

## Version 1.9.1 ut på remiss

# Kvalitetsindikatorer organdonation - avlidna



**Vävnadsrådet**

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

## Innehåll

Kvalitetsindikatorer organdonation - avlidna.....	1
Inledning .....	3
Critical pathway for Organ Donation – de olika stegen i en donationsprocess.....	4
Definitioner .....	5
Förkortningar.....	6
Strukturindikatorer .....	8
1. Donationsansvarig läkare och sjuksköterska.....	8
2. Förekomst av PM om organdonation .....	11
3. Utbildning om donation .....	13
Processindikatorer .....	15
4. Orsak till utebliven donation .....	15
5. Uppmärksammade möjliga donatorer.....	18
6. Kontakt med transplantationskoordinator .....	20
Resultatindikator .....	21
7. Antal organdonatorer.....	21
Författare .....	23

## Inledning

För att kunna mäta och följa upp donationsverksamheten inom hälso- och sjukvården presenteras indikatorer som belyser kvalitet och effektivitet.

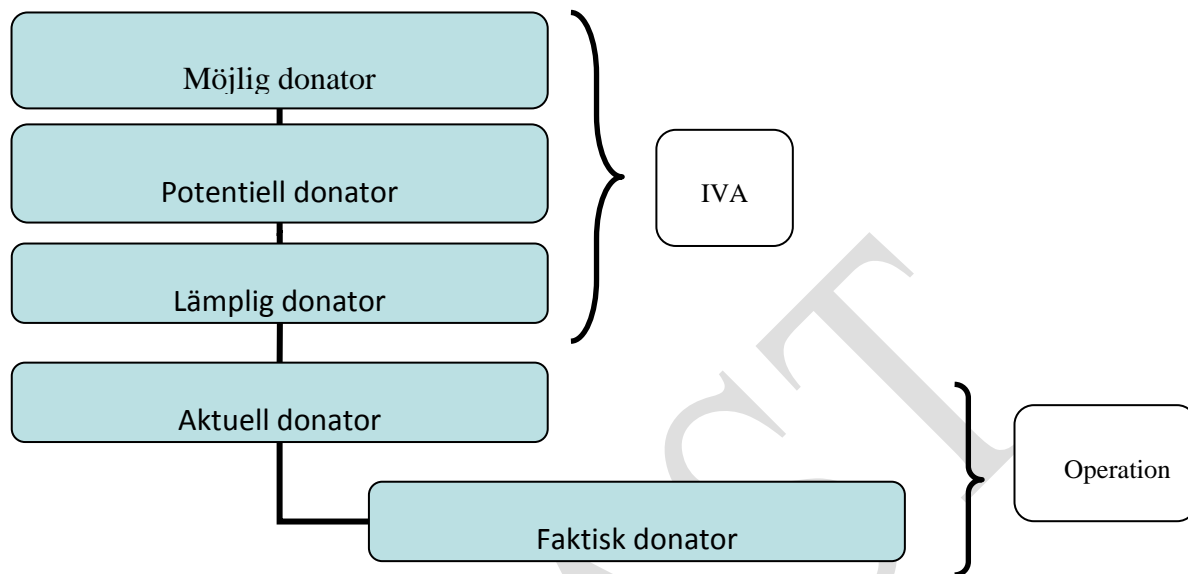
Indikatorerna syftar till att stödja landstingen och regionerna i arbetet för en ökad organdonation och riktar sig främst till vårdgivare och verksamhetschefer ansvariga för organdonation. Med begreppet region avses det geografiska område ("donationsregioner") som regionalt donationsansvariga läkare och sjuksköterskor (rDAL/rDAS) förestår.

Utfallet av de indikatorer som den enskilde vårdgivaren beslutat använda ligger till grund för ett kontinuerligt utvecklingsarbete på lokal och regional nivå. Indikatorerna följs också upp nationellt.

Alla indikatorer registreras i "Avlidnaportalen" i Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) via webformulär samt för vissa delar möjlighet till automatiserad registrering via intensivvårdens journalsystem. Det rekommenderas att registreringen granskas av donationsansvariga läkare och sjuksköterskor (DAL och DAS).

