

Organdonationsdatabasen



Dansk Center
for Organdonation

National årsrapport 2024

1. januar til 31. december 2024



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Organdonationsdatabasen

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2025

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version: Offentliggjort version
Versionsdato: 23.05.2025

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	4
2. Forløbsdiagram	5
3. Oversigt over alle indikatorer	9
4. Indikatorresultater på landsplan	9
5. Indikatorresultater på lands-, regions- og enhedsniveau	10
Indikator 1 – Kontakt til transplantationscenter	11
Indikator 2 – Afslag fra pårørende	16
6. Beskrivelse af sygdomsområdet	22
7. Datagrundlag	24
Dækningsgrad og datakomplethed	24
8. Databasestyregruppens medlemmer	28
9. Appendiks	29
I. Aldersfordelingen for patientgruppen for donordetektion	30
II. Registreringsark	31
2021 – 2024	31
2025 –	34
III. Forløbsdiagrammer (2023 og 2022)	38
IV. Afslag fra transplantationscentre	40
V. Udrykningssygeplejerskernes deltagelse i organdonation	46
10. Beregningsregler	48
11. Regionale kommentarer	49

1. Konklusioner og anbefalinger

Årsrapporten vedrører patienter, der døde på en intensivafdeling i perioden fra 1. januar til 31. december 2024.

Dækningsgraden er lavere end forventet og beror på fejlregistreringer til LPR. Årsrapporten skal således læses med disse forbehold for datakvaliteten.

I alt var der registreringer på 2.292 patienter, der døde på en intensivafdeling, hvoraf 258 var potentielle hjernedøde organdonorer. Det er denne gruppe, der er primær genstand for indikatormonitorering i databasen. Donorer, som er konstateret cirkulatorisk døde (DCD-donorer), indgår i databasen, som afsluttede patienter med reaktioner, og fremgår ikke som donorer. Ny databasestruktur, der inddrager DCD donorer, er startet 1. januar 2025.

I 2024 bemærkes følgende:

- Databasens dækningsgrad er lavere end ønsket. Kun 77-82% af organdonorerne, som var i Scandiatransplants database, var også registreret som organdonorer i Organdonationsdatabasen. Årsagen til, at dækningsgraden angives i interval, er usikkerheden på den manglende registrering af de cirkulatorisk døde donorer. I 2023 var den opdaterede dækningsgrad på 83% på landsplan. I 2022 var dækningsgraden 77%.

Indikatorresultater:

- Opmærksomheden på at tage kontakt til transplantationscentret ifm. vurdering af en patients egnethed som organdonor er faldet lidt igen. Opmærksomheden har gennem årene vekslet noget, men procenten er udregnet ud fra små tal, og denne variation er derfor naturlig. I 2024 blev transplantationscentret kontaktet i 80% af tilfældene. I 2023 var det hos 85% af tilfældene.
- Afslag fra pårørende om organdonation fandt sted i 27% af de tilfælde, der var registreret i databasen. Selvom databasekompletheden kun er på 77-82%, skønnes afslagsprocenten at være realistisk. Det skal endvidere bemærkes, at den nuværende registrering ikke medtager de afslag, der medfører afslutning af livsforlængende behandling hos patienter, der ikke er reaktionsløse. Afslagsprocenten kunne derfor være højere end registreret aktuelt. Fra 1. januar 2025 bliver alle afslag registreret.
- Det bemærkes, at i 14 tilfælde havde patienten ikke ønsket at være organdonor. Det er færre tilfælde end sidste år og er næsten nede på niveau med 2021.

Overordnede anbefalinger fra styregruppen

Kontakt til transplantationscenter

Styregruppen anbefaler, at afdelingerne skærper fokus på udviklingsmålet for at tage kontakt til transplantationscentrene. Intensivafdelingernes læger bør kun træffe beslutning om ikke at påbegynde et donationsforløb efter forudgående kontakt til et transplantationscenter. Det sundhedsfaglige personale på transplantationscentrene har en særlig forudsætning for at vurdere donoregnetheden i forhold til recipienterne. Derfor bør intensivpersonalet i alle tilfælde altid ringe til en transplantationskoordinator med henblik på en faglig drøftelse.

Afslag fra pårørende

Når det er de pårørende, som skal træffe beslutningen om organdonation, er det faglige mål, at de pårørende på et informeret grundlag og i nogle gode rammer skal træffe den beslutning, der er den rigtige for dem. Udviklingsmålet for denne indikator er derfor også bortfaldet.

Styregruppen anbefaler, at afdelingerne har fokus på det faglige mål for samtalerne, og at der nedsættes en arbejdsgruppe under styregruppen, som i løbet af 2025 skal udvikle et arbejdsredskab, så afdelingerne månedligt kan følge de pårørendes beslutning om organdonation bl.a. med henblik på afdækning af omstændighederne omkring samtalsituationerne, f.eks. hvornår og hvor samtalerne foregår, og om best practice er fulgt.

Supplerende opgørelse i årsrapporten

For at kunne formidle et mere komplet billede af anvendelsen af donorpotentialet har styregruppen for Organdonationsdatabasen (ODD) rettet henvendelse til styregruppen for Den Danske Donordatabase¹, med henblik på at få indsigt i årsager til afslag fra transplantationscentre på potentielle donorer eller enkelte organer. I 2024 var der 64 potentielle organdonorer, hvor forløbene ikke endte i et organdonationsforløb på grund af afslag fra transplantationscentre. Alle blev afvist på grund af generelle eller organspecifikke medicinske årsager. Samtlige årsager fremgår af appendiks IV.

¹ Den Danske Donordatabase er transplantationscentrenes database. Databasen er nærmere beskrevet i Appendiks IV.

2. Forløbsdiagram

Forløbsdiagrammet på næste side er baseret på samtlige patientdata, der er indberettet fra intensivafdelingerne til Landspatientregistret (LPR) i 2024. Organdonationsdatabasens indikatorer er baseret på denne population.

I 2024 indberettede intensivafdelingerne i alt 2.292 dødsfald til LPR. Af de 2.292 afdøde var der 786 tilfælde (34%), hvor patienterne havde pådraget sig en anoxisk eller strukturel skade af hjernen – svarende til, at de 786 patienter udgjorde patientgruppen for donordetektion.

Af de 786 patienter i donordetektionsgruppen var der 528 tilfælde (67%), hvor patienternes tilstand ikke opfyldte betingelserne for at konstatere hjernedøden. I 2023 blev det muligt at donere organer efter cirkulatorisk død (DCD²). Disse donationsforløb er ikke blevet registreret i LPR som organdonorer, hvorfor de 30 DCD-forløb i 2024 ikke kan følges i forløbsdiagrammet og i øvrige opgørelser i årsrapporten. DCD-forløbene indgår i denne gruppe, der ekskluderes, fordi patientens kliniske tilstand ikke var forenelig med betingelserne for at kunne konstatere hjernedød.

De resterende 258 var potentielle donorer, hvilket vil sige, at patienterne var bevidstløse, reaktionsløse og respirationsløse. Heraf blev 89 indberettet som organdonorer. Antallet af organdonorer er lavere end i opgørelsen fra Scandiatransplants database. Dette er nærmere beskrevet under afsnittet om Datagrundlag.

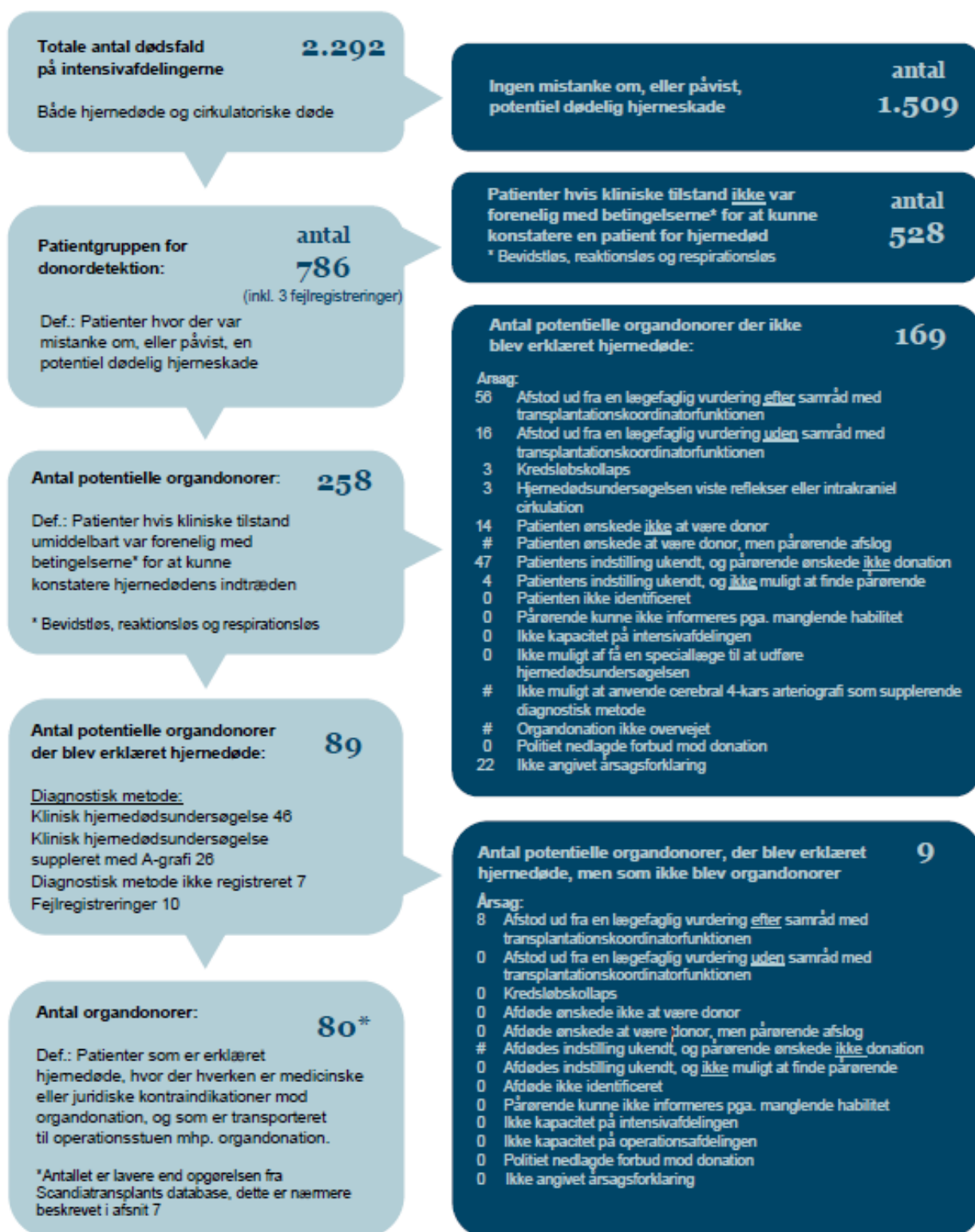
I Appendiks III er forløbsdiagrammerne for 2023 og 2022 vist. Opgørelserne for disse år er blevet genberegnet efter årsrapporterne blev udarbejdet. Der er således taget højde for korrektioner af afdelingernes indberetninger. Der vil derfor kunne være en mindre variation i disse i forhold til de viste forløbsdiagrammer i de tidligere årsrapporter.

Forløbsdiagrammet anvendes af styregruppen i vurderingen af, om det er de relevante områder, der er udarbejdet indikatorer for.

² DCD: Donation efter cirkulatorisk død. Der doneres organer efter, døden er konstateret ved uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed – også kaldet 'kredsløbsdød' eller 'cirkulatorisk død'.

Forløbsdiagram for patientgruppen og årsager til at afdøde patienter ikke blev hjernedøde organdonorer

- diagrammet er baseret på data indberettet til LPR for hele landet 1/1 - 31/12 2024



Nedenfor kategoriseres årsagerne til, at 178 potentielle hjernedøde donorer ikke blev organdonorer:

Kliniske årsager – i alt 87 (49%)

- I 64 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 16 tilfælde afstod intensivafdelingerne ud fra en lægefaglig vurdering uden samråd med et transplantationscenter
- 3 patienter havde kredsløbskollaps
- i 3 tilfælde viste hjernedødsundersøgelsen, at patienten ikke kunne erklæres hjernedød
- i mindre end 3 tilfælde var det ikke muligt at anvende cerebral 4-kars arteriografi som supplerende diagnostisk metode

Samtykkebetingede årsager – i alt 67 (38%)

- i 14 tilfælde havde den afdøde tidligere tilkendegivet, at han/hun ikke ønskede at være organdonor
- i mindre end 3 tilfælde havde den afdøde tidligere tilkendegivet, at han/hun ønskede at være organdonor, men pårørende afslog
- i 48 tilfælde havde den afdøde ikke selv tilkendegivet sin stillingtagen, og de pårørende ønskede ikke, at patienten skulle donere organer
- i 4 tilfælde var den afdødes indstilling ukendt, og det var ikke muligt at finde de pårørende

Andre årsager – (1%)

- i mindre end 3 tilfælde blev organdonation ikke overvejet

Årsager ikke angivet – i alt 22 (12%)

- i 22 tilfælde var der ikke angivet en årsag

Der kan have været flere konkurrerende årsager til, at patienten ikke blev accepteret til donation. Hvis der er registreret flere årsager i LPR, er de i forløbsdiagrammet konsekvent kategoriseret under den sidst anførte årsag, da der kun kan vises én årsag pr. forløb.

Jf. registreringsarket bliver afdelingerne dog udelukkende bedt om at indberette den primære årsag.

Samtlige årsagsforklaringer, der kan angives, fremgår af registreringsarket (2021–2024) i [Appendiks II](#).

3. Oversigt over alle indikatorer

Indikator	Type	Udviklingsmål
1. Andel af potentielle donorer som ikke blev donorer, og hvor afgørelsen blev truffet ud fra en lægefaglig beslutning efter samråd med et transplantationscenter	Proces	≥ 90%
2. Andel af potentielle donorer hvor pårørende var blevet informeret om muligheden for organdonation, men afslog	Proces	Ikke fastsat

4. Indikatorresultater på landsplan

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Udviklingsmål	%	01.01.2024 –	2023	2022
			Uoplyst		
			31.12.2024	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Indikator 1: Andel af potentielle donorer som ikke blev donorer, og hvor afgørelsen blev truffet ud fra en lægefaglig beslutning efter samråd med et transplantationscenter	≥ 90	0	80 (70–88)	85	78
Indikator 2: Andel af potentielle donorer hvor pårørende var blevet informeret om muligheden for organdonation, men afslog		0	27 (21–34)	30	33

5. Indikatorresultater på lands-, regions- og enhedsniveau

I dette afsnit gennemgås resultaterne for de enkelte indikatorer. Hver indikator indledes med en kort beskrivelse af datagrundlaget, herefter følger en præsentation af resultat efterfulgt af diskussion og vurdering af indikatorens implikation.

Samtlige indikatorer er opgjort på lands-, regions- og afdelingsniveau. Det angives, hvorvidt indikatorværdien når det fastsatte udviklingsmål. 'Ja' indikerer, at indikatorværdien når udviklingsmålet. 'Nej' viser, at udviklingsmålet ikke er nået. Kolonnen 'Udviklingsmål opfyldt' forholder sig udelukkende til den absolutte værdi. Der kan derfor forekomme tilfælde, hvor kolonnen markeres med 'Nej' til trods for, at andelens afrundede procent når det fastsatte udviklingsmål. I sådanne tilfælde er det 'Nej', der er faktisk korrekt. Andelene suppleres med 95 % konfidensintervaller (CI) for at få et indtryk af den statistiske sikkerhed (præcision) for indikatorresultaterne.

