

ORGANDONATIONS DATABASEN

ÅRSRAPPORT 2014

1. JANUAR - 31. DECEMBER 2014

NATIONAL KLINISK KVALITETSDATABASE

Hvorfra udgår rapporten

De biostatistiske analyser og de epidemiologiske kommentarer i denne rapport er udarbejdet af Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Nord (KCEB-Nord). Styregruppen for databasen har forestået den faglige kommentering og de anførte anbefalinger. Rapporten er opsat og redigeret af Dansk Center for Organdonation.

Formand for Organdonationsdatabasen er centerleder Helle Haubro Andersen, Dansk Center for Organdonation.

Kontaktperson for Organdonationsdatabasen i KCEB-Nord er seniorforsker, ph.d. Ellen Mikkelsen, Olof Palmes Allé 43-45, 8200 Aarhus N, tlf. 8716 8207, e-mail: em@clin.au.dk

Redaktør på årsrapporten er Dansk Center for Organdonation, INCUBA, Skejby
Palle Juul-Jensens Boulevard 82, 8200 Århus N, tlf. 7845 0950, e-mail: skejby.dco@rm.dk

Kontaktpersoner i Dansk Center for Organdonation er udviklingssygeplejerske Lone Bøgh, tlf. 7845 0951 e-mail: loneboeg@rm.dk og AC-fuldmægtig Tina Meltzer Rørholm, tlf. 7845 0952, e-mail: tinaroer@rm.dk

Indholdsfortegnelse

1. Konklusioner og anbefalinger	3
2. Oversigt over alle indikatorer	5
3. Resultater for indikatorerne	6
Indikator 1. Kontakt til transplantationscenter.....	6
Indikator 2. Afslag fra pårørende.....	12
Indikator 3. Manglende opmærksomhed på organdonation.....	17
Indikator 4. Hjernedødsdiagnostisering - supplerende diagnostisk metode.....	23
Indikator 5. Hjernedødsdiagnostisering - den kliniske hjernedødsundersøgelse.....	29
4. Forløbsdiagram.....	34
Beskrivelse af forløbsdiagram	36
5. Beskrivelse af sygdomsområdet	37
6. Datagrundlag	39
7. Styregruppens medlemmer	43
8. Appendiks	44
Appendiks I - Actioncard donordetektion	44
Appendiks II - Registreringsark	45
Appendiks III - Kommissorium for styregruppen	48
Appendiks IV - Folketingsbeslutning.....	49
Appendiks V - Indikatorbeskrivelse	50
Appendiks VI - Forløbsdiagram 2013, 2012 og 2011	54
9. Regionale kommentarer	57

1. Konklusioner og anbefalinger

Data anvendt i denne årsrapport vurderes både dækkende og valide i forhold til at kunne opgøre indikatorerne for organdonation. Med henblik på at sikre datakvaliteten kontinuerligt anbefales det, at de donationsansvarlige nøglepersoner på intensivafdelingerne anvender de kvartalsvise rapporter fra Organdonationsdatabasen til at kvalitetssikre egne data. Som en hjælp til dette arbejde er der udarbejdet en vejledning, "Sådan læser og bruger I jeres kvartalsrapport", som er tilgængelig på DCO's hjemmeside.

I det følgende gengives de væsentligste konklusioner og anbefalinger for området.

Organdonationsdatabasen indeholder fem indikatorer:

- Indikator 1: Kontakt til transplantationscentret
- Indikator 2: Afslag fra pårørende
- Indikator 3: Manglende opmærksomhed på organdonation
- Indikator 4: Hjernedødsdiagnostisering - supplerende diagnostisk metode
- Indikator 5: Hjernedødsdiagnostisering - den kliniske hjernedødsundersøgelse

Af Årsrapporten fremgår det, at tre ud af de fem indikatorer er opfyldt, indikator 3, 4 og 5. For indikator 1, der vedrører afdelingernes kontakt til et transplantationscenter, ses en forbedring i forhold til 2012 og 2013, mens afslagsfrekvensen blandt de pårørende, indikator 2, varierer fra år til år.

Indikator 1 og 3

Indikator 1: I 72 patientforløb er der truffet en lægefaglig beslutning om, at en umiddelbar potentiel donor ikke var egnet som organdonor men kun i 50 (69 %) af tilfældene, har intensivafdelingernes læger truffet beslutningen efter kontakt med et transplantationscenter, inden den lægefaglige beslutning blev truffet. Dette er en forbedring i forhold til tidligere år, men fortsat under de 95 %, som er standarden for indikatoren.

Indikator 3: For at organdonation kan blive en mulighed, er det af afgørende betydning, at intensivafdelingerne er opmærksomme på potentielle donorer. I 95 % af de relevante tilfældene var afdelingerne opmærksomme på potentielle donorer, og standarden er således opfyldt, hvilket er en forbedring i forhold til de foregående år.

For at understøtte fokus på begge indikatorer er der i regi af Dansk Center for Organdonation (DCO) udviklet et actioncard for donordetektion (appendiks I) med kriterier for, hvornår intensivafdelingerne skal være opmærksomme på organdonation, og hvornår transplantationscentret skal kontaktes. Alle intensivafdelinger er introduceret til Actioncardet, som også findes som App. På baggrund af den Nationale Handlingsplan for Organdonation, er "best practice" for organdonation blevet afdækket og beskrevet. Rapporten om "best practice" er bygget op omkring fokuspunkter, der skal understøtte afdelingernes opgaver i forbindelse med organdonation, herunder at opnå standarden for indikator 1 og 3. Begge dokumenter er tilgængelige via DCO's hjemmeside (organdonation.dk) Resultatet af anvendelse af actioncardet og udbredelse af "best practice" vil kunne vurderes i kommende årsrapporter. Desuden anbefales det, at undervisningsindsatsen fortsættes.

Indikator 2

I 59 ud af 185 forløb (32 %) blev organdonation afslået af de pårørende, standarden på max 15 % er således ikke opfyldt. Der er iværksat forskellige tiltag for at styrke indikatoren, og i 2014 er der suppleret med en guideline for kommunikation med pårørende om hjernedød og organdonation (tilgængelig via DCO's hjemmeside organdonation.dk). Af guidelinen fremgår det, blandt andet, at samtalerne om hjernedød og organdonation, på de neurointensiveafdelinger, gøres til en specialisopgave. Desuden er udrykningsfunktionen udbygget fra marts 2015, således at der er skabt mulighed for at der, på landets intensivafdelinger, altid kan deltage en højt specialiseret udrykningssygeplejerske fra en af de neurointensiveafdelinger i donationsforløb. Styregruppen er meget opmærksom på udviklingen af denne indikator og vil følge, i hvilket omfang, udrykningssygeplejerskerne deltager i samtalerne, og om samtalerne varetages som en specialisopgave på de neurointensiveafdelinger.

Indikator 4 og 5

Hjernedødsdiagnostisering er en betingelse for, at organdonation kan finde sted. I 2014 har der, som i de fire foregående år, ikke været registreret tilfælde, hvor hjernedødsdiagnosen ikke kunne stilles, og det anbefales, at indikatorerne 4 og 5 udgår. Fremover vil det fortsat fremgå af forløbsdiagrammet i afsnit 4, hvis intensivafdelingerne registrerer tilfælde, hvor hjernedødsdiagnosen ikke kunne stilles.

2. Oversigt over alle indikatorer

Indikator	Standard	Indikatoropfyldelse % (95% CI ¹)		
		2014	2013	2012
Indikator 1: Kontakt til transplantationscenteret om potentielle donorer.	Mindst 95%	69 (57; 80)	44 (30; 58)	43 (31; 55)
Indikator 2: Afslag fra pårørende.	Maks 15%	32 (25; 39)	39 (31; 48)	20 (13; 28)
Indikator 3: Manglende opmærksomhed på organdonation.	Maks 5%	5 (2; 9)	6 (3; 12)	8 (4; 14)
Indikator 4: Hjernedødsdiagnostisering - supplerende diagnostisk metode ikke mulig.	Maks 5%	0 (0; 2)	0 (0; 3)	0 (0; 3)
Indikator 5: Hjernedødsdiagnostisering - speciallæge ikke til rådighed.	Maks 5%	0 (0; 2)	1 (0; 4)	0 (0; 3)

¹ 95% sikkerhedsinterval

Sammendrag af det samlede datasæt

Foruden ovenstående oversigt over de fem indikatorer gengives her en kort sammenfatning af samtlige patientdata, der er indberettet fra intensivafdelingerne til Landspatientregistret i 2014.

I 2014 indberettede intensivafdelingerne 2.880 dødsfald, heraf var der 760 tilfælde (26 %), hvor patienterne have pådraget sig en skade af hjernen. Af denne andel var der 497 tilfælde (65 %), hvor patienternes tilstand ikke opfyldte betingelserne for at konstatere hjernedøden. I alt 263 var umiddelbart potentielle donorer, hvoraf 76* blev organdonorer.

Årsagerne til at de resterende 187, umiddelbart potentielle donorer, ikke blev organdonorer fordeler sig indenfor følgende kategorier:

- Lægefaglig vurdering, i alt 94 tilfælde
- Samtykkebetinget årsag, i alt 73 tilfælde
- Andre årsager, i alt 9 tilfælde
- Kapacitets- eller ressourceproblemer, ingen tilfælde
- Årsag ikke angivet, i alt 11 tilfælde

Datasættet er beskrevet i sin helhed i forløbsdiagrammet afsnit 4.

* Tallet svarer ikke 100 % overens med opgørelsen fra Scandiatransplants database, dette er nærmere beskrevet under afsnittet om datagrundlag.

3. Resultater for indikatorerne

I det følgende gennemgås Organdonationsdatabasens 5 indikatorer, opgjort for 2012 til og med 2014. Indikatoropgørelserne for 2012 og 2013 er genberegnet for at tage højde for opdatering af data. De nuværende resultater kan derfor være forskellige fra de resultater, som findes i de tidligere årsrapporter. I det følgende anvendes betegnelsen "en potentiel organdonor". Hermed menes der en patient, hvis kliniske tilstand umiddelbart er forenelig med betingelserne for at kunne konstatere hjernedødens indtræden, dvs. patienten er bevidstløs, reaktionsløs og respirationsløs.

De eksakte tal for tæller og nævner fremgår ikke længere for de afdelingsspecifikke og de regionale opgørelser i indikatorstabellerne, derfor vil der, i den offentliggjorte version af årsrapporten, kun fremgå procentangivelser med tilhørende konfidensintervaller på afdelings- og regionsniveau. DCO kan dog fortsat udlevere de afdelingsspecifikke tal til den enkelte afdeling. Årsagen til denne ændring er, at der er tale om en opgørelse over meget få patienter, som på denne måde søges beskyttet mod at blive identificeret.

Indikator 1. Kontakt til transplantationscenter

Der kan være tilfælde, hvor en umiddelbar potentiel organdonor, af lægefaglige årsager, ikke kan blive donor. Intensivafdelingernes læger bør kun træffe denne beslutning efter forudgående kontakt til et transplantationscenter, da transplantationscentrene har en særlig forpligtigelse til at holde sig ajour på området. Indikatoren belyser, i hvilket omfang den lægefaglige beslutning, om at en potentiel organdonor ikke skal være donor, træffes efter forudgående kontakt til et transplantationscenter.

Tabel 1. Andelen af tilfælde hvor beslutningen, om at en potentiel organdonor ikke skal være donor, er truffet efter forudgående kontakt til et transplantationscenter. Standard $\geq 95\%$

	Standard	Tæller/ nævner ¹	Aktuelle år		Tidligere år	
			2014	2013	2012	
	opfyldt	%	(95% CI ²)	% (95% CI ²)	% (95% CI ²)	% (95% CI ²)
Danmark	Nej	50/72	69	(57; 80)	44 (30; 58)	43 (31; 55)
Hovedstaden	Nej	-	89	(71; 98)	35 (15; 59)	57 (34; 78)
Sjælland	Nej	-	67	(9; 99)		40 (12; 74)
Syddanmark	Nej	-	58	(28; 85)	33 (10; 65)	31 (11; 59)
Midtjylland	Nej	-	55	(32; 77)	38 (14; 68)	31 (9; 61)
Nordjylland	Nej	-	60	(26; 88)	80 (44; 97)	50 (19; 81)
Hovedstaden	Nej	-	89	(71; 98)	35 (15; 59)	57 (34; 78)
Bispebjerg Hospital	Ja	-	100	(3;100)		0 (0; 98)
Bornholms Hospital	Nej	-	0	(0; 98)		
Gentofte Hospital	-	-	.		0 (0; 84)	
Glostrup Hospital	Ja	-	100	(3;100)		100 (3;100)
Herlev Hospital	Ja	-	100	(29;100)	50 (1; 99)	0 (0; 84)
Hvidovre Hospital	Nej	-	67	(9; 99)	100 (3;100)	100 (29;100)
Rigshospitalet, 2093	Ja	-	100	(66;100)	75 (19; 99)	63 (24; 91)
Rigshospitalet, 2143	Ja	-	100	(3;100)	20 (1; 72)	

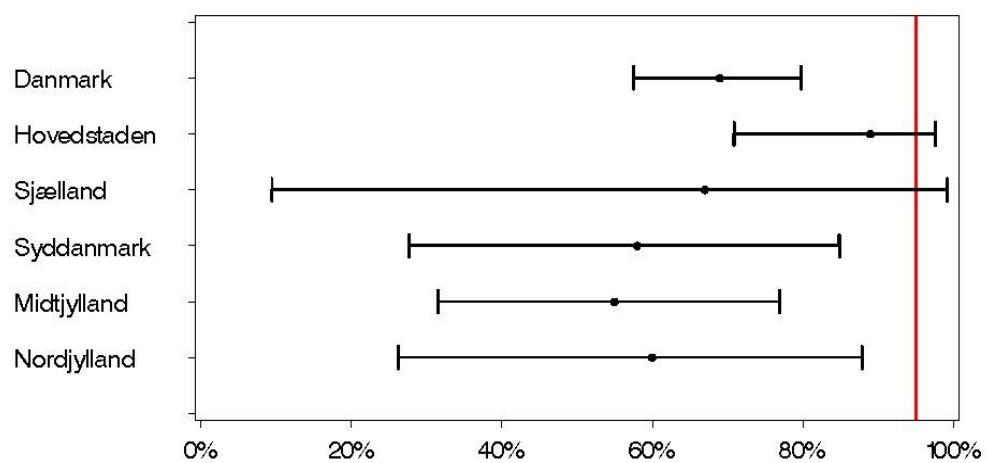
	Standard	Tæller/ nævner ¹	Aktuelle år		Tidligere år	
			2014	2013	2012	
	opfyldt	%	(95% CI ²)	% (95% CI ²)	% (95% CI ²)	
Rigshospitalet, 4131	Nej	-	83	(36;100)	50 (1; 99)	100 (29;100)
Rigshospitalet, 4141	Ja	-	100	(16;100)	0 (0; 60)	0 (0; 71)
Sjælland	Nej	-	67	(9; 99)		40 (12; 74)
Holbæk Sygehus	Ja	-	100	(3;100)		0 (0; 84)
Nykøbing Falster Sygehus	Nej	-	50	(1; 99)		100 (3;100)
Næstved Sygehus	-	-	.			100 (16;100)
Roskilde Sygehus	-	-	.			20 (1; 72)
Syddanmark	Nej	-	58	(28; 85)	33 (10; 65)	31 (11; 59)
Odense Universitetshospital ITA/BRITA/PITA	Ja	-	100	(3;100)	33 (1; 91)	0 (0; 60)
Odense Universitetshospital, NIA	Nej	-	60	(26; 88)	29 (4; 71)	43 (10; 82)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	-	0	(0; 98)	100 (3;100)	33 (1; 91)
Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus	-	-	.			0 (0; 98)
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	-	-	.			100 (3;100)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	-	-	.		0 (0; 98)	
Midtjylland	Nej	-	55	(32; 77)	38 (14; 68)	31 (9; 61)
Aarhus Universitetshospital I	Nej	-	20	(1; 72)	20 (1; 72)	14 (0; 58)
Aarhus Universitetshospital, ITA	Ja	-	100	(3;100)		
Aarhus Universitetshospital, NIA 1 & NIA 2	Ja	-	100	(54;100)	43 (10; 82)	
Regionshospitalet Herning	Nej	-	25	(1; 81)		
Regionshospitalet Holstebro	Ja	-	100	(3;100)		
Regionshospitalet Horsens	-	-	.			0 (0; 98)
Regionshospitalet Randers	Nej	-	33	(1; 91)	100 (3;100)	
Regionshospitalet Silkeborg	-	-	.			0 (0; 98)
Regionshospitalet Viborg	-	-	.			75 (19; 99)
Nordjylland	Nej	-	60	(26; 88)	80 (44; 97)	50 (19; 81)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv A: Almen (Afsnit R)	Nej	-	50	(1; 99)	33 (1; 91)	50 (1; 99)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv Afsnit 103	Ja	-	100	(3;100)		
Aalborg Universitetshospital, Intensiv B: Neuro og Traume (NOTIA)	Nej	-	67	(9; 99)	100 (16;100)	67 (22; 96)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv C: Hjerter, Lunge og Kar (TIA)	Nej	-	50	(1; 99)	100 (29;100)	0 (0; 98)
Sygehus Thy-Mors	-	-	.			0 (0; 98)
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nej	-	50	(1; 99)	100 (16;100)	

Afdelinger, der i perioden 2012 - 2014 ikke har haft data, der indgår i beregningen af indikatoren, fremgår ikke af tabellen.

