

Ülevaade Tervisekassa kliinilisest auditist „Elundidoonorluse vaatest välja jäämise tasandid ja põhjused 2023. aastal kesk- ja üldhaiglates surnud alla 80aastaste patsientide valimi põhjal“

Riin Kullaste¹

Kliiniline audit korraldati eesmärgiga teada saada, kas Eesti üld-, kohalikes ja keskhaiglates oli 2023. aastal surnud patsiente, keda oleks võinud käsitleda potentsiaalsete doonoritena. Vaadeldi, milline on raviasutuste valmidus potentsiaalsete doonoritega tegeleda, kuidas haigeid käsitleti ning mis võis tingida, et info nende patsientide kohta ei jõudnud Eestis elundidoonorlust koordineerivate isikuteni. Auditeerijad leidsid, et 148-st valimisse sobinud patsiendist jäi potentsiaalse doonorina käsitlemata keskhaiglates 27 ja madalama astme haiglates 8 patsienti. Arvatavate põhjustena toodi välja, et elundidoonorlust ei kaaluta või ei peeta patsiente selleks sobivaks. Valdavalt puuduvad raviasutustes ka juhendmaterjalid, millele otsustamisel toetuda, ning spetsiaalse väljaõppe saanud personal. Auditis toodi välja vajadus üldise teadlikkuse suurendamise, ülერიigiliste juhendite ning süsteemse koolituse järele.

Elundidoonorlus on üks ja sageli ainus ravi viis lõppstaadiumis elundipuudulikkusega patsientidele. Uut elundit vajavaid inimesi on oluliselt rohkem kui doonorelundeid, mida neile pakkuda (1). Eestis on erinevate elundite ootelehel pidevalt kokku ligi 70 patsienti, samas kui elundidoonoreid tekib aastas 20–30 ringis. Doonorelund peab patsiendile sobima, see aga kitsendab võimalusi veelgi. Eesti on liitunud rahvusvahelise elundivahetusorganisatsiooniga Scandiatransplant, mille liikmed on veel Taani, Norra, Soome, Rootsi ja Island. Kui liikmesriigis ei ole sobivat retsipienti, pakutakse elundeid Scandiatransplandi kaudu teistesse selle organisatsiooni riikidesse. See leevendab elundite nappust mõnevõrra, kuid ei lahenda olukorda täielikult. Seetõttu tuleks pöörata tähelepanu sellele, kuidas riigisiseseid võimalusi paremini kasutada.

Eestis toimub elundidoonorlus peamiselt regionaalhaiglates: Tartu Ülikooli Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja Tallinna Lastehaiglas. Aastatel 2014–2023 teavitati regionaalhaiglatest Tartu Ülikooli Kliinikumi siirdamiskeskust potentsiaalsest

surnud doonorist 571 korral, neist 262 puhul järgnes teavitusele reaalne donatsioon. Samal ajavahemikul tehti keskhaiglatest 26 teavitust, reaalseid donatsioone oli 11.

Rakkude, kudede ja elundite hankimise, käitlemise ja siirdamise seaduse alusel on kõigil regionaalhaiglatel ja keskhaiglatel kohustus välja selgitada ja teavitada siirdamiskeskust potentsiaalsest surnud doonorist (2). Üldhaiglatel sellist kohustust ei ole, kuid vastava potentsiaaliga patsient võib ka sinna sattuda.

Patsientide hindamisel ei lähtutud auditis eelnimetatud seaduses toodud potentsiaalse doonori määratlusest, mis kitsendab valiku surma fakti tuvastamise alustamisele. Audit eesmärkidega sobis paremini Hispaanias Barcelonas asuva Donatsiooni ja Transplantatsiooni Instituudi (DTI Foundation) definitsioon, mille kohaselt on potentsiaalne surnud doonor patsient, kellel on laastav, ajusurmani viiv ajukahjustus.