Resultaterne for hver enkelt indikator visualiseres med udvalgte grafiske fremstillinger.

Kontrolprogrammerne viser indikatoropfyldelsen på lands- og regionsniveau, mens trendgraferne viser indikatoropfyldelsen over tid på landsniveau. I begge fremstillinger angiver den røde linje, det fastsatte udviklingsmål for indikatoren.

Der gøres opmærksom på, at der pga. persondatalovens regler og de almindelige regler om tavshedspligt ikke må offentliggøres følsomme personoplysninger i en form, hvor det er muligt "alene eller sammen med andre oplysninger" at henføre det til en identificerbar person. Definitionen af en personoplysning følger af persondatalovens § 3 nr. 1. Som følge af denne er det besluttet, at alle resultater med persondata vedrørende patientforløb med 1 eller 2 patienter ikke må offentliggøres. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner bliver erstattet med # i tabellen, når årsrapporten offentliggøres på Sundhed.dk.

Indikator 1 – Kontakt til transplantationscenter

Der kan være tilfælde, hvor en umiddelbart potentiel organdonor, af lægefaglige årsager, ikke kan blive donor. Intensivafdelingernes læger bør kun træffe beslutning om *ikke* at påbegynde et donationsforløb efter forudgående kontakt til et transplantationscenter. Det sundhedsfaglige personale på transplantationscentrene har en særlig forudsætning for at vurdere donoregnetheden i forhold til recipienterne. Indikatoren belyser, hvor ofte beslutningen om, at en potentiel organdonor, af lægefaglige årsager, ikke skal være donor, er truffet efter forudgående kontakt til et transplantationscenter.

Med betegnelsen en potentiel donor menes en patient, hvis kliniske tilstand er forenelig med betingelserne for at kunne konstatere hjernedødens indtræden. Det vil sige, at 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.

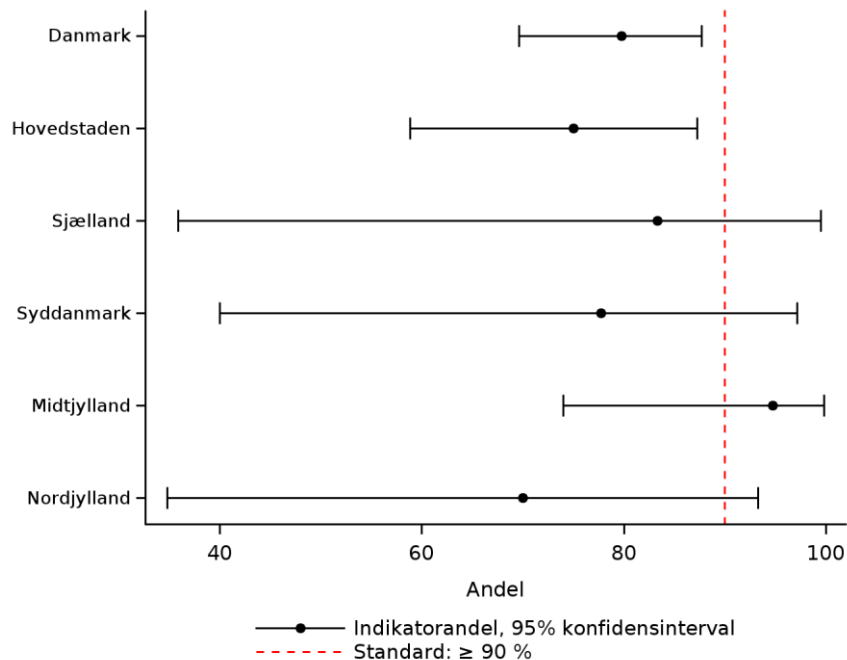
Se beregningsregler for indikatoren [her](#).

Indikator 1: Andel af potentielle donorer som ikke blev donorer, og hvor afgørelsen blev truffet ud fra en lægefaglig beslutning efter samråd med et transplantationscenter

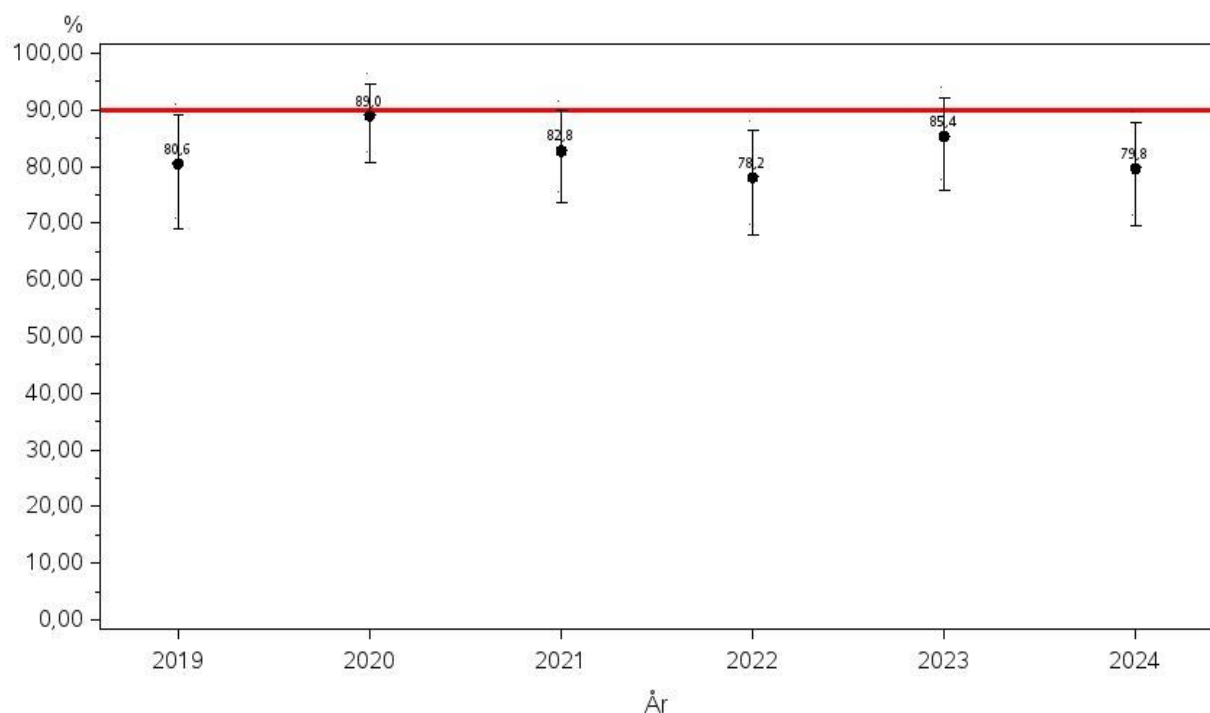
	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2024 – 31.12.2024		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/				2023	2022
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	67 / 84	0 (0)	80	(70–88)	85	78
Hovedstaden	Nej	30 / 40	0 (0)	75	(59–87)	89	73
Sjælland	Nej	5 / 6	0 (0)	83	(36–100)	88	87
Syddanmark	Nej	7 / 9	0 (0)	78	(40–97)	100	82
Midtjylland	Ja	18 / 19	0 (0)	95	(74–100)	75	74
Nordjylland	Nej	7 / 10	0 (0)	70	(35–93)	67	88
Hovedstaden	Nej	30 / 40	0 (0)	75	(59–87)	89	73
Bispebjerg Hospital	Ja	##/##	0 (0)	100	(3–100)	100	
Herlev og Gentofte Hospital, Herlev	Ja	##/##	0 (0)	100	(16–100)		100
Nordsjællands Hospital – Hillerød	Ja	##/##	0 (0)	100	(3–100)		0
Rigshospitalet, Blegdamsvej, 2143	Nej	##/##	0 (0)	50	(1–99)	100	100
Rigshospitalet, Blegdamsvej, 4131	Nej	4 / 9	0 (0)	44	(14–79)	100	63
Rigshospitalet, Blegdamsvej, 4141	Nej	6 / 8	0 (0)	75	(35–97)	50	60
Rigshospitalet, Blegdamsvej, 6021	Nej	15 / 17	0 (0)	88	(64–99)	100	85
Sjælland	Nej	5 / 6	0 (0)	83	(36–100)	88	87
Holbæk Sygehus	Ja	##/##	0 (0)	100	(3–100)	88	67

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2024 – 31.12.2024		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2023	2022
	opfyldt					Andel	Andel
Nykøbing Falster Sygehus	Ja	##/##	0 (0)	100	(3–100)	100	100
Sjællands Universitetshospital, Køge	Ja	##/##	0 (0)	100	(16–100)	50	100
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	##/##	0 (0)	100	(3–100)		100
Slagelse Sygehus	Nej	##/##	0 (0)	0	(0–98)	100	100
Syddanmark	Nej	7 / 9	0 (0)	78	(40–97)	100	82
Odense Universitetshospital, Afd. V	Nej	5 / 7	0 (0)	71	(29–96)	100	83
Odense Universitetshospital, NIA	Ja	##/##	0 (0)	100	(16–100)	100	67
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg						100	100
Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus							100
Midtjylland	Ja	18 / 19	0 (0)	95	(74–100)	75	74
Aarhus Universitetshospital, Intensiv Nord	Ja	9 / 9	0 (0)	100	(66–100)	75	78
Aarhus Universitetshospital, Intensiv Øst	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54–100)	71	88
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	##/##	0 (0)	0	(0–98)		50
Regionshospitalet Horsens						100	50
Regionshospitalet Randers	Ja	##/##	0 (0)	100	(16–100)		
Regionshospitalet Viborg	Ja	##/##	0 (0)	100	(3–100)		
Nordjylland	Nej	7 / 10	0 (0)	70	(35–93)	67	88
Aalborg Universitetshospital, Syd, Intensivt Afsnit R	Nej	4 / 6	0 (0)	67	(22–96)	50	50
Aalborg Universitetshospital, Syd, NOTIA	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29–100)	75	100
Aalborg Universitetshospital, Syd, TIA	Nej	##/##	0 (0)	0	(0–98)	100	100

Indikator 1: Andel af potentielle donorer som ikke blev donorer, og hvor afgørelsen blev truffet ud fra en lægefaglig beslutning efter samråd med et transplantationscenter. Forest plot på regionsniveau.



Indikator 1: Andel af potentielle donorer som ikke blev donorer, og hvor afgørelsen blev truffet ud fra en lægefaglig beslutning efter samråd med et transplantationscenter. Trendgraf 2019-2024



Resultater

I alt blev 84 potentielle donorer på baggrund af en lægefaglig beslutning vurderet ikke-egnede som organdonorer. I 80% af tilfældene blev beslutningen taget efter, der havde været kontakt til et transplantationscenter. En journalaudit i 2021 medførte, at styregruppen vurderede, at det fagligt ønskværdige mål for andelen med kontakt til transplantationscentrene skulle være min. 90%. Dette mål blev i 2024 kun nået i Region Midtjylland, hvor der var kontakt til transplantationscentret i 95% af tilfældene. I de fire øvrige regioner varierede andelen mellem 70–83%.

Ifald udviklingsmålet skulle være opnået på landsplan, havde det krævet, at kontakten til transplantationscentret var foretaget i 76 patientforløb – altså 9 flere, end de 67 forløb, hvor der var kontakt i 2024.

Andelen med kontakt til transplantationscentret har de seneste 6 år været mellem 78–89% på landsplan, og der ses ikke nogen umiddelbar trend.

På afdelingsniveau er usikkerheden på estimerne så stor, at variationen mellem afdelingerne kan skyldes tilfældig variation, og sammenligninger må foretages med meget stor forsigtighed.

Jf. forløbsdiagrammet var der i 2024 i alt 258 potentielle organdonorer, hvoraf de 80 ikke blev erklæret hjernedøde på baggrund af lægefaglige vurderinger (64+16). I indikatoren indgår dog 84 patientforløb med potentielle organdonorer, hvor en lægefaglig vurdering medførte, at de ikke blev erklæret hjernedøde. Forskellen mellem forløbsdiagram og indikatoren skyldes, at det i LPR er muligt at indberette flere årsager til, at en patient ikke erklæres hjernedød. Alle LPR-registreringer inkluderes i indikatoren, hvorimod der i forløbsdiagrammet kun vises én årsag hos hver patient (den sidste anførte).

Diskussion og implikationer

Det sundhedsfaglige personale på transplantationscentrene har en central rolle i donorevalueringen, da de har en særlig forpligtelse til at holde sig ajour på området og har indsigt i de potentielle recipients aktuelle tilstand. Det har derfor stor betydning, at lægerne på intensivafdelingerne er meget opmærksomme på at kontakte transplantationscentrene om potentielle donorer for at få afklaret, om organdonation er en mulighed.

På baggrund af udviklingsmålet endnu ikke er nået anbefales det fortsat, at nøglepersonerne på de afdelinger, hvor indikatoren ikke blev opfyldt, skal gennemføre audit på egne patientforløb. Formålet er at afdække årsager til den manglende kontakt til transplantationscentret.

Redskaber til at styrke kvalitetsarbejdet

I DCO's *National Guideline for Organdonation* beskrives det, hvordan man enkelt kan kontakte transplantationscentrene. Guidelinen er et praktisk hjælpeværktøj til læger og sygeplejersker til brug i donationsforløb, og den indeholder alle de dokumenter, man kan få brug for. Guidelinen er tilgængelig via DCO's hjemmeside og via App'en "Organdonation" og flere hospitaler har placeret guidelinen som app på skrivebordet på lokale pc'er, for at styrke tilgængeligheden yderligere. Guidelinen er opdelt i ni overordnede punkter, som følger kronologien i et donationsforløb. Under hvert punkt er der konkrete handlingsanvisninger til, hvad der skal gøres på det pågældende tidspunkt i forløbet. De første punkter indeholder præcise kriterier for, hvornår transplantationscentret skal kontaktes, og via App'en kan man ringe direkte til transplantationscentret for netop det område, man befinder sig i. Guidelines er under

opdatering så den også kommer til indeholder guidelines for patienter der doneres efter cirkulatorisk død.

DCO afholder hvert år grundkurser i organdonation for læger og sygeplejersker, hvor undervisningen har stor fokus på identifikation af potentielle donorer og på, i hvilke tilfælde lægerne skal kontakte et transplantationscenter.

DCO holder hvert år individuelle dialogmøder med alle hospitaler, der har intensivafsnit. Møderne anvendes blandt andet til at drøfte Årsrapporten fra organdonationsdatabasen herunder muligheder for at styrke de enkelte indikatorer.

Desuden samarbejder DCO med neurologerne om at skærpe fokus på identifikation af potentielle donorer blandt neurologiske patienter og på kontakten til transplantationscentret. Som en hjælp til dette er der udviklet et grundkursus i organdonation til neurologer, som er skræddersyet til målgruppen. For yderligere at styrke samarbejdet har DCO etableret et netværk af donationsansvarlige læger på de neurologiske afdelinger, som arbejder med afsæt i en fælles funktionsbeskrivelse fra DCO.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen anbefaler:

- at DCO skærper afdelingernes fokus på udviklingsmålet for denne indikator – i 2025 særligt på de årlige dialogmøder mellem DCO og hospitalerne.
- at personalet på intensivafdelingerne benytter *National Guideline for Organdonation* ved alle potentielle donationsforløb. I forhold til denne indikator er det især relevant at have fokus på de tre første punkter i guidelinen, som vedrører:
 - 1) opmærksomheden på organdonation før ophør af livsforlængende behandling
 - 2) vurdering af om patienten er en potentiel donor
 - 3) kontakten til transplantationscentret
- at afdelingerne benytter sig af *Grundkursus om organdonation*.