¹Tæller/nævner (antal patienter der var bevidstløse, reaktionsløse, respirationsløse og respiratorbehandlet, som ikke blev donorer, og hvor afgørelsen blev truffet ud fra en lægefaglig beslutning efter kontakt til et transplantationscenter / antal patienter der var bevidstløse, reaktionsløse, respirationsløse og respiratorbehandlet, som ikke blev donorer, og hvor afgørelsen blev truffet ud fra en lægefaglig beslutning med eller uden kontakt til et transplantationscenter)

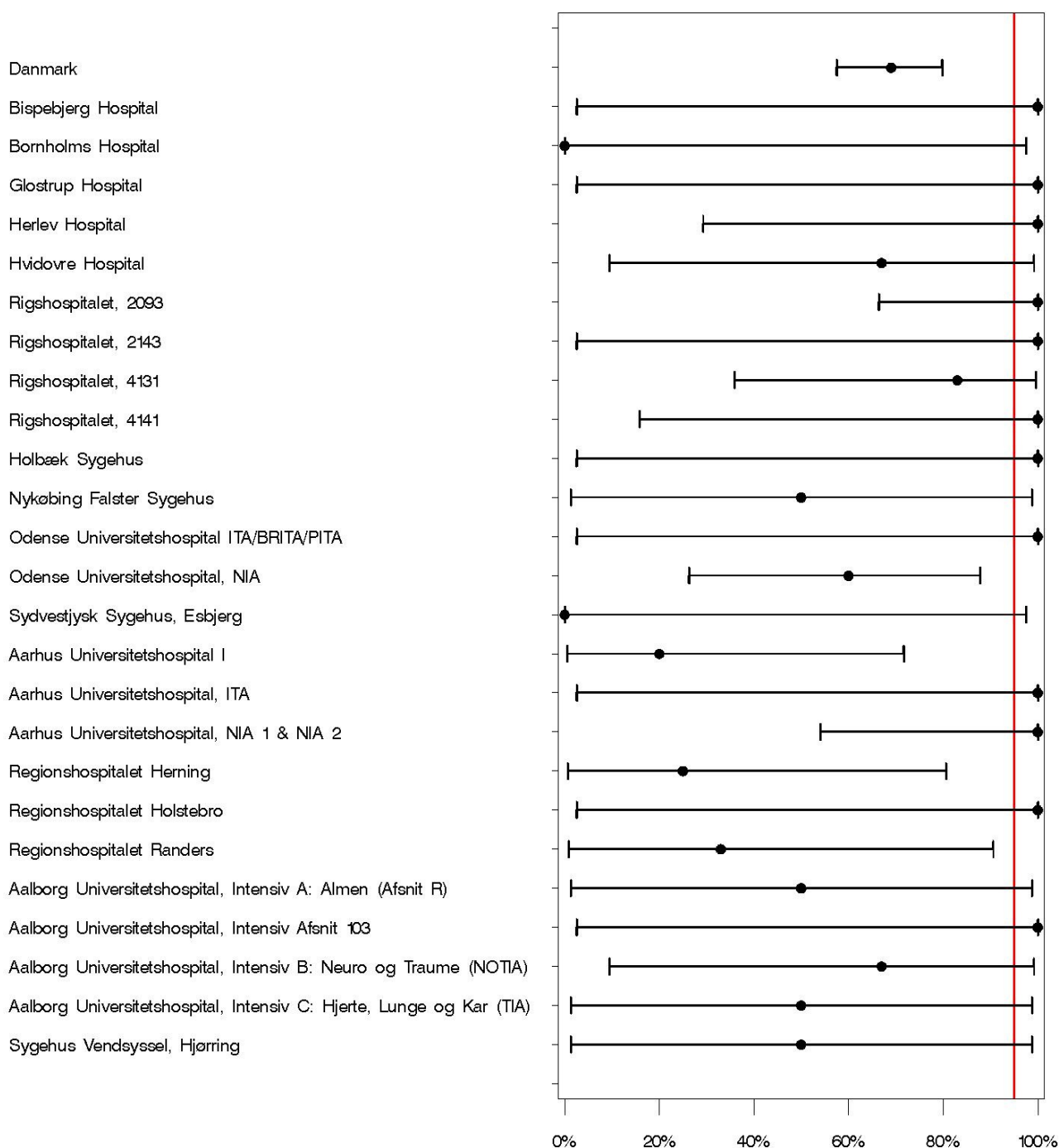
²95% sikkerhedsinterval

Figur 1a. Kontakt til transplantationscenter opgjort på regionsniveau



Punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien ($\geq 95\%$) er angivet ved den lodrette linje.

Figur 1b. Kontakt til transplantationscenter opgjort på afdelingsniveau



Punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien ($\geq 95\%$) er angivet ved den lodrette linje. Afdelinger der ikke har haft data i 2014, der indgår i beregningen af indikatoren, fremgår ikke af figuren.

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering til indikator 1

På nationalt niveau er der i alt 72 patientforløb, hvor der blev truffet en lægefaglig beslutning om, at en potentiel donor ikke var egnet som organdonor. I 50 (69 %) af tilfældene blev der taget kontakt til et transplantationscenter, inden den lægefaglige beslutning blev truffet. Dette er under de 95 %, som er standarden for indikatoren, men der ses en forbedring i forhold til 2012 og 2013 hvor indikatoropfyldelsen på nationalt niveau var 43 % og 44 %. Det totale antal inkluderede patientforløb har varieret med 94 forløb i 2012, 54 i 2013 og 73 i 2014.

På regionsniveau varierer indikatoropfyldelsen mellem 55 % (Region Midtjylland) og 89 % (Region Hovedstaden).

På afdelingsniveau opnår 12 afdelinger standarden, hvor af en afdeling har 9 patientforløb, mens de øvrige kun har mellem 1 og 6 forløb.

Både på nationalt, regionalt og afdelingsniveau indgår der kun få patientforløb i henholdsvis tæller og nævner, hvorfor sikkerhedsintervallerne er ekstremt brede og sammenligninger på tværs af år, regioner og afdelinger må gøres med stor forsigtighed.

De 22 tilfælde, hvor der ikke blev taget kontakt til transplantationscenteret, fordeler sig på 9 afdelinger der både inkluderer afdelinger på universitetshospitaler og regionshospitaler. Den manglende indikatoropfyldelse på landsplan kan således ikke tilskrives specifikke afdelinger.

Faglig klinisk kommentering fra styregruppen til indikator 1

Af Årsrapport 2013 fremgik det, at intensivafdelingerne kun havde kontaktet et transplantationscenter vedrørende potentielle donorer i 22 ud af 54 relevante patientforløb (41 %), inden der blev truffet beslutning om, at patienten ikke var egnet som organdonor. På denne baggrund anbefalede styregruppen for Organdonationsdatabasen, at de relevante intensivafdelinger i samarbejde med DCO foretog en gennemgang af de relevante journaler. Formålet var at undersøge, hvilke lægefaglige begrundelser der lå til grund for, at de resterende 32 tilfælde (59 %) ikke blev organdonor og samtidig afdække eventuelle fejlregistreringer. Resultatet af gennemgangen viste, at blandt de 29 forløb, (i tre tilfælde var det ikke muligt at fremskaffe journalerne) var der 12 tilfælde (41 %) hvor der var tale om fejlregistreringer, som afdelingerne efterfølgende har rettet. Data er derefter blevet genberegnet, og andelen af tilfælde, hvor afdelingerne kontaktede transplantationscentret i 2013, er nu opgjort til 44 %. Via journalgennemgangen fremkom det også, at blandt de resterende 17 forløb var der 5 (29 %) tilfælde, hvor det ikke fremgik af journalføringen, hvilke lægefaglige begrundelser der lå til grund for, at afdelingen ikke havde kontaktet transplantationscentret, inden man besluttede, at disse potentielle donorer ikke var egnede som organdonor. Fælles for de 5 tilfælde var, at patienterne var ældre end 80 år. I de resterende 12 tilfælde havde patienterne diagnoser, der fordelte sig indenfor følgende kategorier: multiorgansvigt/ sepsis (5), cancer (6) og i ét tilfælde var der registreret kardiell instabilitet efter a-grafi. En del af disse patienter havde haft svær hypotension, som medførte store mængder inotropi. Journalgennemgangen understøtter, at det fortsat er relevant, at lægerne på intensivafdelingerne selv træffer en lægefaglig beslutning om, at organdonation ikke er relevant i op til 5 % af tilfældene.

Der er gennem årene iværksat forskellige tiltag for at minimere fejlregistreringerne, blandt andet er registreringsarket blevet præciseret, herunder spørgsmål 6, der vedrører indikator 1, i det der ofte forekom fejlregistreringer i besvarelserne af dette spørgsmål. Den nye formulering (appendiks II) er taget i anvendelse 1. april 2013. Yderligere er der, på afdelingsmøder med de enkelte intensivafdelinger, fokus på, hvordan antallet af fejlregistreringer kan minimeres. Som en hjælp til dette har DCO udarbejdet vejledningen "Sådan læser og bruger I jeres kvartalsrapport", som er tilgængelig via DCO's hjemmeside (organdonation.dk). Kvartalsrapporterne giver afdelingerne mulighed for at kontrollere, om de data de har registreret er korrekte og efterfølgende rette eventuelle fejlregistreringer. Vejledningen er taget i anvendelse i maj 2014, og der er en forventning om, at dette initiativ vil kunne reducere antallet af fejlregistreringer yderligere.

For at understøtte afdelingernes fokus på kontakten til transplantationscentret om potentielle organdonorer har DCO introduceret et Actioncard for donordetektion (appendiks I), som også er tilgængelig som App.

App'en downloades gratis og hedder "Organdonation". Actioncardet indeholder præcise kriterier for, hvornår lægerne på intensivafdelingerne involverer et transplantationscenter i beslutningen om, hvorvidt en patient er en potentiel donor. Yderligere afholder DCO temadage om organdonation, for læger og sygeplejersker, hvor undervisningen har stor fokus på emnet donordetektion og afdelingernes kontakt til et transplantationscenter.

På baggrund af den Nationale Handlingsplan for Organdonation fra 2014, er "best practice" for organdonation blevet afdækket og beskrevet. Rapporten om "best practice" er bygget op omkring 19 fokuspunkter, der skal understøtte afdelingernes opgaver i forbindelse med organdonation, herunder at opnå standarden for denne indikator. Begge rapporter er tilgængelige på DCO's hjemmeside (organdonation.dk).

Anbefalinger til indikator 1

På baggrund af journalgennemgangen fastholdes, at der i minimum 95% af tilfældene tages kontakt til et transplantationscenter om potentielle donorer.

For at understøtte fokus på kontakten til transplantationscentret og yderligere reducere antallet af fejlregistreringer, anbefales det, at afdelingerne fortsætter med at anvende de redskaber, der er udviklet af DCO til disse formål.

Indikator 2. Afslag fra pårørende

Pårørende har mulighed for at afslå organdonation. Denne indikator giver mulighed for at undersøge, hvor ofte dette finder sted.

Tabel 2. Andelen af tilfælde hvor pårørende afslog organdonation. Standard ≤15%

	Standard	Tæller/ nævner ¹	Aktuelle år		Tidligere år	
			2014	2013	2012	
	opfyldt		% (95% CI ²)	% (95% CI ²)	% (95% CI ²)	
Danmark	Nej	59/185	32	(25; 39)	39 (31; 48)	20 (13; 28)
Hovedstaden	Nej	-	31	(21; 42)	45 (29; 62)	18 (9; 31)
Sjælland	Nej	-	25	(3; 65)	17 (0; 64)	25 (3; 65)
Syddanmark	Nej	-	33	(19; 51)	32 (16; 52)	16 (5; 34)
Midtjylland	Nej	-	37	(24; 51)	39 (24; 55)	12 (1; 36)
Nordjylland	Nej	-	21	(5; 51)	44 (25; 65)	33 (15; 57)
Hovedstaden	Nej	-	31	(21; 42)	45 (29; 62)	18 (9; 31)
Bispebjerg Hospital	Ja	-	0	(0; 84)	100 (3;100)	
Bornholms Hospital	-	-	.			100 (3;100)
Glostrup Hospital	Nej	-	50	(1; 99)	0 (0; 71)	33 (1; 91)
Herlev Hospital	Ja	-	0	(0; 71)		
Hillerød Hospital	Nej	-	50	(7; 93)	50 (1; 99)	0 (0; 84)
Hvidovre Hospital	Ja	-	0	(0; 84)	100 (16;100)	0 (0; 84)
Rigshospitalet, 2093 ³	Nej	-	36	(23; 50)	39 (20; 61)	17 (6; 33)
Rigshospitalet, 2143	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 98)	
Rigshospitalet, 4131	Ja	-	14	(0; 58)	60 (15; 95)	0 (0; 71)
Rigshospitalet, 4141	-	-	.		100 (3;100)	33 (1; 91)
Sjælland	Nej	-	25	(3; 65)	17 (0; 64)	25 (3; 65)
Holbæk Sygehus	Nej	-	33	(1; 91)	50 (1; 99)	
Køge Sygehus	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 98)	
Nykøbing Falster Sygehus	Nej	-	50	(1; 99)	0 (0; 98)	0 (0; 84)
Næstved Sygehus	-	-	.			33 (1; 91)
Roskilde Sygehus	-	-	.			0 (0; 84)
Slagelse Sygehus	Ja	-	0	(0; 98)	0 (0; 84)	100 (3;100)
Syddanmark	Nej	-	33	(19; 51)	32 (16; 52)	16 (5; 34)
Odense Universitetshospital ITA/BRITA/PITA	Nej	-	29	(4; 71)	13 (0; 53)	0 (0; 84)
Odense Universitetshospital VITA	-	-	.			0 (0; 71)
Odense Universitetshospital, NIA ³	Nej	-	36	(18; 57)	38 (14; 68)	25 (7; 52)
Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus	Ja	-	0	(0; 98)	100 (3;100)	
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	-	100	(3;100)	33 (1; 91)	0 (0; 46)
Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus	Ja	-	0	(0; 98)	50 (1; 99)	
Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus	-	-	.		0 (0; 98)	0 (0; 98)

	Standard opfyldt	Tæller/nævner ¹	Aktuelle år		Tidligere år	
			2014 % (95% CI ²)	2013 % (95% CI ²)	2012 % (95% CI ²)	
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	-	-	.			50 (1; 99)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	-	0	(0; 98)		0 (0; 98)
Midtjylland	Nej	-	37	(24; 51)	39 (24; 55)	12 (1; 36)
Aarhus Universitetshospital I	Ja	-	13	(0; 53)	14 (0; 58)	13 (0; 53)
Aarhus Universitetshospital, ITA	Nej	-	33	(1; 91)	33 (1; 91)	0 (0; 71)
Aarhus Universitetshospital, NIA 1 & NIA 2 ³	Nej	-	41	(24; 61)	31 (14; 52)	
Regionshospitalet Herning	Nej	-	75	(19; 99)	100 (16;100)	50 (1; 99)
Regionshospitalet Holstebro	Nej	-	33	(1; 91)	0 (0; 98)	
Regionshospitalet Horsens	-	-	.		100 (3;100)	0 (0; 98)
Regionshospitalet Randers	Nej	-	33	(1; 91)	100 (16;100)	
Regionshospitalet Viborg	Ja	-	0	(0; 84)	100 (16;100)	0 (0; 71)
Nordjylland	Nej	-	21	(5; 51)	44 (25; 65)	33 (15; 57)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv A: Almen (Afsnit R)	Nej	-	100	(16;100)	0 (0; 98)	0 (0; 71)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv Afsnit 103	Nej	-	100	(3;100)	0 (0; 98)	
Aalborg Universitetshospital, Intensiv B: Neuro og Traume (NOTIA) ³	Ja	-	0	(0; 31)	56 (31; 78)	40 (16; 68)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv C: Hjerne, Lunge og Kar (TIA)	-	-	.		0 (0; 84)	0 (0; 84)
Sygehus Thy-Mors	-	-	.			100 (3;100)
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Ja	-	0	(0; 98)	40 (5; 85)	

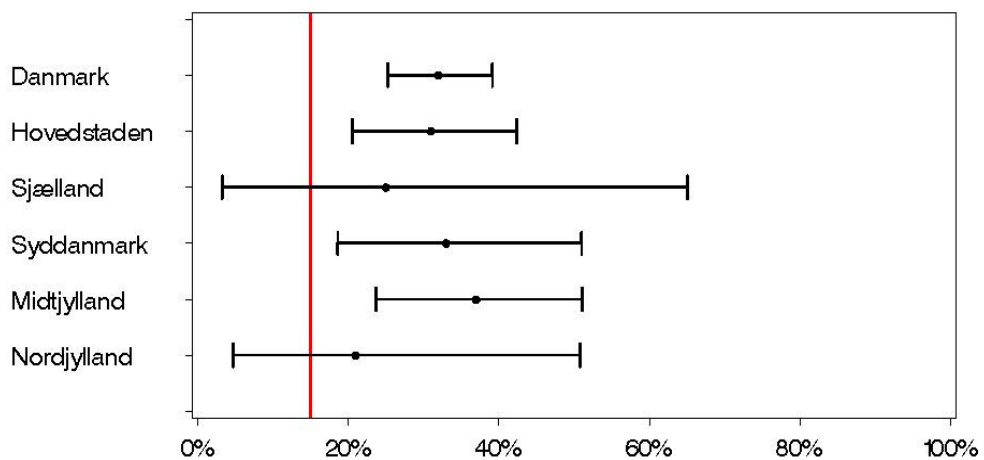
Afdelinger, der i perioden 2012 - 2014 ikke har haft data, der indgår i beregningen af indikatoren, fremgår ikke af tabellen.

¹Tæller/nævner (antal patienter der var bevidstløse, reaktionsløse, respirationsløse, respiratorbehandlet og hvor de pårørende blev informeret om muligheden for organdonation, men afslog / antal patienter der var bevidstløse, reaktionsløse, respirationsløse, respiratorbehandlet og hvor pårørende blev informeret om muligheden for organdonation).

²95 % sikkerhedsinterval.

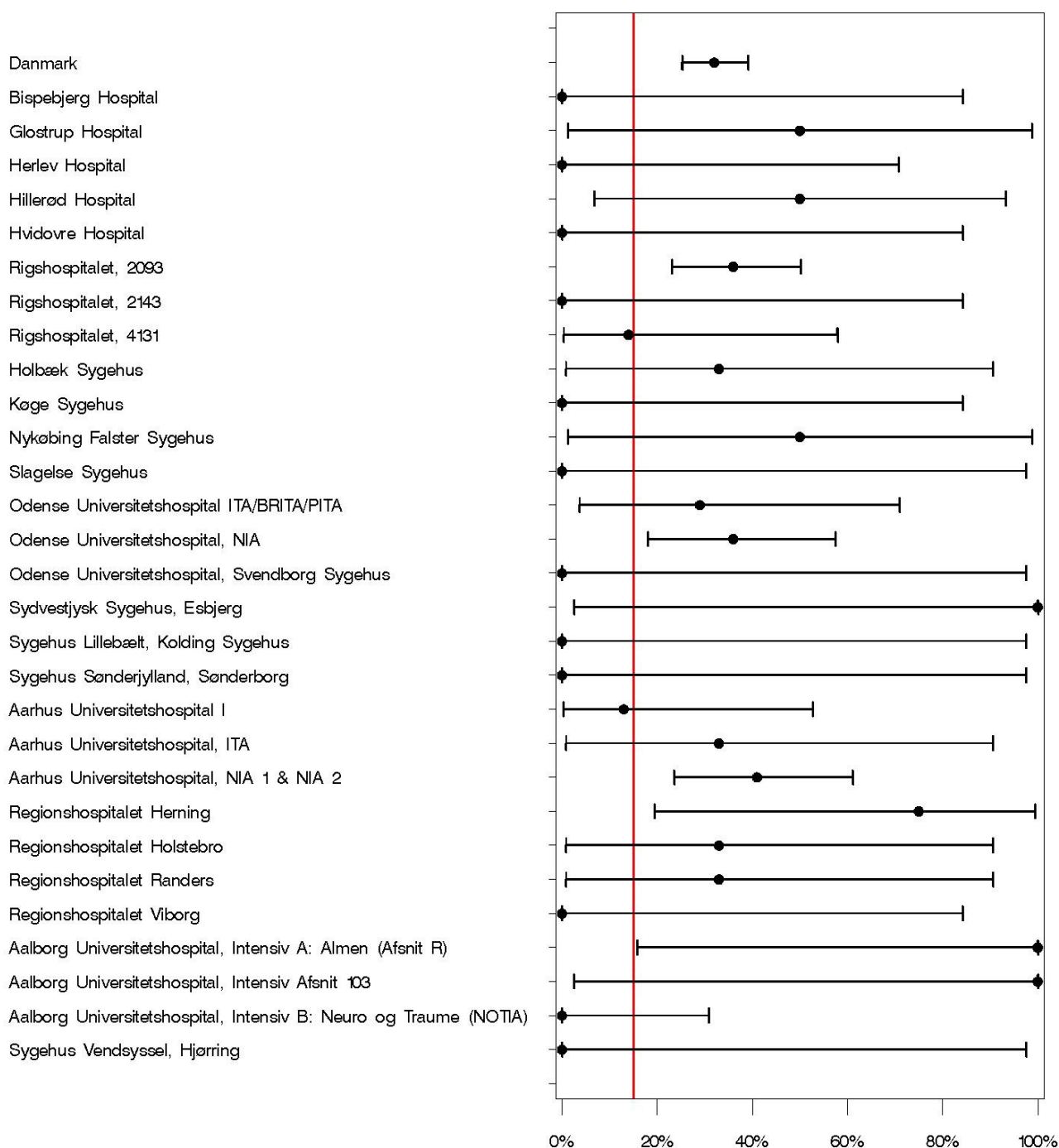
³Neurointensiv afdeling

Figur 2a. Afslag fra pårørende opgjort på regionsniveau



Punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien ($\leq 15\%$) er angivet ved den lodrette linje.

