

Gäller för: Intermediärvårdsavdelning 25 NÄL, Operation Uddevalla sjukhus,
Intensivvårdsavdelning 26 IVA NÄL, Operation NÄL
Innehållsansvar: Jenny Gustafsson, (jengu5), Överläkare
Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare
Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-31

Giltig till: 2028-03-31

ORGANDONATION (DBD) - omhändertagande av möjlig donator

Revidering i denna version

- Reviderad. Hänvisning till Donationsguiden.

Bilagor

- Behandlingsriktlinjer.

Bakgrund

Patienter som kan bli aktuella som DBD - donatorer måste vårdas i respirator och konstateras avlidna i total hjärninfarkt. Antalet patienter är få (NU-sjukvården 4-8/år) och det är därför viktigt personalen har kunskap om hur donationsprocessen går till.

I Donationsguiden [Logga in på webbplatsen | Donationsguiden](#) finns fördjupad information.

Följande finns även utskrivet i en mapp som finns i IVA:s förråd :

- Provtagningsanvisningar
- Remisser för virusserologi och vävnadstypning
- Protokoll för bestämmande av människans död med hjälp av direkta kriterier.
- Journalhandling för donationsingrepp på avlidna
- Anvisning för beställning av taxi (för att skicka iväg prover till Göteborg)

- Lokal rutin organdonation
- Flödesschema donationsprocessen
- Donatorskaraktärisering
- Information till obduktionsavdelningen
- Instruktion för Dödsbevis
- Instruktion för SIR-registrering

Syfte

Skapa säkra rutiner för medicinskt omhändertagande av möjlig donator på IVA och Operation.

Vilka berörs

Alla läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på IVA och Operation.

Kontakt med donationsansvariga på IVA, NÄL:

Nina Ulin, regional DAS, internt 51358 , 073-364 15 48

Susanne Svensson, DAS, internt 51358 , 070-261 53 15

Johanna Carlén, DAS, internt 51358 , 072-5621598

Jenny Gustafsson, DAL, internt 51453, 072-702 91 15

Kontakt med transplantationskoordinator

Kontakta alltid transplantationskoordinator i ett tidigt skede, innan klinisk neurologisk undersökning, angående medicinsk lämplighet. Denna kontakt innebär en förfrågan om eventuell lämplighet (anonymt).

Denna kontakt är viktigt ur flera aspekter, dels får koordinatören ett tidigt förhandsbesked om en möjlig donator och kan göra ev. förberedelser, men ffa så kan man vid ett negativt besked (patienten ej lämplig/möjlig för donation) sannolikt påbörja ett avslutande av intensivvård istället.

DOSS och Donationslinjen

I samband med att en donationsprocess startas kontaktar transplantationskoordinator den DOSS (Donationsspecialiserad

sjuksköterska) som är i tjänst och som kommer till det sjukhus där processen pågår.

Som resurs nationellt finns också läkare i beredskap dygnet runt per telefon : 010-4414444

Transplantationsenheten skall ALLTID avgöra medicinsk lämplighet!!

Transplantationskoordinator : 031-3435776 (alt vxl SU 031-3421000)

Frågor du kan behöva besvara för en medicinsk bedömning:

- Anamnes – diagnos, tidigare kirurgi, cancer
- Ålder, kön, vikt, längd
- Vitalparametrar – blodtryck, ev inotropi, timdiures, arytmier
- Prover – blodgrupp, rutinprover
- Socialt – rökning, alkohol, droger
- Nyligen gjorda tatueringar/piercing
- Behov av rättsmedicinsk obduktion

Vid förnyad kontakt med transplantationskoordinator, glöm inte att fråga vad ”annat medicinskt ändamål” innebär just nu.

I denna fas kan också kompletterande undersökningar och utredningar ordinerar av transplantationsteamet, ex.vis UKG, Coronarango, CT buk, ytterligare prover.

Organbevarande behandling och medicinska insatser efter döden

Efter att brytpunktsbeslut är taget och dokumenterat i journalen (Mall i Melior ”IVA brytpunksbeslut”) inleds den

organbevarande behandlingen, som får fortgå i 72 timmar. Vid misstanke om att total hjärnfarkt utvecklats skall Klinisk neurologisk undersökning (KNUS) utföras.

Efter att döden fastställts med hjälp av direkta kriterier inleds **medicinska insatser efter döden**, som får fortgå i 24 timmar.

Utredning av donationsvilja

När en person avlider på ett sådant sätt att organdonation är möjligt är det hälso- och sjukvårdens **skyldighet** att utreda den avlidnes inställning till donation.