Vid framtagandet av de svenska indikatorerna har EU-projektet ODEQUS (Organ Donation European Quality System) använts som grund. De initiala indikatorerna (då benämnda mätetal) framarbetades av Vävnadsrådet 2012-2014. Dokumentet har under 2017-2018 genomgått en omfattande revidering i samverkan med Socialstyrelsen och Svenska intensivvårdsregistret.

### Critical pathway for Organ Donation – de olika stegen i en donationsprocess



Referenser:

Domínguez-Gil B et al.: The critical pathway for deceased donation: reportable uniformity in the approach to deceased donation. *Transpl Int* 2011;24:373-378

Murphy PG and Smith M: Towards a framework for organ donation in the UK. *BJA* 2012;108(S1):i56-i67.

## Definitioner

Svensk	Engelsk	Förklaring
Möjlig donator	Possible DBD donor	<b>Patient med svår nytillkommen hjärnskada, som vårdas i ventilator vid ankomst till eller under vårdtiden på intensivvårdsavdelning och båda 1-2 nedan är uppfyllda:</b>  <b>1. RLS <math>\geq</math> 7 eller GCS <math>\leq</math> 4</b> <b>2. Bortfall av minst en kranialnervsreflex</b>
Svår nytillkommen hjärnskada	Devestating brain injury/lesion	<b>a) Akut hjärnskada (t.ex. blödning, trauma, stroke, ischemi)</b> <b>b) Subakut eller kronisk process (t.ex. hjärntumör) som övergår i ett akut skede (svullnad pga. tumör, postoperativ blödning etc.)</b>
Potentiell donator	Potential donor	<b>En möjlig donator som misstänks ha utvecklat total hjärninfarkt och diagnostik med direkta kriterier planeras</b>
Lämplig donator	Eligible donor	<b>En potentiell donator som konstaterats avliden med de direkta kriterierna där medgivande för donation finns och är medicinskt lämplig som donator</b>
Aktuell donator	Actual donor	<b>En lämplig donator där hudincision gjorts i syfte att ta till vara organ för transplantation eller där minst ett organ tagits ut i syfte att transplanteras</b>
Faktisk donator	Utilized donor	<b>En aktuell donator där minst ett organ har tagits till vara och transplanterats</b>
Direkta kriterier		<b>Vid misstanke om total hjärninfarkt, oavsett orsak, under pågående Ventilatorbehandling, skall en människas död fastställas med hjälp av direkta kriterier. Kriterierna är kännetecken som visar total hjärninfarkt. Fastställande av ett dödsfall med hjälp av direkta kriterier skall göras genom minst två kliniska neurologiska undersökningar och i vissa fall kompletteras med två aortokraniella angiografier.</b>

<b>Indirekta kriterier</b>	Fastställande av en människas död med hjälp av indirekta kriterier som görs genom en klinisk undersökning. Kriterierna är kännetecken som visar på varaktigt hjärt- och andningsstillestånd som har lett till total hjärninfarkt.
<b>Donationsverksamhet</b>	Verksamhet som omfattar den del av vårdkedjan som inträffar före ingrepp för tillvaratagande av organ vid vårdinrättning där donatorn vårdas eller vårdats
<b>Donationsprocess</b>	De steg av en donation från uppmärksammandet av en möjlig donator till och med tillvaratagandet och närståendekontakten är avslutad
<b>Intensivvård</b>	Övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av patienter med manifest eller hotande svikt i vitala funktioner. Arbetet bedrivs i arbetslag med specialiserad personal nära patienten
<b>Kvalitetsindikator</b>	Mått som speglar olika dimensioner av kvalitet för god vård och omsorg.