Ajukahjustuse võib põhjustada ajutrauma või aju verevarustuse häire. Kui selle patsiendi ravivõimalused on ammen-

Eesti Arst 2026;
105(4):191–196

Saabunud toimetusse:
18.11.2025
Avaldamiseks vastu võetud:
28.01.2026
Avaldatud internetis:
24.04.2026

¹ Põhja-Eesti
Regionaalhaigla

Kirjavahetajaautor:
Riin Kullaste
riin.kullaste@
regionaalhaigla.ee

Võtmesõnad:
organidoonorlus,
potentsiaalse elundidoonori
tuvastamine

dunud, saab tema elunditega aidata teisi patsiente. See eeldab aga temaga tegeleva meditsiinipersonali teadlikkust ja toimivat suhtluskanalit elundidoonorlust korraldava asutusega. Karl Höckerstedt koos kolleegidega uuris potentsiaalsetest elundidoonoritest teavitamist Soomes juba paarkümmend aastat tagasi (3). Nad leidsid, et 16 haigla 1747 haigusjuhu korral oli ajusurm tekkinud 402 patsiendil, teavitatud oli aga ainult 150-st. Nad märkisid ka teavitamiste arvu väga suurt erinevust haiglate vahel. Potentsiaalsete doonorite tuvastamist on pärast seda auditeeritud ka paljudes teistes riikides. 2023. aastal avaldatud ülevaateartiklis (4) analüüsiti 52-t inglisi-, prantsus- ja hispaaniakeelse teaduskirjanduse publikatsiooni, milles oli käsitletud elundidoonorluse teemalisi auditeid. Leiti, et auditite peamine eesmärk oli olnud uurida potentsiaalsete doonorite märkamist, kusjuures erinevus potentsiaalsete doonorite ja reaalselt doonorite arvu vahel oli kogu läbitöötatud materjalis märkimisväärne. Autorite hinnangul saab elundidoonorluse teemalistele audititele tuginedes leida kasutamata jäänud võimalusi

kogu võimaliku elundidoonori käsitlemise ahela vältel, misjärel saab sellekohast infot kasutada protsessi parandamiseks.

Et elundite donatsioon saaks toimuda, tuleb läbida konkreetsete etapid ja täita teatud tingimused. Need on toodud rakkude, kudede ja elundite hankimise, käitlemise ja siirdamise seaduse rakendusaktides (5, 6, 7). Lisaks sellele peab olema doonor juhitaval hingamisel ja intensiivravil, et tagada eluliste funktsioonide säilimine pärast ajusurma tuvastamist.

AUDITI EESMÄRGID

Auditi põhieesmärk oli välja selgitada, kas üld- ja keskhaiglates oli patsiente, keda oleks võinud vaadelda potentsiaalsete doonoritena. Lisaks sooviti saada teada, milline oli haige käsitus ning millistes haiglaravi etappides ja millistel põhjustel ei jõudnud info ajusurma põhjustada võiva või põhjustanud haigusseisundiga patsiendi kohta elundidoonorlust koordineerivate isikuteni Tartu Ülikooli Kliinikumis või Põhja-Eesti Regionaalhaiglas.

AUDITI KORRALDUS

Auditi teemaalgatus tuli Tervisekassale riiklikust siirdamisnõukogust. Audit valmis Tervisekassa, Eesti Kudede ja Organite Transplantatsiooni Ühingu ning Eesti Anestesioloogide Seltsi koostöös.

Kõik auditi töörühma liikmed olid ühtlasi ka auditeerijad. Auditeerijalt eeldati elundidoonorluse protsessi igakülgset tundmist, mistõttu valiti töö tegijateks regionaalhaiglate arstid, kes oma tööülesannete tõttu elundidoonorlusega kokku puutuvad. Juhtauditeerija oli Riin Kullaste ning auditeerijad Tiiu Välja, Asta Auerbach ja Klavdia Libman Põhja-Eesti Regionaalhaiglast ning Anneli Ellervee ja Veronika Reinhard TÜ Kliinikumist.