Det är den sista viljeyttringen som gäller oavsett hur den har uttryckts- skriftligt (donationskort), muntligt eller Donationsregistret.

I samband med donationsprocessen görs en sökning i donationsregistret:

1. Efter det att det fastställts att personen avlidit, vilket skall vara dokumenterat i journalen, **eller**
2. Efter det att ställningstagande (Brytpunktsbeslut) gjorts om att inte inleda eller fortsätta livsuppehållande behandling, vilket skall vara dokumenterat i patientjournalen. Ställningstagande ska vara gjort av en legitimerad läkare i samråd med en annan legitimerad läkare.

När det inte finns någon känd donationsvilja utgår lag 1995:831 från att den avlidne var positiv till donation – förmodat samtycke.

Fastställande av död med hjälp av direkta kriterier (KNUS)

Rutinen här är att diagnostiken görs av specialistkompetent läkare som är väl förtrogen med klinisk neurologisk diagnostik med avseende på läkemedelseffekter och intensivvårdsåtgärder.

Önskvärt är att man kan vara två läkare på sal, samt utan telefoner/sökare. Det innebär att diagnostiken ej bör göras jourtid.

Om 4-kärtsangio är nödvändigt och inte radiologisk kompetens finns att tillgå på sjukhuset, skall patienten transporteras till SU utan dröjsmål.

Den avlidne skall ej transporteras tillbaka till NÄL.

Dokumentation

Se till att dessa dokument är ifyllda

- ***Protokoll för bestämmande av människans död med hjälp av direkta kriterier***
- ***Journalhandling för donationsingrepp på avlidna***
- ***Dödsbevis i Melior***
- ***Donatorskaraktärisering***

Efter samråd med transplantationskoordinatören skall dessa förmedlas till dem.

Samtliga dödsfall på alla intensivvårdsavdelningar rapporteras till SIR via ett webformulär, detta fylls i av ansvarig läkare i samband med konstaterat dödsfall samtidigt som övriga ovanstående dokument fylls i.

Det är viktigt med noggrann journalföring. Dokumentera fortlöpande under processen, använd mall "IVA brytpunktsbeslut" i Melior.

Provtagning

Mallar finns i Melior och CHA, följ anvisningar i Donationsguiden. Färdiga provtagningskit finns i IVA:s förråd

Inför donationsoperation

Se till att Operationsavdelningen i ett tidigt skede informeras om planerad operation, samt gör en op-anmälan i Orbit, se Bilaga i slutet av dokumentet. Glöm inte den fortlöpande informationen till Op allteftersom du får mer besked från koordinatören.

Håravkortning skall ske på IVA. Donatören skall vara rakad från jugulum till symfyssen samt ned på flankerna. Descutantvättning utförs som inför en "vanlig" operation.

2 EK skall finnas peroperativt, överenskom med ansvarig operationspersonal om vem som lämpligast beställer. Bör finnas på plats vid beräknad knivstart.

Uttagsoperation

Ansvarig anestesilog är ofta den som varit ansvarig för donatorn på IVA. Under operationen behövs närvaro av anestesilog i princip kontinuerligt, varför bakjouren på AnOpIVA sannolikt behöver vara närvarande på sjukhuset jourtid.

Operationen utförs av operationsteam från transplantationsenheten. Transplantationskoordinatorn från regionen kommer med teamet (ibland flera, från olika enheter) för att kunna utföra uttagsoperationen. Optimala resurser - och operationsmöjligheter måste då ställas till transplantationsenhetens förfogande. Detta innebär att ev. extrapersonal måste kallas in i god tid för att förhindra förseningar. ***Det är vår skyldighet som donatorsjukhus att ställa upp med erforderliga resurser.***

Avslutning

Om beslut att organdonation inte är aktuellt så skall livsuppehållande behandling avslutas skyndsamt. Om närstående är på väg inom rimlig tid kan man invänta dem.

I samband med avbrytandet av respiratorbehandling kan hypoxi utlösa spinala reflexer. Det är viktigt att anhöriga informeras om det om de önskar närvara.

Avsked

När uttagsoperationen är färdig eller om organdonation inte är aktuell tas avsked inne på IVA. Följ rutinen [Avliden - omhändertagande på IVA och IMA](#)

Uppföljning

Transplantationsenheten skickar ut information om transplantationsresultaten till DAL och DAS inom två – fyra veckor efter organdonationen.

DAS erhåller efter en tid dokument med scandianummer för donator och mottagare som scannas till donatorns journal för framtida spårbarhet.

