



Vävnadsrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

DONATION EFTER CIRKULATIONSSTILLESTÅND

DCD – donation after circulatory death

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillestånd
Vävnadsrådet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
2017-05-02

Till denna presentation finns åhörarkopior med anteckningar/anvisningar, på: www.vavnad.se/dcd-projektet



DISPOSITION

- Inledning
- DCD-processen
- Skillnader mellan Donation after Brain Death (DBD) och Donation after Circulatory Death (DCD)
- Förutsättningarna för DCD i Sverige
- Resultat av transplantationerna
- Ekonomiska konsekvenser av DCD
- Vad är DCD-projektet
- Pilotsjukhus

Följande punkter kommer i korthet beröras i kommande presentation.



Vävnersrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

INLEDNING

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillstånd



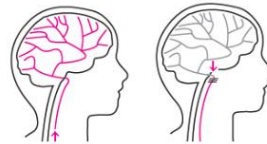
Att donera efter döden

- Det finns två olika situationer som gör det möjligt att donera organ efter döden, antingen efter att man har dött till följd av en mycket svår hjärnskada (s.k. Donation after Brain Death, DBD,) eller efter att man har dött till följd av att cirkulationen helt har upphört (s.k. Donation after Circulatory Death, DCD).



Det finns bara en död

- Det finns bara en död, det som med facktermer kallas total hjärninfarkt. En total hjärninfarkt innebär att hjärnans samtliga funktioner, totalt och oåterkalleligen, har upphört – det är då en människa är död (Lag om kriterier för bestämmande av människans död, 1987:269).



De engelska benämningarna, donation after *brain death* och donation after *circulatory death* är till viss del missledande, vilket kan bidra till en missuppfattning om att det finns en hjärndöd och en annan typ av död. Det är alltid det faktum att hjärnan slutar fungera som orsakar döden. Ett införande av DCD skall inte förväxlas med att det också finns en hjärtdöd – livet är alltid avhängigt att hjärnan fungerar. Alla människor avlider i en total hjärninfarkt.



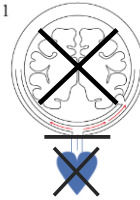
Det som orsakar döden skiljer sig åt

4



När en patient donerar organ efter döden idag, är det i de flesta fall *en spontan hjärnblödning* som leder till en svullnad i hjärnan, som *orsakar hjärninfarkten*. (DBD, Donation after Brain Death, dagens donationsprocess.)

I andra fall är det *ett hjärtstopp* som leder till att cirkulationen ¹ upphör, som *orsakar hjärninfarkten*. (DCD, Donation after Circulatory Death, en möjlig framtida donationsprocess.)





Varför DCD?

- För att möjliggöra för fler människor att bli transplanterade och samtidigt förvalta den svenska befolkningens höga vilja att hjälpa människor i behov av organ.
- Det finns goda erfarenheter av DCD från många andra länder så som Storbritannien, Norge, USA, Kanada, Nederländerna, Belgien, Frankrike, Spanien, Österrike, Italien, Schweiz, Tjeckien, Australien och Nya Zeeland.

Idag ska alla länder sträva efter att vara nationellt självförsörjande beträffande organ – en befolkning skall inte profitera på en annan befolknings tillgång på organ. Dock är det långt ifrån alla länder som är självförsörjande, eftersom de organ som doneras inte täcker behovet. Under år 2016 donerade 185 avlidna donatorer organ, för närvarande (1 jan 2017) väntar 829 patienter på ett eller flera organ. DCD skulle kunna bidra till att långt många fler patienter får möjlighet att transplanteras och att Sverige närmar sig principen om självförsörjande (national self sufficiency). Behovet av njurar är störst. Övriga organ är livsavgörande, vilket innebär att den som väntar kan dö om ett passande organ inte doneras i tid. Ett flertal personer dör varje år i väntan på ett organ.



Vävnersrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

ÖVERSIKT DCD-PROCESSEN

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillstånd

MASTRIICHT KLASSIFIKATION DCD

	Definition		Länder
I: Okontrollerad	Död vid ankomsten till sjukhus	Akutmottagningen Transplantations-centra	Spanien, Frankrike, Italien
II: Okontrollerad	Död på sjukhus - akutmottagningen - avbruten återupplivning	Akutmottagningen Transplantations-centra	Spanien, Frankrike, Italien
III: Kontrollerad	Planerat avbrytande av livsuppehållande behandling	Intensivvårds-avdelningen	Belgien, Holland, Storbritannien, USA, Australien, Nya Zeeland, Norge, Kanada
IV: Okontrollerad	Hjärtstopp hos patient som är förklarad hjärndöd	Intensivvårds-avdelningen Transplantations-centra	Spanien

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillstånd

Vid ett införande av DCD i Sverige, kommer initialt kategori III att införas, vilket innebär att intensivvårdspatienter donerar organ efter att livsuppehållande behandling har avbrutits och döden konstaterats.



Vävnadsrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

Förutsättningar innan DCD-processen

- En döende patient vårdas p.g.a. en allvarlig sjukdom eller skada på en intensivvårdsavdelning med livsuppehållande behandling (respirator, blodtryckshöjande läkemedel m.m.).
- Efter en tids behandling genomför ansvariga läkare en mycket noggrann medicinsk utredning, som visar att den aktiva vården inte längre är till medicinsk nytta för patienten.
- Då ovan är fastställt, beslutar ansvariga läkare att den livsuppehållande behandling skall avbrytas, eftersom behandlingen inte leder till bättring utan istället förlänger döendet.
- Beslutet förankras hos de närstående vid ett brytpunktssamtal.
- Från och med detta inriktas behandlingen i stället på palliation i livets slutskede.

Beslut om avbrytande av livsuppehållande behandling sker helt oberoende av donation, utifrån de riktlinjer kring avbrytande av livsuppehållande behandling som redan är väl etablerade inom svenska sjukvård (SOSFS 2011:7).

För att få en bild av vad ett införande av DCD inom svensk sjukvård skulle kunna innebära, kan det vara av värde att ta del av en typiskt donationsprocess (nästa bild). Innan donationsprocessen inleds behöver dock vissa omständigheter vara uppfyllda. Dessa anges på ovan bild.



Vävnersrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

DCD-processen i korthet

- Transplantationsenheten kontaktas för en bedömning om patienten är en medicinskt lämplig donator.
- I ett separat samtal med patientens närstående erbjuder ansvarig läkare möjligheten för patienten att donera organ efter sin död. Erbjudandet är en del av vården i livets slutskede. Samtycke för donation utreds tillsammans med de närstående.
- Oavsett om samtycke för donation föreligger eller inte, avbryts den livsuppehållande behandlingen enligt gällande riktlinjer (respirator stängs av, tillförsel av blodtryckshöjande läkemedel avbryts m.m.).
- Om samtycke föreligger, omhändertas organ och vävnader för transplantation efter att behandlingen avbrutits och patienten konstaterats avliden.

Samtycket utreds enligt gällande riktlinjer, det är alltid den avlidnes senaste viljeyttring som gäller (Transplantationslagen).

I en framtid föreslår donationsutredningen (SOU 2015:84) att donationsregistret skall kunna tillgå efter att ett oberoende beslut om att avbryta livsuppehållande behandling har fattats. Socialstyrelsen administrerar registret, och sannolikt kommer de som registrerat sig, och övrig befolkning, uppmanas att ta ställning ånyo, vid ett införande av DCD på nationell basis. Under de DCD-piloter som kommer att genomföras inhämtas separat samtycke till DCD från den avlidnes närstående.



Vävnersrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

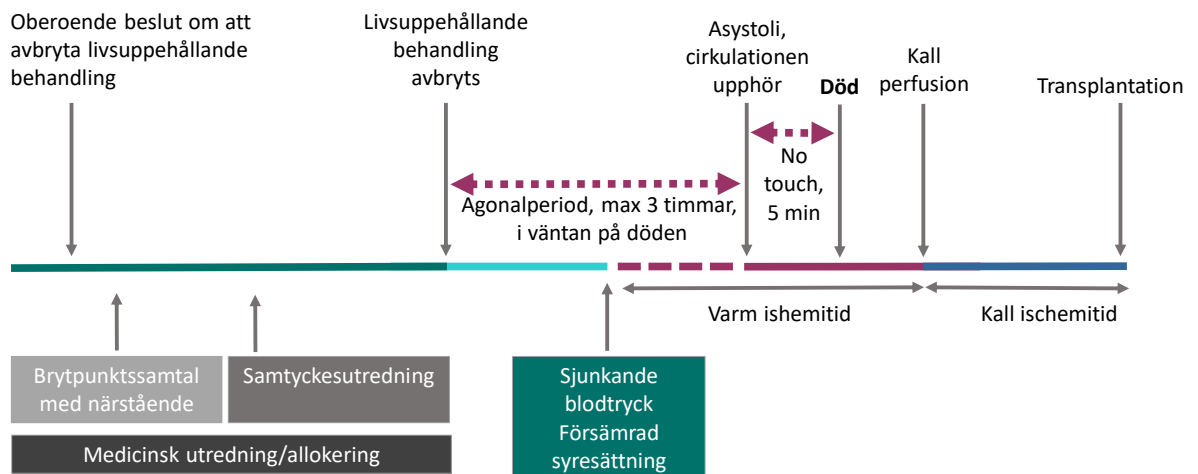
DCD-processen i korthet

- Efter att samtycket har utretts innebär det att endast de som önskar donera förbereds för donationsingrepp. För de som inte önskar donera avbryts livsuppehållande behandling på IVA och palliation inleds.

Den
avlidnes
autonoma
beslut styr
huruvida
donations-
processen
fortskrider
eller ej.

Om praxis ändras till att samtyckesutredningen genomförs efter att ett oberoende beslut om att avbryta livsuppehållande behandling har fattats, både vid DCD och DBD, medför det att de som inte vill donera, inte behöver förlängda/påbörjade insatser som syftar till att möjliggöra donation. All livsuppehållande behandling, inklusive den organbevarande behandlingen, avbyts då redan vid denna brytpunkt. Det är viktigt att poängtera att oavsett om den döende önskar donerar organ eller ej, skall alltid optimal palliation ges under döendet.

Kontrollerad DCD, en del av vården i livets slutskede



Denna bild visar en schematisk översikt av donationsprocessen. Observera att händelserna på tidslinjen inte motsvarar det exakta tidsförloppet, då händelserna i så fall inte skulle rymmas på en och samma tidslinje. Den kronologiska ordningen stämmer dock. Nedan vissa förtydliganden:

- **Oberoende beslut kring att avbryta livsuppehållande behandling:** detta beslut måste vara fattat och dokumenterat innan en möjlig donationsprocess tar vid.
- **Brytpunktssamtal med närstående:** samtalet syftar till att förklara varför fortsatt livsuppehållande behandling inte längre är till medicinsk nytta för patienten. Målet med samtalet (vid behov, fler samtal) är att beslutet skall vara väl förankrat hos närstående och att det finns en acceptans kring avbrytandet.
- **Medicinsk utredning/allokering:** donatorns lämplighet utreds rent medicinskt samt om lämpliga mottagare finns. Detta sker med fördel tidigt i förloppet så att en donationsprocess inte drivs längre än nödvändigt, om medicinska förutsättningar för donation inte finns. Ex på medicinsk utredning är blodprover för virusserologi, vävnadstyp, blodgrupp. Anamnesuppgifter inhämtas enligt samma rutin (protokoll) som vid DBD.
- **Samtyckesutredning:** efter att de närstående uppnått en förståelse/acceptans för att den livsuppehållande behandlingen skall avbrytas, skall patientens inställning till donation utredas, i ett separat samtal. Har de närstående inte accepterat att behandlingen skall avbrytas är det olämpligt att väcka donationsfrågan. De närstående bör då istället ges mer tid, att ta till sig beslutet om att behandlingen skall avbrytas. I dessa sammanhang är det centralt att de närstående inte leds att tro att man prioriterar donation över att rädda liv. Avgörande för vilka som deltar i samtal kring donation är, förutom god kunskap kring DCD, att det inte finns en förtroendekonflikt mellan den personal som deltar och de närstående.
- **Livsuppehållande behandling avbryts:** detta tillfälle bör planeras noga, så att omständigheterna blir lugna och värdiga. Alla involverade (närstående – om de önskar närvara, och personal) ska känna sig väl införstådda i vad som kommer att ske. Det är även viktigt att skapa medicinskt optimala omständigheter, vilket delvis handlar om att befinna sig i nära anslutning till operationssalen. Full symptomlindring skall ges under döendet. Tänk på att informera och stötta närstående under hela döendeprocessen.
- **Döden fastställs:** om döden infinner sig inom tre timmar är donation möjlig. Efter att döden är fastställd flyttas den döde omgående till operation. Detta är nödvändigt för att organen inte skall förstöras av syrebristen som uppstår efter döden. Av vikt är att de närstående är väl informerade om detta och att de är införstådda i nödvändigheten i att omgående ta den döde till operation.
- **Donationsoperationen:** dedikerade transplantationskirurger och övrig dedikerad personal inleder donationsoperationen skyndsamt.



Vävnadsrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

SKILLNADER MELLAN DAGENS DONATIONSPROCESS (DBD) OCH PROCESSEN VID DONATION EFTER CIRKULATIONSTILLESTÅND (DCD)

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillestånd

DCD
Donation efter död till
följd av cirkulationsstillestånd

DBD
Donation efter död till följd
av svår hjärnskada

Döende patient på en intensivvårdsavdelning

Dör *utan att* kroppen syresätts
av en respirator

Donationsoperationen inleds
i nära anslutning efter döden

Kan donera njurar, lever, lungor,
hjärta och bukspottkörtel

Dör *medan* kroppen syresätts
av en respirator

Donationsoperationen inleds
inom 24 timmar efter döden

Kan donera njurar, lever, lungor
hjärta, bukspottkörtel och tarm

Vid DCD: Vanligast med njurar

Donationsprocessen vid DCD och DBD liknar på många sätt varandra. Det handlar i båda fallen om döende patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning. I möjligaste mån skall DBD först eftersträvas, eftersom denna typ av donator kan donera fler organ. Om det inte är möjligt att gå in i en DBD-process kan dock DCD vara en möjlighet, i fall där donation annars inte skulle kunna vara möjlig. Ovan bild visar på ett enkelt sätt de huvudsakliga skillnaderna mellan DCD och DBD.



Vävnadsrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR DCD I SVERIGE IDAG

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillstånd



Lagliga förutsättningar för DCD

- Det finns inga lagliga hinder för ett införande av DCD. Donationsutredningen (SOU 2015:84) förespråkar införandet av DCD.
- Det är dock önskvärt att förändra rutinerna (reglerade i avtal, inte i lag) kring tillgången till donationsregistret, så att registret får tillgås efter att ett oberoende beslut om att avbryta livsuppehållande behandling har fattats.



Etiska förutsättningar för DCD

- Ett etikmöte har genomförts med representanter för SMER, Läkaresällskapets etikdelegation, OFO Mellansveriges (Organisationen för organdonation) etikråd och WHO. En samsyn finns kring att det praktiska arbetet med DCD kan förenas med god medicinsk etik på ett sätt som inte äventyrar människovärdet och förtroendet för sjukvården.
- Internationella etiska riktlinjer kring donation efter döden, stödjer arbetet med DCD.