Indikator 2 – Afslag fra pårørende

Pårørende har mulighed for at afslå organdonation jf. LBK nr. 913 af 13/07/2010, Sundhedsloven, afsnit IV, § 53, med senere ændringer, Transplantation fra afdøde personer. Indikatoren giver mulighed for at undersøge, hvor ofte pårørende til en potentiel organdonor afslog organdonation, inklusiv de tilfælde hvor patienten selv havde ønsket at være donor. Det fremgår af registreringsmulighederne i Organdonorregistret og på Donorkortet, at man kan give tilladelse til organdonation under forudsætning af pårørendes accept. Pårørende kan derfor afslå organdonation, selv om afdøde selv havde tilkendegivet et ønske om organdonation.

Der er ikke fastsat et udviklingsmål for resultatet af denne indikator, da det ikke er hensigtsmæssigt at have et mål, som ikke umiddelbart understøtter, at de pårørende træffer den beslutning, der er den rigtige for dem.

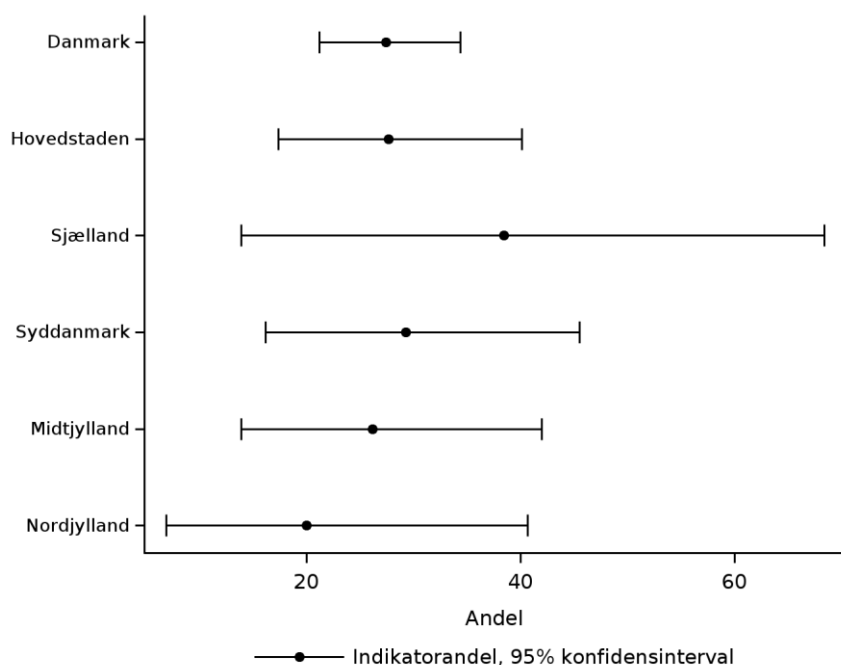
Se beregningsregler for indikatoren [her](#).

Indikator 2: Andel af potentielle donorer hvor pårørende var blevet informeret om muligheden for organdonation, men afslog

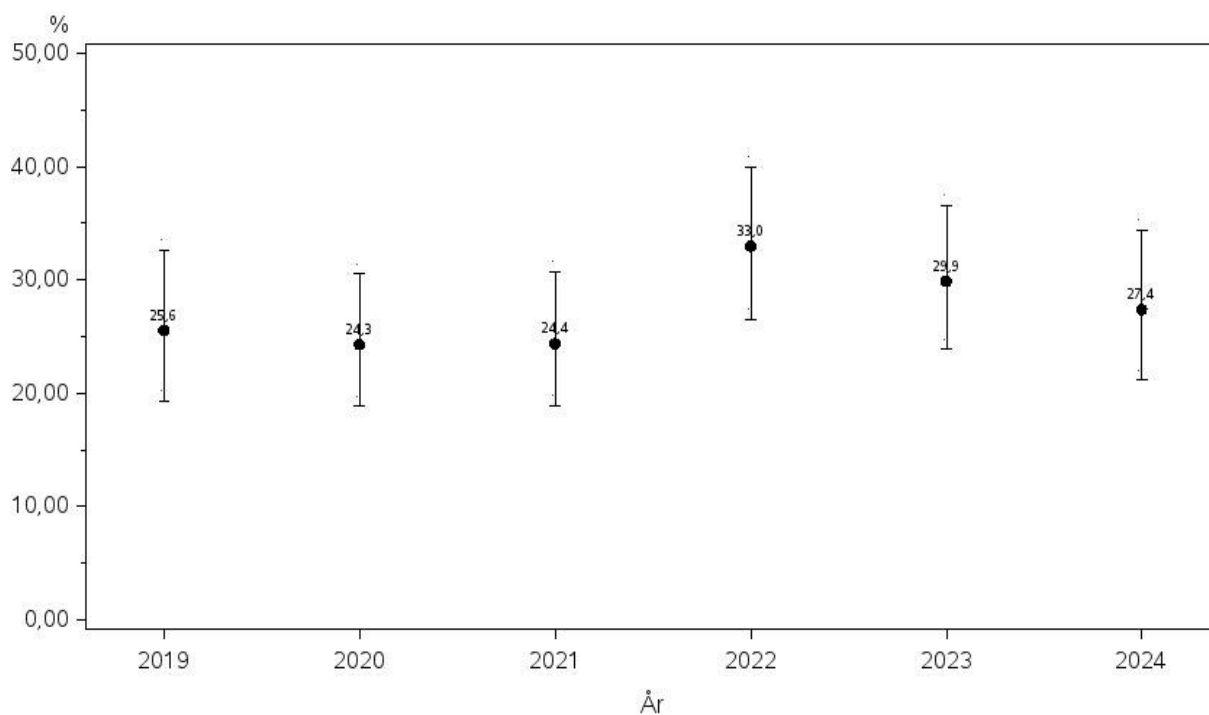
	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2024 – 31.12.2024 Andel	95% CI	2023 Andel	2022 Andel
Danmark	51 / 186	0 (0)	27	(21–34)	30	33
Hovedstaden	18 / 65	0 (0)	28	(17–40)	29	25
Sjælland	5 / 13	0 (0)	38	(14–68)	29	32
Syddanmark	12 / 41	0 (0)	29	(16–46)	34	30
Midtjylland	11 / 42	0 (0)	26	(14–42)	21	44
Nordjylland	5 / 25	0 (0)	20	(7–41)	44	38
Hovedstaden	18 / 65	0 (0)	28	(17–40)	29	25
Bispebjerg Hospital	##/##	0 (0)	50	(1–99)	33	0
Herlev og Gentofte Hospital, Herlev	##/##	0 (0)	50	(1–99)	50	
Nordsjællands Hospital – Hillerød	##/##	0 (0)	0	(0–98)	67	
Rigshospitalet, Blegdamsvej, 2143	##/##	0 (0)	0	(0–98)	33	0
Rigshospitalet, Blegdamsvej, 4131	##/##	0 (0)	25	(1–81)	0	44
Rigshospitalet, Blegdamsvej, 4141	##/##	0 (0)	10	(0–45)	43	20
Rigshospitalet, Blegdamsvej, 6021	14 / 45	0 (0)	31	(18–47)	27	24
Sjælland	5 / 13	0 (0)	38	(14–68)	29	32
Holbæk Sygehus	##/##	0 (0)	0	(0–98)	25	38
Nykøbing Falster Sygehus	##/##	0 (0)	33	(1–91)	20	20

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital, Køge	##	0 (0)	33	(1-91)	50	25
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	##	0 (0)	50	(1-99)	100	33
Slagelse Sygehus	##	0 (0)	50	(7-93)	22	50
Syddanmark	12 / 41	0 (0)	29	(16-46)	34	30
Odense Universitetshospital, Afd. V	6 / 28	0 (0)	21	(8-41)	38	29
Odense Universitetshospital, NIA	5 / 11	0 (0)	45	(17-77)	29	43
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	##	0 (0)	0	(0-98)	33	
Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus					0	
Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus						0
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	##	0 (0)	100	(3-100)	0	0
Midtjylland	11 / 42	0 (0)	26	(14-42)	21	44
Aarhus Universitetshospital, Intensiv Nord	9 / 32	0 (0)	28	(14-47)	21	50
Aarhus Universitetshospital, Intensiv Øst	##	0 (0)	17	(0-64)	22	22
Regionshospitalet Gødstrup					0	100
Regionshospitalet Horsens	##	0 (0)	33	(1-91)	0	
Regionshospitalet Randers	##	0 (0)	0	(0-98)	100	100
Nordjylland	5 / 25	0 (0)	20	(7-41)	44	38
Aalborg Universitetshospital, Nord, Intensivt Afsnit 103	##	0 (0)	0	(0-98)		100
Aalborg Universitetshospital, Syd, Intensivt Afsnit R	##	0 (0)	10	(0-45)	29	50
Aalborg Universitetshospital, Syd, NOTIA	4 / 13	0 (0)	31	(9-61)	56	33
Aalborg Universitetshospital, Syd, TIA	##	0 (0)	0	(0-98)	50	0
Aalborg Universitetshospital, Thisted						0

Indikator 2: Andel af potentielle donorer hvor pårørende var blevet informeret om muligheden for organdonation, men afslog. Forest plot på regionsniveau.



Indikator 2: Andel af potentielle donorer hvor pårørende var blevet informeret om muligheden for organdonation, men afslog. Forest plot på regionsniveau.



Resultater

På landsplan blev pårørende til 186 potentielle organdonorer informeret om muligheden for organdonation, hvoraf de afslog organdonation i 51 tilfælde, svarende til 27%. Andelen af afslag fra pårørende er faldende siden 'peaket' i 2022, hvor 33% af de pårørende afslog organdonation.

Mellem afdelingerne varierede andelen mellem 0–100%, hvilket kan forklares med, at flere afdelinger har meget få patientforløb, og et enkelt afslag får stor betydning for resultatet. De fleste potentielle organdonorer er indlagt på en af de fire neurointensive afdelinger, og her var variationen i afslag fra pårørende mellem 28–45%.

I forløbsdiagrammet ses det, at pårørende afslog organdonation i 49 tilfælde. I indikatoren ses det, at afslaget fra pårørende blev givet i 51 tilfælde. Forskellen mellem forløbsdiagram og indikator skyldes, at det i LPR er muligt at indberette flere årsager til, at en patient ikke fik stillet hjernedødsdiagnosen. Alle LPR-registreringer inkluderes i indikatoren, hvorimod der i forløbsdiagrammet kun vises én årsag hos hver patient (den sidst anførte). Desuden er det en betingelse, at pårørende er blevet informeret om muligheden for organdonation for at kunne indgå i indikatoren. Dette er ikke en betingelse i forløbsdiagrammet.

Diskussion og implikationer

Det har stor betydning, at samtalerne med de pårørende foregår ud fra best practice. For at organdonation kan gennemføres, skal der altid være samtykke fra patienten og/eller de pårørende. Som udgangspunkt er det patientens vilje, som skal følges. De pårørende skal give samtykke til organdonation når:

- der ikke er en skriftlig eller mundtlig tilkendegivelse fra afdøde selv
- afdøde har tilkendegivet, at tilladelsen forudsætter de pårørendes accept
- afdødes skriftlige samtykke er dateret før 2001
- afdøde er under 18 år

Udviklingsmålet for denne indikator er bortfaldet, idet styregruppen ikke fandt det hensigtsmæssigt at have et udviklingsmål, som ikke umiddelbart understøtter den fokus, der er på, at de pårørende skal træffe den beslutning, der er den rigtige for dem.

På intensivafdelingerne informerer læger og sygeplejersker de pårørende om patientens beslutning om at blive organdonor – og/eller giver de pårørende et informeret grundlag at træffe beslutningen ud fra. Både undervisningsindsatsen og best practice for området har stort fokus på respekt for det enkelte menneskes selvbestemmelse, som også er et bærende princip i Sundhedsloven.

Fald i andelen af patienter der ikke har ønsket at donere

I forløbsdiagrammet fremgår det, at der i 2024 har været 14 tilfælde, hvor det er registreret, at patienten ikke ønskede at være organdonor. Dette er et lille fald i forhold til 2023, hvor der var 18 tilfælde. Faldet har dog ikke ført til et niveau som i 2021 og 2020, hvor der var registreret henholdsvis 12 og 11 tilfælde. Om der er tale om en tendens, eller at det skyldes tilfældig variation, vil styregruppen følge nøje, da samme udvikling ikke kan genfindes i Organdonorregistret.

Redskaber til at styrke kvalitetsarbejdet

Som en hjælp til at styrke kommunikationen med de pårørende er der udarbejdet en Vejledning i kommunikation med pårørende om hjernedød og organdonation. Materialet er indarbejdet i National Guideline for Organdonation, og det fremgår blandt andet, at det er best practice, at der stilles krav om specifikke kompetencer til de læger og sygeplejersker, der varetager samtalerne om hjernedød og organdonation.

For at skabe den bedst mulige baggrund for samtalerne er der udarbejdet en pjece Til pårørende – om hjernedød og organdonation. Pjecen forsøger på en enkel måde at svare på nogle af de spørgsmål, der kan opstå, når organdonation bliver en mulighed og bygger på erfaringer fra andre pårørende, der har stået i samme situation. Pjecen kan være brugbar, både mens de pårørende er på hospitalet, men også når de er kommet hjem, hvor nye spørgsmål kan melde sig.

Der er udviklet et betydeligt undervisningsmateriale på DCO's webunivers om kommunikation med pårørende (organdonation.dk), og DCO afholder kommunikationskurser, hvor læger og sygeplejersker træner samtalerne om hjernedød og organdonation.

DCO har udviklet et kommunikationskursus til særligt erfarent personale på universitetshospitalerne, som har gennemført DCO's kommunikationskursus. Kurset specialdesignes til det enkelte hospital med afsæt i særligt udfordrende forløb.

På de fire neurointensive afdelinger er det best practice, at der deltager en udrykningssygeplejerske i samtalerne med de pårørende. Disse afdelinger har den største andel af donorpotentialet.

Udrykningssygeplejerskerne indgår i et frivilligt beredskab, som er organiseret i et samarbejde mellem Dansk Center for Organdonation og de fire afdelinger, og sygeplejerskerne kan indgå i alle sygeplejefaglige opgaver i donationsforløbet. For at følge ordningen har styregruppen anbefalet, at afdelingerne registrerer i hvilket omfang, udrykningssygeplejerskerne deltager i de samtaler, hvor de pårørende bliver informeret og tager stilling til organdonation – og de samtaler hvor de pårørende bliver informeret om, hvad der skal ske, fordi afdøde selv har ønsket at være organdonor.

I 2024 har udrykningssygeplejerskerne i gennemsnit deltaget i 74% (112/151) af samtalerne. På afdelingsniveau varierede andelen mellem 52–89%. Der kan være forskellige årsager til, at det ikke altid er muligt, at der deltager en udrykningssygeplejerske, dette er nærmere beskrevet i appendiks V, hvor den procentvise opgørelse for hver af de fire afdelinger også fremgår.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen anbefaler:

- at det bibeholdes, at der ikke længere skal være en fastsat udviklingsmål for denne indikator.
- at der nedsættes en arbejdsgruppe under styregruppen, som i løbet af 2025 skal udvikle et arbejdsredskab, så afdelingerne månedligt kan følge de pårørendes beslutning om organdonation bl.a. med henblik på afdækning af omstændighederne omkring samtalsituationerne, f.eks. hvornår og hvor samtalerne foregår og om best practice er fulgt.
- at afdelingerne benytter National Guideline for Organdonation som forberedelse til samtalerne med pårørende om hjernedød og organdonation. Det anbefales især, at der er fokus på den del af guidelinen, der blandt andet indeholder handlingsanvisninger for tværfaglig forberedelse af samtalerne, strukturering af samtalerne, juridiske betingelser, en vejledning til journalføring samt anbefaling om, at det er læger og sygeplejersker med specifikke kompetencer, som varetager samtalerne.