Anhöriga erbjuds ett uppföljande samtal inom ca två månader, där de får ta del av transplantationsresultaten.

Rutin för operationsavdelningen

Praktiska råd – anestesi

Förberedelser innan donatorn anländer:

- Kontakta IVA- personal angående rapportering. Anestesi- och operationspersonal kan få första rapport på IVA.
- Cirka 1- 1.5 h före donationsteamet beräknas anlända hämtas den avlidne in till C-op.
- Donationsteamet skall aldrig behöva vänta på oss
- Vid lång väntan på personal från SU, lägg varmetäcken på donator

Anestesi

- Donationsdokument ifyllda och signerade innan operationen påbörjas.
- Muskelrelaxantia
- Sevorane
- Heparin 400E/ kg på sal
- Mannitol på sal
- Inotrop stöd kan krävas
- Albumin 200 mg /ml
- 2 EK **skall** beställas

Behandlingsrekommendationer

Cirkulation

- Systoliskt bltr > 100 mm Hg lägsta MAP 60 mm Hg
- Arteriellt PaO₂ >100 mm Hg (13.3 kPa)
- Hjärtfrekvens < 100 / min
- Timdiures 50- 100 ml/ h

Respiration

- Normoventilation eftersträvas. EtCO₂ ca 4,5 – 6,5 kPa (Obs! Vid lungdonation 4,7 – 6,0 kPa)
- PEEP som IVA inställning
- Täta blodgaskontroller
- Besked från operatörerna när ventilatorn skall stängas av

Utrustning – anestesi

Övervakning

- EKG
- Temp. > 34 grader
- Saturationsmätning
- Timdiures
- Artärtrycksmätning (radialis vänster)
- CVP- CVK dx
- Grova perifera nålar med förlängning
- Värmetäcke – även värme under patient.
- Blod/ vätskevärmare
- Syrabas sprutor

Praktiska råd – anestesi/op

Operationsbord/läge

- Universalbord eller gynbord
- Ryggläge
- Armarna ut vid endast bukorgan, armarna längs med sidorna vid uttag av även thoraxorgan (stäm av med koordinator/ansvarig IVA-läk)
- Överflyttning kan ske på IVA-sal eller op-sal. (stäm av med IVA)

Teknisk utrustning

Diatermi Vallylab Force Triad monopolärt system program

Grundinställning CutBlend 20 W coag Fulgurate 20 W (Diatermi med LigaSure uttag).

Ev. Diatermi ERBE, monopolärt system, program 1A (diatermi med Argonuttag, från sal 13 eller endo)

1 st. Diatermier ERBE, monopolärt system, program 1A

Ev. Ultraljudsapparat Harmonic (vid pancreas-uttag)

Neutralplattorna fästes på låren.

2 st suger.

1 st sug med 3 L-påsar till Organdonation (finns i apparatförråd, kir. sekt.)

Grundutrustning

1 st. Opset Universal

1 st. Op rock std storl, LL

2 st Op rock std x-stor, XL (förstärkt rock till operatörerna).

2 st. Op påse assbord 77x145 cm S

2 st. Op lakan Instrumentbord 150x190 S

2 st. Koppset engångs

2 st. Rondskål

2-3 st. Handfat

3 st. Op lamphandtagsskydd

Handskar

1 st. Knivblad nr 10

1 st. Skyddsask till nålar/knivblad 10 nålar (Nålask)

1 st. Blade Shield Scalpel Holder (Knivhållare)

3 st. Slanghållare kardborre 2,5x30 cm S

1 st. Op duk nonw. rtgtr 30x40 cm S Bruna 5-pack (till thoraxhaken)

2 st. Op duk nonw. rtgtr 40x65 cm S Svarta 5-pack

2 st. Vesselloop medium blå 2-pack

2 st. Op påse diatermi transparent 24,5 cm x 47 cm (sug och diatermipåse, långa)

2-3 st. Sugset rak dubbelrör 3,5 m S Rissler röntgentät

2 st. Diatermi handtag integrerat med rökutsug och hylsa

2 st. Sugslang kona-kona

2 st. Vätskeuppsamlingspåse (u-påse) Ev. skarvas dessa (påsdelen tvärsöver klipps bort på bägge påsarna).

Ev. Sugset avsmalnande sp 15,5 cm S Kärlsug

Ev. Harmonic Focus curved Shears FCS9 Johnson&Johnson

Ev. Diatermi knivelektrod 10 cm coatad

Galler

Transplantationsteamets egna instrument

Grundgaller stort

Instrument

Ev. Diatermi APC Handtag VIO + applikator kort (när Argon anv.)