## Förkortningar

DAL	Donationsansvarig läkare
DAS	Donationsansvarig sjuksköterska
DBD	Engelsk förkortning: Donation (after) Brain Death
GCS	Glascow Coma Scale (ett system för bedömning av medvetandegrad)
IVA	Intensivvårdsavdelning
rDAL	Regionalt donationsansvarig läkare
rDAS	Regionalt donationsansvarig sjuksköterska
RLS	Reaction Level Scale (ett system för bedömning av medvetandegrad)

SFAI	Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård
SIR	Svenska Intensivvårdsregistret
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling

Referenser:

Handbok för utveckling av indikatorer – För god vård och omsorg, Socialstyrelsen  
2017, Artikelnummer 2017-5-19

UTKAST

## Strukturindikatorer

### 1. Donationsansvarig läkare och sjuksköterska

<b>Indikatornamn</b>	<b>Donationsansvarig läkare och sjuksköterska</b>	
<b>Syfte</b>	<p>Indikatorn beskriver förekomst av DAL och DAS på lokal och regional nivå och uppfyllelse av den särskilda kompetens som krävs för DAL/DAS och regional DAL/DAS.</p> <p>Lokal DAL och DAS har ansvar för donationsfrågor på eget sjukhus.</p> <p>Regional DAL och DAS har en övergripande funktion för samordning av donationsarbetet inom en region.</p> <p>Arbetsuppgifter finns rekommenderade i Socialstyrelsens dokument <i>Donationsansvarig läkare och donationsansvarig sjuksköterska En vägledning för vårdgivare och verksamhetschefer (2014)</i>.</p>	
<b>Indikatorn mäter</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skriftligt uppdrag</li> <li>2. Avsatt tid</li> <li>3. Verksamhetsplan/rapport</li> <li>4. Kompetens för uppdraget</li> </ol>	
<b>Målvärde</b>	100 % Uppfyllelse av samtliga punkterna 1-4	
<b>Teknisk beskrivning</b>	Mätperiod	Helår
	Täljare	Antal intensivvårdsavdelningar nationellt/regionalt med uppfyllt krav enligt punkt 1-4 ovan Lokalt: Antal uppfyllda punkter av 1-4 ovan
	Nämnare	Totala antalet intensivvårdsavdelningar nationellt/regionalt Lokalt: 4
	Datakällor	Svenska Intensivvårdsregistret



<b>Förklaring/anvisning</b>	<p>I rapporteringen särskiljs lokal och regional funktion.</p> <p><b>Lokal DAL/DAS</b> Förekomst av skriftligt uppdrag för DAL/DAS som omfattar både organ- och vävnadsdonation. Pga. lokala förhållanden kan uppdraget begränsas till enbart organ.</p> <p>Total arbetstid avsatt för lokalt donationsansvariga läkare och sjuksköterskor för att arbeta med uppdraget anges i genomsnittlig tid i timmar/vecka. Om flera personer delar på samma uppdrag anges total sammanlagd tid för funktionen. För att uppfylla kravet på förekomst rekommenderas att det finns avsatt arbetstid i den omfattning som verksamhetens storlek kräver, vilket ska relateras till SFAIs kategorier för intensivvårdsverksamhet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- För IVA kategori I: minst 2 timmar/vecka</li><li>- För IVA kategori II: minst 4 timmar/vecka</li><li>- För IVA kategori III: minst 8 timmar/vecka</li></ul> <p>Verksamhetsplan och verksamhetsberättelse från DAL/DAS redovisas till verksamhetschef och rDAL/rDAS</p> <p>Ange hur kompetens för DAL/DAS uppfylls i förhållande till den utbildningstrappa som finns framtagen av Vävnadsrådet/SKL. För att bibehålla adekvat kompetens inom området bör donationsansvarig även vara kliniskt verksam.</p> <p><b>Regional DAL/DAS</b> Förekomst av skriftligt uppdrag för rDAL och rDAS som omfattar både organ- och vävnadsdonation.</p> <p>Total arbetstid ska vara minimum 25 procent av heltidstjänst avsatt för regional DAL och DAS vardera. Om flera personer delar på samma uppdrag anges total sammanlagd tjänstgöringsgrad.</p> <p>Ange hur kompetens för rDAL/rDAS uppfylls i förhållande till den utbildningstrappa som finns framtagen av Vävnadsrådet/SKL. För att bibehålla adekvat kompetens inom området bör regionalt donationsansvarig även vara kliniskt verksam.</p> <p>Verksamhetsplan och verksamhetsberättelse från rDAL/rDAS redovisas till uppdragsgivaren.</p> <p>Indikatorn registreras av lokalt <i>och</i> regionalt donationsansvariga.</p>
<b>Referenser</b>	<p>Lag (1995:831) om transplantation m.m.; 13§</p> <p>Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:14) Hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation; 4 kap 7§.</p>