Figur 2b. Afslag fra pårørende opgjort på afdelingsniveau



Punkttestimer inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien ($\leq 15\%$) er angivet ved den lodrette linje. Afdelinger der ikke har haft data i 2014, der indgår i beregningen af indikatoren, fremgår ikke af figuren.

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering til indikator 2

Indikatoren belyser, hvor ofte pårørende afslår organdonation inklusiv de tilfælde, hvor patienten eventuelt selv har ønsket at være donor. Pårørende til i alt 185 patienter blev informeret om muligheden for organdonation.

På nationalt plan blev organdonation i 2014 afslået af de pårørende i 59 tilfælde. Andelen af afslag har over de sidste 3 år varieret og var således 20 % i 2012, 39 % i 2013 og 32 % i 2014, hvor målsætningen er ≤15 %. På regionsniveau varierer andelen der afslår organdonation mellem 21 % og 37 %, og i ingen regioner opnås standarden.

På afdelingsniveau opnår 14 afdelinger standarden, men der ses stor variation mellem 0-100 %, og antallet af patientforløb varierer mellem 1 og 53. Standardopfyldelsen på regions og afdelingsniveau må vurderes med stor forsigtighed på baggrund af det meget begrænsede antal patient forløb og de der af følgende brede sikkerhedsintervaller.

På de 4 neurointensive afdelinger (markeret i tabellen) varierer antallet af de relevante patientforløb mellem 10 (Aalborg, NOTIA) og 53 (Rigshospitalet, 2093), og andelen af patientforløb hvor pårørende afslår, varierer med 0 % på Aalborg Universitetshospital, NOTIA og mellem 36 % og 41 % på de tre øvrige neurointensive afdelinger.

Faglig klinisk kommentering fra styregruppen til indikator 2

Der er gennem de seneste år udviklet et betydeligt undervisningsmateriale om kommunikation med pårørende, som er tilgængeligt via DCO's webunivers for undervisere i organdonation, og afdelingerne er blevet opdateret om DCO's kurser og undervisningstilbud om samtalerne med de pårørende. Desuden drøftes afslagsprocenten systematisk på de årlige afdelingsmøder, hvor det er relevant.

For yderligere at styrke området er der i 2014 udviklet en guideline for kommunikation med pårørende om hjernedød og organdonation, som er tilgængelig på DCO's hjemmeside (organdonation.dk). I guidelinen indgår, at læger, der varetager samtalerne om hjernedød og organdonation, generelt bør have en betydelig erfaring med pårørendesamtaler, kommunikationsfærdigheder samt empatisk formåen. For at kunne varetage samtalerne er det vigtigt at kende til hvert enkelt led i donationsprocessen og have et indgående kendskab til patienten og de pårørende. Det anbefales desuden, at lægerne har deltaget i kommunikationskurset om hjernedød og organdonation, som udbydes af DCO. På de fire neurointensiveafdelinger, som har den største andel af donorerne, fremgår det endvidere, at "best practice" er, at samtalerne gøres til en specialisopgave, således at de læger, der varetager samtalerne, opnår og fastholder erfaring med samtalerne om hjernedød og organdonation.

Desuden er udrykningsfunktionen udbygget fra den 1. marts 2015, således at der på alle landets intensivafdelinger er skabt mulighed for, at der kan deltage en højt specialiseret udrykningssygeplejerske fra en af de neurointensive afdelinger i donationsforløbene. Udrykningssygeplejerskerne er organiseret i et samarbejde mellem DCO og de neurointensive afdelinger og kan deltage i alle sygeplejefaglige opgaver i donationsforløbet, herunder i forberedelsen og gennemførelsen af samtalerne om hjernedød og organdonation.

Anbefalinger til indikator 2

Styregruppen er fortsat meget opmærksom på udviklingen af denne indikator og vil følge i hvilket omfang, de neurointensive afdelinger lever op til "best practice" for samtalerne om hjernedød og organdonation, samt i hvilket omfang udrykningssygeplejersken deltager i disse samtaler.

For at understøtte fokus på samtalerne om organdonation anbefales det, at afdelingerne fortsætter med at udbrede og anvende de redskaber, der er udviklet for at opnå standarden for indikatoren.

Indikator 3. Manglende opmærksomhed på organdonation

Indikatoren viser i hvilket omfang, lægerne ikke havde overvejet muligheden for organdonation i de tilfælde, hvor patientens tilstand umiddelbart var forenelig med betingelserne for at kunne konstatere en patient for hjernedød.

Tabel 3. Andelen af tilfælde hvor lægerne ikke havde overvejet muligheden for organdonation.
Standard ≤5%

	Standard	Tæller/ nævner ¹	Aktuelle år		Tidligere år	
			2014	2013	2012	
	opfyldt		% (95% CI ²)	% (95% CI ²)	% (95% CI ²)	
Danmark	Ja	8/168	5	(2; 9)	6 (3; 12)	8 (4; 14)
Hovedstaden	Ja	-	5	(1; 13)	9 (3; 22)	16 (7; 30)
Sjælland	Ja	-	0	(0; 46)	40 (5; 85)	0 (0; 25)
Syddanmark	Nej	-	11	(3; 25)	12 (3; 31)	13 (4; 29)
Midtjylland	Ja	-	2	(0; 11)	0 (0; 8)	0 (0; 14)
Nordjylland	Ja	-	0	(0; 22)	0 (0; 12)	0 (0; 17)
Hovedstaden	Ja	-	5	(1; 13)	9 (3; 22)	16 (7; 30)
Bispebjerg Hospital	Ja	-	0	(0; 98)		0 (0; 98)
Bornholms Hospital	Ja	-	0	(0; 98)		0 (0; 98)
Gentofte Hospital	Nej	-	100	(16;100)	33 (1; 91)	
Glostrup Hospital	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 98)	0 (0; 84)
Herlev Hospital	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 71)	25 (1; 81)
Hillerød Hospital	Ja	-	0	(0; 71)	50 (1; 99)	50 (7; 93)
Hvidovre Hospital	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 98)	0 (0; 71)
Rigshospitalet, 2093	Ja	-	0	(0; 10)	6 (0; 30)	5 (0; 25)
Rigshospitalet, 2143	Ja	-	0	(0; 60)	0 (0; 46)	
Rigshospitalet, 4131	Nej	-	13	(0; 53)	17 (0; 64)	50 (12; 88)
Rigshospitalet, 4141	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 52)	0 (0; 71)
Sjælland	Ja	-	0	(0; 46)	40 (5; 85)	0 (0; 25)
Holbæk Sygehus	Ja	-	0	(0; 84)		0 (0; 84)
Køge Sygehus	Ja	-	0	(0; 98)		
Nykøbing Falster Sygehus	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 84)	0 (0; 84)
Næstved Sygehus	-	-	.		100 (3;100)	0 (0; 71)
Roskilde Sygehus	-	-	.			0 (0; 52)
Slagelse Sygehus	-	-	.		50 (1; 99)	0 (0; 98)
Syddanmark	Nej	-	11	(3; 25)	12 (3; 31)	13 (4; 29)
Odense Universitetshospital ITA/BRITA/PITA	Ja	-	0	(0; 37)	0 (0; 52)	0 (0; 52)
Odense Universitetshospital, NIA	Nej	-	13	(3; 34)	0 (0; 25)	16 (3; 40)
Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus	-	-	.		0 (0; 98)	0 (0; 98)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 84)	0 (0; 71)

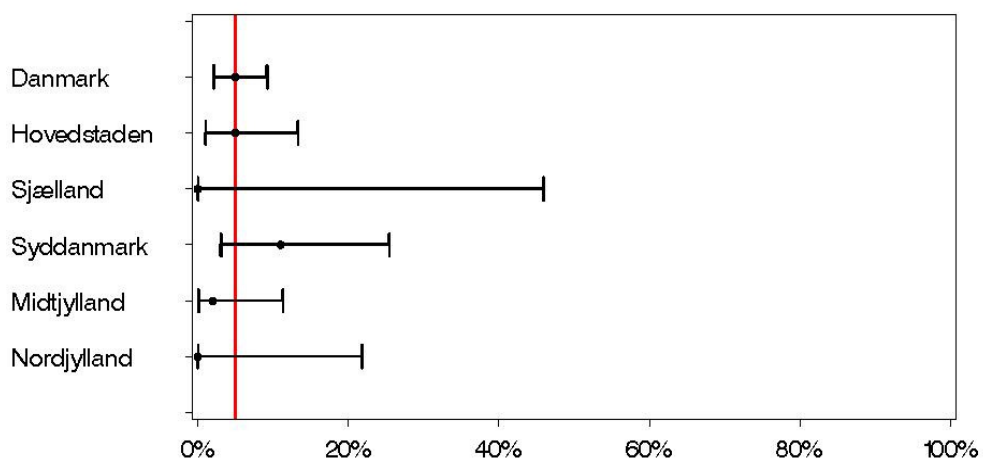
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner ¹	Aktuelle år		Tidligere år	
			2014 % (95% CI ²)	2013 % (95% CI ²)	2012 % (95% CI ²)	
Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus	-	-	.			0 (0; 98)
Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus	-	-	.			100 (3;100)
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	-	-	.			0 (0; 84)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	-	25	(1; 81)	75 (19; 99)	
Midtjylland	Ja	-	2	(0; 11)	0 (0; 8)	0 (0; 14)
Aarhus Universitetshospital I	Nej	-	9	(0; 41)	0 (0; 41)	0 (0; 28)
Aarhus Universitetshospital, ITA	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 98)	0 (0; 98)
Aarhus Universitetshospital, NIA 1 & NIA 2	Ja	-	0	(0; 17)	0 (0; 14)	
Regionshospitalet Herning	Ja	-	0	(0; 46)	0 (0; 71)	0 (0; 71)
Regionshospitalet Holstebro	Ja	-	0	(0; 98)		0 (0; 98)
Regionshospitalet Horsens	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 98)	0 (0; 84)
Regionshospitalet Randers	Ja	-	0	(0; 60)	0 (0; 71)	
Regionshospitalet Silkeborg	-	-	.			0 (0; 98)
Regionshospitalet Viborg	Ja	-	0	(0; 98)	0 (0; 71)	0 (0; 52)
Nordjylland	Ja	-	0	(0; 22)	0 (0; 12)	0 (0; 17)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv A: Almen (Afsnit R)	Ja	-	0	(0; 52)	0 (0; 52)	0 (0; 98)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv Afsnit 103	Ja	-	0	(0; 84)		
Aalborg Universitetshospital, Intensiv B: Neuro og Traume (NOTIA)	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 23)	0 (0; 22)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv C: Hjerne, Lunge og Kar (TIA)	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 46)	0 (0; 84)
Sygehus Thy-Mors	-	-	.			0 (0; 84)
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 60)	

Afdelinger, der i perioden 2012 - 2014 ikke har haft data, der indgår i beregningen af indikatoren, fremgår ikke af tabellen.

¹Tæller/nævner (antal patienter der var bevidstløse, reaktionsløse, respirationsløse og respiratorbehandlet, men hvor organ donation ikke blev overvejet, og patienten derfor ikke blev erklæret hjernedød / antal patienter der var bevidstløse, reaktionsløse, respirationsløse og respiratorbehandlet, men som ikke blev erklæret hjernedøde).

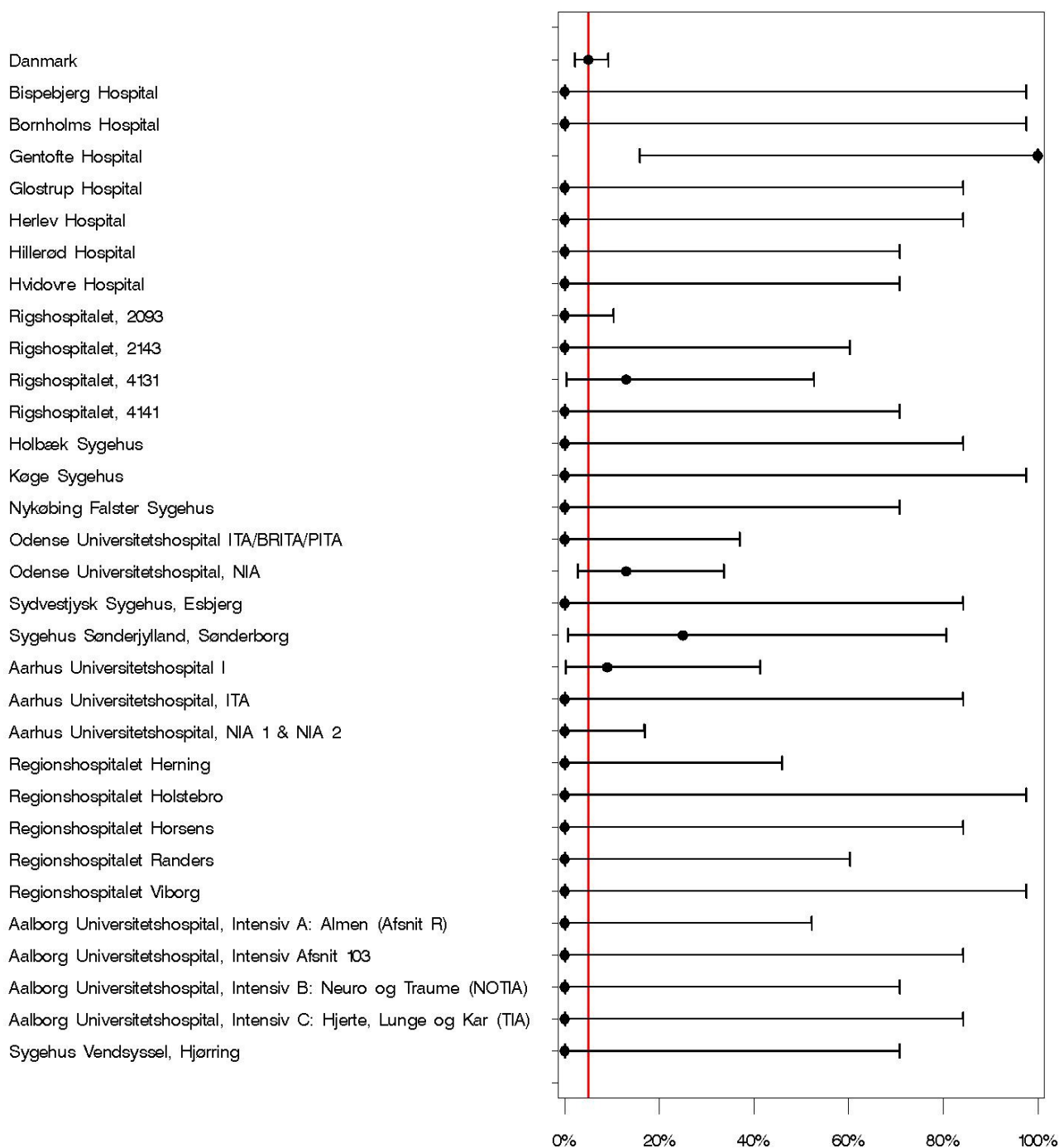
²95% sikkerhedsinterval.

Figur 3a. Manglende opmærksomhed på organdonation opgjort på regionsniveau



Punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien ($\leq 5\%$) er angivet ved den lodrette linje.

Figur 3b. Manglende opmærksomhed på organdonation opgjort på afdelingsniveau



Punkttestimer inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien ($\leq 5\%$) er angivet ved den lodrette linje. Afdelinger der ikke har haft data i 2014, der indgår i beregningen af indikatoren, fremgår ikke af figuren.

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering til indikator 3

Indikatoren viser, at lægerne på landsplan i 8 (5 %) af de i alt 168 relevante tilfælde, ikke havde overvejet muligheden for organdonation. Standarden på højst 5 % opnås således, hvilket er en forbedring fra de foregående år. På regionsniveau varierer andelen mellem 0 % og 11 %, og standarden opnås af fire regioner.

På afdelingsniveau varierer antallet af forløb hvor organdonation ikke var overvejet mellem 0 og 3. De 8 tilfælde hvor organdonation ikke var overvejet fordeler sig på 6 afdelinger.

Nedenstående tabel viser aldersfordelingen i patientgruppen for donordetektion i 2014, (patienter hvor der var mistanke om eller påvist, en potentiel dødelig hjerneskade). Medianalderen er 67 år (25 % kvartil: 55 år og 75 % kvartil: 75 år). Alle aldersgrupper er repræsenteret i patientgruppen for donordetektion, og den største andel findes i aldersgruppen 61-80 år.

Tabel 3a. Aldersfordelingen for patientgruppen for donordetektion

Alder	2014		2013		2012		2011	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
< 10 år	12	1,58	12	1,80	8	1,44	11	2,09
11 - 20 år	9	1,18	8	1,20	6	1,08	12	2,28
21 - 30 år	12	1,58	12	1,80	12	2,17	17	3,23
31 - 40 år	19	2,50	24	3,60	21	3,79	24	4,56
41 - 50 år	75	9,87	65	9,76	55	9,93	59	11,22
51 - 60 år	139	18,29	118	17,72	91	16,43	103	19,58
61 - 70 år	204	26,84	190	28,53	143	25,81	127	22,14
71 - 80 år	197	25,92	159	23,87	152	27,44	118	22,43
> 80 år	93	12,24	78	11,71	66	11,91	55	10,46
Total	760	100	666	100	554	100	526	100

Faglig klinisk kommentering fra styregruppen til indikator 3

For at organdonation kan blive en mulighed, er det af afgørende betydning, at intensivafdelingerne konstant har opmærksomhed på potentielle donorer, hvilket vil sige patienter, hvor der er mistanke om, eller påvist, en potentiel dødelig hjerneskade, og hvis kliniske tilstand umiddelbar er forenelig med betingelserne for konstatering af hjernedød.