Ev. Pincett De Bakey 25 cm

Ev. Harmonic Scalpel Blue Hand Piece + test tip (pancreas)

Ev. Hake självhållande Pehrman X-lång

Till perfusionsbordet

Fistelgaller

Ev. Kärlsug

Övrigt

2 st. Droppställningar

1 st. Plåthink med hjul till Cell-Saver

2 st. Uppdukningsbord stort

1-2 st. Bord utanför salen

Ev. 2 st. Assbord

Läkemedel

Heparin 5000 IE/ml och NaCl 9 mg/ml blandar
transplantationssjuksköterskorna själva.

NaCl 9 mg/ml 500ml, 18 st. Helst från Fresenius Kabi (kan öppnas
sterilt) enligt SU Gbg

NaCl 9mg/ml 1000 ml. Flaskor kylskåpskalla. Finns i kylskåpet i
akutsalens apparatförråd.

Suturer

Transplantationssjuksköterskorna har egna suturer med sig

2-0 Polysorb V-20 75 cm resorberbar violette

2-0 Polysorb Ligatur 3x45 cm resorberbar violette

Hudstapler Appose wide skin stapler

Förband

Cosmopore

Vid lång väntan på personalen från SU, lägg värmetäcken på
donatorn!

Steriltvätt och drapering

Steriltvätta med 5 mg/ml Klorhexidinsprit

Donatorn rakas och steriltvättas från jugulum till symfysen samt
långt ner på flankerna.

Rakningen bör göras på IVA, om inte, rakas donatorn på
operationssal.

Klä in ett stort område för bästa åtkomst från jugulum till symfysen
och långt ner på flankerna.

Oftast vill transplantationskirurgerna ha högre effekt på
Argondiatermin, 80-100 W på vuxna och 50 W på barn.

Vätskor – handhavande

När beskedet kommer att organdonation ska ske och tidpunkten är
meddelad:

20 st 500 ml NaCl-påsar ligger i kylan i Akutkorridorens Apparattorg. Lägg över dessa i frysen som står bredvid, placera dem glest. Fyll på 20 st nya 500 ml NaCl-påsar i kylan.

Efter ca 2–3 timmar, kontrollera påsarna i frysen genom att vända och känna på dem. Det tar ca **3–4 timmar*** att frysa till ”slush”-konsistens (issörja), vilket är det optimala. Observera att denna frys är mycket effektiv! När det blivit bra konsistens på ”slushen” kan påsarna flyttas över till kylan, där de håller sig bra som ”slush” i flera timmar.

Påsarna kan öppnas sterilt (Frasenius Kabi), kontrollera därför att de är hela.

***I test som gjorts på en påse bildades ”slush” efter 2,5–3 timmar.**

Postoperativt omhändertagande

- Trachealtub bort
- Alla infarter bort
- Kontrollera att förbandet är rent och snyggt innan den avlidne förs till IVA.

Den avlidne överflyttas till säng och transporteras till IVA:s avskedsrum.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Behandlingsrekommendationer: Organbevarande behandling (DBD och DCD) och medicinska insatser efter döden (DBD)

Organbevarande behandling är en aktiv process för att optimera organfunktionen, genom att bl.a:

- Optimera hemodynamiken
- Identifiera och korrigera diabetes insipidus
- Optimera ventilation och åtgärda atelektaser

BEHANDLINGSMÅL (VUXNA DONATORER)

HR: 50 – 110 slag/min

SaO₂: 95–98%

MAP: 65–100 mmHg

Diures: 0,5–1 ml/kg/timme

Balans: - 500 ml till +/- 0 ml (perspiratio inräknat)

Hb: ≥80 g/l

PaO₂ 10–13 kPa, PCO₂ och pH normalt (inom referens)

