensivvården. Varje viktig förändring av tillståndet och så småningom varje steg i diagnostik och behandling ska meddelas. Korrekt och empatisk information är grunden för en förtroendefull relation med närstående. Ofta fordras att den ansvariga läkaren och kanske en sjuksköterska kan frikopplas från övrig verksamhet under den tid som donationsprocessen pågår. Det kan vara en fördel om närståendesamtalen sker tillsammans med t ex en sjuksköterska eller någon annan lämplig person. Det är därför viktigt att avdelningen kan avsätta tillräckliga personalresurser under denna process.

SYSTEMATISK UPPFÖLJNING

Målsättningen för registreringen är att skapa en nationell, heltäckande uppföljning av de intensivvårdspatienter i Sverige som är möjliga organdonatorer – respiratorvårdade patienter som utvecklar total hjärninfarkt. Dessutom ska donationsutfallet kunna beskrivas när den avlidnes vilja varit känd respektive okänd samt vilka skäl som anges om organdonation inte genomförts.

Med möjlig (= potentiell) organdonator avses en ventilatorbehandlad intensivvårdspatient med diagnostiserad total hjärninfarkt utan medicinska kontraindikationer mot organdonation. Uppföljning av möjliga organdonatorer sker via SIR. Data skickas till SIR enligt SIR:s riktlinje för uppföljning av avlidna på IVA. Den finns beskriven i

http://www.icuregswe.org/Documents/Guidelines/Avlidna_IVA.pdf på SIR:s hemsida.

Återkommande återkoppling kommer att skapas på <http://www.icuregswe.org/> som är SIR:s öppna utdataportal. Varje sjukhus i Sverige med intensivvårdsavdelning bör delta i denna registrering.

INTERNATIONELLA ASPEKTER

Gruppens uppfattning är att all transplantationsverksamhet måste grundas på medicinskt behov, organtillgång och medicinska resurser. Internationellt kända avarter som organhandel, tillvaratagande av organ från avrättade fångar och trafficking ställer ytterligare krav på donationsverksamheten i Sverige. En optimal och etiskt försvarbar donationsverksamhet med minimalt bortfall av möjliga donatorer är grunden för vår transplantationsverksamhet.

PERMANENT REFERENSGRUPP

Uppdragsgruppen har under den tvååriga verksamhetstiden på många sätt bidragit till att befästa och understryka intensivvårdens centrala ansvar för organdonationsverksamheten i Sverige. Den har aktivt bidragit till utformningen av Donationsrådets rekommendationer avseende donationsansvariga läkare och sjuksköterskor. Gruppen har också upparbetat goda relationer till Donationsrådet och har i flera avseenden utgjort en konkret kontaktyta med den kliniska verksamheten. Inte minst den etiska diskussionen har aktualiserats genom gruppens arbete. Det finns därmed goda förutsättningar för att intensivvården ska kunna ta sitt ansvar för organ- och vävnadsdonationer i Sverige.

Gruppen har fungerat som SFAI:s inofficiella referensgrupp i donationsfrågor. Det är därför naturligt att gruppens nuvarande uppgifter samlas i en delförening eller permanent referensgrupp inom SFAI. Målsättningen är också att organisera regionala och lokala DAL i SFAI. Detta är en av förutsättningarna för intensivvårdens utökade ansvar för donationsverksamheten i Sverige. En interimsstyrelse bör därför omgående konstitueras för att senare permanentas i samband med SFAI:s årsmöte 2008.



LÄNKLISTA

[Donationsrådet](#)
[Socialstyrelsen](#)
[Sveriges Kommuner och Landsting](#)
[Projektet Livsviktigt](#)
[Huddinge sjukhus \(ingår nu i Karolinska Universitetssjukhuset\)](#)
[Uppsala Akademiska sjukhus](#)
[Karolinska Institutet](#)
[Livet som gåva](#)
[Informationssida - Livet som gåva](#)
[Information för gymnasiet](#)
[Sektionen för kärl- och transplantationskirurgi, Malmö Allmänna sjukhus](#)
[Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg](#)
[Scandiatransplant](#)
[Svenska Intensivvårdsregistret - SIR](#)

LAGTEXTER; FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD

Viktiga lagar

*Lag om kriterier för bestämmande
av människans död*

SFS 1987:269; ändring SFS 1995:833

Lag om transplantation m m

SFS 1995:831

Lag om obduktion m m

SFS 1995:832

Begravningslagen

SFS 1990:1144

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Kriterier för bestämmande av människans död

SOSFS 1987:32; ändring SOSFS 1996:5

*Organ- och vävnadstagning för transplantation
eller för annat medicinskt ändamål*

SOSFS 1997:4

Kliniska obduktioner mm

SOSFS 1996:28

Vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall

SOSFS 1996:29

Kriterier för bestämmande av människans död

SOSFS 2005:10 (M)

*Fortsatta medicinska insatser efter en människas död samt om donationsansvarig läkare
och kontaktansvarig sjuksköterska*



SOSFS 2005:11 (M)

*Donationsrådets ”ordlista”; termer o begrepp i samband med donation
Donationsrådets rekommendationer 50-210/2006*

Dessa riktlinjer har antagits av SFAIs styrelse 2008-11-19 efter att ett förslag varit tillgängligt för kommentarer på föreningens hemsida under 2 månader. En förlaga till dessa riktlinjer utarbetades av SFAI:s uppdragsgrupp för donationsfrågor. Styrelsen vill å föreningens vägnar tacka uppdragsgruppen för detta arbete. Uppdragsgruppen har haft följande sammansättning:

Lars Berggren, Universitetssjukhuset, Örebro (ordförande och sammankallande)
Peter Desatnik, Lasarettet, Helsingborg
Bengt-Åke Henriksson, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Lars-Åke Johansson, Centralsjukhuset, Karlstad
Silvana Naredi, Norrlands universitetssjukhus, Umeå (under del av arbetet)
Tomas Nolin, Centralsjukhuset, Kristianstad, SIR:s representant
Anders Nydahl, Universitetssjukhuset, Örebro
Anders Rydvall, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Stefan Ström, Centrallasarettet, Västerås
Kristina Söderlind Rutberg, Universitetssjukhuset, Linköping (sekreterare)
Mikael Wanecek, Karolinska universitetssjukhuset Solna
Jan Wernerman, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge, representant för SFAI:s styrelse