Auditi valim moodustus Tervisekassa andmekogu raviarvetel toodud diagnooside põhjal. Auditi valimisse võeti 2023. aastal keskhaiglas või üldhaiglas (või kohalikus haiglas) surnud alla 80aastased inimesed, kelle surmaga lõppenud raviarvele oli põhidiagnoosiks või kaasuvaks diagnoosiks märgitud diagnoos, mis on toodud tabelis 1 (RHK-10 järgi, iga koodiga koos kõik tema alamjaotised), ja kellel ei olnud kogu elu jooksul raviarvetel olnud diagnoosikoode C00–C99, A81.0 ega B20–B24 (sh alamjaotised) (vt tabel 1).

Tabel 1. Auditi valimisse kaasaarvamise ja sellest väljajäämise tinginud diagnoosid (sh alamjaotised) RHK-10 koodide kaupa

Kood	Diagnoos
Auditisse kaasatud diagnoosid	
I46	Südameseiskus
I60–I66	Peaajuveresoonte haigused ehk tserebrovaskulaarsed haigused
G93.1	Mujal klassifitseerimata anoksiline peaajukahjustus
G93.5	Peaajukompressioon
G93.6	Peaajuturse
D33	Peaaju ja kesknärvisüsteemi muude osade healoomuline kasvaja
G00–G03	Meningiidid
S02	Kolju- ja näoluude murd
S06–S09	Koljuvigastused
T06	Mujal klassifitseerimata mitut kehapiirkonda haaravad muud vigastused
T17	Võõrkeha hingamisteedes
T71	Asfüksia [lämbus]
Auditist väljajätmise tinginud diagnoosid (haigusseisundid, mis välistavad elundidoonorluse)	
C00–C99	Pahaloomulised kasvajakud
A81.0	Creutzfeldti-Jakobi tõbi
B20–B24	Inimese immuunpuudulikkuse viirustõbi ehk HIV-tõbi

Enamik kaasatud diagnoosikoode olid kasutusel ka projektis „Achieving Comprehensive Coordination in Organ Donation throughout the European Union – ACCORD”, mis viidi läbi aastatel 2012–2015 Euroopa Komisjoni terviseprogrammi 2008–2013 raames. Osales 23 Euroopa riiki, Eestit esindasid projektis Tartu Ülikooli Kliinikum ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla. Uuriti ajusurma tekkepotentsiaaliga patsientide jõudmist elundidoonorlusega tegeleva personali vaatevälja ja nende jõudmist reaalse donatsioonini. Käesolevas auditis kasutati mõningaid ACCORD-uuringu elemente, mis sobisid auditi eesmärgi täitmiseks. ACCORD-uuringust lähtuvalt kehtestati ka valimi patsientide vanusepiir 80 eluaastat.

Auditis vaadeldi kokku 298 ravijuhtu, mille seast otsustati 150 välja jätta (haigusloo uurimisel selgus, et ravijuht siiski ei sobi valimisse). Kokku kaasati käesolevasse analüüsi 148 ravijuhtu (vt tabel 2).

Kogutud andmete hindamiseks koostas auditi töörühm hindamisküsimused, mis jaotati kolme alateema alla:

- tervishoiuasutuse valmisolek töökorraldusest ja juhenditest lähtudes ning kompetentse personali abil tunda ära potentsiaalsed doonorid;

Tabel 2. Ravijuhtude jaotus raviasutuste kaupa

Raviasutus	Auditisse kaasatud ravijuhud
Ida-Tallinna Keskhaigla	47
Lääne-Tallinna Keskhaigla	26
Ida-Viru Keskhaigla	18
Pärnu Haigla	12
Valga Haigla	9
Lõuna-Eesti Haigla	7
Rakvere Haigla	6
Kuressaare Haigla	6
Jõgeva Haigla	5
Narva Haigla	3
Raplamaa Haigla	3
Viljandi Haigla	3
Järvamaa Haigla	1
Põlva Haigla	1
Hiumaa Haigla	1
Läänemaa Haigla	0
Kokku	148

- patsiendi anamnees, info kahjulike harjumuste ja tahteavalduse kohta;
- patsiendi seisund, haiglas ette võetud tegevused ja nende dokumenteerimine.