B-glukos 5–10 mmol/l

P-Na: 135–145 mmol/l, P-K: 4–4,5, Normalvärden för Ca och Mg

Temperatur: 35,5–38,0° C

Stabil vikt - Daglig vikt

Vid behov utökad hemodynamisk övervakning, med exempelvis PICCO, CVP eller ScvO₂

CIRKULATION

Hypovolemi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlas med kristalloid (t.ex. Ringer-Acetat) och/eller kolloid (Albumin). ▪ Välj elektrolytfri glukos och vatten i v-sond om donatorn har diabetes insipidus och stigande S-Na. ▪ Blod och plasma ges vid behov av de specifika komponenterna i dessa produkter.
Hypotoni (MAP <65 mmHg)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adekvat vätsketerapi ▪ Perifer vasodilatation behandlas med målstyrd infusion av en vasopressor. Noradrenalin alternativt vasopressin kan användas beroende på lokal rutin. ▪ Vid hjärtsvikt och behov av inotrop stöd kan dobutamin eller milrinon användas.
Hypertoni (MAP >100 mmHg)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ I samband med inklämning bör man behandla med kortverkande läkemedel. Behandlas med Labetalol i första hand. Efter döden kan även Nitroglycerin användas.
Takykardi (>110 slag/min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Överväg</u> behandling med betablockad efter optimerad ventilation, cirkulation och temperatur om svår hjärtsvikt ej föreligger.
Bradycardi (<50 slag/min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Överväg behandling om frekvens under 50 slag/min – avstå behandling om stabil cirkulation i övrigt och inga tecken på hypoperfusion. ▪ Behandlas med målstyrd infusion av sympatomimetika (Isoprenalin).

Rekommendationer utarbetad av: Nationella Expertgruppen för organ- och vävnadsdonation 2023

Kontaktperson revideringar detta dokument: Joakim Ahvenainen R-DAL Södra sjukvårdsregionen; joakim.ahvenainen@kronoberg.se

Giltighetstid: 2023-09-01 – 2026-09-01

Version 1

	<ul style="list-style-type: none"> Antikolinergika har ingen effekt om patienten är avliden, p.g.a. bortfall av vagusnervens (kranialnerv X) funktion, men kan användas dessförinnan.
Hypervolemi	<ul style="list-style-type: none"> Undvik övervätskning, vilken ökar risken för stas i lever och lungor med försämrad organfunktion som följd. Styr volymterapin utifrån lokala rutiner.
Arytmier	<ul style="list-style-type: none"> Behandla orsaken – elektrolyter och vätskebalans. Behandla med magnesium, Amiodarone och/eller betablockad. Vid nyttillkommen arytm överväg tidig elkonvertering om patienten är optimerad när det gäller vätskebalans och elektrolyter.

RESPIRATION	
Lungprotektiv ventilation	<ul style="list-style-type: none"> Tryckkontrollerad ventilation Platåtryck <30 cm H₂O PEEP 5–15 cm H₂O Drivtryck: <15 cm H₂O Tidalvolym 6–8 ml/kg baserat på donatorns idealvikt
Rekrytering	<ul style="list-style-type: none"> Atelektaser ska undvikas och det är angeläget att rekrytera efter varje bortkoppling från respiratorn samt på vida indikationer
APRV	<ul style="list-style-type: none"> ”Airway Pressure Release Ventilation” kan vara ett alternativ för rekrytering
Inför CT	<ul style="list-style-type: none"> För att kunna göra en så bra bedömning som möjligt av lungorna ska CT och annan radiologi ske med noggrant rekryterade lungor. Om undersökningen görs i apné ska det göras på inandningen.
Bronkoskopi	<ul style="list-style-type: none"> Akuta insjuknanden har stor risk för aspiration av maginnehåll och/eller orofaryngealtinnehåll varför tidig och vid behov upprepad bronkoskopi rekommenderas. Ta odlingar
Sugning	<ul style="list-style-type: none"> Hjärnskadade patienter har svårt att mobilisera sekret varför regelbunden sugning är nödvändigt. Bronkoskopi vid misstanke om sekretstagnation.
Vändning	<ul style="list-style-type: none"> Regelbundet enligt rutin
Höjd huvudända	<ul style="list-style-type: none"> 30 °
Bukläge	<ul style="list-style-type: none"> Kan rekommenderas som kompletterande behandling mot atelektaser
Förebygg VAP	<ul style="list-style-type: none"> Enligt rutin
Undvik övervätskning	<ul style="list-style-type: none"> Följ vätskebalans Övervätskning ger sämre resultat vid lungdonation pga lungödem och risk för reperfusionsodem. Ge diuretika vid behov.

HORMONELLA FUNKTIONER

Diabetes insipidus (timdiures >4 ml/kg/tim under minst 2 timmar)	<ul style="list-style-type: none"> Behandling med desmopressin (Minirin®, Octostim®) påbörjas omedelbart efter att diabetes insipidus diagnostiserats enligt definition. Initial dos 0,125–0,25 mikrogram (µg) intravenöst. Dosen kan upprepas efter utvärdering som kan ske efter 20min, men observera att halveringstiden är 11 timmar, varför försiktighet bör iaktas för att undvika oliguri/anuri på grund av överdosering. Övergående anuri påverkar dock inte donationsmöjligheten. Alternativt ges infusion vasopressin ≤2,5 E/tim vilket är särskilt lämpligt vid samtidig hypotoni.
Steroider	<ul style="list-style-type: none"> I samband med hjärnstamsinklämningen ges metylprednisolon (Solumedrol®) 15 mg/kg som engångsdos. Syftet är att dämpa organskador till följd av inflammation.