---

	<p>Socialstyrelsen (2014): Donationsansvarig läkare och donationsansvarig sjuksköterska En vägledning för vårdgivare och verksamhetschefer</p> <p>SFAI:s riktlinjer för intensivvård</p> <p>Vävnadsrådet/SKLs utbildningstrappa för DAL/DAS och rDAL/rDAS (<a href="http://www.vavnad.se">www.vavnad.se</a>)</p>
--	--

UTKAST

## 2. Förekomst av PM om organdonation

<b>Indikatornamn</b>	<b>Förekomst av PM om organdonation</b>	
<b>Syfte</b>	Indikatorn avser dokumentera förekomst av PM med instruktioner för de olika stegen i en donation. Dessa utgör grunden för ett korrekt och standardiserat omhändertagande av en möjlig/aktuell donator genom hela donationsprocessen.	
<b>Indikatorn mäter</b>	Förekomst av giltiga PM	
<b>Målvärde</b>	100 % Samtliga PM finns och är giltiga	
<b>Teknisk beskrivning</b>	Mätperiod	Helår
	Täljare	Nationellt/regionalt: Antal intensivvårdsavdelningar med giltiga PM för hela donationsprocessen Lokalt: Antal giltiga PM
	Nämnare	Nationellt/regionalt: Antal intensivvårdsavdelningar Lokalt: Antal PM som krävs
	Datakällor	Svenska Intensivvårdsregistret
<b>Förklaring/anvisning</b>	<p>Vid en vårdinrättning som arbetar med donation ska PM finnas som täcker samtliga steg av en donationsprocess. Fler än ett steg kan ingå i ett PM. Den nationella donationspärmarna som tillhandahålls av transplantationsenheterna innehåller grunden för donationsprocessen, och uppfyller kravet för giltigt PM. Pärmarna kan i vissa fall behöva kompletteras med lokala PM där anpassningar krävs.</p> <p>Giltiga PM (uppdaterat med intervall <math>\leq 3</math> år) ska finnas för</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Uppmärksammande av möjlig donator</li> <li>2) Kontakt med transplantationskoordinator</li> <li>3) Tillgänglighet till konsultationsberedskap 24/7</li> </ol>	

	<ol style="list-style-type: none"><li>4) Diagnostik av total hjärninfarkt</li><li>5) Samtyckesutredning för transplantation</li><li>6) Samtyckesutredning för transplantation och annat medicinskt ändamål</li><li>7) Kontakt med polis (och rättsmedicin) vid behov av rättsmedicinsk obduktion</li><li>8) Beslut om donation</li><li>9) Donatorkaraktärisering</li><li>10) Vård av donator</li><li>11) Donationsoperation</li><li>12) Rutiner för uppföljning av närstående</li><li>13) Dokumentation av donationsprocessen</li><li>14) Dokumentation av koder för spårbarhet (Scandianummer för donator och mottagare)</li><li>15) Dokumentation av orsak till utebliven donation</li><li>16) Rapportering av allvarliga avvikande händelser och biverkningar enligt SOSFS 2012:14</li></ol> <p>Indikatorn registreras av lokalt donationsansvariga.</p>
<b>Referenser</b>	Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:14) Hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation; 4 kap 1§