I forbindelse med Årsrapport 2013 anbefalede styregruppen, at intensivafdelingerne, i samarbejde med DCO, foretog journalgennemgang af de 10 forløb i 2013, hvor lægerne ikke havde overvejet muligheden for organdonation. Formålet var at undersøge, hvilke årsager der lå til grund for den manglende opmærksomhed og samtidig gennemgå afdelingernes procedurer for donordetektion.

Journalgennemgangen viste, at blandt de 8 tilfælde (i to tilfælde var det ikke muligt at fremskaffe journalerne) var der 3 fejlregistreringer. I de 5 forløb der var registreret korrekt, var der angivet følgende:

- 2 tilfælde hvor patienterne incarcererede og efterfølgende fik hjertestop. Der var ingen journaloptegnelse om overvejelser vedr. muligheden for organdonation. Patienterne var 91 og 97 år.
- Et tilfælde (apopleksi) hvor patienten, efter incarceration, blev afsluttet af neurolog uden journaloptegnelse om overvejelser vedrørende muligheden for organdonation.
- Et tilfælde (akut cerebralt hæmatom) hvor patienten (88 år) incarcererede på vej til modtagelsen - var hypotensiv og blev afsluttet. Der var ingen journaloptegnelse om overvejelser vedrørende muligheden for organdonation.
- Et tilfælde hvor patienten, efter incarceration, blev afsluttet grundet septisk chok/multiorgansvigt.

Fælles for alle fem forløb var at patienterne var indlæst, og der var ingen journaloptegnelser vedrørende overvejelser om muligheden for organdonation.

Af Årsrapporten fra 2013 fremgik det, at i 7 % af de relevante tilfælde havde lægerne ikke overvejet muligheden for organdonation. Efter at afdelingerne har rettet fejlregistreringerne, er indikatorværdien fra 2013 nu genberegnet til 6 %, og var dermed meget tæt på at opfylde standarden på max. 5 % oversete organdonorer.

Der er konstant fokus på at iværksætte tiltag for at minimere disse fejlregistreringer. På afdelingsmøderne med de donationsansvarlige nøglepersoner, deres ledelser og DCO, er de forskellige muligheder for fejlregistreringer gennemgået, og der er sat fokus på, hvordan den enkelte afdeling kan minimere disse. Registreringsarket er blevet præciseret, herunder spørgsmål 6, hvor det viste sig, at der hyppigt blev foretaget fejlregistreringer. Den nye formulering (appendiks II) er taget i anvendelse 1. april 2013.

Yderligere har DCO udviklet vejledningen "Sådan læser og bruger I jeres kvartalsrapport". Kvartalsrapporterne giver afdelingerne mulighed for at kontrollere, om de data de har registreret er korrekte og efterfølgende rette eventuelle fejlregistreringer. Vejledningen er sendt til intensivafdelingerne i maj 2014 og efterfølgende introduceret på alle afdelingsmøderne i efteråret 2014.

For at understøtte afdelingernes fokus på opmærksomheden på potentielle organdonorer er der udviklet et Actioncard for donordetektion (appendiks I), som også eksisterer som App. Actioncardet indeholder kriterier for, hvornår det er relevant at undersøge muligheden for organdonation, herunder de relevante diagnosekategorier. Yderligere afholder DCO temadage om organdonation, for læger og sygeplejersker, hvor undervisningen har stor fokus på emnet donordetektion og afdelingernes kontakt til et transplantationscenter.

Desuden indgår afdelingernes opmærksomhed på organdonation som flere fokuspunkter i den nye rapport om "best practice" for organdonation, og der er en forventning om, at udbredelsen af "best practice" på alle hospitaler vil bidrage til at opnå en fælles høj kvalitet gennem donationsforløbet.

Anbefalinger til indikator 3

For at understøtte opmærksomheden på organdonation anbefales det, at afdelingerne fortsætter med at udbrede og anvende de redskaber, der er udviklet, for fortsat at opfylde standarden for indikatoren.

Med udgangspunkt i den korte registreringsperiode anbefales det, at indikatoren følges over en længere periode.

Indikator 4. Hjernedødsdiagnostisering - supplerende diagnostisk metode

Indikatoren viser andelen af tilfælde, hvor det ikke var muligt at supplere den kliniske hjernedødsundersøgelse med 4 kars opløbsarteriografi.

Tabel 4. Andelen af tilfælde hvor det ikke var muligt at supplere den kliniske hjernedødsundersøgelse med 4 kars opløbsarteriografi. Standard $\leq 5\%$

	Standard opfyldt	Tæller/nævner ¹	Aktuelle år		Tidligere år	
			2014 %	(95% Cf)	2013 %	(95% Cf)
Danmark	Ja	0/168	0	(0; 2)	0 (0; 3)	0 (0; 3)
Hovedstaden	Ja	-	0	(0; 6)	0 (0; 8)	0 (0; 8)
Sjælland	Ja	-	0	(0; 46)	0 (0; 52)	0 (0; 25)
Syddanmark	Ja	-	0	(0; 9)	0 (0; 14)	0 (0; 11)
Midtjylland	Ja	-	0	(0; 8)	0 (0; 8)	0 (0; 14)
Nordjylland	Ja	-	0	(0; 22)	0 (0; 12)	0 (0; 17)
Hovedstaden	Ja	-	0	(0; 6)	0 (0; 8)	0 (0; 8)
Bispebjerg Hospital	Ja	-	0	(0; 98)		0 (0; 98)
Bornholms Hospital	Ja	-	0	(0; 98)		0 (0; 98)
Gentofte Hospital	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 71)	
Glostrup Hospital	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 98)	0 (0; 84)
Herlev Hospital	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 71)	0 (0; 60)
Hillerød Hospital	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 84)	0 (0; 60)
Hvidovre Hospital	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 98)	0 (0; 71)
Rigshospitalet, 2093	Ja	-	0	(0; 10)	0 (0; 21)	0 (0; 17)
Rigshospitalet, 2143	Ja	-	0	(0; 60)	0 (0; 46)	
Rigshospitalet, 4131	Ja	-	0	(0; 37)	0 (0; 46)	0 (0; 46)
Rigshospitalet, 4141	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 52)	0 (0; 71)
Sjælland	Ja	-	0	(0; 46)	0 (0; 52)	0 (0; 25)
Holbæk Sygehus	Ja	-	0	(0; 84)		0 (0; 84)
Køge Sygehus	Ja	-	0	(0; 98)		
Nykøbing Falster Sygehus	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 84)	0 (0; 84)
Næstved Sygehus	-	-	.		0 (0; 98)	0 (0; 71)
Roskilde Sygehus	-	-	.			0 (0; 52)
Slagelse Sygehus	-	-	.		0 (0; 84)	0 (0; 98)
Syddanmark	Ja	-	0	(0; 9)	0 (0; 14)	0 (0; 11)
Odense Universitetshospital ITA/BRITA/PITA	Ja	-	0	(0; 37)	0 (0; 52)	0 (0; 52)
Odense Universitetshospital, NIA	Ja	-	0	(0; 15)	0 (0; 25)	0 (0; 18)
Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus	-	-	.		0 (0; 98)	0 (0; 98)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 84)	0 (0; 71)
Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus	-	-	.			0 (0; 98)
Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus	-	-	.			0 (0; 98)

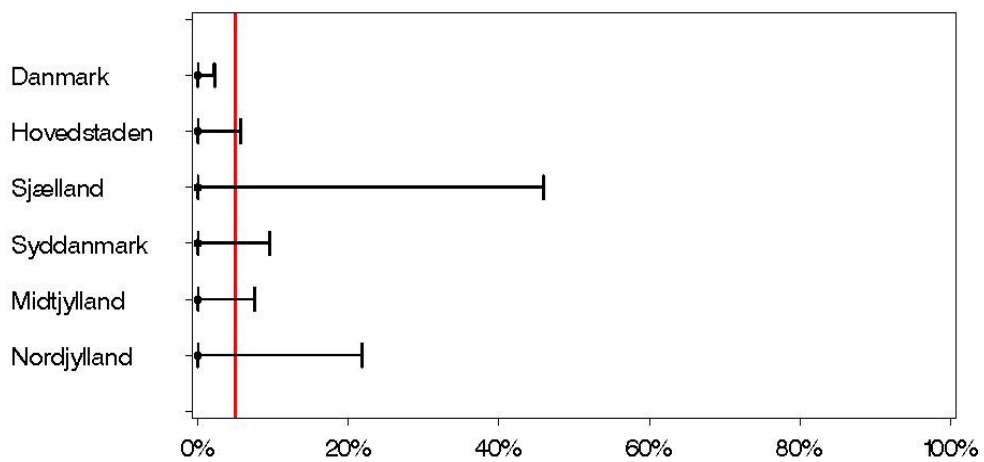
	Standard opfyldt	Tæller/nævner ¹	Aktuelle år		Tidligere år	
			2014 % (95% CI ²)	2013 % (95% CI ²)	2012 % (95% CI ²)	
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	-	-	.			0 (0; 84)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	-	0	(0; 60)	0 (0; 60)	
Midtjylland	Ja	-	0	(0; 8)	0 (0; 8)	0 (0; 14)
Aarhus Universitetshospital I	Ja	-	0	(0; 28)	0 (0; 41)	0 (0; 28)
Aarhus Universitetshospital, ITA	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 98)	0 (0; 98)
Aarhus Universitetshospital, NIA 1 & NIA 2	Ja	-	0	(0; 17)	0 (0; 14)	
Regionshospitalet Herning	Ja	-	0	(0; 46)	0 (0; 71)	0 (0; 71)
Regionshospitalet Holstebro	Ja	-	0	(0; 98)		0 (0; 98)
Regionshospitalet Horsens	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 98)	0 (0; 84)
Regionshospitalet Randers	Ja	-	0	(0; 60)	0 (0; 71)	
Regionshospitalet Silkeborg	-	-	.			0 (0; 98)
Regionshospitalet Viborg	Ja	-	0	(0; 98)	0 (0; 71)	0 (0; 52)
Nordjylland	Ja	-	0	(0; 22)	0 (0; 12)	0 (0; 17)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv A: Almen (Afsnit R)	Ja	-	0	(0; 52)	0 (0; 52)	0 (0; 98)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv Afsnit 103	Ja	-	0	(0; 84)		
Aalborg Universitetshospital, Intensiv B: Neuro og Traume (NOTIA)	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 23)	0 (0; 22)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv C: Hjerter, Lunge og Kar (TIA)	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 46)	0 (0; 84)
Sygehus Thy-Mors	-	-	.			0 (0; 84)
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 60)	

Afdelinger, der i perioden 2012 - 2014 ikke har haft data, der indgår i beregningen af indikatoren, fremgår ikke af tabellen.

¹Tæller/nævner (antal patienter der var bevidstløse, reaktionsløse, respirationsløse og respiratorbehandlet men som ikke blev erklæret hjernedøde, fordi det ikke var muligt at udføre den supplerende diagnostik, enten fordi hospitalet ikke havde det nødvendige udstyr, det nødvendige vagtberedskab eller at det ikke var muligt at overflytte patienten til et hospital med de nødvendige ressourcer/ antal patienter der var bevidstløse, reaktionsløse, respirationsløse og respiratorbehandlet, og som ikke blev erklæret hjernedøde).

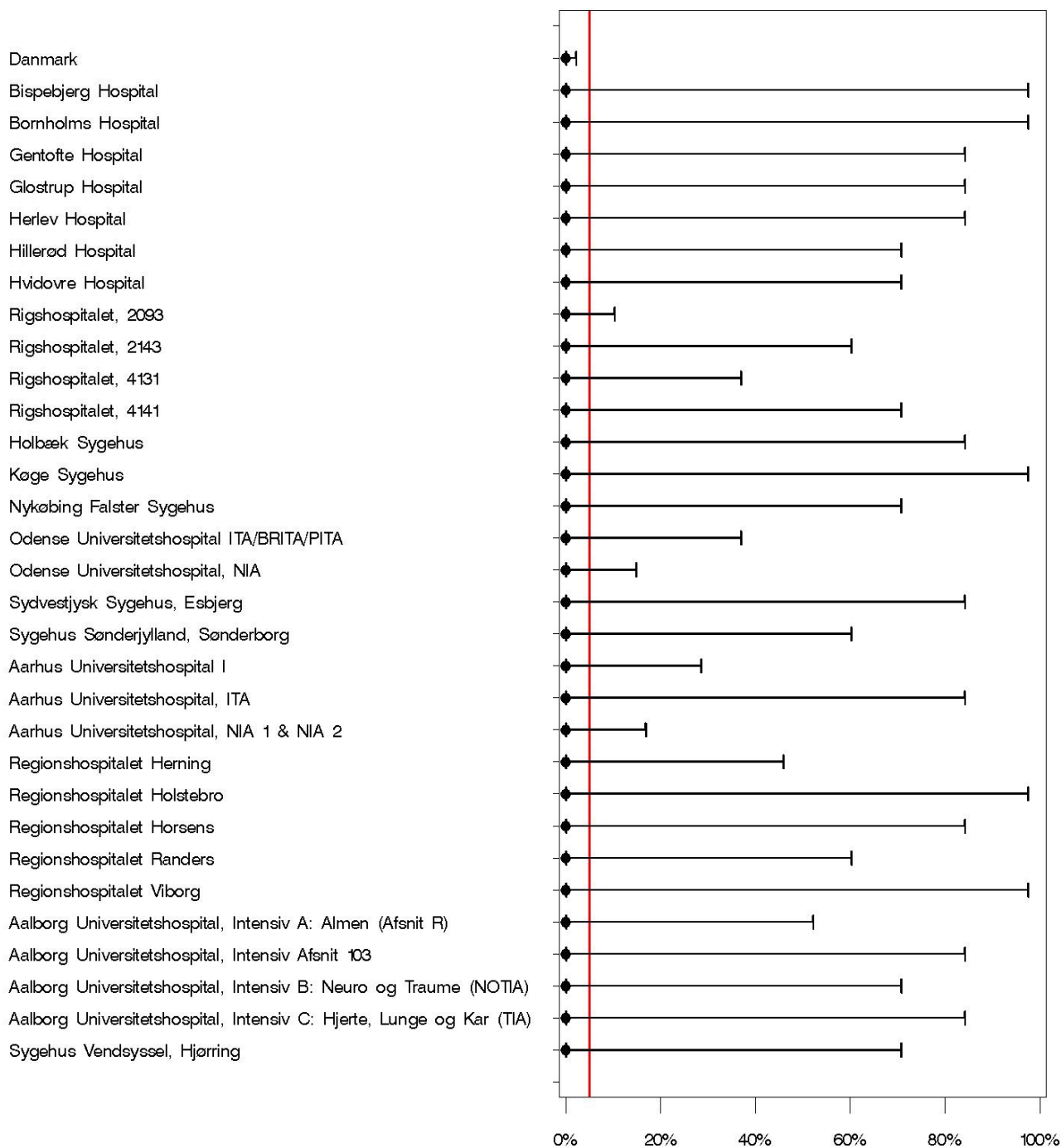
²95% sikkerhedsinterval.

Figur 4a. Hjernedødsdiagnostisering - supplerende diagnostisk metode opgjort på regionsniveau



Punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien ($\leq 5\%$) er angivet ved den lodrette linje.

Figur 4b. Hjernedødsdiagnostisering - supplerende diagnostisk metode opgjort på afdelingsniveau



Punkttestimer inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien ($\leq 5\%$) er angivet ved den lodrette linje. Afdelinger der ikke har haft data i 2014, der indgår i beregningen af indikatoren, fremgår ikke af figuren.

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering til indikator 4

Ud af de i alt 168 relevante patienter var der ingen tilfælde, hvor det ikke var muligt at supplere den kliniske hjernedødsundersøgelse med 4 kars opløbsarteriografi. Standarden $\leq 5\%$ er således opfyldt, hvilket også var tilfældet i 2011, 2012 og 2013.

Faglig klinisk kommentering fra styregruppen til indikator 4

Diagnosen hjernedød er en betingelse for, at organdonation kan finde sted. For at stille hjernedødsdiagnosen er det i nogle tilfælde nødvendigt at supplere den kliniske hjernedødsundersøgelse med 4 kars opløbsarteriografi. Opløbsarteriografi er for eksempel relevant ved primær hjernestammelæsion, ved anoxisk/iskæmisk hjerneskade og i tilfælde, hvor den kliniske hjernedødsundersøgelse ikke kan gennemføres på grund af f.eks. hævelse af ansigtet, bandagering og kvæstelse af rygmarven. I dag er det alene de fire universitetshospitaler, der råder over det avancerede tekniske udstyr og det vagtberedskab, der er nødvendigt for at kunne udføre og fortolke opløbsarteriografi, og der vil derfor være tilfælde, hvor en potentiel donor skal overflyttes hertil for at få stillet hjernedødsdiagnosen. Manglende mulighed for at gennemføre opløbsarteriografi kan betyde tab af donorer, hvis hjernedødsdiagnosen ikke kan stilles.

Registreringen viser, at det i alle relevante tilfælde lykkedes at få stillet hjernedødsdiagnosen. Indikatoren giver dog ikke mulighed for at afdække, om eventuelle problemer med diagnosticeringen har været en medvirkende, men ikke den primære, årsag til, at patienter ikke blev erklæret hjernedøde, hvilket i så fald vil betyde, at problemet ikke er blevet registreret. For at undersøge dette har styregruppen bedt transplantationscentrene om systematisk at registrere, om manglende mulighed for at gennemføre opløbsarteriografi har været en medvirkende årsag til, at hjernedøden ikke kunne diagnosticeres. Transplantationscentrene oplyser, at de ikke har registreret sådanne tilfælde i 2014.

Patienter der er genoplivet efter hjertestop har risiko for at udvikle hjerneødem på grund af cerebrale iskæmi og er dermed i risiko for at kunne inkarcerere, hvorved organdonation kan blive en mulighed. I 2013 udarbejdede DCO en opgørelse, som viste, at 28 hospitaler tilbyder hypotermibehandling af patienter med cirkulationsstop. En stor del af disse hospitaler har instrukser, der beskriver lokale retningslinjer for hypotermibehandling efter cirkulationsstop. Ud over lokale instrukser, er der to nationale dokumenter; Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicins guideline vedr. "Prognostisering af cerebralt udkomme hos patienter med manglende opvågning efter hjertestop" og Dansk Cardiologisk Selskabs holdningspapir vedr. "Håndtering af patienter med hjertestop udenfor hospitalerne". På baggrund af anbefaling fra styregruppen i Årsrapport 2013 har DCO kontakter selskaberne, som stiller sig positive overfor at tilføjer konkrete anvisninger, vedrørende muligheden for organdonation, i forbindelse med førstkommende revidering.