METABOLISM

Hyperglykemi	<ul style="list-style-type: none"> Eftersträva B-glukos 5–10 mmol/l, starta insulinbehandling enligt rutin.
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> Fortsätta/inleda enteral nutrition, låg dos ca 10 ml/tim, speciellt vid organbevarande behandling som kan dra ut på tiden Fortsätt eller påbörja ulcusprofilax
Hypernatremi	<ul style="list-style-type: none"> Om hypernatremi (P-Na >145 mmol/l) hunnit utvecklas ges, förutom desmopressin eller vasopressin, elektrolytfri glukos intravenöst och kranvatten i sonden.

ELIMINATION

Diures	<ul style="list-style-type: none"> Timdiures 0,5-1ml/kg/timme Desmopressin om diabetes insipidus (se ovan) Diuretika vid behov
CRRT	<ul style="list-style-type: none"> Vid behov fortsätt eller starta CRRT vid akut njursvikt
Vätskebalans	<ul style="list-style-type: none"> Stabil vikt Följ vätskebalans

TEMPERATURREGLERING

Måltemperatur	<ul style="list-style-type: none"> 35,5–38°, både hyper- och hypotermi ska undvikas.
Hypotermi	<ul style="list-style-type: none"> Aktiv värme t.ex. varmetäcke
Hypertermi	<ul style="list-style-type: none"> Överväg kylträkt. Paracetamol har begränsad effekt vid svår hjärnskada.

INFEKTION

Odlingar	<ul style="list-style-type: none"> Infektioner behandlas efter relevanta odlingar enligt gällande intensivvårdsrutiner.
Antibiotika	<ul style="list-style-type: none"> Antibiotika – Meropenem 0,5–1,0 g x 3 i.v., efter genomodling, enligt stående ordination från transplantationskirurg (om inga kontraindikationer eller andra skäl föreligger)

Rekommendationer utarbetad av: Nationella Expertgruppen för organ- och vävnadsdonation 2023

Kontaktperson revideringar detta dokument: Joakim Ahvenainen R-DAL Södra sjukvårdsregionen; joakim.ahvenainen@kronoberg.se

Giltighetstid: 2023-09-01 – 2026-09-01

Version 1

KOAGULATION

Trombosprofylax	▪ Fortsätt med trombosprofylax om inga kontraindikationer föreligger
------------------------	--

SPINALA REFLEXER

Muskelrelaxantia	▪ Spinala reflexer kan förekomma eftersom ryggmärgen fortfarande fungerar. Dessa kan behandlas med muskelrelaxantia efter dödförklaring.
-------------------------	---

PERIOPERATIVT OMHÄNDERTAGANDE

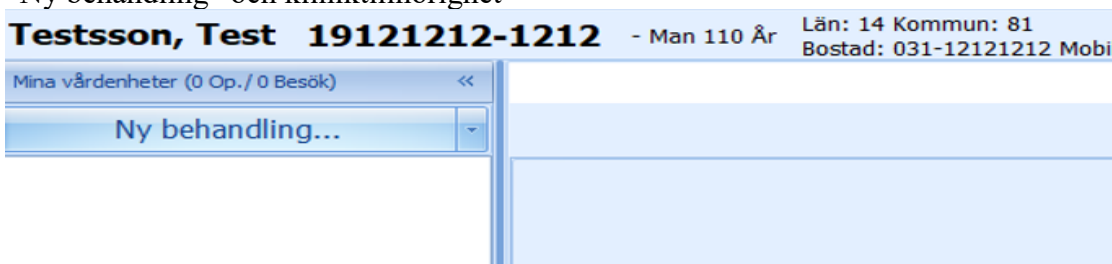
Fortsatt optimering av organfunktion	▪ Vård och behandling av donatorn ska fortsätta enligt ovanstående intensivvårdsprinciper under donationsoperationen fram till organperfusion
Antibiotika	▪ Fortsätt med ordinerad dos fram till organperfusion
Spinala reflexer under donationsingreppet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muskelrelaxantia ges innan operationsstart och vid behov under ingreppet. ▪ De spinala reflexerna kan orsaka kraftiga blodtrycksstegringar varför opioider och/eller inhalationsanestetika också rekommenderas.
Blodprodukter	▪ Ordineras i samråd mellan transplantationskirurg och anestesilog.
Antikoagulantia	▪ Heparin 5000 E/ml , (400 E/kg) – ges innan katetrar läggs in för perfusion av organ. Förhindrar trombotisering i kärlen. Dos ordineras av transplantationskirurg.
Aktiv värme	▪ Stängs av i samband med organperfusion