### 3. Utbildning om donation

Indikatornamn	Utbildning om donation	
<b>Syfte</b>	Personalens kompetens om donation är av stor vikt för en välfungerande donationsverksamhet. Denna säkerställas genom att all personal som kommer i kontakt med organ- och vävnadsdonation erhåller adekvat utbildning. Utbildningar kan erbjudas lokalt, regionalt och nationellt enligt utbildningstrappan.	
<b>Indikatorn mäter</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Att utbildning för An/Op/IVA-personalen finns beskriven i verksamhetsplanen och -rapporten för DAL/DAS</li> <li>2. Att utbildning för övrig personal finns beskriven i verksamhetsplanen och -rapporten för DAL/DAS</li> <li>3.               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Antal personal som genomgått lokala utbildningar</li> <li>b) Antal personal som genomgått regionala utbildningar</li> <li>c) Antal personal som genomgått nationella utbildningar</li> </ol> </li> </ol>	
<b>Målvärde</b>	100 % av 1 och 2 uppfyllt 3: ej tillämpligt, beror på verksamhetens storlek	
<b>Teknisk beskrivning</b>	Mätperiod	Helår
	Täljare	Nationellt/regionalt: Antal intensivvårdsavdelningar med verksamhetsplan och -rapport för utbildning Lokalt: Antal uppfyllda punkter av 1-2 ovan
	Nämnare	Nationellt/regionalt: Antal intensivvårdsavdelningar Lokalt: 2
	Datakällor	Svenska Intensivvårdsregistret
<b>Förklaring/anvisning</b>	Undervisning ges regionalt och lokalt för att upprätthålla kunskap och utbilda ny personal om de olika stegen i en donationsprocess. Regionala utbildningar stärker också det regionala samarbetet. Den	

	<p>utbildning som indikatorn avser registrera är den som riktar sig till personal inom vårdgivarens organisation.</p> <p>En planering för utbildningsinsatser ska finnas. Indikatorn redovisas i intensivvårdsavdelningens verksamhetsrapport och är ett viktigt kvalitetsmått för respektive enhet.</p> <p>Antal utbildningar avser antalet kurser som personal skickats till. Vid registrering av antal utbildade anges hur många som skickats på respektive utbildning.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Lokala utbildningar: anordnade av DAL/DAS på eget sjukhus</li><li>- Regionala utbildningar: anordnade av rDAL/rDAS och transplantationskoordinatorer i egen region</li><li>- Nationella utbildningar: anordnade via Våvnadsrådet/SKL som finns i utbildningstrappan</li></ul> <p>Antal utbildade relateras till storleken på den verksamhet som registreringen avser.</p> <p>Indikatorn registreras av lokalt donationsansvariga.</p>
<b>Referenser</b>	<p>Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:14) Hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation; 4 kap 3§</p> <p>Våvnadsrådet/SKLs utbildningstrappa för intensivvårdspersonal, DAL/DAS och rDAL/rDAS (<a href="http://www.vavnad.se">www.vavnad.se</a>)</p>

## Processindikatorer

### 4. Orsak till utebliven donation

<b>Indikatornamn</b>	<b>Orsak till utebliven donation</b>	
<b>Syfte</b>	Att identifiera orsaker till utebliven donation hos avlidna möjliga donatorer på IVA. En uppföljning av orsakerna till utebliven donation kan leda till att faktorer identifieras som kan åtgärdas för att kunna omhänderta fler möjliga donatorer.	
<b>Indikatorn mäter</b>	Andel avlidna möjliga donatorer där donation uteblivit Orsaker till utebliven donation	
<b>Målvärde</b>	Utebliven donation vid uppmärksammas avliden möjlig donator: Målvärde ej relevant. Orsaksanalys krävs på respektive nivå lokalt, regionalt och nationellt.	
<b>Teknisk beskrivning</b>	Mätperiod	Helår
	Täljare	Antal avlidna möjliga donatorer där donation uteblivit
	Nämnare	Totala antalet avlidna möjliga donatorer
	Datakällor	Svenska Intensivvårdsregistret
<b>Förklaring/anvisning</b>	Orsaken till utebliven donation hos möjlig donator anges och indikatorn redovisas efter uppdelning i orsaker och totalt. <b>Endast ett orsaksalternativ kan väljas.</b>  1. Dödsfallet konstaterat med indirekta kriterier hos uppmärksammas möjlig donator; <i>Här avses de avlidna</i>	