Af Årsrapport 2013 fremgik det, at der, det pågældende år, var 141 patientforløb, hvor der var anvendt hypotermibehandling, inden patienterne blev erklæret hjerne- eller hjertedøde. Styregruppen anbefalede, at de relevante intensivafdelinger, i samarbejde med DCO, skulle gennemgå journalerne på patientforløbene for at karakterisere patientgruppen og undersøge omfanget af donorpotentialer. Efterfølgende har det vist sig, at det til årsrapport 2013 ikke havde været muligt at identificere samtlige patienter, der havde modtaget kølebehandling, hvilket betyder, at der reelt har været flere end 141 patienter, der har modtaget kølebehandling i 2013. Journalgennemgangen, på de 141 patientforløb, dækker således ikke samtlige intensivafdelinger, der i 2013 havde kølebehandlede patienter.

De 141 patienter fordeler sig aldersmæssigt mellem 12-86 år, med hovedparten ældre end 50 år. Årsagerne til hjertestop var både spontant opstået, som f. eks. hjerterflimmer eller asystoli, samt strangulering, astmaanfald osv. Tre patienter havde malign sygdom og flere havde betydelig komorbiditet såsom lunge- og hjertesygdom.

Perioden hvor patienterne modtog kølebehandling varierede mellem 24-48 timer, og patienterne var efterfølgende indlagt mellem 0 og 26 dage, inden døden indtrådte.

Hos 41 patienter var det ikke relevant at foretage den anbefalede neurologiske vurdering efter 72 timer, fordi patienten forinden var afgået ved døden. Af journalerne fremgik det, at 34 patienter (34 %) fik foretaget regelret neurologisk tilsyn efter 72 timer, hvilket skal ses i lyset af, at ikke alle hospitaler har en neurologisk afdeling tilknyttet.

I 63 (45 %) af de 141 forløb, fremgik det af journaloptegnelserne, at patienterne dagligt fik foretaget en vurdering af pupiller og anden neurologisk vurdering.

I journaloptegnelserne er der beskrevet forskellige årsager til, at behandlingen blev afsluttet, hvorved hjertedøden indtrådte, og organdonation ikke længere var en mulighed. 41 patienter fik kredsløbssvigt og 44 fik organsvigt, hvor især sidstnævnte kan vanskelig- eller helt umuliggøre organdonation. I 16 tilfælde indstillede man behandlingen med baggrund i patientens kliniske tilstand (ikke nærmere beskrevet). I ingen af disse 101 tilfælde fremgik det af journalerne, at patienten var hjernedød inden behandlingen blev indstillet.

I 11 forløb blev det vurderet, at hjernedøden var indtrådt. Transplantationscenteret blev kontaktet i 10 af disse tilfælde og organdonation blev vurderet at være en mulighed hos 3 af patienterne. I 1 tilfælde ønskede de pårørende ikke donation, 1 tilfælde er uoplyst og organdonation blev gennemført i 1 tilfælde.

I de resterende 29 journaler var der ingen oplysninger vedr. ovenstående parametre.

Journalgennemgangen viste overordnet, at i langt de fleste tilfælde var patienterne ikke indlæggende, da behandlingen blev afsluttet. På baggrund af journaloptegnelserne er det således ikke muligt at vurdere et eventuelt donorpotentiale, idet det er uvist, om patienterne ville indlægges, og hvornår, hvis behandlingen ikke var blevet afbrudt.

På baggrund af den Nationale Handlingsplan for Organdonation fra 2014, er "best practice" for organdonation blevet afdækket og beskrevet. Rapporten om "best practice" er bygget op omkring 19 fokuspunkter, der skal understøtte afdelingernes opgaver i forbindelse med organdonation, herunder fokus på denne indikator. Begge rapporter er tilgængelige på DCO's hjemmeside (organdonation.dk).

Anbefaling til indikator 4

Styregruppen anbefaler, at indikatoren udgår, da standarden har været opfyldt siden den første opgørelse i 2010, hvor Organdonationsdatabasen blev etableret. Fremover vil det fortsat fremgå af forløbsdiagrammet, afsnit 4, hvis intensivafdelingerne registrerer tilfælde, hvor det ikke er muligt at foretage 4 kars opløbsarteriografi som supplerende diagnostisk metode.

Indikator 5. Hjernedødsdiagnostisering - den kliniske hjernedødsundersøgelse

Indikatoren viser andelen af tilfælde, hvor hjernedødsdiagnosen ikke kunne stilles, fordi der ikke var en speciallæge til rådighed.

Tabel 5. Andelen af tilfælde hvor hjernedødsdiagnosen ikke kunne stilles, fordi der ikke var en speciallæge til rådighed. Standard $\leq 5\%$

	Standard	Tæller/ nævner ¹	Aktuelle år		Tidligere år	
			2014	2013	2012	
	opfyldt		% (95% Cf)	% (95% Cf)	% (95% Cf)	
Danmark	Ja	0/168	0 (0; 2)	1 (0; 4)	0 (0; 3)	
Hovedstaden	Ja	-	0 (0; 6)	0 (0; 8)	0 (0; 8)	
Sjælland	Ja	-	0 (0; 46)	0 (0; 52)	0 (0; 25)	
Syddanmark	Ja	-	0 (0; 9)	0 (0; 14)	0 (0; 11)	
Midtjylland	Ja	-	0 (0; 8)	0 (0; 8)	0 (0; 14)	
Nordjylland	Ja	-	0 (0; 22)	3 (0; 18)	0 (0; 17)	
Hovedstaden	Ja	-	0 (0; 6)	0 (0; 8)	0 (0; 8)	
Bispebjerg Hospital	Ja	-	0 (0; 98)		0 (0; 98)	
Bornholms Hospital	Ja	-	0 (0; 98)		0 (0; 98)	
Gentofte Hospital	Ja	-	0 (0; 84)	0 (0; 71)		
Glostrup Hospital	Ja	-	0 (0; 84)	0 (0; 98)	0 (0; 84)	
Herlev Hospital	Ja	-	0 (0; 84)	0 (0; 71)	0 (0; 60)	
Hillerød Hospital	Ja	-	0 (0; 71)	0 (0; 84)	0 (0; 60)	
Hvidovre Hospital	Ja	-	0 (0; 71)	0 (0; 98)	0 (0; 71)	
Rigshospitalet, 2093	Ja	-	0 (0; 10)	0 (0; 21)	0 (0; 17)	
Rigshospitalet, 2143	Ja	-	0 (0; 60)	0 (0; 46)		
Rigshospitalet, 4131	Ja	-	0 (0; 37)	0 (0; 46)	0 (0; 46)	
Rigshospitalet, 4141	Ja	-	0 (0; 71)	0 (0; 52)	0 (0; 71)	
Sjælland	Ja	-	0 (0; 46)	0 (0; 52)	0 (0; 25)	
Holbæk Sygehus	Ja	-	0 (0; 84)		0 (0; 84)	
Køge Sygehus	Ja	-	0 (0; 98)			
Nykøbing Falster Sygehus	Ja	-	0 (0; 71)	0 (0; 84)	0 (0; 84)	
Næstved Sygehus	-	-	.	0 (0; 98)	0 (0; 71)	
Roskilde Sygehus	-	-	.		0 (0; 52)	
Slagelse Sygehus	-	-	.	0 (0; 84)	0 (0; 98)	
Syddanmark	Ja	-	0 (0; 9)	0 (0; 14)	0 (0; 11)	
Odense Universitetshospital ITA/BRITA/PITA	Ja	-	0 (0; 37)	0 (0; 52)	0 (0; 52)	
Odense Universitetshospital, NIA	Ja	-	0 (0; 15)	0 (0; 25)	0 (0; 18)	
Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus	-	-	.	0 (0; 98)	0 (0; 98)	
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	-	0 (0; 84)	0 (0; 84)	0 (0; 71)	
Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus	-	-	.		0 (0; 98)	
Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus	-	-	.		0 (0; 98)	

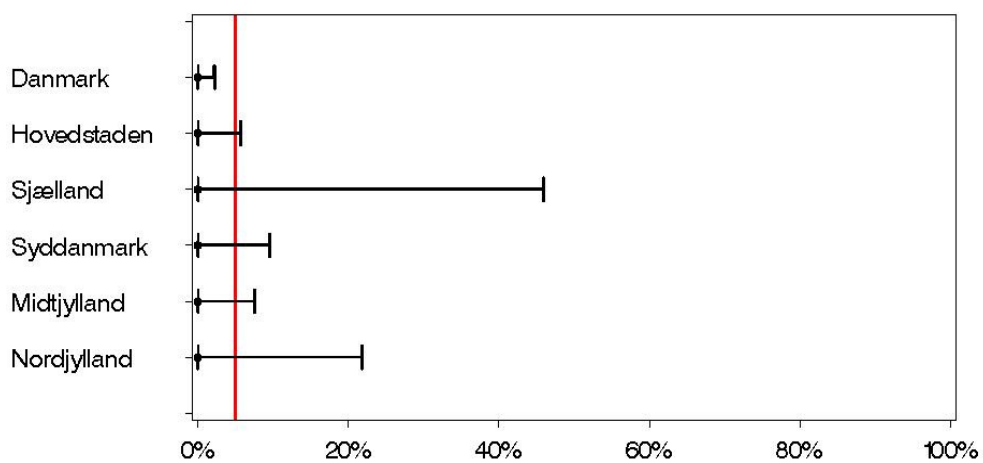
	Standard opfyldt	Tæller/nævner ¹	Aktuelle år		Tidligere år	
			2014 % (95% CI ²)	2013 % (95% CI ²)	2012 % (95% CI ²)	
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	-	-	.			0 (0; 84)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	-	0	(0; 60)	0 (0; 60)	
Midtjylland	Ja	-	0	(0; 8)	0 (0; 8)	0 (0; 14)
Aarhus Universitetshospital I	Ja	-	0	(0; 28)	0 (0; 41)	0 (0; 28)
Aarhus Universitetshospital, ITA	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 98)	0 (0; 98)
Aarhus Universitetshospital, NIA 1 & NIA 2	Ja	-	0	(0; 17)	0 (0; 14)	
Regionshospitalet Herning	Ja	-	0	(0; 46)	0 (0; 71)	0 (0; 71)
Regionshospitalet Holstebro	Ja	-	0	(0; 98)		0 (0; 98)
Regionshospitalet Horsens	Ja	-	0	(0; 84)	0 (0; 98)	0 (0; 84)
Regionshospitalet Randers	Ja	-	0	(0; 60)	0 (0; 71)	
Regionshospitalet Silkeborg	-	-	.			0 (0; 98)
Regionshospitalet Viborg	Ja	-	0	(0; 98)	0 (0; 71)	0 (0; 52)
Nordjylland	Ja	-	0	(0; 22)	3 (0; 18)	0 (0; 17)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv A: Almen (Afsnit R)	Ja	-	0	(0; 52)	0 (0; 52)	0 (0; 98)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv Afsnit 103	Ja	-	0	(0; 84)		
Aalborg Universitetshospital, Intensiv B: Neuro og Traume (NOTIA)	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 23)	0 (0; 22)
Aalborg Universitetshospital, Intensiv C: Hjerter, Lunge og Kar (TIA)	Ja	-	0	(0; 84)	17 (0; 64)	0 (0; 84)
Sygehus Thy-Mors	-	-	.			0 (0; 84)
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Ja	-	0	(0; 71)	0 (0; 60)	

Afdelinger, der i perioden 2012 - 2014 ikke har haft data, der indgår i beregningen af indikatoren, fremgår ikke af tabellen.

¹Tæller/nævner (Antal patienter der var bevidstløse, reaktionsløse, respirationsløse og respiratorbehandlet), og som ikke blev erklæret hjernedøde, fordi det ikke var muligt at få en speciallæge i et af neuro-fagene til at udføre den kliniske hjernedødsundersøgelse/antal patienter der var bevidstløse, reaktionsløse, respirationsløse og respiratorbehandlet, og som ikke blev erklæret hjernedøde).

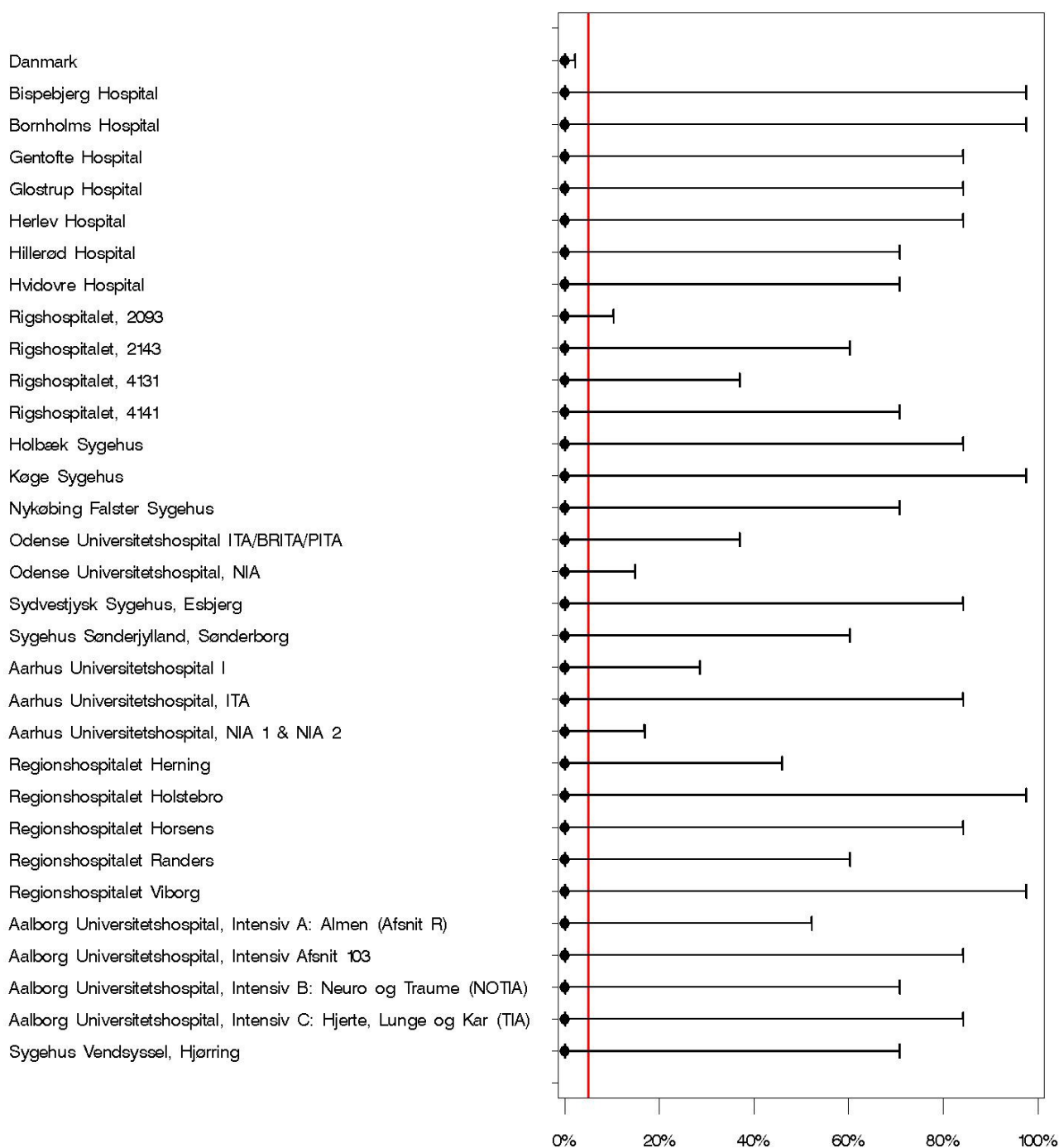
²95% sikkerhedsinterval.

Figur 5a. Hjernedødsdiagnostisering - den kliniske hjernedødsundersøgelse



Punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien ($\leq 5\%$) er angivet ved den lodrette linje.

Figur 5b. Hjernedødsdiagnostisering - den kliniske hjernedødsundersøgelse



Punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien ($\leq 5\%$) er angivet ved den lodrette linje. Afdelinger der ikke har haft data i 2014, der indgår i beregningen af indikatoren, fremgår ikke af figuren.

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering til indikator 5

Ud af de i alt 168 relevante patienter var der ingen tilfælde, hvor hjernedødsdiagnosen ikke kunne stilles, fordi der ikke var en speciallæge til rådighed. Standarden $\leq 5\%$ er således opfyldt, hvilket også var tilfældet i 2010, 2011, 2012 og 2013.

Faglig klinisk kommentering fra styregruppen til indikator 5

Diagnosen hjernedød er en betingelse for, at organdonation kan finde sted. Ifølge loven skal hjernedødsdiagnosen stilles under medvirken af en speciallæge i neurokirurgi eller neuromedicin. Da ikke alle hospitaler råder over speciallæger indenfor et af neurofagene, eller ikke har et tilstrækkeligt vagtberedskab, vil der være behov for at kunne tilkalde en speciallæge fra et andet hospital til hjernedødsdiagnostisering. Hvis det ikke er muligt at tilkalde en speciallæge til at foretage den kliniske hjernedødsundersøgelse, kan det betyde tab af donorer. Som ved indikator 4 kan det ikke udelukkes, at afdelingerne har haft problemer med diagnosticeringen, men at andre årsager er angivet som den primære årsag til, at patienten ikke blev erklæret hjernedød. For at afdække dette har styregruppen bedt transplantationscentre om systematisk at registrere, om der har været tilfælde hvor den kliniske hjernedødsundersøgelse ikke er gennemført på grund af manglende tilstedeværelse af en speciallæge. Transplantationscentre oplyser, at de ikke har registreret sådanne tilfælde i 2014.

Anbefaling til indikator 5

Styregruppen anbefaler, at indikatoren udgår, da standarden har været opfyldt siden 2010, hvor Organdonationsdatabasen blev etableret. Fremover vil det fortsat fremgå af forløbsdiagrammet, afsnit 4, hvis intensivafdelingerne registrerer tilfælde, hvor det ikke var muligt at få en speciallæge til at udføre hjernedødsundersøgelsen.

4. Forløbsdiagram

Forløbsdiagrammet på næste side er baseret på samtlige patientdata, der er indberettet fra intensivafdelingerne til Landspatientregistret i 2014. Organdonationsdatabasens fem indikatorer er udvalgt på baggrund af dette datasæt. Forløbsdiagrammet anvendes bl.a. af styregruppen i vurderingen af, om det er de relevante områder, der er udarbejdet indikatorer og standarder for. Hvis der er angivet flere årsager til, at en potentiel donor ikke blev erklæret hjernedød, har vi i forløbsdiagrammet konsekvent kategoriseret patienten under den sidst anførte årsag.