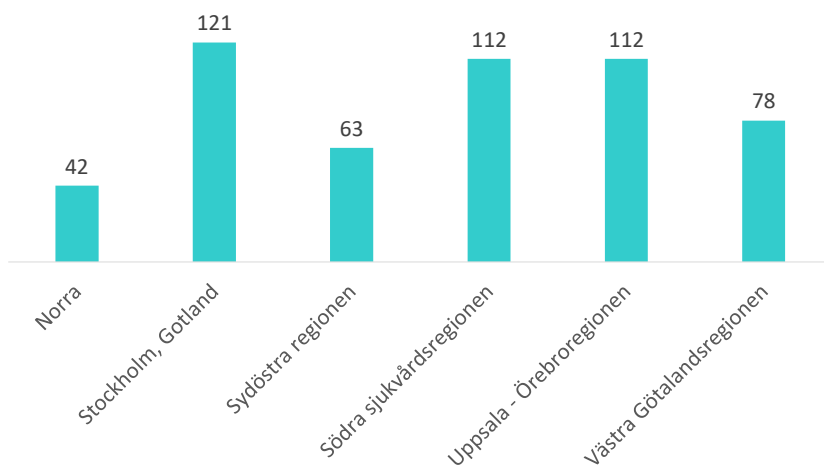


Patientrelaterade förutsättningar för DCD

- Livsuppehållande behandling avbryts på många sjukhus i en så pass stor omfattning att det gör det möjligt att införa DCD.
- De flesta patienter dör inom 180 minuter efter att livsuppehållande behandling har avbrutits (180 min är kriteriet för att kunna omhänderta organen för transplantation.)
- En minoritet av patienterna bär på en känd cancersjukdom.
- En minoritet av patienterna bär på en känd okontrollerad infektion.
- Ungefär hälften av patienterna har multiorgansvikt (multi betyder 2 eller fler – ofta kan ett eller flera andra organ omhändertas för donation).

DCD-projektet har genomfört en inventering och sammanställt data kring förutsättningarna för att införa DCD inom svenska sjukvård. Inventeringen pågick under fyra månader under 2016. Denna inventering ger en god bild av de patienter som dör efter att livsuppehållande behandling har avbrutits. Sammantaget kan sägas att (se punkter på bilden ovan):

Antal IVA-patienter i Sverige, där livsuppehållande behandling avbrutits, mellan 15 februari - 19 juni år 2016



Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillstånd

Inventering gjord av DCD-projektet: De patienter som kan donera organ efter cirkulationsstillstånd finns redan idag inom svenska intensivvård – det är således ingen ny patientgrupp.



Extrapolering av data i inventering, omräknad till möjlig årsbasis för hela landet

Möjligt antal DCD-donatorer under 1 år:
40-80

Antal DBD-donatorer 2016:
185

Antal möjlig organ för transplantation:
Njurar: 80-160
Levrar: 40-80
Lungor: 40-80

Antal transplanterade organ 2016:
Njurar: 425
Levrar: 199
Lungor: 62
Bukspottkörtlar: 24
Hjärtan: 64

På fyra månader avled 528 patienter efter avbrytande av livsuppehållande behandling, vilket skulle kunna innebära att ca 1580 patienter avlider under dessa omständigheter, under ett år i Sverige. Om ca 5-10 procent av dessa skulle vara aktuella för DCD (vilket är rimligt jämfört med andra länder där DCD tillämpas) skulle det innebära att ca 80-160 patienter skulle kunna donera organ efter cirkulationsstillestånd. Av erfarenheterna från andra länder vet vi också att donationsprocessen av olika skäl oftare avbryts vid DCD än vid DBD, så låt oss säga att 50 procent av processerna fullföljs, detta skulle då resultera i nämnda siffror (se ovan bild).

Utöver dessa organ doneras även organ utifrån DBD-processen – under 2016 donerad totalt 185 DBD-donatorer organ, vilket var fler än någonsin i vårt land (se ovan bild).



Övriga förutsättningar för DCD

För ett införande av DCD krävs resurser och organisatoriska förutsättningar som under ett antal pilotförsök kommer att regleras i en överenskommelse mellan vävnadsrådet och pilotsjukhusen innehållande krav på:

- Att avdela personal som ingår i ett DCD-team
- Tid för DCD-teamet att ingå i DCD-jourlinje
- Tid för berörd personal att gå utbildning
- Att pilotsjukhuset utarbetar nödvändiga lokala rutiner
- Tillgång till operationssalar
- Tid för berörd personal att delta i fokusgrupper inför och efter piloterna
- Att enheterna bär sina egna personalkostnader
- Kontinuerlig rapportering till DCD-projektet



Övriga förutsättningar för DCD

Under piloterna åtar sig DCD-projektet att tillhandahålla:

- Grundutbildning för all berörd personal, vid 2–3 tillfällen, i anslutning till pilotenheten
- Fördjupad utbildning för DCD-teamet inklusive uppehålle vid internat, 2 dagar
- Praktisk övning lokalt på sjukhuset
- Månadsvis utfallsrapportering per pilotsjukhus samt en nationell sammanställning
- Resekostnader vid utbildningstillfällen
- Stöd och rådgivning under pilottiden