-
- at afdelingerne benytter undervisningsmaterialet om kommunikation på DCO's hjemmeside, og at læger og sygeplejersker, der er involveret i samtalerne med pårørende om død og organdonation, har deltaget i kommunikationskurset om død og organdonation.
 - at afdelinger, hvor der er observeret en stor variation i afslagsfrekvensen i 2024 sammenlignet med de foregående år, er opmærksomme på, om der er sket ændringer af procedurer eller andet, der kan have påvirket afslagsfrekvensen.
 - at der på de neurointensive afdelinger, er fokus på at øge andelen af samtaler om organdonation, hvor udrykningssygeplejersken deltager.
 - at registrering af i hvilket omfang, udrykningssygeplejerskerne deltager i samtalerne i egen afdeling fortsættes på de fire neurointensive afdelinger.
 - at pjecen, *Til Pårørende – om hjernedød og organdonation* udleveres, når organdonation bliver en mulighed

6. Beskrivelse af sygdomsområdet

Organdonationsdatabasen (ODD) er en klinisk kvalitetsdatabase i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Formålet med databasen er at forbedre og overvåge den sundhedsfaglige kvalitet på organdonationsområdet, til gavn for de patienter, der står på venteliste til et nyt organ.

For den enkelte intensivafdeling er databasen et kvalitetsudviklingsredskab, som anvendes til at evaluere og forbedre kvaliteten på området og herunder sikre, at der foretages en vurdering af alle afdødes egnethed som organdonorer. Indsatsen foretages under hensyntagen til afdødes og/eller de pårørendes indstilling til organdonation, eventuelle medicinske kontraindikationer samt opfyldelse af de juridiske betingelser. Registreringen til ODD blev påbegyndt den 1. april 2010.

Hjernedød har frem til indførelsen af 'Organdonation efter cirkulatorisk død' i efteråret 2023 været den afgørende forudsætning for, at organdonation kan finde sted, og antallet af hjernedøde bliver derfor frem til det tidspunkt også bestemmende for antallet af donorer. Intensivafdelingerne har alene indflydelse på, om donorpotentialet detekteres og anvendes optimalt.

Organdonationsdatabasen har rod i Dansk Center for Organdonation

I Dansk Center for Organdonation (DCO) er formål og opgaver fastlagt i et arbejdsgrundlag, som blev godkendt af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2009. DCO har en bunden opgave i forhold til at optimere anvendelsen af donorpotentialet, og databasen er etableret med henblik på at opfylde dette mål.

DCO har tilknyttet læger og sygeplejersker, med særlige specialistkompetencer inden for organdonation, fra fire universitetshospitaler. Disse specialister er med til at styrke hospitalernes arbejde med organdonation og er med til at sikre, at alle, der kan og vil donere deres organer, når de dør, skal have mulighed for det. Desuden er der på hver enkelt intensivafdeling udpeget én læge og én sygeplejerske, som er donationsansvarlige nøglepersoner. Sammen med afdelingsledelsen er de ansvarlige for registreringen til ODD.

Databasens indikatorer

Indikatorerne er primært fastsat på baggrund af erfaringsbaseret viden, idet det er begrænset, hvad der findes af 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.

Nyt donorpotentiale – donation efter cirkulatorisk død

For yderligere at styrke transplantationsområdet besluttede et politisk flertal i 2019 at give hospitalerne mulighed for at indføre transplantation af organer fra afdøde, hvor døden er konstateret på baggrund af uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed – donation efter cirkulatorisk død (DCD). De potentielle DCD-donorer vil være patienter med svære og dødelige skader i hjernen, hvor de behandlende læger på intensivafdelingerne vurderer, at hjernedøds kriteriet ikke vil kunne opfyldes, men at cirkulatorisk død vil indtræde kort tid efter, at respiratorbehandlingen indstilles. Indførelse af DCD vil

give flere mulighed for at donere deres organer, når de dør og dermed øge antallet af organer til transplantation.

På den baggrund har Sundhedsstyrelsen udarbejdet de 'Nationale anbefalinger til donation efter cirkulatorisk død', som blev offentliggjort marts 2023. Formålet med anbefalingerne er at sikre en national ramme for DCD i Danmark, som kan understøtte høj kvalitet og ensartede procedurer på tværs af landet. Sundhedsstyrelsen har besluttet, at det i første omgang er Universitetshospitalerne i Aalborg, Aarhus, Odense og Rigshospitalet, der får mulighed for at implementere DCD, da de i forvejen har omfattende erfaring med organdonation.

ODD er derfor pr. 1. januar 2025 omlagt, så det er blevet muligt at registrere de forløb, der er endt i et donationsforløb efter cirkulatorisk død. Desuden er det blevet muligt at registrere årsagerne til, at det ikke blev til et donationsforløb efter cirkulatorisk død.

I forbindelse med omlægningen af databasestrukturen er det blevet muligt at registrere alle tilfælde, hvor donation ikke blev til noget på grund af samtykke betingede årsager, medicinske årsager eller andre årsager.

7. Datagrundlag

Årsrapporten er baseret på data udtrukket fra Landspatientregistret (LPR) i perioden fra 1. januar – 31. december 2024. Patientpopulationen havde modtaget intensiv terapi eller intensiv observation og døde på en intensivafdeling.

I årsrapporten 2024 indgår 2023 og 2022 som sammenligningsgrundlag. Alle indikatorer er genberegnet ifm. udarbejdelsen af årsrapporten 2024. Såfremt afdelinger har korrigeret deres indberetninger til LPR, vil resultaterne i den aktuelle årsrapport kunne variere i forhold til de opgørelser, der fremgik af tidligere årsrapporter.

Ved dannelse af databasens population samt beregning af indikatorer indgår kun patientforløb, der er korrekt registreret til LPR jf. registreringsarket 2021–2024 i [Appendiks II](#).

Dækningsgrad og datakomplethed

Dækningsgrad på afdelingsniveau

På baggrund af LPR-data er det muligt at se, hvilke intensivafdelinger, der i 2024 indberettede organdonationsdata til LPR. Nedenstående tabel viser, at 34 ud af 37 afdelinger, der potentielt havde patienter, der skulle indgå i ODD, har indberettet organdonationsdata. Det skal her bemærkes, at manglende indberetninger fra Glostrup og Gentofte kan forklares med, at afdelingerne blev nedlagt som selvstændige enheder i løbet af 2024.

Dækningsgraden for de indberettende afdelinger var 92% i 2024.

Region	Afdelingsnavne
Hovedstaden	Bispebjerg Hospital
	Bornholms Hospital (ingen indberetninger i 2024)
	Herlev og Gentofte Hospital, Gentofte (ingen indberetninger i 2024)
	Herlev og Gentofte Hospital, Herlev
	Hvidovre Hospital
	Nordsjællands Hospital – Hillerød
	Rigshospitalet, Blegdamsvej, 2143
	Rigshospitalet, Blegdamsvej, 4131
	Rigshospitalet, Blegdamsvej, 4141
	Rigshospitalet, Blegdamsvej, 6021
	Rigshospitalet Glostrup (ingen indberetninger i 2024)
Sjælland	Holbæk Sygehus
	Nykøbing Falster Sygehus
	Sjællands Universitetshospital, Køge

Region	Afdelingsnavne
Syddanmark	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
	Slagelse Sygehus
	Odense Universitetshospital, Afd. V
	Odense Universitetshospital, NIA
	Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus
	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
	Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus
	Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital, Intensiv Nord
	Aarhus Universitetshospital, Intensiv Øst
	Regionshospitalet Gødstrup
	Regionshospitalet Horsens
	Regionshospitalet Randers
	Regionshospitalet Silkeborg
Nordjylland	Regionshospitalet Viborg
	Aalborg Universitetshospital, Nord, Intensivt Afsnit 103
	Aalborg Universitetshospital, Syd, Intensivt Afsnit R
	Aalborg Universitetshospital, Syd, NOTIA
	Aalborg Universitetshospital, Syd, TIA
	Aalborg Universitetshospital, Thisted
	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Organdonorer uden dansk CPR nr.

Udenlandske statsborgere og andre uden dansk CPR nr., der bliver organdonorer i Danmark, ekskluderes fra beregningen af dækningsgraden, da patientbehandlingen ikke kan registreres i LPR med et gyldigt CPR-nummer. I 2024 var der 6 organdonorer uden dansk CPR nr.

2024	2023	2022
Antal	Antal	Antal
6	Færre end 3	Færre end 3

Dækningsgrad på patientniveau

Dækningsgrad (databasekomplethed) af patientregistreringen i ODD vurderes ved følgende andel:

$$\frac{\text{Antal organdonorer registreret både i LPR og i Scandiatransplants database}}{\text{Antal organdonorer registreret i Scandiatransplants database}}$$

Scandiatransplants³ data betragtes som "den sande værdi", da det antages, at alle organdonorer er registreret i denne database.

Dækningsgraden på patientniveau skal i 2024 tages med forbehold. Det skyldes, at det i 2024 ikke har været muligt at registrere DCD-forløb til LPR, hvorfor data på disse forløb ikke har været tilgængelige i ODD. Dette kolliderer med antallet af actual donors⁴ i Scandiatransplant, som udgøres af både hjernedøde donorer og cirkulatorisk døde organdonorer. Det har ikke været muligt at ekskludere de cirkulatorisk døde donorer i data modtaget fra Scandiatransplant.

Der var i 2024 125 organdonorer jf. Scandiatransplant⁵ – henholdsvis 30 DCD-donorer og 95 hjernedøde donorer. Jf. LPR var der i alt 80 organdonationsforløb på basis af hjernedøde donorer (se [forløbsdiagrammet](#)), heraf var 73 forløb registreret i LPR og i Scandiatransplant. Dækningsgraden af disse forløb var således 77% (73/95) jf. formlen for beregningen af dækningsgrad ovenfor. Der er i dette regnestykke ikke taget højde for de 6 organdonorer uden dansk CPR nr. Ifald det antages, at disse donorer var hjernedøde donorer og dermed skal ekskluderes fra det samlede antal organdonorer, vil antallet af hjernedøde donorer være 89, og dækningsgraden vil dermed stige til 82% (73/89). Den rette værdi for dækningsgraden må antages at være i intervallet 77–82%.

I 2023 var 83% af organdonorerne, som var i Scandiatransplants database, også registreret som organdonorer i Organdonationsdatabasen. Der er således tale om et mindre fald i dækningsgraden i 2024 ift. 2023.

Udfordringen med dækningsgraden skyldes problemer med korrekt registrering til LPR, hvorfor de indberettede forløb ikke kommer til at fremgå som organdonorer. Samtlige hjernedøde organdonorer i Scandiatransplant kan nemlig genfindes i databasens grundpopulation. Der er således en LPR-indberetning på alle forløb, og forløbene indgår i [forløbsdiagrammet](#) men ekskluderes "for tidligt" i flowet pga. fejlregistrering.

Datakomplethed

Databasens populationen af alle patienter, der døde på landets intensivafdelinger, var meget tæt på at være komplet i 2024. Det var kun 25 patientforløb, som manglede NABE/NABB-koder, og derfor ikke blev inkluderet. I alt blev 2.292 patientforløb inkluderet i databasens population.

³ Scandiatransplant er en nordisk organisation for organudveksling, der består af alle 11 nordiske transplantationscentre. Organisationen dækker 6 lande: Danmark, Finland, Island, Norge, Estland og Sverige. Scandiatransplants database har til formål at fungere som venteliste, sikre udveksling af organer efter gældende regler samt matche donor og recipienter.

⁴ Actual donor: A donor where an operative incision was made with the intent of organ recovery for the purpose of transplantation or at least one organ was retrieved for the purpose of transplantation.

⁵ Link til Scandiatransplants oversigt over actual donors i 2024: https://www.scandiatransplant.org/data/scandiatransplant-figures/sctp_figures_2024_4Q.pdf

Der var dog udfordringer med datakompletheden til forløbsdiagrammet: Konkret manglede 13% (22/169) af de potentielle organdonorer en angivelse en årsag til, at de ikke blev organdonorer. I 2023 var det 6%. Dertil skal bemærkes, at fremtiden var usikker for Organdonationsdatabasen i det meste af 2024, da det var udmeldt, at den var under ophør. Først i december 2024 blev det besluttet, at databasen kunne fortsætte som klinisk kvalitetsdatabase i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Denne usikkerhed kan have medført mindre opmærksomhed på registreringen.

Samlet vurdering af datakvaliteten

Med 77–82% af alle organdonorer registreret korrekt til databasen, og en andel på 13% af potentielle donorer uden angivelse af årsager til manglende organdonation, rummer databasen trods alt alle patienter, der døde på intensivafdelingerne i 2024 og kunne inkludere data fra 34 ud af 37 intensivafdelinger. Der synes dermed et solidt grundlag for at kunne vurdere kvaliteten i processer knyttet til organdonation for hjernedøde patienter.

Generelt er flere initiativer iværksat for at understøtte afdelingerne med et løbende overblik over patientflow og indberetning til databasen:

- Det er muligt at følge indikatorresultater og dækningsgrad i regionernes ledelsesinformationssystemer (LIS) – også kaldet:
 - FLIS i Region Hovedstaden
 - InControl i Region Sjælland
 - SydLIS/InControl i Region Syddanmark
 - BI-portalen i Region Midtjylland
 - Koncern Info/Qlik i Region Nordjylland

Læs mere om adgange til systemerne her: <https://sundk.dk/teknisk-dokumentation/adgang-til-daglige-data/>

- Ligeledes kan afdelingerne følge egne indberetninger via fire supplerende opgørelser i LIS. Opgørelserne er udviklet som alternative præsentationer af forløbsdiagrammet fra årsrapporten:
 1. Andelen af patienter, der er død på intensivafdeling med mistanke om potentiel dødelig hjerneskade
 2. Andelen af patienter med mistanke om hjerneskade, hvis kliniske tilstand er forenelig med betingelserne for at kunne konstatere en patient for hjernedød
 3. Andelen af potentielle organdonorer der blev erklæret hjernedøde
 4. Andelen af potentielle organdonorer, der blev erklæret hjernedøde, og som blev organdonorer
- I 2023 blev programmeringen af databasen tilpasset, så der tages hensyn til EPJ-systemernes begrænsninger i indberetningen til LPR.
- På de årlige møder mellem DCO og de enkelte hospitaler er der fokus på at styrke datakvaliteten.
- Hospitalernes lokale kvalitetsafdelinger kan være behjælpelige med rapportudtræk.