Vastused küsimustele saadi patsientide haiguslugudest kas elektroonilises vormis või osa tervishoiuasutuste puhul ka paberil.

AUDITI TULEMUSED

1. Raviasutuste valmisolek potentsiaalsete doonoritega tegeleda

Auditist selgus, et tegevusjuhendid potentsiaalsest surnud doonorist teavitamise kohustuse täitmiseks olid olemas ainult ühes keskhaiglas ja ühes üldhaiglas. Juhend potentsiaalsest doonorist teatamiseks anestezioloogile või intensiivraviarstile oli olemas ühes keskhaiglas ja kahes üldhaiglas. Kahes keskhaiglas ja ühes üldhaiglas olid kehtestatud ka osalised juhendid doonori valimiseks, lähtudes rakkude, kudede ja elundite hankimise, käitlemise ja siirdamise seaduse §-st 10. Ainult ühes keskhaiglas oli kasutusel tegevusjuhend potentsiaalse doonori käsitlemiseks.

Üldhaiglate puhul märgiti sageli arvestamist kõrgema ravietapi juhenditega, mis on kahtlemata positiivne, kuid ei asenda täielikult asutusesisest juhendit.

Kindlaksmääratud personali olemasolu doonoriga tegelemiseks märkis üks üldhaigla, samas tõdedes, et see personal ei ole saanud spetsiaalset väljaõpet. Üheski teises raviasutuses ei olnud kindlaksmääratud ja spetsiaalselt koolitatud personali. Asutuste kommentaaridest võib näha, et potentsiaalse doonori peavad tuvastama parasjagu tööl olevad anestezioloogid ja intensiivraviarstid. Nende teadlikkus ja tahe on kogu järgneva protsessi jaoks võtmetähtsusega, sest nende otsustest sõltub, kas patsienti hakatakse käsitlema potentsiaalse doonorina või mitte.

Doonorite nõuetekohase testimise võimekus oli olemas kõigis keskhaiglates ja osaliselt ka üldhaiglates. Kopsude kunstlikku ventilatsiooni ei saanud rakendada ainult ühes üldhaiglas ja anestezioloog oli olemas kõigis raviasutustes, neljas üldhaiglas küll mitte ööpäevaringselt, vaid osalise tööajaga. Neuroloog oli olemas ööpäevaringselt kõigis keskhaiglates ja osalise tööajaga enamikus üldhaiglatest, vaid üks neist vastas, et neuroloogi pole üldse.

Ajusurma diagnoosimise võimekus oli olemas kõigis keskhaiglates ning kõik neli

keskhaiglat said täiendava testina kasutada ka aju elektrilise aktiivsuse uuringut. Aju perfusiooniuring oli võimalik kolmes keskhaiglas ning kuues üldhaiglas.

Nendest andmetest võib järeldada, et võimekus potentsiaalsete doonoritega tegeleda või vähemalt sellega alustada oli olemas kõigis keskhaiglates ja paljudes üldhaiglates. Patsientide puhul, kes on koomaseisundis haiglasse saabumisel või langevad koomasse haiglasviibimise ajal, on kopsude juhitava hingamise rakendamine oluline eeldus selleks, et järgneda saaks kogu ülejäänud elundidoonorluse jaoks vajalik tegevus.

2. Vastused patsiendi isikuga seotud küsimustele

Patsientide tervislik seisund ning kaasuvad haigused olid haiguslugudes suhteliselt hästi dokumenteeritud, ent kahjulike harjumuste olemasolu või nende puudumine oli dokumenteeritud oluliselt halvemini. Pisut paremini oli dokumenteeritud alkoholi kuritarvitamine, sellest tingitud haigusseisundid olid diagnoosina nimetatud või anamneesis märgitud 30%-s haiguslugudest. Kahjulikest harjumustest teadmine on oluline, et otsustada, kas elundid sobivad siirdamiseks või mitte. Tõenäoliselt oleksid need küsimused siiski läbi arutatud ning ka dokumenteeritud, kui neid patsiente oleks vaadeldud potentsiaalsete elundidoonoritena. Seetõttu ei saa järeldada, et andmete puudumine võis saada otsuse tegemisel takistuseks.