Vävnersrådet

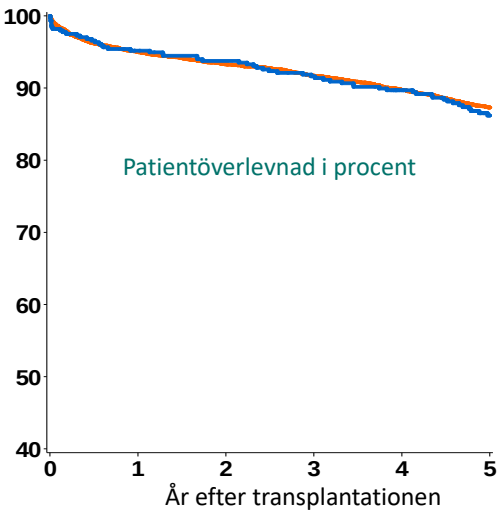
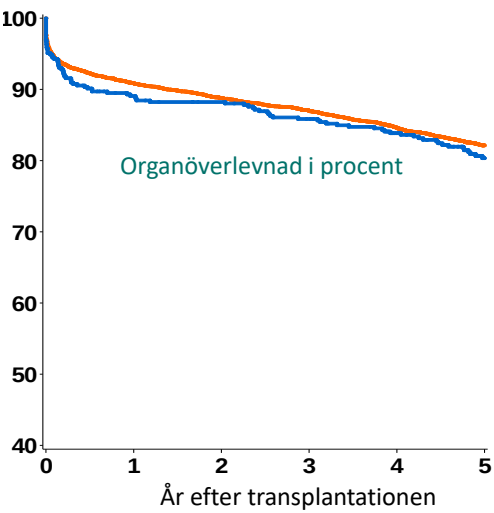
Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

RESULTAT EFTER TRANSPLANTATION MED DCD-ORGAN

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillstånd

Resultat av njurtransplantationer, UK, NHS blood and Transplant

DBD
DCD



I Sverige kommer vi inledningsvis endast att transplantera DCD-njurar (på sikt kan det bli aktuellt med andra organ). Som ovan bild visar är funktionen på dessa njurar lika god som på DBD-njurar.



Vävnadsrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

DCD – EKONOMISKT FÖRSVARBART?

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillstånd



Ekonomiska konsekvenser av DCD

- Donationsutredningen (SOU 2011:84) visar att, från år två efter en transplantation, innebär varje genomförd njurtransplantation en besparing för landstingen på 350 000 kr/år/patient, i jämförelse med om patienten skulle ha fortsatt att gå i dialys.



Ekonomiska konsekvenser av DCD

- En omfattande hälsoekonomisk analys är nyligen avslutad i DCD-projektets regi. Analysen visar att DCD innebär stora vinster mätt i kvalitetsjusterade livsår (QALY). I hälsoekonomiska sammanhang brukar en kostnad på 500 000 kr/vunnen QALY utgöra gränsen för vad som anses vara en acceptabel kostnad för införandet av en ny behandlingsmetod. I alla scenarier som analyserats gällande DCD, observeras avgörande vinster per vunna QALYs i stället för kostnader.

I en hälsoekonomisk utredning bör många delar av verksamheten och patienternas verklighet ingå. DCD-projektet har fokuserat på kostnaderna kopplade till olika behandlingsalternativ, de kvalitetsjusterade livsåren (QALY), den förväntade återstående livslängden av patienterna samt den ekonomiska effekten en given behandling har på samhället (och mer direkt på patienten). Detta översätts i termer av sysselsättningsgrad, produktivitet, löner och skatter.



Värnadsrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

VAD ÄR DCD-PROJEKTET OCH VAD ÄR PLANEN?

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillstånd



Syftet med DCD-projektet

- Syftet med projektet är att öka antalet organ för transplantation samt möjliggöra för fler att få donera genom att skapa förutsättningar för kontrollerad DCD i Sverige som ett komplement till den i Sverige idag etablerade donationsprocessen för DBD.



Vävnadsrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

Medlemmar i DCD-projektet

Ett multiprofessionellt nationellt projekt som täcker in såväl medicinska som psykosociala aspekter av DCD.