Appendiks VI indeholder tilsvarende forløbsdiagrammer for perioden 2011-2013. Indikatorresultaterne for disse år er blevet genberegnet efter årsrapporterne blev udarbejdet, da der efterfølgende er lavet en del korrektioner af afdelingernes indberetninger. Der vil derfor være en mindre variation i disse i forhold til forløbsdiagrammerne fra årsrapporterne 2011-2013.

Forløbsdiagram for patientgruppen samt årsager til at afdøde patienter ikke blev organdonorer - diagrammet er baseret på data indberettet til LPR for hele landet 1/1 - 31/12 2014

Totale antal dødsfald* på intensivafdelingerne: Antal 2.880

* Såvel hjertedøde som hjernedøde

Antal: 2.121

Ingen mistanke om, eller påvist, en potentiel dødelig hjerneskade.

Patientgruppen for donordetektion: Antal 760 (inkl. 1 fejlregistrering)

Def.: patienter hvor der var mistanke om, eller påvist, en potentiel dødelig hjerneskade

Antal: 497

Patienter hvis kliniske tilstand ikke var forenelig med *betingelserne for at kunne konstatere en patient for hjernedød

*Bevidstløs, reaktionsløs og respirationsløs

Antal potentielle organdonorer: 263

Patienter hvis kliniske tilstand umiddelbart var forenelig med betingelserne* for at kunne konstatere hjernedødens indtræden

* Bevidstløs, reaktionsløs og respirationsløs

Antal: 175 potentielle organdonorer blev ikke erklæret hjernedøde

Årsag:

- 42 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering efter samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 22 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering uden samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 12 Pludseligt hjertestop
- 12 Hjernedødsundersøgelsen viste reflekser eller intrakraniell cirkulation
- 13 Patienten ønskede ikke at være donor
- 1 Patienten ønskede at være donor, men pårørende afslog
- 50 Patientens indstilling ukendt, og pårørende ønskede ikke donation
- 2 Patientens indstilling ukendt, og ikke muligt at finde pårørende
- 0 Patienten ikke identificeret
- 1 Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet
- 0 Ikke kapacitet på intensivafdelingen
- 0 Ikke muligt af få en speciallæge til at udføre hjernedødsundersøgelsen
- 0 Ikke muligt at anvende cerebral 4-kars arteriografi som supplerende diagnostisk metode
- 8 Organdonation ikke overvejet
- 1 Politiet nedlagde forbud mod donation
- 11 Ikke angivet årsagsforklaring

Antal potentielle organdonorer der blev erklæret hjernedøde: 88

Diagnostisk metode:
Klinisk hjernedødsundersøgelse 57
Klinisk hjernedødsundersøgelse suppleret med A-grafi 30
Diagnostisk metode ikke registreret 6
Fejlregistreringer 5

Antal: 12 patienter, der var erklæret hjernedøde, blev ikke organdonorer.

Årsag:

- 5 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering efter samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 0 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering uden samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 1 Pludseligt hjertestop
- 0 Afdøde ønskede ikke at være donor
- 1 Afdøde ønskede at være donor, men pårørende afslog
- 5 Afdødes indstilling ukendt, og pårørende ønskede ikke donation
- 0 Afdødes indstilling ukendt, og ikke muligt at finde pårørende
- 0 Afdøde ikke identificeret
- 0 Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet
- 0 Ikke kapacitet på intensivafdelingen
- 0 Ikke kapacitet på operationsafdelingen
- 0 Politiet nedlagde forbud mod donation

Antal organdonorer: 76*

Def.: Patienter som er erklæret hjernedøde, vurderet medicinsk egnede til donation og hvor der er givet samtykke til donation fra patient eller pårørende.

* Tallet svarer ikke 100 % overens med opgørelsen fra Scandiarttransplants database, dette er nærmere beskrevet under afsnittet om datagrundlag.

Beskrivelse af forløbsdiagram

I 2014 indberettede intensivafdelingerne i alt 2.880 dødsfald, såvel hjertedøde som hjernedøde, til Organdonationsdatabasen via Landspatientregistret. Af de 2.880 afdøde var der 760 tilfælde (26 %), hvor patienterne havde pådraget sig en anoxisk eller strukturel skade af hjernen. De 760 patienter udgjorde dermed patientgruppen for donordetektion, hvor det er relevant, at personalet på intensivafdelingerne er opmærksomme på muligheden for organdonation. Af de 760 patienter i detektionsgruppen var der 497 tilfælde (65 %), hvor patienternes tilstand ikke opfyldte betingelserne for at konstatere hjernedøden, hvilket vil sige, at patienterne ikke var bevidstløse, reaktionsløse og respirationsløse. 263 var umiddelbart potentielle donorer, hvoraf 76* blev organdonorer.

Der blev indberettet følgende årsager til at 187, umiddelbart potentielle donorer, ikke blev organdonorer:

Lægefaglig vurdering.

- i 47 tilfælde blev der truffet beslutning om, at en potentiel donor, ud fra en lægefaglig vurdering, ikke kunne blive organdonor. Beslutningen blev truffet efter samråd mellem et transplantationscenter og intensivafdelingernes læger.
- i 22 tilfælde afstod intensivafdelingerne ud fra en lægefaglig vurdering uden samråd med et transplantationscenter.
- 13 patienter hjertedøde pludseligt.
- i 12 tilfælde viste hjernedødsundersøgelsen, at patienten ikke kunne erklæres hjernedød.

Samtykkebetinget årsag

- i 55 tilfælde havde den afdøde ikke selv tilkendegivet sin stillingtagen, og de pårørende ønskede ikke, at patienten skulle donere organer.
- i 13 tilfælde havde den afdøde tidligere tilkendegivet, at han/hun ikke ønskede at være organdonor.
- i 2 tilfælde havde den afdøde tidligere tilkendegivet, at han/hun ønskede at være organdonor, men pårørende afslog.
- i 2 tilfælde var patientens indstilling ukendt, og det var ikke muligt at finde pårørende.
- i 1 tilfælde kunne pårørende ikke informeres pga. manglende habilitet.

Andre årsager

- i 8 tilfælde havde intensivafdelingerne ikke overvejet muligheden for organdonation.
- i 1 tilfælde havde politiet nedlagt forbud mod organdonation.

Årsager ikke angivet

- i 11 tilfælde var der ikke angivet årsag til, at patienterne ikke blev accepterede til donation.

Ovenstående inkluderer samtlige registrerede årsager til, at potentielle organdonorer ikke blev accepteret til donation. De anførte årsager er således uafhængige af, om de øvrige variable (patientens tilstand var forenelig med diagnosen hjernedød, patienten var erklæret hjernedød og pårørende var informeret om muligheden for organdonation) var indberettet korrekt.

Der kan have været flere konkurrerende årsager til, at patienten ikke blev accepteret til donation, men afdelingerne bliver udelukkende bedt om at indberette den primære årsag. Foruden ovenstående årsager har det været muligt at registrere årsagsforklaringer vedrørende kapacitetsproblemer, andre juridiske forudsætninger for organdonation og muligheden for hjernedødsdiagnosticering. Ingen af disse årsager har været benyttet i 2014. Samtlige årsagsforklaringer, der kan angives, fremgår af registreringsarket i appendiks II.

* Tallet svarer ikke 100 % overens med opgørelsen fra Scandiatriansplants database, dette er nærmere beskrevet under afsnittet om datagrundlag.

5. Beskrivelse af sygdomsområdet

Organdonationsdatabasen er en klinisk kvalitetsdatabase, hvis overordnede formål er at sikre, at der på alle intensivafdelinger foretages en vurdering af afdødes egnethed som organdonor. For den enkelte intensivafdeling er Organdonationsdatabasen et kvalitetsudviklingsredskab, som afdelingen kan bruge til at overvåge, evaluere og forbedre kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats på organdonationsområdet.

Organdonationsdatabasen er godkendt af Sundhedsstyrelsen og forankret hos Dansk Center for Organdonation. Centrets formål og opgaver er fastlagt i et arbejdsgrundlag, som er godkendt i 2009 af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Centret har en bunden opgave i forhold til at optimere udnyttelsen af det foreliggende organpotentiale, og databasen er etableret med henblik på at opfylde dette mål. Organdonationsdatabasen skal skabe grundlag for en målrettet indsats, således at donorpotentialet bliver anvendt optimalt under hensyntagen til afdødes og/eller de pårørendes indstilling til organdonation, eventuelle medicinske kontraindikationer samt opfyldelse af de juridiske betingelser. Derudover kan Organdonationsdatabasen danne grundlag for forskning på området.

Indikatorerne, med tilhørende standarder, er primært fastsat på baggrund af erfaringsbaseret viden, idet der er yderst begrænset evidens på området. Dette betyder, at styregruppen følger indikatorerne tæt med henblik på at vurdere, om det er de relevante områder, der er udarbejdet indikatorer for, og om standarderne er realistiske. En nærmere beskrivelse af indikatorerne fremgår af appendiks V.

Hjernedød er en forudsætning for, at organdonation kan finde sted, og antallet af hjernedøde bliver derfor bestemmende for antallet af donorer. Intensivafdelingerne har alene indflydelse på, om donorpotentialet identificeres og anvendes optimalt.

National handlingsplan for organdonation

For at styrke området vedtog regeringen, sammen med en række af Folketingets partier, en national handlingsplan for organdonation i juli 2014, (tilgængelig via Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sum.dk). Handlingsplanen baserer sig på anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens faglige arbejdsgruppe og består af 23 initiativer, som alle vil være med til at styrke området, herunder Organdonationsdatabasens indikatorer.

I Handlingsplanen er det angivet, at Dansk Center for Organdonation sammen med hospitalerne skal afdække og udbrede "best practice" for organdonation. Best practice er efterfølgende blevet undersøgt og beskrevet, og de donationsansvarlige nøglepersoner og deres ledelser er informeret om dette arbejde i forbindelse med DCO's årsmøde 2015. Indsatsen, med at indarbejde "best practice" i de enkelte intensivafdelinger, påbegyndes i et samarbejde mellem afdelingerne og DCO i indeværende år og forventes blandt andet at kunne styrke afdelingernes indsats for at opfylde standarderne for databasens indikatorer.

National målsætning

Den 22. februar 2011 vedtog Folketinget en national målsætning for antal organdonorer i Danmark (appendiks IV). Den nationale målsætning tager udgangspunkt i Organdonationsdatabasens indikator 2 og 3, der vedrører henholdsvis afslagsfrekvensen fra de pårørende og sundhedspersonalets opmærksomhed på potentielle donorer. Standarden for indikator 2 var, i databasens første registreringsår, fastsat til ≤ 30 % afslag fra pårørende, men siden er der foretaget to justeringer. Den første justering blev foretaget i forbindelse med folketingsbeslutningen i 2011, hvor standarden blev ændret til ≤ 20 %. Den anden justering fandt sted i 2014, hvor standarden blev justeret til ≤ 15 %, så den følger den angivne målsætning i Den Nationale Handlingsplan for Organdonation fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Standarden for indikator 3 er uændret.

Nationalt projekt vedr. yderligere styrkelse af indsatsen på området for organdonation i Danmark

Sideløbende med indsatsen på intensivafdelingerne har Dansk Center for Organdonation iværksat et projekt, hvor der sættes fokus på patientforløb uden for intensivafdelingerne. Formålet med projektet er at afdække, om der, uden for de intensive afdelinger, er potentielle organdonorer, som ikke bliver reelle organdonorer.

Samtidig ønsker man at undersøge årsagerne hertil samt præsentere forslag til tiltag, der sikrer, at der i disse patientforløb også bliver skabt rammer for, at der i alle relevante tilfælde bliver taget stilling til organdonation. Projektet er bygget op omkring følgende delprojekter:

- Præhospital behandling og visitering til en neurointensiv afdeling
- Forløbsanalyse af potentielle donorers vej gennem hospitalssystemet

Projektet afsluttes i 2015.

Finansiering af Organdonationsdatabasen

DCO finansieres over finansloven, og der er i Centrets budget afsat midler til opbygning og drift af databasen samt opfølgning i forhold til afdelingerne, hvorfor der ikke er søgt anden finansiering.

6. Datagrundlag

Årsrapporten er baseret på data udtrukket fra Landspatientregistret og vedrører de patienter, der døde på en intensivafdeling i perioden fra 1. januar til 31. december 2014. Patienterne har modtaget intensivterapi eller intensivobservation og døde på en intensivafdeling.

Region Sjælland er den eneste region, der ikke har en neurointensiv afdeling, og da det største donorpotentiale findes på disse afdelinger, er antallet af registreringer, der vedrører indikatorerne, lavere i Region Sjælland end i de øvrige 4 regioner.

Efter årsrapporten for 2013 blev udarbejdet, er der lavet en del korrektioner af afdelingernes indberetninger til Landspatientregistret, hvorfor indikatoropgørelserne for 2013 er genberegnet, og resultaterne varierer derfor en smule i forhold til opgørelserne, der fremgik af årsrapporten fra 2013.

Registreringsprocedure

I forbindelse med etableringen af Organdonationsdatabasen (ODD) er der udviklet et registreringsark, jf. appendiks II, med tilhørende koder i Landspatientregistret (LPR). Dette skal udfyldes for alle patienter, der dør på en intensivafdeling.

Dækningsgrad på afdelingsniveau

På baggrund af LPR data er det muligt at se, hvilke intensivafdelinger der registrerer de relevante data og indberetter organdonationsdata til LPR. Nedenstående tabel viser, at 41 ud af 41 afdelinger, der potentielt har patienter, der skal indgå i Organdonationsdatabasen, har udfyldt et eller flere registreringsark. Dækningsgraden for de indberettende afdelinger er således 100 %.

Afdelinger der indberetter organdonationsdata i de patientadministrative systemer

Region	Afdelingsnavne
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital
	Bornholms Hospital
	Gentofte Hospital
	Glostrup Hospital
	Herlev Hospital
	Hillerød Hospital
	Hvidovre Hospital
	Rigshospitalet, 2093
	Rigshospitalet, 2143
	Rigshospitalet, 4131
	Rigshospitalet, 4141
Sjælland	Holbæk Sygehus
	Køge Sygehus
	Nykøbing Falster Sygehus
	Slagelse Sygehus
	Roskilde Sygehus
	Næstved Sygehus
Syddanmark	Odense Universitetshospital ITA/BRITA/PITA
	Odense Universitetshospital, NIA
	Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus
	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg

Region	Afdelingsnavne
	Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus
	Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital I
	Aarhus Universitetshospital, ITA
	Aarhus Universitetshospital, NIA 1 & NIA 2
	Aarhus Universitetshospital, OVITA
	Regionshospitalet Herning
	Regionshospitalet Holstebro
	Regionshospitalet Horsens
	Regionshospitalet Randers
	Regionshospitalet Silkeborg
	Regionshospitalet Viborg
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital, Hobro
	Aalborg Universitetshospital, Intensiv A: Almen (Afsnit R)
	Aalborg Universitetshospital, Intensiv Afsnit 103
	Aalborg Universitetshospital, Intensiv B: Neuro og Traume (NOTIA)
	Aalborg Universitetshospital, Intensiv C: Hjerne, Lunge og Kar (TIA)
	Sygehus Thy-Mors
	Sygehus Vendsyssel, Hjørring

Datakomplethed

Basispopulationen for årsrapporten er i alt 2.880 patienter, for hvem der er udfyldt et registreringsark (appendiks II), dvs. patienterne er døde på en intensivafdeling. Med udgangspunkt i data, svarende til de 2.880 patienter, er der observeret nogle typiske registreringsfejl. Fejlregistreringerne vedrører primært: manglende angivelse af procedurekoder samt registrering af irrelevante data for patienter.

Dette betyder blandt andet, at der ikke er fuld overensstemmelse mellem indikatoropgørelserne og forløbsdiagrammet i afsnit 4. For nogle ganske få patienter er der angivet flere årsager (koder) i registreringsarket til, at patienten ikke blev erklæret hjernedød eller ikke blev kørt på operationsstuen. I de tilfælde har vi i flowdiagrammerne konsekvent kategoriseret patienten under den sidst anførte kode for hver patient.

Desuden er procedure- og diagnosekoder for nogle patienter indberettet fra mere end 1 afdeling. I de tilfælde er patienten kategoriseret under en intensivafdeling og ikke en stamafdeling, og hvis patienten er indberettet fra flere intensivafdelinger, er de kategoriseret under den afdeling, hvor fra de sidst er indberettet.

For et parameter, antallet af donorer, kan datakompletheden i ODD (LPR data) vurderes ved at sammenholde med det tilsvarende antal donorer registreret i Scandiatransplants database* i den tilsvarende tidsperiode. Scandiatransplants data kan i denne sammenhæng betragtes som den sande værdi, da det antages, at alle donorer er registreret i denne database. Datakompletheden, for antallet af donorer i ODD, er således 89 % (70/ 79) jf. nedenstående tabel.

I nedenstående tabel fremgår kun data fra 2014, da der tidligere udelukkende har været fortaget en sammenligning mellem "accepterede donorer" registreret i Scandiatransplant med antallet af donorer registret i ODD (LPR data). Da denne sammenligning ikke er optimal, sammenlignes nu i stedet antal "actual donors"*** registreret i Scandiatransplant med antal donorer i registreret i ODD (LPR data).

*Scandiatransplant er en nordisk organisation for organudveksling, der består af 12 nordiske transplantationscentre. Organisationen dækker 24,5 mio. indbyggere i 5 lande: Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige. Scandiatransplants database har til formål at matche donor med recipienter.

**Actual donor: er en organdonor, hvor mindst ét organ er udtaget mhp. transplantation

Antal organdonorer registreret henholdsvis i LPR* og Scandiatransplant**

Registreringssted	2014
Registreret som organdonor i Scandiatransplant, men ikke som organdonor i LPR	4
Registreret som organdonor i Scandiatransplant, med findes ikke i LPR	5
Registeret som organdonor i LPR men IKKE i Scandiatransplant	6
Registeret som organdonor i BÅDE LPR og Scandiatransplant	70
I alt registreret som organdonor i Scandiatransplant	79****
Datakomplethed for antal organdonorer i LPR	89 %

***Registreret som organdonor i LPR, betyder at de benyttede organdonationskoder angiver følgende: En hjernedød person hvor der hverken er medicinske eller juridiske kontraindikationer mod organdonation, og som er transporteret til operationsstuen med henblik på organdonation.

****79 danske organdonorer samt 1 udenlandsk organdonor.

Udenlandske statsborgere, der bliver donorer i Danmark, fremgår ikke af årsrapporten, da patientbehandling af udenlandske statsborgere ikke registreres i Landspatientregistret.