Operationsanmälan i Orbit

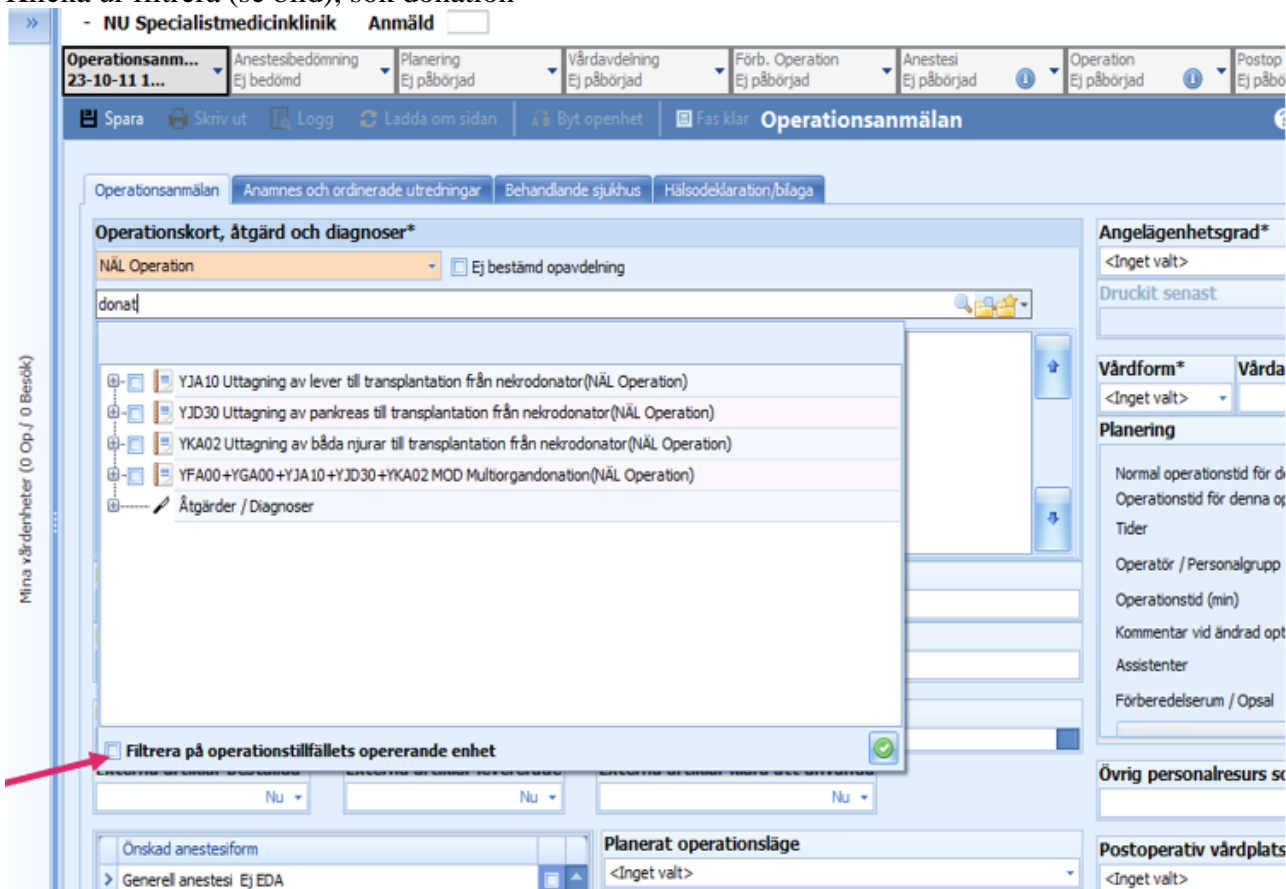
1. Sök fram patienten



2. ”Ny behandling” och kliniktilhörighet



3. Klicka ur filtrera (se bild), sök donation



4. Minst ett op-kort, en diagnos och en ingreppskod måste väljas (se bild)

- NU Specialistmedicinklinik Anmäld

Operationsanmälan
 23-10-11 11:38 (Öppnämld)