8. Databasestyregruppens medlemmer

Formand	Niels Agerlin, overlæge	Dansk Neurokirurgisk Selskab
Øvrige medlemmer	Preben Sørensen, overlæge	Region Nordjylland
	Lars Bo Ilkjær, ledende overlæge	Region Midtjylland
	Christina Rosenlund Sørensen, overlæge	Region Syddanmark
	David Levarett Buck, specialeansvarlig overlæge	Region Sjælland
	Ulla Brink Plagborg, transplantationskoordinator	Region Hovedstaden
	Lars Kjærsgaard, overlæge	Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin
	Ann-Sophi Jappe, intensivsygeplejerske	Fagligt Selskab for Neurosygeplejersker
	Nicolai Aagaard Schultz, overlæge	Dansk Transplantationsselskab
	Anja Ziemer, intensivsygeplejerske	Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvåkningssygeplejersker
	Lone Bøgh, udviklingssygeplejerske	Dansk Center for Organdonation
	Helle Haubro Andersen, centerleder	Dansk Center for Organdonation
	Randi Johnsen, udviklingssygeplejerske	Dansk Center for Organdonation
	Inge Øster, klinisk epidemiolog	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
	Chresten Puggaard, datamanager	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
	Julie Andersen, kvalitetskonsulent og repræsentant for dataansvarlig myndighed	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

9. Appendiks

[I. Aldersfordelingen for patientgruppen for donordetektion](#)

[II. Registreringsark \(2021–2024\) og \(fra 2025\)](#)

[III. Forløbsdiagrammer \(2023 og 2022\)](#)

[IV. Afslag fra transplantationscentre](#)

[V. Udrykningssygeplejerskernes deltagelse i organdonation](#)

I. Aldersfordelingen for patientgruppen for donordetektion

	2024		2023		2022	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
< 10 år	12	1,5	10	1,3	11	1,3
11 – 20 år	17	2,2	11	1,4	15	1,8
21 – 30 år	15	1,9	19	2,4	19	2,3
31 – 40 år	26	3,3	27	3,5	15	1,8
41 – 50 år	60	7,6	48	6,1	68	8,1
51 – 60 år	118	15,0	127	16,2	148	17,7
61 – 70 år	183	23,3	176	22,5	203	24,3
71 – 80 år	242	30,8	260	33,2	260	31,1
> 80 år	113	14,4	104	13,3	98	11,7
Total	786	100,0	782	100,0	837	100,0

Tabellen viser aldersfordelingen for de patienter, som indgik i patientgruppen for donordetektion. Det er patienter, hvor der var mistanke om – eller påvist – en potentiel dødelig hjerneskade.

I 2024 var der 786 i patientgruppen for donordetektion. Medianalderen var 69 år (25% kvartil: 57 år og 75% kvartil: 77 år), hvilket er uændret ift. 2022 og 2023 (data er ikke vist). Det ses af tabellen, at alle aldersgrupper er repræsenteret i patientgruppen for donordetektion, og den største andel udgøres af patienter i alderen 71–80 år (30,8%).

Opgørelsen sætter således fokus på, at det er relevant at rette opmærksomheden på potentielle donorer, uanset alder.

II. Registreringsark

2021 – 2024

- gældende fra 1. september 2021 – 31. december 2024

Registrering af dødsfald

Udfyldes af læge efter alle dødsfald i intensivafdelingen. Intensivpatienter der dør på operationsbordet, eller mens de er til undersøgelse udenfor intensivafdelingen, inkluderes også.

De fleste af registreringerne har en kode, som er skrevet ud for de spørgsmål de passer til. Koden registreres i det patientadministrative system. Samtidigt tjekkes det, om at NABB/NABE-koderne er indberettet, for at patienten kan indgå i indikatorerne. Dette varetages i de fleste afdelinger af en sekretær.

Baggrundsdata

1. Patientens cpr. nr. eller erstatningspersonnummer: d d m m å å – x x x x

2. Hospitalets navn: Afdelingskode:

3. Dødsdato: d d m m å å å å

Dødsdatoen skal være den samme som på dødsattesten.

4. Havde patienten en anoxisk eller strukturel skade af hjernen i det aktuelle sygdomsforløb?

Anoxisk: skade opstået efter iltmangel til hjernen pga. f.eks. hjertestop, hængning, drukning, kvælning, hjernestammelæsion, lungeemboli, overfølsomhedsreaktion eller forgiftning.

Strukturel: skade der kan konstateres via f.eks. CT eller MR skanning. Kan f.eks. skyldes hjerneblødning, hovedtraume, hjernesvulst eller infektion i centralnervesystemet.

☐ Nej Gå til punkt 11 **AVAX01** tillægskodes aktionsdiagnosen

☐ Ja Gå til punkt 5 **ZDW57** tillægskodes aktionsdiagnosen

5. Har patienten været respiratorbehandlet på intensivafdelingen?

Dvs., om patienten var intuberet og tilkoblet en respirator, uanset længden af forløbet eller tidspunktet.

☐ Nej Gå til punkt 11 **AVAX02** registreres som procedurekode

☐ Ja Gå til punkt 6 Benyt én af procedurekoderne: **BGDA0, BGDA00, BGDA01, BGDA02**

6. Var patienten uden nogen reaktioner og uden sedationsbehov og derfor mistænkt for at være hjernedød?

Uden reaktioner betyder, at der ikke kunne fremkaldes reaktioner overhovedet, f.eks. hosterefleks, pupilrefleks, svælgrefleks eller smertereaktion.

☐ Nej Gå til punkt 11 **AVAX03** tillægskodes aktionsdiagnosen

☐ Ja Gå til punkt 7 **DR940B** registreres som bidiagnose

7. Blev de pårørende informeret om muligheden for organdonation?

☐ Ja Gå til punkt 8 **BVAA5A** registreres som procedurekode

☐ Nej Gå til punkt 8 **AVAX04** registreres som procedurekode

8. Fik patienten stillet hjernedødsdiagnosen?			
☐	Ja	Gå til punkt 9	DR991 bidiagnose
☐	Nej	Patienten fik ikke stillet hjernedødsdiagnosen. Afkryds vigtigste årsag - kun <u>ét</u> kryds blandt punkterne 8.1 - 8.15. Gå herefter til punkt 11.	
Lægefaglig vurdering			Registreres som procedurekode
8.1	☐	Afstod ud fra en lægefaglig vurdering <u>efter</u> samråd med transplantationskoordinatorfunktionen	AVAA02
		Vurderingen foretages på baggrund af medicinske overvejelser om, at patientens organer ikke kan anvendes til transplantation.	
8.2	☐	Afstod ud fra en lægefaglig vurdering <u>uden</u> samråd med transplantationskoordinatorfunktionen	AVAA03
		Vurderingen foretages på baggrund af medicinske overvejelser om, at patientens organer ikke kan anvendes til transplantation.	
8.3	☐	Pludseligt hjertestop	AVAA07
8.4	☐	Hjernedødsundersøgelsen viste reflekser eller intrakraniell cirkulation	AVAA16
Samtykkebetingede årsager			
8.5	☐	Patienten ønskede <u>ikke</u> at være donor	AVAA10
8.6	☐	Patienten ønskede at være donor, men pårørende afslog	AVAA11
8.7	☐	Patientens indstilling ukendt, og pårørende ønskede <u>ikke</u> donation	AVAA12
8.8	☐	Patientens indstilling ukendt, og <u>ikke</u> muligt at finde pårørende	AVAA13
		Tilfælde hvor der ikke var efterladt en tilkendegivelse fra patienten, og hvor det ikke var muligt at opspore nærmeste pårørende eller hvor patienten ikke efterlader sig pårørende.	
8.9	☐	Patienten ikke identificeret	AVAA14
8.10	☐	Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet	AVAA15
		Pårørende var ikke fyldt 18 år, eller var inhabil pga. psykisk sygdom, mental tilstand eller vurderedes i øvrigt ikke at kunne forstå informationen og betydningen af et samtykke.	
Kapacitets- eller ressourceproblemer			
8.11	☐	Ikke kapacitet på intensivafdelingen	AVAA04
		F.eks. mangel på intensivplads eller personale til at gennemføre donationsforløbet.	
8.12	☐	Ikke muligt af få en speciallæge til at udføre hjernedødsundersøgelsen	AVAA05
8.13	☐	Ikke muligt at anvende cerebral 4-kars arteriografi som supplerende diagnostisk metode	AVAA06
Andre årsager			
8.14	☐	Organdonation ikke overvejet	AVAA08
		Tilfælde hvor det ikke er journalført, at personalet har overvejet organdonation.	
8.15	☐	Politiet nedlagde forbud mod donation	AVAA09
		Tjek, at der kun er ét kryds og gå til punkt 11.	
9. Blev den kliniske hjernedødsundersøgelse suppleret med cerebral 4-kars arteriografi?			
☐	Ja	Gå til punkt 10	Benyt <u>én</u> af procedurekoderne: UXAB25, UXAA30, UXAA32
☐	Nej	Gå til punkt 10	AVAX05 registreres som procedurekode

10.	Blev afdøde kørt til operationsstuen med henblik på donoroperation, uanset om der blev udtaget organer?	
☐	Ja	Gå til punkt 11 – der skal <u>ikke</u> registreres en kode Data trækkes fra anden database
☐	Nej	Afdøde blev <u>ikke</u> kørt til operationsstuen. Afkryds vigtigste årsag - kun <u>ét</u> kryds blandt punkterne 10.1 – 10.12 Gå herefter til punkt 11.
	Lægefaglig vurdering	Registreres som procedurekode
10.1	☐ Afstod ud fra en lægefaglig vurdering <u>efter</u> samråd med transplantationskoordinatorfunktionen	AVAB02
	Vurderingen foretages på baggrund af medicinske overvejelser om, at patientens organer ikke kan anvendes til transplantation.	
10.2	☐ Afstod ud fra en lægefaglig vurdering <u>uden</u> samråd med transplantationskoordinatorfunktionen	AVAB03
	Vurderingen foretages på baggrund af medicinske overvejelser om, at patientens organer ikke kan anvendes til transplantation.	
10.3	☐ Pludseligt hjertestop	AVAB06
	Samtykkebetingede årsager	
10.4	☐ Afdøde ønskede <u>ikke</u> at være donor	AVAB08
10.5	☐ Afdøde ønskede at være donor, men pårørende afslog	AVAB09
10.6	☐ Afdødes indstilling ukendt, og pårørende ønskede <u>ikke</u> donation	AVAB10
10.7	☐ Afdødes indstilling ukendt, og <u>ikke</u> muligt at finde pårørende	AVAB11
	Tilfælde hvor der ikke var efterladt en tilkendegivelse fra patienten, og hvor det ikke var muligt at opspore nærmeste pårørende eller hvor patienten ikke efterlader sig pårørende.	
10.8	☐ Afdøde ikke identificeret	AVAB12
10.9	☐ Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet	AVAB13
	Pårørende var ikke fyldt 18 år, eller var inhabil pga. psykisk sygdom, mental tilstand eller vurderedes i øvrigt ikke at kunne forstå informationen og betydningen af et samtykke.	
	Kapacitets- eller ressourceproblemer	
10.10	☐ Ikke kapacitet på intensivafdelingen	AVAB04
	F.eks. mangel på intensivplads eller personale til at gennemføre donationsforløbet.	
10.11	☐ Ikke kapacitet på operationsafdelingen	AVAB05
	F.eks. mangel på disponibel operationsstue eller personale til at gennemføre donoroperationen.	
	Andre årsager	
10.12	☐ Politiet nedlagde forbud mod donation	AVAB07
	Tjek, at der kun er ét kryds og gå til punkt 11.	
11.	Til internt brug i afdelingen	
Udfyldt af:		
Det udfyldte skema afleveres til:		
Er der tvivl om udfyldning af skemaet kontaktes intensivafdelingens donationsansvarlige nøgleperson.		

2025 –

- gældende fra 1. januar 2025

Registrering af dødsfald på intensivafdelingen – opdateret december 2024

Udfyldes af læge efter alle dødsfald i intensivafdelingen. Intensivpatienter, der dør på operationsbordet, eller mens de er til undersøgelse uden for intensivafdelingen, inkluderes også.

De fleste af registreringerne har en kode, som er skrevet ud for de spørgsmål, de passer til. Koden registreres i det patientadministrative system. Samtidigt tjekkes det, om NABB/NABE-koderne er indberettet, for at patienten kan indgå i indikatorerne. Dette varetages i de fleste afdelinger af en sekretær.

Baggrundsdata

1. Patientens CPR. eller erstatnings CPR. nummer:
ddmmåå - xxxx

2. Hospitalets/sygehusets navn:

Afdelingsnavn:

3. Dødsdato:
dd-mm-åååå

Dødsdatoen skal være den samme som på dødsattesten.

4. Havde patienten en anoxisk eller strukturel skade af hjernen i det aktuelle sygdomsforløb?

Anoxisk: skade opstået efter iltmangel til hjernen pga. f.eks. hjertestop, hængning, drukning, kvælning, blodprop i hjernen, lungeemboli, overfølsomhedsreaktion eller forgiftning.

Strukturel: skade opstået efter hjerneblødning, hovedtraume eller infektion i centralnervesystemet.

☐ Nej Gå til punkt 13 AVAX01 registreres som procedurekode
☐ Ja Gå til punkt 5 ZDW57 tillægskodes aktionsdiagnosen

5. Har patienten været respiratorbehandlet på intensivafdelingen?

Dvs., om patienten var intuberet og tilkoblet en respirator, uanset længden af forløbet eller tidspunktet.

☐ Nej Gå til punkt 13 AVAX02 registreres som procedurekode
☐ Ja Gå til punkt 6 Benyt én af procedurekoderne: BGDA0, BGDA00, BGDA01, BGDA02

6. Blev de pårørende informeret om muligheden for organdonation?

☐ Ja Gå til punkt 7 BVAA5A registreres som procedurekode
☐ Nej Gå til punkt 7 AVAX04 registreres som procedurekode

7. Blev patienten vurderet til at kunne indgå i et donationsforløb?

☐ Ja Gå til punkt 8 AVAX06 registreres som procedurekode

☐ Nej Patienten afvist som mulig donor
Afkryds den vigtigste årsag - kun ét kryds blandt punkterne 7.1 - 7.13. Gå herefter til punkt 13

Lægefaglig vurdering

7.1 ☐ Afstod ud fra en lægefaglig vurdering efter samråd med transplantationskoordinatorfunktionen

Registreres som
procedurekode
AVAA02

Vurderingen foretages på baggrund af medicinske overvejelser om, at patientens organer ikke kan anvendes til transplantation.

7.2 ☐ Afstod ud fra en lægefaglig vurdering uden samråd med transplantationskoordinatorfunktionen

AVAA03

Vurderingen foretages på baggrund af medicinske overvejelser om, at patientens organer ikke kan anvendes til transplantation.