	<p><i>möjliga donatorer där donationsmöjligheten uppmärksammats men dödsfallet har konstaterats med de indirekta kriterierna. Orsaken till att indirekta kriterier använts kan bero på terminalt sviktande cirkulation, avbrytande av behandling eller att behandling avstås. <b>Tiden från uppmärksammas donationsmöjlighet tills behandlingen avbröts anges.</b></i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Ej kompetens för diagnostik av dödsfallet med direkta kriterier hos uppmärksammas potentiell donator</li><li>3. Ej möjlighet att, i förekommande fall, bekräfta dödsfallet med cerebral angiografi; <i>Om det inte finns möjlighet till cerebral angiografi på det sjukhus där en potentiell donator vårdas ska transport till annat sjukhus för angiografi övervägas. Är detta inte möjligt blir denna punkt orsaken till att donationen avbryts.</i></li><li>4. Avlidne meddelat neg inställning (ange hur); <i>Hur den negativa ställningen meddelats av den avlidne anges med följande alternativ: - Anmälan till Donationsregistret - Uppgifter på donationskort - Meddelat närstående sin uppfattning</i> <i>Ange om den negativa inställningen framkommit i tidigt skede och resulterar i att döden fastställs med indirekta kriterier</i></li><li>5. Avlidnes inställning tolkad negativ; <i>Ange om den negativa inställningen framkommit i tidigt skede och resulterar i att döden fastställs med indirekta kriterier</i></li><li>6. Avlidnes inställning okänd och närstående lagt in veto; <i>Ange om den negativa inställningen framkommit i tidigt skede och resulterar i att döden fastställs med indirekta kriterier</i></li><li>7. Av transplantationsverksamhet bedömd som olämplig av medicinska skäl; <i>Detta alternativ får endast användas om bedömningen gjorts av en transplantationsverksamhet.</i></li><li>8. Av IVA-personal bedömd som olämplig av medicinska skäl (utan kontakt med transplantationsverksamhet); <i>Detta alternativ används då intensivvårdsavdelningens personal själva gjort bedömningen att donation inte är möjlig utan tidigare kontakt med en transplantationsverksamhet.</i></li><li>9. Rättsmedicinskt veto utesluter donation; <i>Detta alternativ väljs då polis, efter kontakt med rättsmedicin, beslutat att donation inte får utföras av rättssäkerhetsskäl.</i></li><li>10. Avsaknad av mottagare av organ</li></ol>
--	---



	<ol style="list-style-type: none"><li>11. Organisatoriska orsaker; <i>Här anges organisatoriska orsaker såsom ej tillgång till operationssal, inga etablerade rutiner för transport.</i></li><li>12. Övrigt; <i>Här anges orsaker som inte faller in under tidigare alternativ.</i></li></ol>
<b>Referenser</b>	Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:14) Hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation; 4 kap 6§

UTKAST

## 5. Uppmärksammade möjliga donatorer

<b>Indikatornamn</b>	<b>Antal uppmärksammade möjliga donatorer</b>	
<b>Syfte</b>	Uppmärksammande av möjliga donatorer är den mest kritiska punkten i hela donationsprocessen och det är därför viktigt att följa upp eventuellt förbisedda möjliga donatorer.	
<b>Indikatorn mäter</b>	Antal uppmärksammade möjliga donatorer av antalet avlidna möjliga donatorer	
<b>Målvärde</b>	Andel uppmärksammande avlidna möjliga donatorer 100 %	
<b>Teknisk beskrivning</b>	Mätperiod	Helår
	Täljare	Antal uppmärksammade avlidna möjliga donatorer
	Nämnare	Totala antalet avlidna möjliga donatorer
	Datakällor	Svenska Intensivvårdsregistret
<b>Förklaring/anvisning</b>	<p>Behandling avbruten utan uppmärksammas möjlighet till donation; <i>Här avses de avlidna, där man vid uppföljning kunnat konstatera att de varit möjliga donatorer, men där denna möjlighet inte uppmärksammas under vårdtillfället, utan behandlingen har avbrutits och dödsfallet har konstaterats med indirekta kriterier.</i></p> <p>För att en möjlig donator skall få registreras som uppmärksammas krävs att det finns dokumenterade uppgifter i journal om donation – i annat fall registreras detta som en förbisedd möjlig donator.</p>	

	<p>En systematisk uppföljning av avlidna med denna indikator kan återkopplas och leda till förbättrat arbetssätt för att minska antalet förbisedda donationsmöjligheter.</p> <p>Denna indikator är en del av den uppföljning som påtalas i SOSFS 2012:14.</p>
<b>Referenser</b>	<p>Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:14) Hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation; 4 kap 6§</p>