Administrativ projektledare:

Kerstin Engman

Medlemmar:

Hans Lindblom, regionalt donationsansvarig sjuksköterska, Stockholm/Gotland

Kerstin Karud, transplantationskoordinator, Malmö

Linda Gyllström Krekula, socionom, forskare, Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet

Markus Gäbel, transplantationskirurg, Göteborg

Medicinsk projektledare:

Stefan Ström, Regionalt donationsansvarig läkare, Uppsala Örebro sjukvårdsregion

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillestånd



Vad är målet med DCD-projektet

- Skapa ett nationellt protokoll baserad på DCD kategori III utifrån internationellt etablerad vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Förankra och utvärdera protokollet i pilotprojekt.
- Skapa en landsövergripande plan för införande av protokollet, som sjukvårdsregionerna kan ta ställning till.
- Föreslå en förvaltningsorganisation till vilken projektet överlämnar protokollet och andra viktiga resultat för förvaltning och fortsatt utveckling.



Vävnadsrådet
 Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

Aktuella projekt ▶

Utbildning

[Ben](#)
[Blod](#)
[Cell](#)
[Hematopoetiska stamceller](#)
[Hjärtklaffar](#)
[Hornhinnor](#)
[Könsceller](#)
[Organ](#)
[Hud](#)

www.vavnad.se/dcd-projektet

DCD-projektet

Donation då döden inträffar efter cirkulationsstillestånd

I svensk sjukvård är transplantation av organ en etablerad behandling. Idag råder brist på organ för transplantation, vilket innebär att människor avlider i väntan på organ. I befolkningen finns en uttalad hög vilja att donera organ efter sin död.

I Sverige omhändertas och transplanteras idag organ från avlidna donatorer genom en s.k. DBD-process. DBD står för Donation after Brain Death, som på svenska kallats "donation då döden inträffar efter primär hjärnskada". I många andra länder kompletteras denna donationsprocess med en DCD-process. DCD står för Donation after Circulatory Death, som vi i Sverige valt att kalla "donation då döden inträffar efter cirkulationsstillestånd". I de länder där DCD förekommer utgör denna typ av donation ett komplement till DBD och fler patienter erbjuds då möjligheten att få donera efter sin död.

Detta DCD-projekt skall utreda möjligheterna till och behovet av DCD, samt skapa förutsättningar för ett välplanerat införande av det som kallas kontrollerad DCD (DCD kategori III) i Sverige.

Dokument

Nationellt arbete

Frågor & svar

ORDFÖRANDE PROJEKTGRUPP
 Stefan Ström
stefan.strom@regionvastmanland.se
 Kerstin Engman, projektledare

 Funktionsbrevlåda DCD-projektet
dcd@vavnad.se

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillestånd

Vill du veta mer om DCD-projektets arbete, eller har du frågor, når du projektet via ovan hemsida (www.vavnad.se/dcd-projektet). På hemsidan finner du även denna presentation samt en broschyr om DCD och DBD, som på ett enkelt sätt förklarar dessa donationsförlopp.



Vad står DCD-projektet nu inför?

- Teckna avtal med utsedda pilotsjukhus

Förbereda inför piloterna genom att:

- Utbilda dedikerade DCD-team på utsedda pilotsjukhus (IVA, OP, Transplantation)
- Utbilda övrig berörd personal på utsedda pilotsjukhus
- Fortsätta att informera och kommunicera om DCD inom svensk sjukvård, patientföreningar, gentemot politiker m.fl.

Utvärdera piloterna genom att:

- Genomföra fokusgrupper med berörd personal
- Genomföra intervjuer med närstående till DCD-donatorer
- Utvärdera den praktiska tillämpningen av DCD-protokollet
- Utvärdera/följa upp de medicinska resultaten av transplantationerna.



Vävnersrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

PILOTSJUKHUS

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillstånd



Vävnadsrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

Urvalskriterier

- **Volym avbrytande av behandling**
- Inställning till DCD, ledning IVA
- Inställning till DCD, ledning OP
- Donationskultur IVA
- Donationskultur OP
- Antal donatorer de senaste tre senaste åren
- Närhet till TX-centra
- Personalresurser IVA
- Personalresurser OP
- Faciliteter, logistik/närhet till OP
- Attityder
- Motivation
- Trygghet i mötet med närstående
- Trygghet kring avbrytandet av livsuppehållande behandling
- Kunskapsnivån på enskilda intensivvårdsavdelningar

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillestånd

För att kunna välja ut lämpliga pilotsjukhus har information inhämtats via en skriftlig enkät samt via samtal med berörda parter. På bilden ovan återges de olika variabler som beaktats. Olika variabler väger olika tungt, och spelar således olika stor roll för det slutgiltiga urvalet. Det mest avgörande kriteriet är volym av avbrytande. Under piloterna är det angeläget att så goda förutsättningar som möjligt råder för ett lyckat DCD-arbete. Inför ett bredare nationellt införande kommer DCD-projektet formulera vilka kriterier som är mest angelägna.



Vävnadsrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

Pilotsjukhus

Förslag till pilotenheter för DCD 2018 – förstahandsval

CIVA Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

CIVA Karolinska universitetssjukhuset, Solna

MIVA Södersjukhuset (i logistiksamarbete med IVA), Stockholm

IVA Centralsjukhuset, Kristianstad

IVA Västmanlands sjukhus, Västerås

IVA Skånes universitetssjukhus, Malmö

Förslag till pilotenheter för DCD 2018 – andrahandsval

IVA Östersunds sjukhus

IVA Lund, Skånes universitetssjukhus

IVA Karlskrona, Blekingssjukhuset

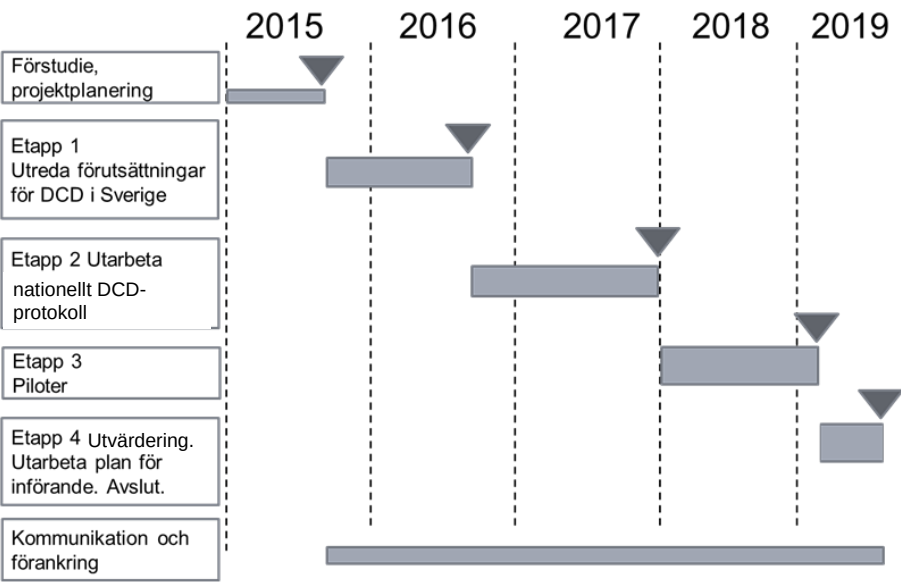
IVA Helsingborgs lasarett

IVA Mälarsjukhuset, Eskilstuna

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillstånd

Ovan sjukhus har tillfrågats om att ingå i piloterna, efter beslut i DCD-projektets styrgrupp. Om något av de sjukhus som utsetts som förstahandsval inte önskar/kan ingå, kommer något av andrahandsvalen att tillfrågas.

Tidsplan DCD-projektet





Vävnadsrådet

Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod

KONTAKT:

Välkomna att höra av er med frågor
till: dcd@vavnad.se

PRESENTATION FRAMTAGEN AV:

Projektgruppen för donation
efter cirkulationsstillestånd
Vävnadsrådet, Sveriges Kommuner
och Landsting (SKL)

PRESENTATIONEN FINNS ATT HÄMTA PÅ:

www.vavnad.se/dcd-projektet

ILLSTRATÖRER/BILDER:

Tone Emblemsvåg, Stiftelsen
Organdonasjon, Norge
Socialstyrelsen, Sverige
NHS Blood and Transplant, UK
DCD-projektet, Sverige

Projektgruppen för donation efter cirkulationsstillestånd