Anestesibedömning: Ej bedömd | Planering: Ej påbörjad | Vårdavdelning: Ej påbörjad

Spara | Skriv ut | Logg | Ladda om sidan | Byt öppenhet | Fas klar **Operationsanmälan**

Operationsanmälan | Anamnes och ordinerade utredningar | Behandlande sjukhus | Hälsodeklaration/bilaga

Operationskort, åtgärd och diagnoser*

NÄL Operation Ej bestämd opavdelning

YFA00+YGA00+YJA10+YJD30+YKA02 MOD Multiorgandonation

- G939-Hjärnsjukdom, ospecificerad
- YFA00-Uttagning av hjärta till transplantation
- YGA00-Uttagning av en eller båda lungor till transplantation från nekrodonator
- YJA10-Uttagning av lever till transplantation från nekrodonator
- YJD30-Uttagning av pankreas till transplantation från nekrodonator
- YKA02-Uttagning av båda njurar till transplantation från nekrodonator

5. Alla rutor med asterisk skall fyllas i

Angelägenhetsgrad*	Prioritet*	Opereras senast	Kort varsel (dagar)	<input type="checkbox"/> SVF	<input type="checkbox"/> FDV
Akut	Akut 6 h	2023-10-11 19:36	Nu		
Druckit senast	Åtit senast	Kommentar (akut)			
Nu	Nu				
Vårdform*	Vårdande enhet*	Beställare*		<input type="checkbox"/> ELVIS planeringsunderlag	
Sluten vård	NÄL Intensivvårdsavdelning 26 IVA	NU Specialistmedicinklinik			

Planering

Normal operationstid för den här operationen: **300 min.**

Operationstid för denna operatör:

Tider: Före: 120 min, Efter: 60 min, Ställtids opsal: 60 min

Operatör / Personalgrupp: <Välj operatör> NU Kirurger

Operationstid (min): 300

Kommentar vid ändrad optid:

Assistenterna: <Välj assistenter>

Förberedelserum / Opsal: <Välj förberedelserum> NU NÄL Alla salar

Boka...

Övrig personalresurs som ska bokas

6. Klicka på spara = gul, gör den klar =grön

Testsson, Test 19121212-1212 - Man 110 År Lan: 14 Kommun: 81 Bostad: 031-12121212 Mobil: 0707-

>> - **NU Specialistmedicinklinik** Anmäld

Operationsanmälan 23-10-18 14:33 (...)	Anestesibedömning Ej bedömd	Planering Ej påbörjad	Vårdavdelning Ej påbörjad
--	--------------------------------	--------------------------	------------------------------

Spara Skriv ut Logg Ladda om sidan Byt openhet Fas klar Operati

Operationsanmälan Anamnes och ordinerade utredningar Behandlande sjukhus Hälsodeklaration/bilaga

Operationskort, åtgärd och diagnoser*

NÄL Operation Ej bestämd opavdelning

Snabbsök

YFA00+YGA00+YJA10+YJD30+YKA02 MOD Multiorgandonation

- G939-Hjärnsjukdom, ospecificerad
- YJD30()-Uttagning av pankreas till transplantation från nekrodonator

heter (0 Op./ 0 Besök)

Testsson, Test 19121212-1212 - Man 110 År Lan: 14 Kommun: 81 Bostad: 031-12121212

>> **Akut 23180179 - YFA00+YGA00+YJA10+YJD30+YKA02 MOD Multiorgandonation**

Operationsanmälan 23-10-11 13:36 (Opanmäld)	Anestesibedömning Ej bedömd	Planering Ej påbörjad
---	--------------------------------	--------------------------

Spara Skriv ut Logg Ladda om sidan Byt openhet Fas klar

Operationsanmälan Anamnes och ordinerade utredningar Behandlande sjukhus Hälsodeklaration/bilaga

Operationskort, åtgärd och diagnoser*

NÄL Operation Ej bestämd opavdelning

Snabbsök

YFA00+YGA00+YJA10+YJD30+YKA02 MOD Multiorgandonation

- G939-Hjärnsjukdom, ospecificerad

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Intermediärvårdsavdelning 25 NÄL, Operation Uddevalla sjukhus, Intensivvårdsavdelning 26 IVA NÄL, Operation NÄL

Innehållsansvar: Jenny Gustafsson, (jengu5), Överläkare

Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10033-657870698-96

Version: 24.0

Giltig från: 2026-03-31

Giltig till: 2028-03-31