UTKAST

## 6. Kontakt med transplantationskoordinator

<b>Indikatornamn</b>	<b>Kontakt med transplantationskoordinator</b>	
<b>Syfte</b>	Indikatorn avser visa i vilken omfattning transplantationskoordinator kontaktas vid avliden möjlig donator.	
<b>Indikatorn mäter</b>	Andel kontakter med transplantationskoordinator vid avliden möjlig donator.	
<b>Målvärde</b>	100 % kontakt vid avliden möjlig donator	
<b>Teknisk beskrivning</b>	Mätperiod	Helår
	Täljare	Antal avlidna möjliga donatorer där transplantationskoordinator kontaktats
	Nämnare	Totala antalet avlidna möjliga donatorer
	Datakällor	Svenska Intensivvårdsregistret
<b>Förklaring/anvisning</b>	<p>Indikatorn avser visa i hur hög andel transplantationskoordinator kontaktas vid uppmärksamrad avliden möjlig donator. <b>Kontakten med transplantationskoordinator ska vara dokumenterad i patientjournalen.</b></p> <p>Om en möjlig donator är lämplig som donator medicinskt sett avgörs av transplantationskirurg och inte av IVA-personal. För ett korrekt avgörande om medicinsk lämplighet som donator ska transplantationskoordinator alltid kontaktas enligt föreskrift (SOSFS 2012:14).</p>	
<b>Referenser</b>	Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:14) Hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation; 4 kap 9§	

## Resultatindikator

### 7. Antal aktuella organdonatorer

<b>Indikatornamn</b>	<b>Antal aktuella organdonatorer</b>	
<b>Syfte</b>	Indikatorn anger donationstalet och trender inom en region och används vid jämförelse mellan regioner och internationellt	
<b>Indikatorn mäter</b>	Antal aktuella organdonatorer 1. Per miljon invånare 2. Per 10 000 avlidna	
<b>Målvärde</b>	≥ 25/miljon invånare ≥ 25/10 000 avlidna	
<b>Teknisk beskrivning</b>	Mätperiod	Helår
	Täljare	Antal aktuella donatorer (nationellt, regionalt, lokalt)
	Nämnare	1. Befolkningsmängd (nationellt, regionalt, lokalt) 2. Antal avlidna (nationellt, regionalt, lokalt)
	Datakällor	Svenska Intensivvårdsregistret, Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik
<b>Förklaring/anvisning</b>	Aktuella donatorer anges för att inkludera alla donatorer där donationsprocess genomförts fram till tillvaratagandet. Här kommer även det fåtal aktuella donatorer att inkluderas där donation stoppas efter att hudincision gjorts. För intensivvårdsavdelningen är det ingen skillnad mellan aktuell och faktisk donator ur insatssynpunkt.	

---

	<p>Antalet faktiska donatorer redovisas av Svensk Transplantationsregister och Scandiatransplant.</p> <p>Till SIR lämnas uppgifter om antalet aktuella donatorer per sjukhus. Information om antalet avlidna samt befolkning i respektive region hämtas från Statistiska centralbyrån.</p>
<b>Referenser</b>	<p>Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:14) Hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation; 4 kap 6§</p>

UTKAST

## Författare

*Vävnadsrådet; VOG-organ, grupp för mätetalsrevision:*

Öysten Jynge	Transplantationskoordinator, OFO (sammankallande)
Ulrika Peetz Hansson	rDAS, södra regionen, DAS, Helsingborgs lasarett
Cecilia Reinikainen Diamant	rDAS, norra regionen, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Pål Jörgensen	Transplantationskirurg, Akademiska sjukhuset, Uppsala

*Adjungerade:*

Katarina Lindgren	DAL, Sunderby och Piteå sjukhus
Caroline Mårdh	Svenska Intensivvårdsregistret
Per Hederström	Svenska Intensivvårdsregistret
Carin Franzén	Socialstyrelsen
Wenche Stribolt	Socialstyrelsen
Josefina Meyer	Socialstyrelsen

*Remissinstanser:*

SFAI  
SIS  
Rf AnIva  
DAL och DAS  
rDAL och rDAS  
SIR  
Verksamhetschefer inom anestesi och intensivvård