7.3	☐	Forventes ikke at hjernedød eller få hjertestop inden for den givne tid efter behandlingsstop	AVAX07
Samtykkebetingede årsager			
7.4	☐	Patienten ønskede <u>ikke</u> at være donor	AVAA10
7.5	☐	Patienten ønskede at være donor, men pårørende afslog	AVAA11
7.6	☐	Patientens indstilling ukendt, og pårørende ønskede <u>ikke</u> donation	AVAA12
7.7	☐	Patientens indstilling ukendt, og <u>ikke</u> muligt at finde pårørende Tilfælde hvor der ikke var efterladt en tilkendegivelse fra patienten, og hvor det ikke var muligt at opspore nærmeste pårørende eller hvor patienten ikke efterlader sig pårørende.	AVAA13
7.8	☐	Patienten ikke identificeret	AVAA14
7.9	☐	Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet Pårørende var ikke fyldt 18 år, eller var inhabil pga. psykisk sygdom, mental tilstand eller vurderedes i øvrigt ikke at kunne forstå informationen og betydningen af et samtykke.	AVAA15
Andre årsager			
7.10	☐	Pludseligt kredsløbssvigt eller hjertestop	AVAA07
7.11	☐	Ikke kapacitet på intensivafdelingen F.eks. mangel på intensivplads eller personale til at gennemføre donationsforløbet.	AVAA04
7.12	☐	Organdonation ikke overvejet Tilfælde hvor det ikke er journalført, at personalet har overvejet organdonation.	AVAA08
7.13	☐	Politiet nedlagde forbud mod donation	AVAA09
Tjek, at der kun er ét kryds blandt punkterne 7.1-7.13. Gå herefter til punkt 13			
8.	Var patienten uden nogen reaktioner og uden sedationsbehov og derfor mistænkt for at være hjernedød?		
Uden reaktioner betyder, at der ikke kunne fremkaldes reaktioner overhovedet, f.eks. hosterefleks, pupilrefleks, svælgrefleks eller smertereaktion.			
	☐	Ja Gå til punkt 9	DR940B registreres som bidiagnose
	☐	Nej Gå til punkt 11	AVAX03 registreres som procedurekode
9.	Fik patienten stillet hjernedødsdiagnosen?		
	☐	Ja Gå til punkt 10	DR991 registreres som bidiagnose
	☐	Nej Afkryds vigtigste årsag - kun <u>ét</u> kryds blandt punkterne 9.1 - 9.4	
Årsager			Registreres som procedurekode
9.1	☐	Manglende operationskapacitet. Gå herefter til punkt 13 F.eks. mangel på disponibel operationsstue eller personale til at gennemføre donoroperationen.	AVAA17
9.2	☐	Ikke muligt af få en speciallæge til at udføre hjernedødsundersøgelsen. Gå herefter til punkt 11	AVAA05
9.3	☐	Ikke muligt at anvende cerebral 4-kars arteriografi som supplerende diagnostisk metode. Gå herefter til punkt 11	AVAA06
9.4	☐	Hjernedødsundersøgelsen viste reflekser eller intrakraniell cirkulation. Gå herefter til punkt 11	AVAA16
Tjek, at der kun er ét kryds blandt punkterne 9.1-9.4			

10.	Blev den kliniske hjernedødsundersøgelse suppleret med cerebral 4-kars arteriografi?		
☐ Ja	Gå til punkt 12	Benyt <u>én</u> af procedurekodeme: UXAB25, UXAA30, UXAA32	
☐ Nej	Gå til punkt 12	AVAX05 registreres som procedurekode	
11.	Blev patienten erklæret død ved uopretteligt ophør af vejtrækning og hjertevirksomhed efter kriterierne for Donation efter Cirkulatorisk Død (DCD)?		
☐ Ja	Gå til punkt 12	DR992 bidiagnose	
☐ Nej	Afkryds vigtigste årsag - kun <u>ét</u> kryds blandt punkterne 11.1 - 11.6. Gå herefter til punkt 13.		
	Årsager		Registreres som procedurekode
11.1	☐	Afdelingen ikke godkendt til Donation efter Cirkulatorisk Død (DCD) forløb	AVAC01
11.2	☐	Fik ikke cirkulationsstop indenfor den givne tid efter behandlingsstop	AVAC02
11.3	☐	Havde for lang funktionel Donor Varm Iskæmitid (fDWIT) inden cirkulationsstop	AVAC03
11.4	☐	Patienten viste reaktioner	AVAC04
11.5	☐	Manglende operationskapacitet F.eks. mangel på disponibel operationsstue eller personale til at gennemføre donoroperationen.	AVAC05
11.6	☐	Patienten er under 18 år	AVAC06
Tjek, at der kun er <u>ét</u> kryds blandt punkterne 11.1-11.6. Gå herefter til punkt 13			
12.	Fik afdøde foretaget donoroperation, uanset om der blev udtaget organer?		
☐ Ja	Gå til punkt 13	AVAX08	
☐ Nej	Afkryds vigtigste årsag - kun <u>ét</u> kryds blandt punkterne 12.1 – 12.13. Gå herefter til punkt 13		
	Lægefaglig vurdering		Registreres som procedurekode
12.1	☐	Afstod ud fra en lægefaglig vurdering <u>efter</u> samråd med transplantationskoordinatorfunktionen Vurderingen foretages på baggrund af medicinske overvejelser om, at patientens organer ikke kan anvendes til transplantation.	AVAB02
12.2	☐	Afstod ud fra en lægefaglig vurdering <u>uden</u> samråd med transplantationskoordinatorfunktionen Vurderingen foretages på baggrund af medicinske overvejelser om, at patientens organer ikke kan anvendes til transplantation.	AVAB03
12.3	☐	Pludseligt kredssvigt eller hjertestop	AVAB06
12.4	☐	For lang funktionel Donor Varm Iskæmitid (fDWIT) inden donoroperationen blev påbegyndt	AVAB14
	Samtykkebetingede årsager		
12.5	☐	Patienten ønskede <u>ikke</u> at være donor	AVAB08
12.6	☐	Patienten ønskede at være donor, men pårørende afslog	AVAB09
12.7	☐	Patientens indstilling ukendt, og pårørende ønskede <u>ikke</u> donation	AVAB10
12.8	☐	Patientens indstilling ukendt, og <u>ikke</u> muligt at finde pårørende Tilfælde, hvor der ikke var efterladt en tilkendegivelse fra patienten, og hvor det ikke var muligt at opspore nærmeste pårørende, eller hvor patienten ikke efterlader sig pårørende.	AVAB11
12.9	☐	Patienten ikke identificeret	AVAB12

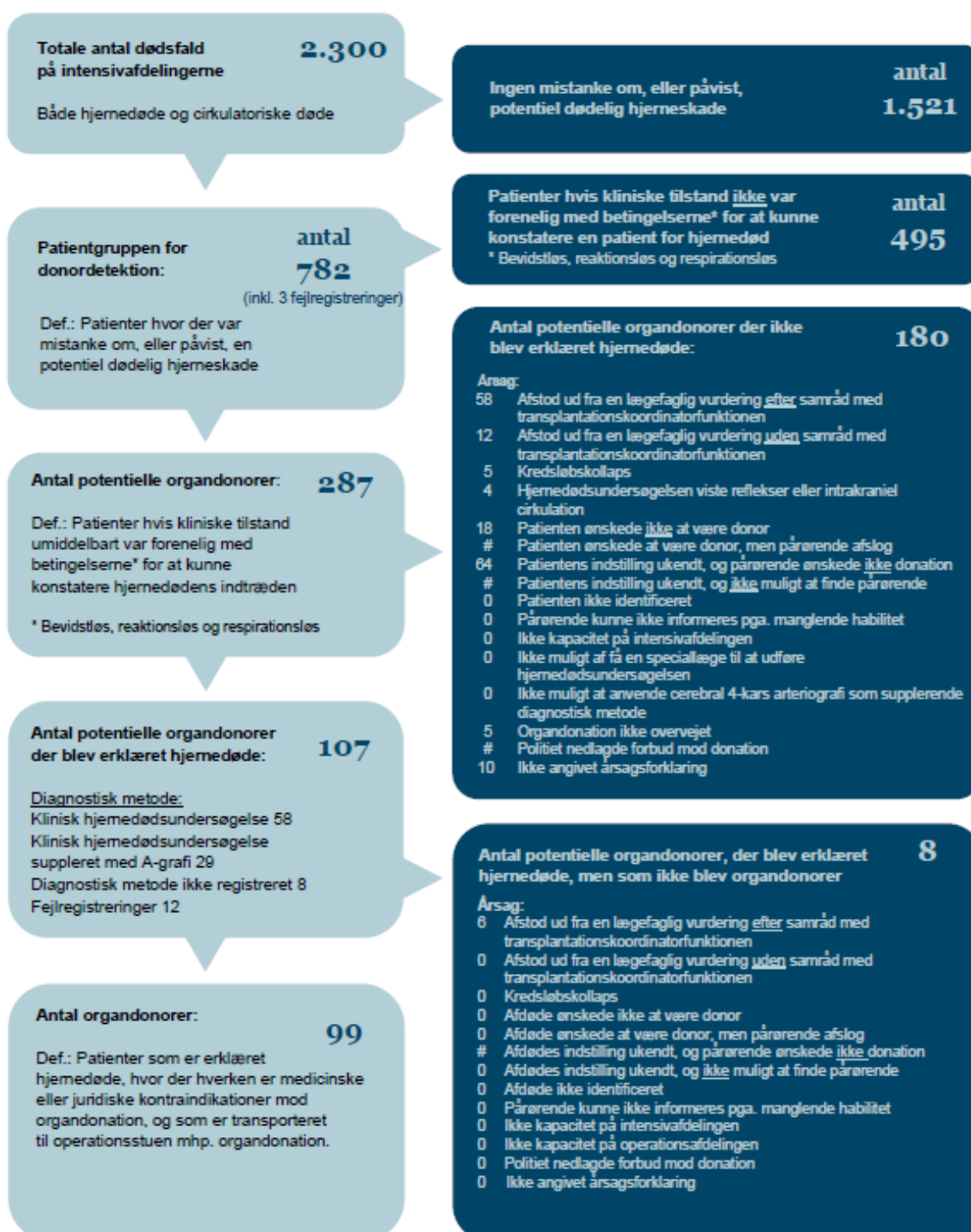
12.10	☐	Pårørende kunne ikke informeres pga. manglende habilitet Pårørende var ikke fyldt 18 år, eller var inhabil pga. psykisk sygdom, mental tilstand eller vurderedes i øvrigt ikke at kunne forstå informationen og betydningen af et samtykke.	AVAB13
Kapacitets- eller ressourceproblemer			
12.11	☐	Ikke kapacitet på intensivafdelingen F.eks. mangel på intensivplads eller personale til at gennemføre donationsforløbet.	AVAB04
12.12	☐	Manglende operationskapacitet F.eks. mangel på disponibel operationsstue eller personale til at gennemføre donoroperationen.	AVAB05
Andre årsager			
12.13	☐	Politiet nedlagde forbud mod donation	AVAB07
Tjek, at der kun er ét kryds blandt punkterne 12.1-12.13. Gå herefter til punkt 13			
13. Til intern brug i afdelingen			
Udfyldt af:			
Det udfyldte skema afleveres til:			
Er der tvivl om udfyldning af skemaet kontaktes intensivafdelingens donationsansvarlige nøgleperson.			

III. Forløbsdiagrammer (2023 og 2022)

Forløbsdiagrammerne er genberegnet ifm. udarbejdelsen af årsrapporten 2024. Antal forløb i diagrammerne vil kunne variere ift. de opgørelser, der fremgik af rapporterne i 2023 og 2022.

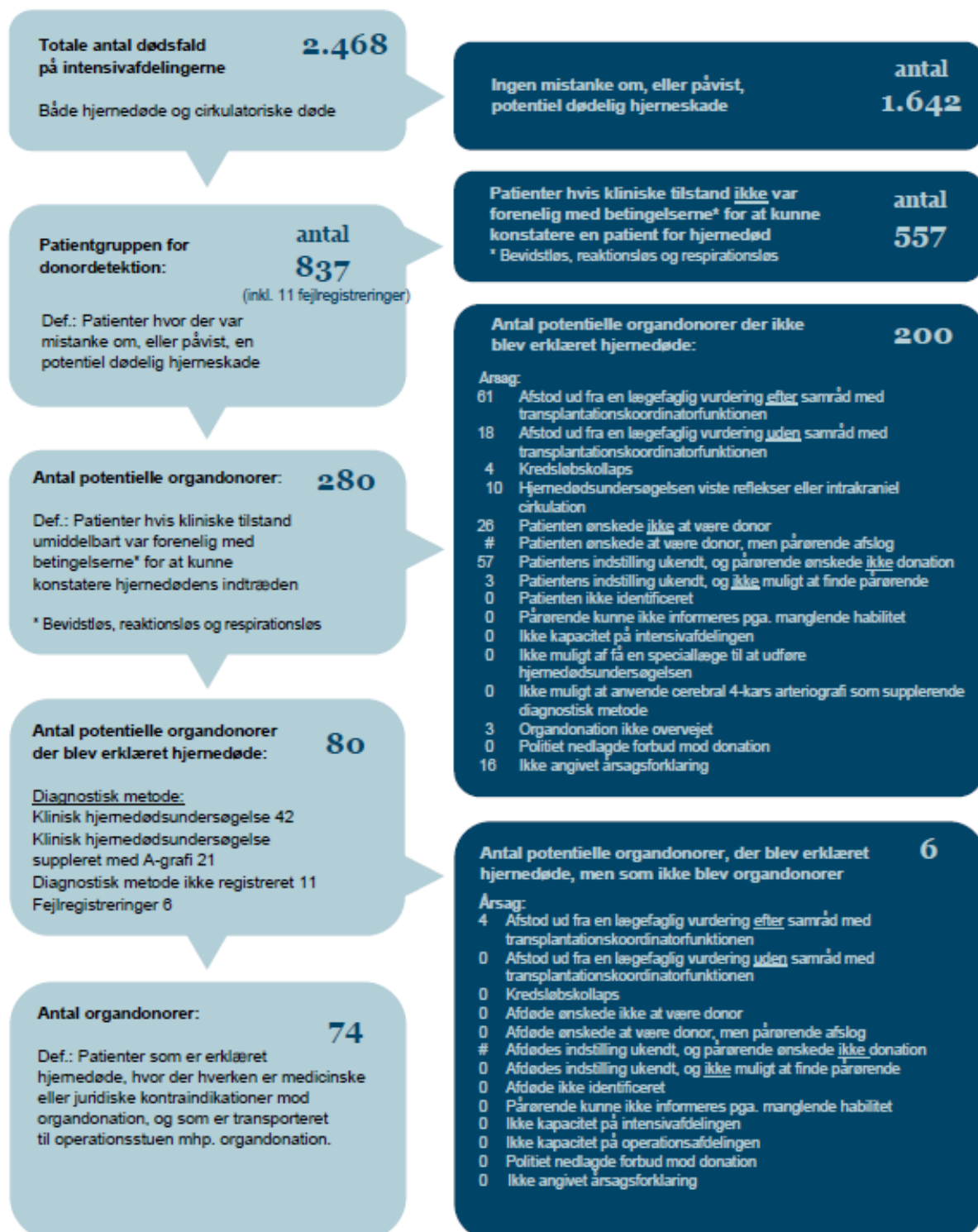
Forløbsdiagram for patientgruppen og årsager til at afdøde patienter ikke blev hjernedøde organdonorer

- diagrammet er baseret på data indberettet til LPR for hele landet 1/1 - 31/12 2023



Forløbsdiagram for patientgruppen og årsager til at afdøde patienter ikke blev hjernedøde organdonorer

- diagrammet er baseret på data indberettet til LPR for hele landet 1/1 - 31/12 2022



IV. Afslag fra transplantationscentrene

Via Organdonationsdatabasen (ODD) opgøres årligt det samlede antal af potentielle organdonorer, der ikke endte med at blive donorer på grund af afslag fra transplantationscentrene. Denne patientgruppe udgjorde i 2024 i alt 64 tilfælde, som er fordelt på intensivafdelinger i hele landet (i 2021 var antallet 59 patienter, i 2022 var det 58 patienter og i 2023 var det 63 patienter). I ODD defineres en potentiel organdonor som en patient med strukturel eller anoksisk hjerneskade, hvis kliniske tilstand umiddelbart er forenelig med betingelserne for konstatering af hjernedødens indtræden, dvs. patienten er bevidstløs, reaktionsløs og respirationsløs.

Med afsæt i anbefalingerne i National handlingsplan for Organdonation har styregruppen for ODD bedt styregruppen for Den danske Donordatabase (DDDB) om at få indsigt i årsager til transplantationscentrenes afvisning af de potentielle organdonorer. Formålet er at kunne formidle et mere komplet billede af anvendelsen af donorpotential.

DDDB blev etableret i 2017. Databasen er ikke en del af Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), men er forankret i de tre transplantationscentre i henholdsvis Odense, Aarhus og København. Dog er DDDB pr. 1. juni 2024 ikke længere i brug som transplantationscentrenes database, da det er besluttet, at al registrering af potentielle og realiserede donorer i Danmark kun skal registreres i Scandiatransplants donordatabase, "Yaswa". Dette er for at undgå overflødig dobbeltregistrering og for at ensrette og kvalitetssikre procedurerne i forbindelse med organdonation og organudveksling med andre transplantationscentre, der er organiseret i Scandiatransplant og ligeledes benytter Yaswa som database.