Tilsvarende andre databaser kan det ikke forventes, at databasen vil opnå 100 % overensstemmelse med "guld standarden", i dette tilfælde Scandiatransplants database.

En gennemgang af data for de 4 patienter som er registreret i Scandiatransplant men ikke i LPR samt de 6 patienter som er registreret i LPR men ikke i Scandiatransplant, viser følgende:

Registeret som donor i Scandiatransplant men IKKE i LPR

- De 4 fejl er fordelt på 4 hospitaler og 4 afdelinger
- 3 tilfælde er fejlkodninger foretaget af de indberettende afdelinger,
- 1 tilfælde er der tale om en uforklarlig fejl, som ikke umiddelbart kan tilskrives fejlkodning af de indberettende afdelinger

Registeret som donor i LPR men IKKE i Scandiatransplant

- De 6 fejl er fordelt på 5 hospitaler og 6 afdelinger
- 6 tilfælde er fejlkodninger foretaget af de indberettende afdelinger

DCO har rettet henvendelse til de pågældende afdelinger for at afdække, hvilke typer af fejl der er tale om, og fejlene er efterfølgende blevet rettet.

I 2014 har DCO afholdt møder med hver enkelt intensivafdeling bl.a. med henblik på at forbedre datakvaliteten og inspirere afdelingernes donationsansvarlige nøglepersoner og afdelingsledelserne til at få ejerskab til afdelingens organdonationsdata. De donationsansvarlige nøglepersoner anbefales løbende at følge op på kvaliteten af registreringer i egen afdeling.

På dette grundlag vurderes det, at data, der er anvendt i denne rapport, er dækkende og valide i forhold til at kunne opgøre kvalitetsindikatorerne for organdonation.

Indikatoroppgørelser

Alle fem indikatorer er opgjort nationalt som proportioner med tilhørende 95 % sikkerhedsintervaller (95 % CI). For hver indikatoroppgørelse er henholdsvis tæller og nævner anført på landsplan. Alle indikatorer er desuden opgjort på afdelings- og regionalt niveau. Alle indikatoroppgørelser er baseret på et meget lille antal observationer både på nationalt niveau og i særdeleshed på afdelingsniveau. Dette afspejler sig i sikkerhedsintervallerne, som er et udtryk for den statistiske præcision af estimerne. De anførte proportioner på afdelingsniveau, med de tilhørende brede sikkerhedsintervaller, må derfor vurderes med stor forsigtighed, og sammenligninger mellem afdelinger og indenfor afdelingerne (2013 versus 2014) kan derfor ikke anbefales.

7. Styregruppens medlemmer

Styregruppen for Organdonationsdatabasen, april 2015

- Formand, centerleder Helle Haubro Andersen, Dansk Center for Organdonation
- Seniorforsker, Ph.d. Ellen M. Mikkelsen, Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik, Nord
- Cheflæge, afdelingschef Hans Peder Graversen, databaseansvarlig myndighed, Region Midtjylland
- Ledende overlæge Jørn Bo Madsen, Region Sjælland
- Overlæge Preben Sørensen, Region Nordjylland
- Ledende overlæge Lars Bo Ilkjær, Region Midtjylland
- Overlæge Birgit Wolff, Region Syddanmark
- Region Hovedstaden har ikke ønsket at være repræsenteret i styregruppen
- Overlæge Niels Agerlin, Dansk Neurokirurgisk Selskab
- Overlæge Inge Krogh Severinsen, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin
- Overlæge Søren Schwartz Sørensen, Dansk Transplantationsselskab
- Intensivsygeplejerske Ann-Sophi Jappe, Fagligt Selskab for Neurosygeplejersker*
- Intensivsygeplejerske Nina Lennert, Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv og Opvågnings- og sygeplejersker**
- AC-fuldmægtig Tina Meltzer Rørholm, Dansk Center for Organdonation
- Udviklings- og sygeplejerske Lone Bøgh, Dansk Center for Organdonation

Ændringer i styregruppens sammensætning siden nedsættelse af styregruppen den 31. august 2009

* Ann-Sophi Jappe afløste Dorte Holdgaard februar 2011

**Nina Lennert afløste Mette Ring juni 2014

Styregruppens kommissorium fremgår af appendiks III.

8. Appendiks

Appendiks I - Actioncard donordetektion

Actioncard - Donordetektion

Ring

og bed om transplantationskoordinator
når patienten opfylder følgende kriterier:

Patienten har en hjerneskade, der er betinget af fx:
Hjerneblødning • Hovedtraume • Infektion i
centralnervesystemet • Hjernesvulst • Hjertestop
Hængning • Drukning • Kvælning
Hjernestammelæsion • Lungeemboli • Forgiftning

↓ samt

Patienten ligger i respirator

↓ samt

Alle behandlingsmuligheder er udtømte

↓ samt

Der er kliniske tegn på, at patienten kan inkarcerere, idet
der er progression af coma og aftagende reaktioner på
trods af fuldt behandlingsniveau.

Hjernestammereflekserne forsvinder. Vær opmærksom
på: Pupilrefleks og størrelse • Cilie- og cornearefleks
Hosterefleks • Smertereaktion

Actioncardet kan findes på www.organdonation.dk

Appendiks II - Registreringsark

Gældende pr. 1. april 2013.

Registrering af dødsfald

Udfyldes af læge efter dødsfald i intensivafdelingen - uanset om der var tale om hjerte- eller hjernedød. Besvarelsen skal danne baggrund for en optimal anvendelse af donorpotentialet.

1. Patientens cpr. nr. eller erstatningspersonnummer: _____
2. Hospitalets navn og afdelingskode: _____
3. Dødsdato: _____ (dag-måned-år) (f.eks. 01-03-2013)
4. Havde patienten en anoxisk eller strukturel skade af hjernen i det aktuelle sygdomsforløb ?
 - Nej **(Gå til punkt 11)**
 - Ja **(Gå til punkt 5)**
5. Har patienten været respiratorbehandlet på intensivafdelingen ?
 - Nej **(Gå til punkt 11)**
 - Ja **(Gå til punkt 6)**
6. Var patienten uden nogen reaktioner og uden sedationsbehov og derfor mistænkt for at være hjernedød ?
 - Nej **(Gå til punkt 11)**
 - Ja **(Gå til punkt 7)**
7. Blev de pårørende informeret om muligheden for organdonation ?
 - Ja **(Gå til punkt 8, uanset om der svares ja eller nej)**
 - Nej

Fortsæt næste side →

8. Blev patienten erklæret hjernedød ?

Nej →

Ja



(Gå til punkt 9)

Patienten blev ikke erklæret hjernedød.

Afkryds vigtigste årsag - kun ét kryds i hele boksen.
Gå herefter til punkt 11.

Lægefaglig vurdering

8.1 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering efter samråd med transplantationskoordinatorfunktionen

8.2 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering uden samråd med transplantationskoordinatorfunktionen

8.3 Pludseligt hjertestop

8.4 Hjernedødsundersøgelsen viste reflekser eller intrakraniell cirkulation

Samtykkebetinget årsag

8.5 Patientens ønskede ikke at være donor

8.6 Patientens ønskede at være donor, men pårørende afslog

8.7 Patientens indstilling ukendt, og pårørende ønskede ikke donation

8.8 Patientens indstilling ukendt, og ikke muligt at finde pårørende

8.9 Patientens ikke identificeret

8.10 Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet

Kapacitets- eller ressourceproblemer

8.11 Ikke kapacitet på intensivafdelingen

8.12 Ikke muligt at få en speciallæge til at udføre hjernedødsundersøgelsen

8.13 Ikke muligt at anvende cerebral 4-kars arteriografi som supplerende diagnostisk metode

Andre årsager

8.14 Organdonation ikke overvejet

8.15 Politiet nedlagde forbud mod donation



(Gå til punkt 11)

9. Blev den kliniske hjernedødsundersøgelse suppleret med cerebral 4-kars arteriografi ?

Ja (Gå til punkt 10 uanset om der svares ja eller nej)

Nej

Fortsæt næste side →

10. Blev afdøde kørt til operationsstuen med henblik på donoroperation ?

- Nej →
 Ja

(Gå til punkt 11)

Afdøde blev ikke kørt til operationsstuen.

Afkryds for vigtigste årsag - kun ét kryds i hele boksen.
Gå herefter til punkt 11.

Lægefaglig vurdering

- 10.1 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering efter samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
10.2 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering uden samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
10.3 Pludseligt hjertestop

Samtykkebetinget årsag

- 10.4 Afdøde ønskede ikke at være donør
10.5 Afdøde ønskede at være donør, men pårørende afslog
10.6 Afdødes indstilling ukendt, og pårørende ønskede ikke donation
10.7 Afdødes indstilling ukendt, og ikke muligt at finde pårørende
10.8 Afdøde ikke identificeret
10.9 Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet

Kapacitets- eller ressourceproblemer

- 10.10 Ikke kapacitet på intensivafdelingen
10.11 Ikke kapacitet på operationsafdelingen

Andre årsager

- 10.12 Politiet nedlagde forbud mod donation

(Gå til punkt 11)

11. Udfyldt af: _____ (til internt brug i afdelingen)

Det udfyldte skema afleveres til: _____

I tvivlstilfælde vedr. registreringen kontaktes intensivafdelingens donationsansvarlige nøgleperson: _____

Tak for din medvirken til registreringen

Appendiks III - Kommissorium for styregruppen

Kommissorium for styregruppen for Organdonationsdatabasen, d. 31. aug. 2009

Styregruppens opgave er at sikre en forsvarlig udvikling, drift og vedligeholdelse af Organdonationsdatabasen (ODD). Dette indebærer:

- At opstille og videreudvikle rammer og mål for databasens indhold (herunder indikatorerne)
- At drive og vedligeholde databasen
- At sikre overholdelse af de retningslinier som er gældende for landsdækkende kliniske databaser
- At sikre at databasen er godkendt efter Sundhedsstyrelsens godkendelsesordning
- At sikre, at data er valide og at analyse af data sker efter anerkendte klinisk epidemiologiske og statistiske principper
- At afrapportere, offentliggøre og udbrede resultaterne af de gennemførte analyser for at fremme kvalitetsudvikling, forskning, aktivitetsregistrering
- At sikre kontinuerlig afrapportering til de involverede offentlige myndigheder, herunder de 5 regioner, Sundhedsstyrelse, sygehuse samt de enkelte kliniske afdelinger
- At forestå faglig fortolkning af de indsamlede data og i det omfang det er relevant forestå sundhedsfaglig audit
- At offentliggøre årsrapporter med forslag til hvor og hvordan kvaliteten kan forbedres
- At sikre forankring af rapporter og resultater i egne videnskabelige/faglige selskaber samt andre faglige fora

Revideret af styregruppen den 20. juni 2012

FOLKETINGSTIDENDE C

FOLKETINGET



Til beslutningsforslag nr. **B 32**

Folketinget 2010-11

Vedtaget af Folketinget ved 2. (sidste) behandling den 22. februar 2011

Folketingsbeslutning

om en national målsætning for antal organdonorer

Folketinget opfordrer regeringen til at udarbejde en national målsætning for antal organdonorer. Målsætningen skal styrke den nationale indsats, sådan at det inden for en overskuelig fremtid bliver muligt at fjerne ventelisterne til organtransplantation.

Målsætningen skal føre til følgende resultater:

- 1) Vedtagelse af en realistisk, men samtidig tilstrækkeligt ambitiøs handlingsplan til at løse venteliste-problematikken. Fastsættelse af nationale målsætninger for afdelingernes opmærksomhed på organdonation og for andel af tilfælde, hvor de pårørende siger nej til donation, vil op-
- 2) En klarlægning af det eksisterende donorpotentiale i Danmark.
- 3) En minimering af tabet af egnede donororganer.
- 4) En styrkelse af det arbejde, der allerede udføres af Dansk Center for Organdonation.

fyldte disse kriterier. Målsætningerne fastsættes med udgangspunkt i de af Dansk Center for Organdonation fastsatte mål om, at det i højst 5 pct. af tilfældene accepteres, at afdelingerne overser, at en patients tilstand kan føre til hjernedød, og om, at 80 pct. af de pårørende giver tilladelse til organdonation.

AX012950

Appendiks V - Indikatorbeskrivelse

Indikatorer for Organdonationsdatabasen /rev. april 2013

Organdonationsdatabasen er opbygget omkring 5 kvalitetsindikatorer, der er relevante for at sikre størst mulig anvendelse af donorpotentialet på intensivafdelingerne. Indikatorerne er målepunkter, der både kan vise den aktuelle status på området samt udviklingen over tid, og sammen med en supplerende analyse af årsagsforholdene gøre det muligt at afdække, hvorfor potentielle donorer ikke bliver donorer. Hensigten med monitoreringen er, at den skal danne baggrund for en målrettet indsats, således at donorpotentialet bliver anvendt optimalt.

Hvilken kvalitet vil vi opnå?

Sikre at der på alle intensivafdelinger i forbindelse med dødsfald foretages en vurdering i forhold til den uafvendeligt døendes egnethed som organdonor.

Effekt mål

Optimal anvendelse af donorpotentialet under hensyntagen til afdødes og/eller de pårørendes indstilling til organdonation, eventuelle medicinske kontraindikationer samt opfyldelse af de juridiske betingelser.

Særlig karakteristika for donationsområdet

Hjernedød er en forudsætning for, at organdonation kan finde sted, og antallet af hjernedøde bliver derfor bestemmende for antallet af donorer. Intensivafdelingerne har alene indflydelse på, om donorpotentialet detekteres og anvendes optimalt.

Monitorering

Den nationale monitorering af donorområdet skal kunne anvendes som et væsentligt kvalitetssikringsinstrument inden for donationsområdet. For den enkelte intensivafdeling er databasen et kvalitetsudviklingsredskab, som afdelingen kan bruge til at overvåge, evaluere og forbedre kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats på organdonationsområdet. Indikatorerne beskriver hver for sig enkelte dele af donationsforløbet, så afdelingerne kan se, hvor i forløbet, der eventuelt bør ske forbedringer.

For hver indikator er der angivet et kvalitetsmål (en standard) som primært er fastsat på baggrund af erfaringsbaseret viden suppleret med data fra enkelte studier og rapporter. Det er yderst begrænset, hvad der findes af litteratur på dette område, og de undersøgelser der foreligger, har divergerende definitioner af donorpotentialet, hvilket vanskeliggør en sammenligning.

Kvalitetsmålene vil blive justeret, efterhånden som der indsamles data på området.

Særlige forhold for monitorering af organdonationsområdet

Monitorering på organdonationsområdet vanskeliggøres af, at der måles på det, man ikke gør, eksempelvis at man ikke stiller hjernedødsdiagnosen og årsagerne til at diagnosen ikke stilles. I andre monitoreringssammenhænge måles der på de diagnoser, der er stillet, eller på de procedurer der er udført.

Indikatorer

På de følgende sider er indikatorerne for Organdonationsdatabasen beskrevet. Efter de enkelte tæller- og nævnerdefinitioner henvises til de relevante koder fra Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS koder).

Med betegnelsen en potentiel donor, menes en patient hvis kliniske tilstand er forenelig med betingelserne for at kunne konstatere hjernedødens indtræden, dvs. patienten er bevidstløs, reaktionsløs og respirationsløs og åndedrættet og hjertekredsløbsfunktion er kunstigt opretholdt i respirator jf. BEK nr. 1249 af 06/12/2006, Bekendtgørelse om dødens konstatering ved uopretteligt ophør af al hjernefunktion.

1) Kontakt til transplantationscenter

Der kan være tilfælde hvor en potentiel organdonor, af lægefaglige årsager, ikke kan blive donor. Intensivafdelingernes læger bør kun træffe denne beslutning efter forudgående samråd med et transplantationscenter, idet transplantationscentrene har en særlig forpligtigelse til at holde sig ajour på området.

Indikator type: Procesindikator.

Beskrivelse: Denne indikator belyser i hvilket omfang den lægefaglige beslutning, om at en potentiel organdonor ikke skal være donor, træffes efter forudgående samråd med et transplantationscenter.

Indikatorspecifikationer:

Tæller: Antal potentielle donorer som ikke blev donorer, og hvor afgørelsen blev truffet ud fra en lægefaglig beslutning efter samråd med et transplantationscenter. **DR940B og AVAA02 eller AVAB02**

Nævner: Antal potentielle donorer som ikke blev donorer, og hvor afgørelsen blev truffet ud fra en lægefaglig beslutning med eller uden kontakt til transplantationscentret. **DR940B og AVAA02 eller AVAA03 eller AVAB02 eller AVAB03**

Datakilde: Data der vedrører tælleren registreres i hospitalernes patientadministrativesystemer (PAS) og overføres til Landspatientregistret (LPR).

Data der vedrører nævneren registreres i hospitalernes PAS og overføres til LPR.

Standard: $\geq 95\%$

Her accepteres at intensivafdelingerne i maksimum 5 % af tilfældene selv træffer den lægefaglige beslutning, der ligger til grund for ikke at indlede og gennemføre et organdonationsforløb.

Reference

- Donationsrådet, 25/06 2008. Möjliga donatorer i Sverige. En nationell kartläggning av dödsfall inom intensivvården. Tilgængelig fra: http://www.donationsradet.se/templates/DR_Page_900.aspx
- Norsk Intensivregister, 10/04 2008. Registrering av potensielle organdonores 2007. Rapport frå Norsk Intensivregister. Tilgængelig fra: <http://www.intensivregister.no/LinkClick.aspx?fileticket=fMkjLshTOTg%3D&tabid=37&mid=425>

2) Afslag fra pårørende

Pårørende har mulighed for at afslå organdonation, jf. LBK nr. 913 af 13/07/2010, Sundhedsloven, afsnit IV, § 53, Transplantation fra afdøde personer.

Indikator type: Procesindikator.

Beskrivelse: Denne indikator afspejler, hvor ofte pårørende afslår organdonation.

Indikatorspecifikationer:

Tæller: Antal potentielle donorer hvor pårørende var blevet informeret om muligheden for organdonation, men afslø. **DR940B og BVAA5A og AVAA11 eller AVAA12 eller AVAB09 eller AVAB10**

Nævner: Antal potentielle organdonorer hvor pårørende var blevet informeret om muligheden for organdonation. **DR940B og BVAA5A**

Datakilde: Data der vedrører tælleren registreres i hospitalernes PAS og overføres til LPR. Data der vedrører nævneren registreres i hospitalernes PAS og overføres til LPR.

Standard: $\leq 15\%$ *

Målet er, at mindst 85 % af de pårørende giver tilladelse til organdonation.