CPR-numrene på de potentielle, men afviste organdonorer fra ODD er i dette appendiks for året 2024 sammenholdt med de tilsvarende CPR-numre i både DDDB og Yaswa. For året 2025 og frem trækkes data kun fra Yaswa.

Der er søgt om tilladelse til samkøring af CPR-numrene i RKKP's forskningsansøgningssystem, og der er indgået en databehandlingsaftale mellem ODD (i regi af Region Midtjylland) og DDDB (i regi af Region Hovedstaden).

Der er, i dette appendiks, **alene tale om data vedrørende kliniske afslagsårsager på potentielle donorer på landets intensivafdelinger** og ikke på alle henvendelser til de tre transplantationscentre, der også omfatter henvendelser vedrørende potentielle organdonorer fra akutmodtageafdelinger, neurologiske og andre sengeafdelinger, samt overskuds- og andre udvekslingsorganer fra andre transplantationscentre i Skandinavien eller Europa.

Dataudtræk i DDDB er udført af transplantationskoordinator på RH, Ulla Brink Plagborg. Clinical Data Manager Anne Ørskov Boserup hos Scandiatransplant har bidraget med datatræk fra Yaswa. Ulla Brink Plagborg har herefter bearbejdet og beskrevet dataudtræk som en samlet, landsdækkende opgørelse for 2024 på vegne af de tre centre.

I det følgende redegøres der for de primære årsager til, at de 64 potentielle organdonorer ikke blev til donorer

Som anført ovenfor var der, ifølge ODD, 64 patienter, der var indlagt på intensivafdelingerne med en strukturel eller anoksisk hjerneskade, som kunne have ført til et donorpotentiale, men hvor patienten ikke blev organdonor på grund af afslag fra de tre transplantationscentre. Af disse 64 potentielle donorer, hvor der var et aldersspænd fra yngre end 3 år til 91 år (gennemsnitsalder 64 år), blev alle 64 erklæret ikke-egnede som organdonorer af medicinske årsager. I DDDB og Yaswa skelnes der mellem, om afvisningen er generel eller organspecifik. I 23 af tilfældene var der tale om organspecifik afvisning, og dette beskrives senere. Se figur 1.

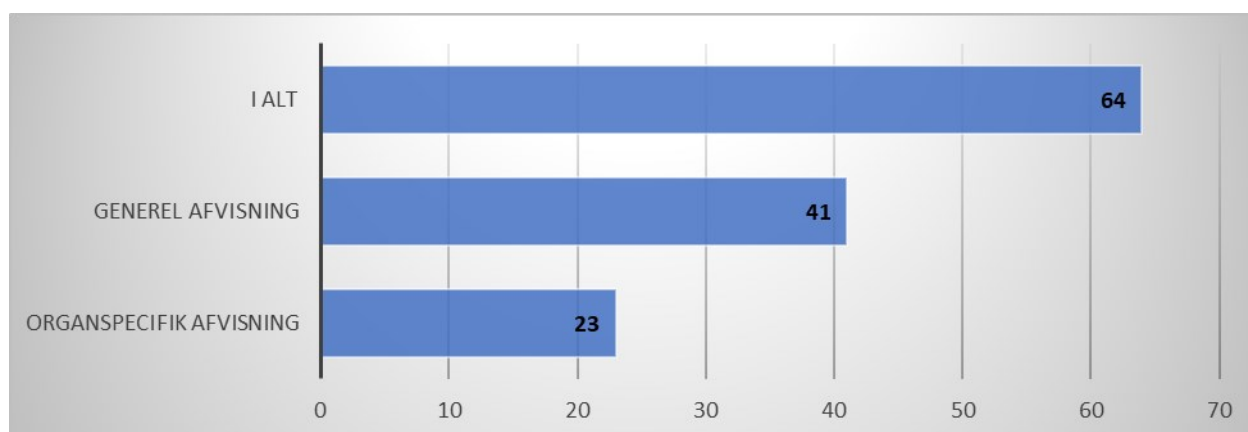


Fig. 1. Oversigt over årsag til manglende donation for de 64 tilfælde af potentielle donorer fra ODD i 2024. Data udtrukket fra DDDB og Yaswa.

I det følgende redegøres der for de 64 potentielle donorer, der afvistes af medicinske årsager

Når transplantationskoordinatorerne bliver kontaktet angående en potentiel organdonor, bliver der i første omgang foretaget en generel vurdering (cancer, risikoadfærd, sepsis, HIV, mm.) af den potentielle donors egnethed og herefter en organspecifik vurdering af den potentielle donors egnethed. Ud af de 64 potentielle donorer var der 41 tilfælde, der blev generelt afvist. Seks med multiorgansvigt (MOF), fire med svær komorbiditet, to med HIV, to med risikoadfærd, to med sepsis og ikke mindst 23 med kendt cancerdiagnose eller mistanke om malign lidelse, set på CT-scanning i forbindelse med donorrubering. Ved visse kræftsygdomme kan der være risiko for overførelse af maligne celler til recipienten ved organtransplantation, hvorfor det altid er vigtigt at afdække, om potentielle donorer har eller har haft en cancerdiagnose, når der konfereres med transplantationscentre. Der er dog visse former for malignitet, hvor overførslen ved organtransplantation ikke forventes at finde sted. Det kan være lavmaligne kræftformer, samt kræftsygdom af ældre dato. Derfor bør potentielle donorer med aktuel eller tidligere kræftsygdom konfereres på lige fod med andre potentielle donorer. Se figur 2.

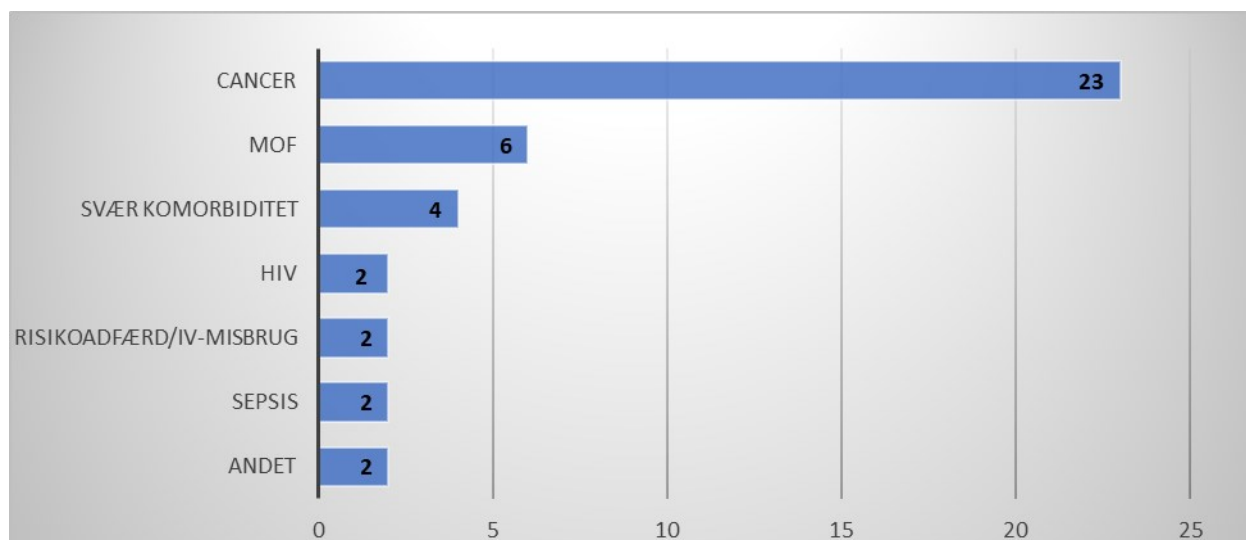


Fig. 2. Oversigt over de generelle afvisningsårsager af de i alt 64 afviste, potentielle organdonorer i 2024. Data udtrukket fra DDDB og Yaswa.

Organspecifikke afvisningsårsager

Forskellige faktorer har betydning for de forskellige organer, og tilhørende årsager til afvisninger vil derfor også være organafhængige. I 2024 blev 23 tilfælde af potentielle donorer afvist på grund af organspecifikke årsager.

Hjerteafvisninger

Langt størstedelen af afvisningsårsagerne på donation af hjerter skyldes alder. Det er velkendt, at hjertets funktion forringes med alderen, og risikoen for kranspulsåreforkalkning øges. Hvis den potentielle donor er over 65 år gammel, kan hjertet blive udelukket til transplantation alene på grund af alder. Hvis den potentielle donor er over 55 år, er det ønskeligt at få udført KAG, men da det ikke er alle donorhospitalet, der har denne mulighed, og hvis overflytning til et af de store universitetshospitaler i landet ikke er muligt, kan hjertet blive afvist til transplantation, da risikoen for kranspulsåreforkalkning er for høj. Se figur 3 for oversigt over hjerteafvisninger.

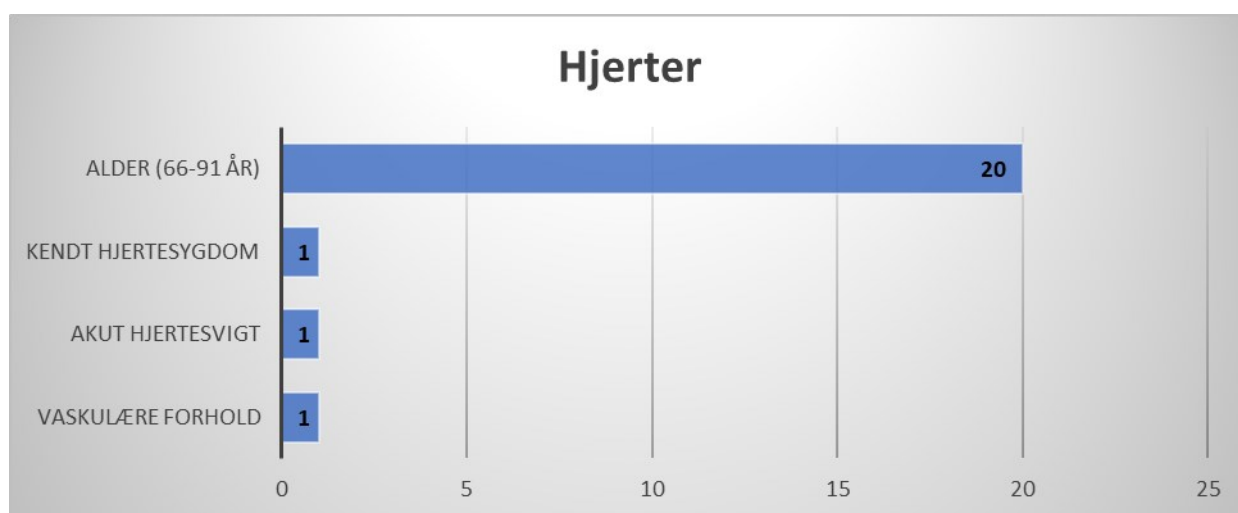


Fig. 3. Oversigt over afvisningsårsager på 23 potentielle donorer med organspecifik vurdering i forhold til hjertet i 2024. Data udtrukket fra DDDB og Yaswa.

Lungeafvisninger

Af de 23 organspecifikke afvisninger, blev lungerne afvist i 20 tilfælde alene på grund af alder. Lungernes ventilatoriske kapacitet og diffusion falder markant med alderen, og hos potentielle donorer over 70 år afvises lungerne til transplantation. Potentielle donorer over 65 år vil, i tilfælde hvor summen af komorbiditet bliver for høj i kombination med den relative høje alder, ligeledes blive afvist. Der var desuden et tilfælde med afvisning pga. rygning, et tilfælde pga. dårlig iltning, samt et tilfælde, hvor lungerne ikke kunne vurderes korrekt pga. donors ECMO-behandling. Man kan udtage lungerne og forsøge at optimere dem ved at koble lungerne på en Ex-Vivo-Lunge-perfusionsmaskine, en såkaldt "lungevaskemaskine", der kan optimere lunger, der har været præget af dårlig iltning, atelektase eller aspiration, så de gøres velegnede til transplantation. Se figur 4.

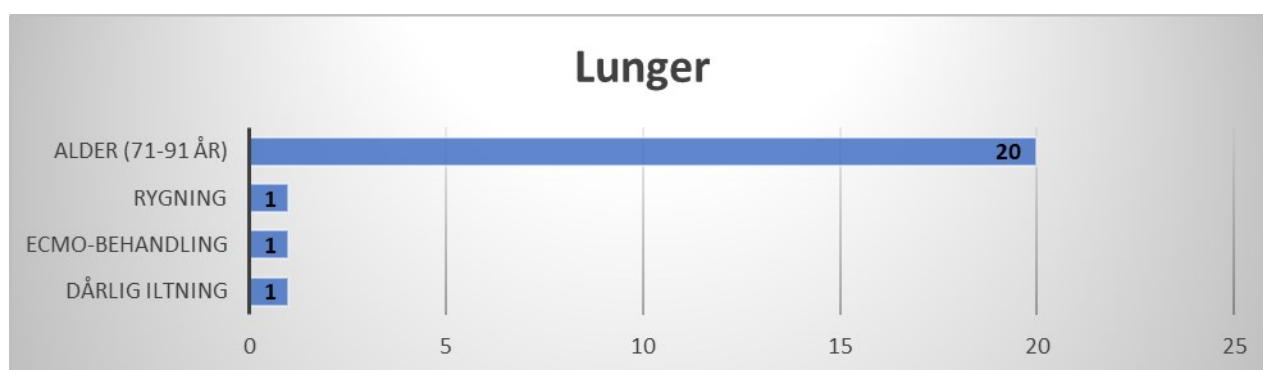


Fig. 4. Oversigt over afvisningsårsager på 23 potentielle donorer med organspecifik vurdering i forhold til lunge donation i 2024. Data udtrukket fra DDDb og Yaswa.

Leverafvisninger

Ser man på leverafvisningsårsagerne udgør alder og komorbiditet en større andel, og her er det vigtigt at pointere, at det er summen af komorbiditet sammenholdt med en relativ høj alder, der gør, at leveren bliver afvist til transplantation. Der var ni tilfælde af dette ud af 23 i 2024. Der er i dag ingen øvre aldersgrænse for, hvornår man kan anvende en lever fra en organdonor, så alder kan aldrig stå alene som afvisningsårsag. Otte potentielle donorer blev afvist pga. uacceptable høje levertal, tre pga. uacceptable vaskulære forhold, to pga. uacceptabel steatose/fibrose og én pga. alkoholoverforbrug. Se figur 5.

På Rigshospitalet er det nu også blevet standard, at leveren kan sættes på en perfusionsmaskine efter udtagning mhp. at optimere leverens tilstand. Internationale studier viser, at en større andel af afvisningsårsager af levere kan elimineres ved at bruge en leverperfusionsmaskine, der kan optimere en lever (som ved hjerte, lunger og nyrer). Marginale levere med eksempelvis forhøjede leverenzymers eller steatose, der normalt vil blive afvist, kan perfunderes på maskinen, optimeres og herefter godkendes til transplantation.