Referencer

- Donationsrådet, 25/06 2008. Möjliga donatorer i Sverige. En nationell kartläggning av dödsfall inom intensivvården. Tilgængelig fra: http://www.donationsradet.se/templates/DR_Page_900.aspx
- Norsk Intensivregister, 10/04 2008. Registrering av potensielle organdonores 2007. Rapport frå Norsk Intensivregister. Tilgængelig fra: <http://www.intensivregister.no/LinkClick.aspx?fileticket=fMkjLshTOTg%3D&tabid=37&mid=425> (8.9)
- Århus Universitetshospital, Skejby, januar 2004. Projekt indsats for organdonation - et tværfagligt udviklingsprojekt. Rekvireres via: loneboeg@rm.dk

* Standarden for indikator 2 var i databasens første registreringsår, fastsat til ≤ 30 % afslag, men siden er der foretaget to justeringer. Den første justering blev foretaget i forbindelse med en folketingsbeslutning for dette område, hvorfor standarden i 2011 blev ændret til ≤ 20 % (bilag 1). Den anden justering fandt sted i 2014, hvor standarden blev justeret til ≤ 15 %, så den følger den angivne standard i Den Nationale Handlingsplan for Organdonation fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.

3) Manglende opmærksomhed på organdonation

For at organdonation kan blive en mulighed, er det af afgørende betydning, at der er stor opmærksomhed på om potentielle donorer kan blive organdonorer.

Indikator type: Procesindikator.

Beskrivelse: Denne indikator afspejler, i hvilket omfang lægerne ikke havde overvejet muligheden for organdonation blandt potentielle donorer.

Indikatorspecifikationer:

Tæller: Antal potentielle donorer hvor organdonation ikke blev overvejet, og patienten derfor ikke blev erklæret hjernedød. **DR940B og AVAA08**

Nævner: Antal potentielle donorer som ikke blev erklæret hjernedøde. **DR940B og AVAA02 eller AVAA03 eller AVAA04 eller AVAA05 eller AVAA06 eller AVAA07 eller AVAA08 eller AVAA09 eller AVAA10 eller AVAA11 eller AVAA12 eller AVAA13 eller AVAA14 eller AVAA15 eller AVAA16**

Datakilde: Data der vedrører tælleren registreres i hospitalernes PAS og overføres til LPR. Data der vedrører nævneren registreres i hospitalernes PAS og overføres til LPR.

Standard: ≤ 5 %

I ≤ 5 % af tilfældene må det accepteres at overse at patientens tilstand kunne føre til hjernedød.

Referencer

- Norsk Intensivregister, 10/04 2008. Registrering av potensielle organdonores 2007. Rapport frå Norsk Intensivregister. Tilgængelig fra: <http://www.intensivregister.no/LinkClick.aspx?fileticket=fMkjLshTOTg%3D&tabid=37&mid=425>

4) Hjernedødsdiagnostisering - supplerende diagnostisk metode

Diagnosen hjernedød er en betingelse for, at organdonation kan finde sted. For at stille hjernedødsdiagnosen er det i nogle tilfælde nødvendigt at supplere den kliniske hjernedødsundersøgelse med anden diagnostisk metode. Ifølge lovgivningen kan der i dag kun anvendes 4 kars opløbsarteriografi som supplerende diagnostisk metode. Færre og færre hospitaler råder over det avancerede tekniske udstyr og det vagtberedskab, der er nødvendigt for at kunne udføre og fortolke 4 kars opløbsarteriografi. De manglende ressourcer kan betyde, at patienter i terminalfasen i stedet må transporteres til andre hospitaler for, at hjernedøden kan diagnosticeres og dermed muliggøre organdonation. Problemerne omkring diagnosticeringen kan betyde tab af donorer, fordi hjernedødsdiagnosen ikke altid kan stilles.

Indikator type: Strukturindikator.

Beskrivelse: Denne indikator beskriver andelen af tilfælde, hvor det ikke var muligt at supplere den kliniske hjernedødsundersøgelse med 4 kars opløbsarteriografi.

Indikatorspecifikationer:

Tæller: Antal potentielle donorer som ikke blev erklæret hjernedøde, fordi det ikke var muligt at udføre den supplerende diagnostik, enten fordi hospitalet ikke havde det nødvendige udstyr, det nødvendige vagtberedskab eller at det ikke var muligt at overflytte patienten til et hospital med de nødvendige ressourcer. **DR940B og AVAA06**

Nævner: Antal potentielle donorer som ikke blev erklæret hjernedøde. **DR940B og AVAA02 eller AVAA03 eller AVAA04 eller AVAA05 eller AVAA06 eller AVAA07 eller AVAA08 eller AVAA09 eller AVAA10 eller AVAA11 eller AVAA12 eller AVAA13 eller AVAA14 eller AVAA15 eller AVAA16**

Datakilde: Data der vedrører tælleren registreres i hospitalernes PAS og overføres til LPR.
Data der vedrører nævneren registreres i hospitalernes PAS og overføres til LPR.

Standard: $\leq 5 \%$

$I \leq 5 \%$ af tilfældene accepteres, at det ikke var muligt at supplere den kliniske hjernedødsundersøgelse med anden diagnostisk metode.

5) Hjernedødsdiagnostisering - den kliniske hjernedødsundersøgelse

Diagnosen hjernedød er en betingelse for, at organdonation kan finde sted. Hjernedødsdiagnosen skal ifølge loven stilles af en speciallæge i neurokirurgi eller neuromedicin. Da ikke alle hospitaler råder over speciallæger indenfor et af neurofagene, eller ikke har et tilstrækkeligt vagtberedskab, vil der være behov for at kunne tilkalde en speciallæge fra et andet hospital til hjernedødsdiagnostisering. Problemerne omkring diagnosticering kan betyde tab af donorer, fordi hjernedødsdiagnosen ikke altid kan stilles.

Indikator type: Strukturindikator.

Beskrivelse:

Denne indikator beskriver andelen af tilfælde, hvor hjernedødsdiagnosen ikke kunne stilles, fordi der ikke var en speciallæge til rådighed.

Indikatorspecifikationer:

Tæller: Antal potentielle donorer som ikke blev erklæret hjernedøde, fordi det ikke var muligt at få en speciallæge i et af neurofagene til at udføre den kliniske hjernedødsundersøgelse. **DR940B og AVAA05**

Nævner: Antal potentielle donorer som ikke blev erklæret hjernedøde. **DR940B og AVAA02 eller AVAA03 eller AVAA04 eller AVAA05 eller AVAA06 eller AVAA07 eller AVAA08 eller AVAA09 eller AVAA10 eller AVAA11 eller AVAA12 eller AVAA13 eller AVAA14 eller AVAA15 eller AVAA16**

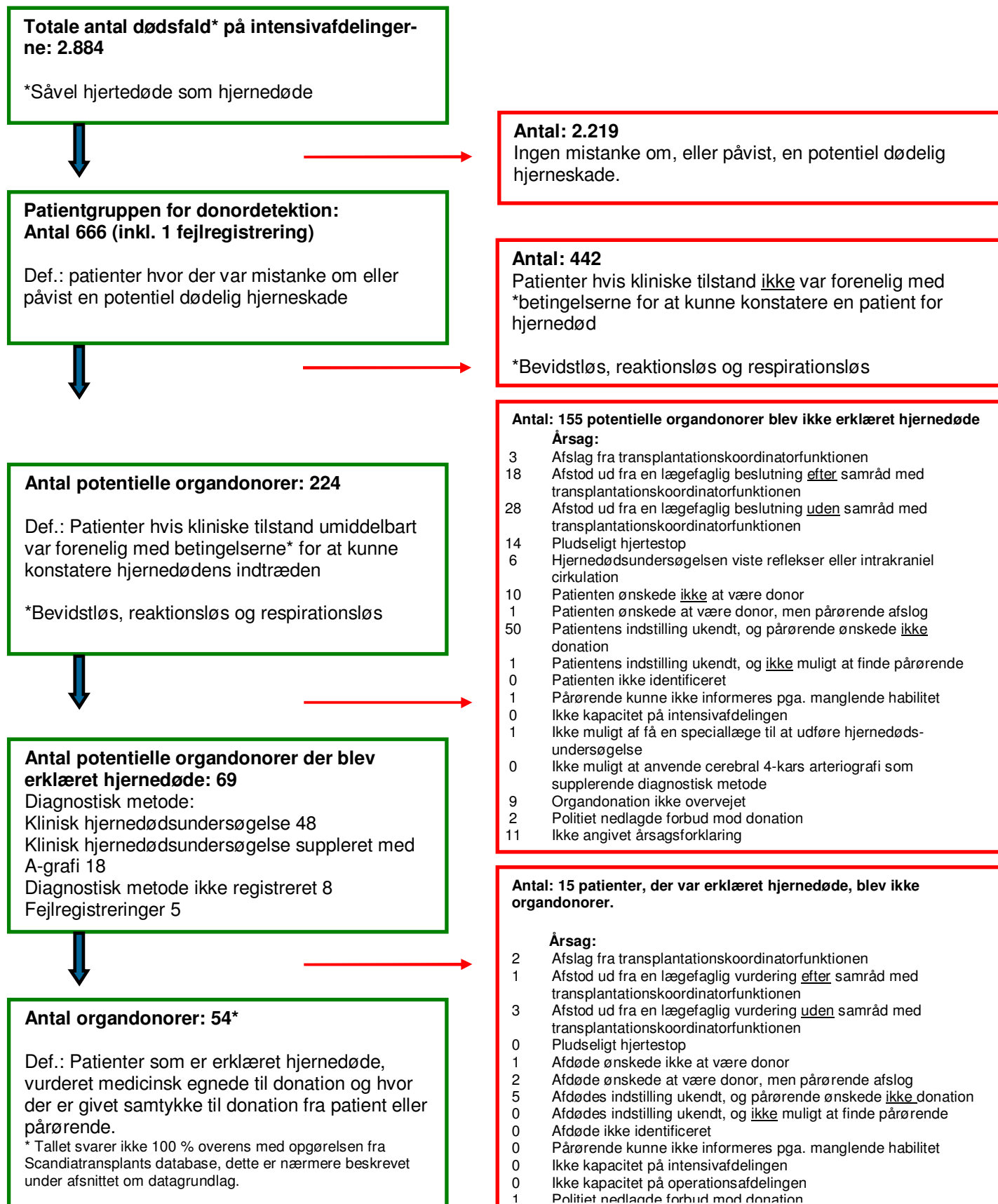
Datakilde: Data der vedrører tælleren registreres i hospitalernes PAS og overføres til LPR.
Data der vedrører nævneren registreres i hospitalernes PAS og overføres til LPR.

Standard: $\leq 5 \%$

$I \leq 5 \%$ af tilfældene accepteres det, at hjernedødsdiagnosen ikke blev stillet, fordi der ikke var en speciallæge til rådighed.

Appendiks VI - Forløbsdiagram 2013, 2012 og 2011

Forløbsdiagram for patientgruppen samt årsager til at afdøde patienter ikke blev organdonorer.
 Diagrammet er baseret på data indberettet til LPR for hele landet 1/1 - 31/12 2013.
 Data fra 2013 er genberegnet siden udarbejdelse af Årsrapport 2013.



Forløbsdiagram for patientgruppen samt årsager til at afdøde patienter ikke blev organdonorer.
 Diagrammet er baseret på data indberettet til LPR for hele landet 1/1 - 31/12 2012.
 Data fra 2012 er genberegnet siden udarbejdelse af Årsrapport 2012

Totale antal dødsfald* på intensivafdelingerne: 2.790

*Såvel hjertedøde som hjernedøde

Antal: 2.236

Ingen mistanke om, eller påvist, en potentiel dødelig hjerneskade.

Patientgruppen for donordetektion: Antal 554

Def.: patienter hvor der var mistanke om eller påvist en potentiel dødelig hjerneskade

Antal: 335

Patienter hvis kliniske tilstand ikke var forenelig med *betingelserne for at kunne konstatere en patient for hjernedød.

*Bevidstløs, reaktionsløs og respirationsløs

Antal potentielle organdonorer: 219

Def.: Patienter hvis kliniske tilstand umiddelbart var forenelig med betingelserne* for at kunne konstatere hjernedødens indtræden

*Bevidstløs, reaktionsløs og respirationsløs

Antal: 144 potentielle organdonorer blev ikke erklæret hjernedøde

Årsag:

- 15 Afslag fra transplantationskoordinatorfunktionen
- 10 Afstod ud fra en lægefaglig beslutning efter samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 37 Afstod ud fra en lægefaglig beslutning uden samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 17 Pludseligt hjertestop
- 2 Hjernedødsundersøgelsen viste reflekser eller intrakraniell cirkulation
- 8 Patienten ønskede ikke at være donor
- 1 Patienten ønskede at være donor, men pårørende afslog
- 23 Patientens indstilling ukendt, og pårørende ønskede ikke donation
- 1 Patientens indstilling ukendt, og ikke muligt at finde pårørende
- 0 Patienten ikke identificeret
- 2 Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet
- 0 Ikke kapacitet på intensivafdelingen
- 0 Ikke muligt at få en speciallæge til at udføre hjernedødsundersøgelsen
- 0 Ikke muligt at anvende cerebral 4-kars arteriografi som supplerende diagnostisk metode
- 10 Organdonation ikke overvejet
- 1 Politiet nedlagde forbud mod donation
- 17 Ikke angivet årsagsforklaring

Antal potentielle organdonorer der blev erklæret hjernedøde: 75

Diagnostisk metode:
 Klinisk hjernedødsundersøgelse 49
 Klinisk hjernedødsundersøgelse suppleret med A-grafi 22
 Diagnostisk metode ikke registreret 8
 Fejlregistreringer 4

Antal: 9 patienter, der var erklæret hjernedøde, blev ikke organdonorer.

Årsag:

- 3 Afslag fra transplantationskoordinatorfunktionen
- 1 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering efter samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 0 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering uden samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 2 Pludseligt hjertestop
- 3 Afdøde ønskede ikke at være donor
- 0 Afdøde ønskede at være donor, men pårørende afslog
- 0 Afdødes indstilling ukendt, og pårørende ønskede ikke donation
- 0 Afdødes indstilling ukendt, og ikke muligt at finde pårørende
- 0 Afdøde ikke identificeret
- 0 Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet
- 0 Ikke kapacitet på intensivafdelingen
- 0 Ikke kapacitet på operationsafdelingen
- 0 Politiet nedlagde forbud mod donation

Antal organdonorer: 66*

Def.: Patienter som er erklæret hjernedøde, vurderet medicinsk egnede til donation og hvor der er givet samtykke til donation fra patient eller pårørende.

* Tallet svarer ikke 100 % overens med opgørelsen fra ScandiTransplants database, dette er nærmere beskrevet under afsnittet om datagrundlag.

Forløbsdiagram for patientgruppen samt årsager til at afdøde patienter ikke blev organdonorer
 - diagrammet er baseret på data indberettet til LPR for hele landet 1/1 - 31/12 2011
 Data fra 2011 er genberegnet siden udarbejdelse af Årsrapport 2011

Totale antal dødsfald* på intensivafdelingerne: Antal 2.624

* Såvel hjertedøde som hjernedøde

Antal: 2.100

Ingen mistanke om, eller påvist, en potentiel dødelig hjerneskade.

Patientgruppen for donordetektion: Antal 526 (inkl. 2 fejlregistrering)

Def.: patienter hvor der var mistanke om, eller påvist, en potentiel dødelig hjerneskade

Antal: 280

Patienter hvis kliniske tilstand ikke var forenelig med *betingelserne for at kunne konstatere en patient for hjernedød

*Bevidstløs, reaktionsløs og respirationsløs

Antal potentielle organdonorer: 246

Patienter hvis kliniske tilstand umiddelbart var forenelig med betingelserne* for at kunne konstatere hjernedødens indtræden

* Bevidstløs, reaktionsløs og respirationsløs

Antal: 175 potentielle organdonorer blev ikke erklæret hjernedøde

Årsag:

- 10 Afslag fra transplantationskoordinatorfunktionen
- 6 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering efter samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 39 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering uden samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 26 Pludseligt hjertestop
- 7 Hjernedødsundersøgelsen viste reflekser eller intrakraniell cirkulation
- 7 Patienten ønskede ikke at være donor
- 0 Patienten ønskede at være donor, men pårørende afslog
- 42 Patientens indstilling ukendt, og pårørende ønskede ikke donation
- 0 Patientens indstilling ukendt, og ikke muligt at finde pårørende
- 0 Patienten ikke identificeret
- 0 Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet
- 0 Ikke kapacitet på intensivafdelingen
- 0 Ikke muligt at få en speciallæge til at udføre hjernedødsundersøgelsen
- 0 Ikke muligt at anvende cerebral 4-kars arteriografi som supplerende diagnostisk metode
- 16 Organdonation ikke overvejet
- 2 Politiet nedlagde forbud mod donation
- 19 Ikke angivet årsagsforklaring

Antal potentielle organdonorer der blev erklæret hjernedøde: 71

Diagnostisk metode:
 Klinisk hjernedødsundersøgelse 56
 Klinisk hjernedødsundersøgelse suppleret med A-grafi 19
 Diagnostisk metode ikke registreret 2
 Fejlregistreringer 6

Antal: 14 patienter, der var erklæret hjernedøde, blev ikke organdonorer.

Årsag:

- 2 Afslag fra transplantationskoordinatorfunktionen
- 2 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering efter samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 2 Afstod ud fra en lægefaglig vurdering uden samråd med transplantationskoordinatorfunktionen
- 1 Pludseligt hjertestop
- 1 Afdøde ønskede ikke at være donor
- 1 Afdøde ønskede at være donor, men pårørende afslog
- 3 Afdødes indstilling ukendt, og pårørende ønskede ikke donation
- 1 Afdødes indstilling ukendt, og ikke muligt at finde pårørende
- 0 Afdøde ikke identificeret
- 0 Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet
- 0 Ikke kapacitet på intensivafdelingen
- 0 Ikke kapacitet på operationsafdelingen
- 1 Politiet nedlagde forbud mod donation

Antal organdonorer: 57*

Def.: Patienter som er erklæret hjernedøde, vurderet medicinsk egnede til donation og hvor der er givet samtykke til donation fra patient eller pårørende.

* Tallet svarer ikke 100 % overens med opgørelsen fra Scandiatransplants database, dette er nærmere beskrevet

9. Regionale kommentarer

Kommentar fra Intensivt afsnit B - Neuro og Traume (NOTIA), Aalborg Universitetshospital.

Vedr. indikator 2 - Afslag fra pårørende. Det fremgår af Årsrapporten, at Intensivt afsnit B - Neuro og Traume (NOTIA) ikke skulle have haft afslag til donation fra pårørende i 2014. Dette er ikke korrekt. Afsnittet har efterfølgende gennemført en intern audit, der viser, at der desværre er foretaget fejlregistreringer, da NOTIA i 2014 i 2 tilfælde havde afslag fra pårørende.

Fejlregistreringerne fra 2014 vil blive korrigeret og vil fremstå tilrettet i årsrapporten for 2015.

DANSK CENTER FOR ORGANDONATION

INCUBA-SKEJBY, PALLE JUUL-JENSENS BOULEVARD 82, BYGN. B.

8200 AARHUS N - WWW.ORGANDONATION.DK