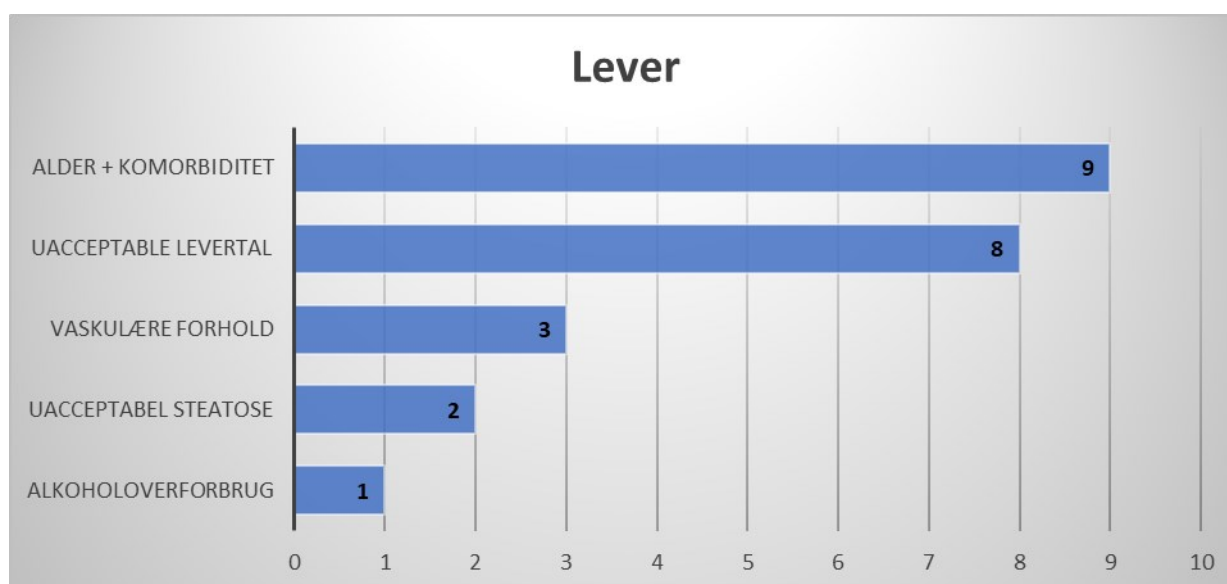


Fig.5. Oversigt over afvisningsårsager på 23 potentielle donorer med organspecifik vurdering i forhold til leveren i 2024. Data udtrukket fra DDDb og Yaswa.

Nyreafvisninger

Ved den organspecifikke vurdering af nyrerne er det ofte en kombination af flere parametre, der er udslagsgivende for, om nyrerne bliver afvist. Høj alder vil aldrig stå alene som afvisningsårsag for anvendelse af nyrer til transplantation, og derfor bør alle potentielle donorer, uanset alder, konfereres med det enkelte transplantationscenter. I 2024 kunne afvisning deles op i syv tilfælde af uacceptable nyretal, syv med kendt, kronisk nyresygdom. Desuden tre tilfælde med henholdsvis forkalkning (vaskulære forhold) og uacceptabel proteinuri, hvor måling af albumin/kreatinin-ratio var svært forhøjet. Det er årsagen til, at transplantationskoordinatorerne altid efterlyser en urinstix og oftest også spoturinalysen albumin/kreatinin-ratio, da denne har stor betydning for vurdering af nyrernes egnethed til transplantation. I to tilfælde afvistes der pga. akut nyresvigt (ATIN) og i et tilfælde pga. donors mangeårige hypertension med samtidig diabetes. Som ved hjerte, lunger og lever, bruges der også perfusionsmaskine til optimering af nyrerne forud for transplantation. Se figur 6.

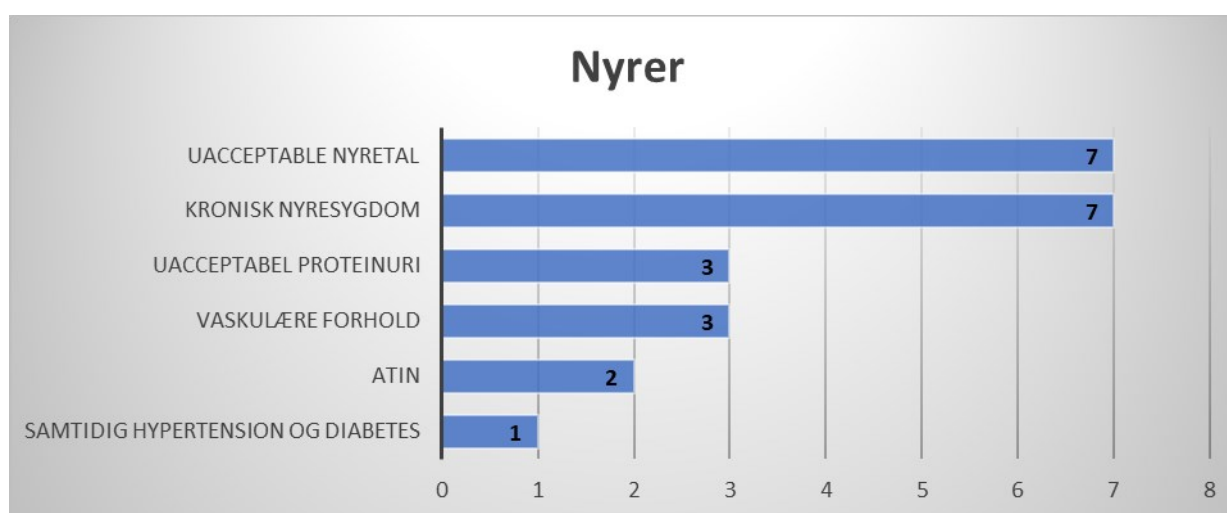


Fig. 6. Oversigt over afvisningsårsager på 23 potentielle donorer med organspecifik vurdering i forhold til nyrer i 2024. Data udtrukket fra DDDb og Yaswa.

Pancreasafvisninger

De specifikke pancreasafvisninger i 2024 var fordelt som vist i figur 7. Her er alder den mest afgørende afvisningsårsag. I Danmark accepteres pancreasgrafter ikke fra organdonorer over 55 år, da det er bevist, at graftfunktionen falder markant, når donor er ældre end dette. Der er ligeledes internationale guidelines, der forhindrer at anvende pancreas fra (potentielle) organdonorer med langvarigt hjertestop og BMI over 30. I 2024 udgjorde alderskriteriet 22 ud af de 23 afviste, potentielle donorer. Et tilfælde skyldtes langt hjertestop. Se figur 7.

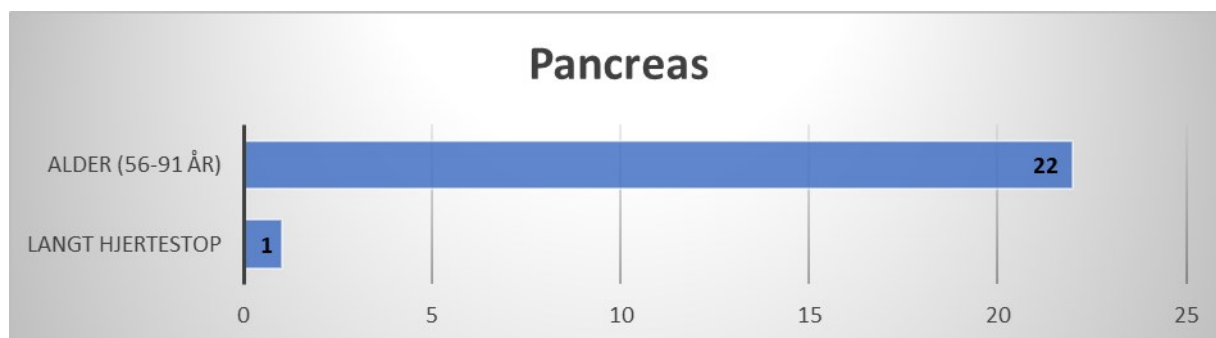


Fig.7. Oversigt over afvisningsårsager på 23 potentielle donorer med organspecifik vurdering i forhold til pancreas i 2024. Data udtrukket fra DDDb og Yaswa.

Opsummering

I 2024 var der, ifølge ODD, 64 tilfælde af potentielle organdonorer på landets intensivafdelinger, hvor dødsårsagen var enten en strukturel eller anoksisk hjerneskade, men hvor de potentielle donorer ikke endte i et organdonationsforløb på grund af afslag fra transplantationscentrene. Ifølge DDDb og Yaswa blev 41 potentielle donorer (64%) afvist på grund af generelle årsager, hvor langt den hyppigste årsag er kendt cancerdiagnose eller mistanke herom. 23 afvisninger udgjorde organspecifikke årsager (36%). Se figur 8.

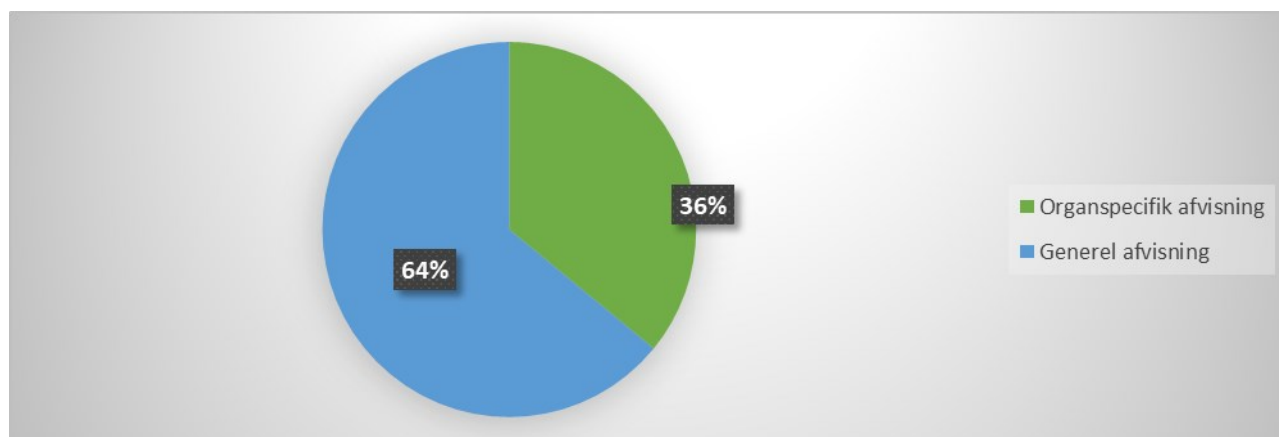


Fig.8. Oversigt over 64 potentielle donorer, der er udtrukket fra ODD, men som, sammenholdt med dataudtræk fra DDDb og Yaswa, ikke er endt med et organdonationsforløb i 2024.

V. Udrykningssygeplejerskernes deltagelse i organdonation

Udrykningssygeplejerskerne er erfarne specialuddannede intensivsygeplejersker fra de fire neurointensive afsnit og har særlige kompetencer inden for organdonation. De indgår i et frivilligt beredskab, som er etableret i et samarbejde mellem Dansk Center for Organdonation og de fire afsnit. Udrykningssygeplejerskerne kan indgå i alle sygeplejefaglige opgaver i donationsforløb på landets intensivafsnit.

På de fire neurointensive afsnit, hvor størstedelen af donorerne er indlagt (66% i 2024¹), er det best practice, at der deltager en udrykningssygeplejerske i samtalerne med de pårørende om organdonation. Hvis der ikke er en udrykningssygeplejerske i vagt, tilkaldes der en fra afsnittets udrykningshold. Nedenfor følger en opgørelse over udrykningssygeplejerskernes deltagelse i samtalerne.

Andelen af samtaler om organdonation med deltagelse af en udrykningssygeplejerske – opgjort for hvert af de fire neurointensive afsnit for perioden 2020–2024 og samlet

	2024	2023	2022	2021	2020
Aalborg Universitetshospital, NOTIA	86% ² (32/37)	59% (10/17)	53% (10/19)	61% (11/18)	63% (12/19)
Odense Universitetshospital, NIA	79% (31/39)	82% (41/50)	70% (32/46)	70% (28/40)	72% (33/46)
Rigshospitalet, 6021	52% ³ (25/48)	100% (61/61)	100% (52/52)	100% (61/61)	100% (71/71)
Aarhus Universitetshospital, intensiv nord	89% (24/27)	88% (29/33)	82% (27/33)	69% (22/32)	69% (18/26)
Samlet opgørelse for de fire afsnit	74% (112/151)	88% (141/161)	81% (121/150)	81% (122/151)	83% (134/162)

I 2024 har udrykningssygeplejerskerne i gennemsnit deltaget i 74% af samtalerne. På afsnitsniveau varierede andelen mellem 52–89%. Der kan være forskellige årsager til, at der ikke altid deltager en udrykningssygeplejerske.

Det kan f.eks. dreje sig om tilfælde, hvor:

- en pårørendesamtale med andet formål udvikler sig til en samtale om organdonation
- samtalen med de pårørende fandt sted, inden udrykningssygeplejersken ankom til afsnittet
- familien gjorde opmærksom på, at patienten skulle være donor inden den formelle samtale om organdonation
- samtalen var foretaget, inden patienten blev overflyttet til et neurointensivafsnit

- det har ikke været muligt at finde en udrykningssygeplejerske, der kunne komme på vagt

Derudover kan der forekomme tilfælde med mangelfuld registrering af udrykningssygeplejerskens deltagelse i samtalen om organdonation.

Referencer:

¹ Scandiatransplant, januar 2025.

² Antallet af registrerede samtaler er øget i 2024 sammenlignet med tidligere år. Dette skyldes, at arbejdsgangen for registreringen er blevet styrket.

³ Andelen af samtaler med deltagelse af en udrykningssygeplejerske er faldet sammenlignet med tidligere år. Registreringen fra 2024 giver dog et mere retvisende billede end tidligere, da arbejdsgangen for registreringen er blevet styrket. Dette gør det muligt at følge området mere detaljeret.

10. Beregningsregler

Indikator 1: Kontakt til transplantationscenter

Udviklingsmål: $\geq 90\%$

Procesindikator

ANTAL PATIENTFORLØB (NÆVNER)	TÆLLER	IKKE RELEVANTE PATIENTER	DATAKOMPLETHED
Potentielle donorer som ikke blev donorer, og hvor afgørelsen blev truffet ud fra en lægefaglig beslutning med eller uden kontakt til transplantationscentret. SKS-koder: DR940B og AVAA02 eller AVAA03 eller AVAB02 eller AVAB03	Patientforløb der indgår i nævner, hvor afgørelsen blev truffet ud fra en lægefaglig beslutning efter samråd med et transplantationscenter. SKS-koder: DR940B og AVAA02 eller AVAB02	Patientforløb registreret uden NABE eller NABB kode Patientforløb uden mistanke om hjernedød dvs. AVAX01 er tillægskodet til aktionsdiagnosen	Manglende oplysninger om mistanke om hjernedød (DR940B), lægefaglig vurdering (AVAA02, AVAA03, AVAB02 eller AVAB03) / Alle patientforløb

Indikator 2: Afslag fra pårørende

Udviklingsmål: ikke fastsat

Procesindikator

ANTAL PATIENTFORLØB (NÆVNER)	TÆLLER	IKKE RELEVANTE PATIENTER	DATAKOMPLETHED
Potentielle organdonorer hvor pårørende var blevet informeret om muligheden for organdonation. SKS-koder: DR940B og BVAA5A	Patientforløb der indgår i nævner, som afslog. SKS-koder: DR940B og BVAA5A og AVAA11 eller AVAA12 eller AVAB09 eller AVAB10	Patientforløb registreret uden NABE eller NABB kode Patientforløb uden mistanke om hjernedød dvs. AVAX01 er tillægskodet til aktionsdiagnosen	Manglende oplysninger om mistanke om hjernedød (DR940B), pårørende var blev informeret om muligheden for organdonation (BVAA5A)

11. Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

Ingen kommentarer til årsrapporten.

Region Sjælland

Ingen kommentarer til årsrapporten.

Region Syddanmark

Ingen kommentarer til årsrapporten.

Region Midtjylland

Ingen kommentarer til årsrapporten.

Region Nordjylland

Ingen kommentarer til årsrapporten.