Kuna patsiendi elupuhuse tahte väljaselgitamine on elundidoonorluse puhul oluline etapp, küsiti terviseportaalil tehtud tahteavalduse kontrollimise ja lähedaste kontaktandmete olemasolu kohta. Märkust tahteavalduse kontrollimise kohta ei olnud üheski haigusloos – see oli ka mõnevõrra ootuspärane, sest elundidoonorlust kaaluti ainult kahe patsiendi puhul 148-st, kellel alustati ajusurma diagnoosimist. Ajusurm kujunes välja neist ühel. Teise patsiendi puhul vesteldi sugulastega, kellelt ei saadud nõusolekut. Ei ole kahjuks teada, kas tahteavaldust sellel puhul kontrolliti.

3. Vastused küsimustele patsiendi seisundi, haiglas ette võetud tegevuste ja nende dokumenteerimise kohta

Kuna auditeerijad eeldasid, et potentsiaalse doonori tuvastamine võib sõltuda ka sellest,

kas patsient jõuab haiglasse tööpäeva sees (kell 8–16) või valvetundide ajal, esitati küsimus ka patsiendi saabumisaja kohta. Selgus, et patsiendid saabusid 54%-l juhtudest tööpäeva jooksul ja 46%-l juhtudest muul ajal, ning kuna kogu valimist tekkis ainult üks võimalik doonor, ei saa selle valimi põhjal patsiendi saabumisaja rolli kohta järeldusi teha.

Patsiendi seisundi põhinäitajad (vererõhk ja pulss) saabumisel olid dokumentidest leitavad 93%-l juhtudest. Ilmselt mõõdeti neid ka ülejäänud juhtudel, aga ei dokumenteeritud. See viga oleks kindlasti parandatud, kui patsienti oluks hakatud käsitlema potentsiaalse doonorina.

Seevastu patsiendi teadvuse seisund oli dokumenteeritud 100%-l juhtudest ning põhjalik neuroloogiline hinnang oli olemas 76%-l. Viimane võiks olla hea lähtekoht, mille põhjal hakata kaaluma, kas patsient on potentsiaalne doonor.

39% patsientidest oli haiglasse saabudes koomaseisundis, eri raviautustest hinnatud kooma sügavuse mediaanid Glasgow' koomaskaalal (9) olid vahemikus 3–6 ja keskmised vahemikus 3–7, mis tähendab, et enamikul patsientidest oli juba saabudes tõsine ajukahjustus.

Erakorralise meditsiini osakonna (EMO) kaudu saabus 145 patsienti 148-st ja 136 juhul olid nad omahingamisel. 9 patsienti, kes juba saabumisel olid juhitaval hingamisel, tulid keskhaiglate EMODE kaudu.

Auditeerijaid huvitas ka osakond, kuhu patsient hospitaliseeriti, ning raviarsti eriala. Selgus, et valimi patsiendid viidi enamasti kas neuroloogiaosakonda (37%) või selle profiiliga osakonda puudumisel sisehaiguste osakonda (26%). Veerand neist hospitaliseeriti otse intensiivraviosakonda.

Kõige sagedamini ravisid patsiente vahetult enne intensiivraviosakonda jõudmist (või enne surma, kui patsient ei jõudnudki intensiivraviosakonda) neuroloogid (41%), sageduselt teisena sisearstid (19%) ja erakorralise meditsiini arstid (17%). Muude erialade arstid ravisid valimi patsiente vaid üksikutel juhtudel; väiksemates haiglates oli ilmselt tegu valvearstidega, kelle eriala võis olla elundidoonorlusega väga vähe kokku puutuv (psühhiaater, pediaater, perearst ja infektsionist).

91 patsiendist, kes saabudes ei olnud koomas, langes haiglas viibimise jooksul koomasse veel 63. See tähendab, et kogu

valimist ainult 28 patsiendil ei tekkinud nii ränka ajukahjustust, mis võiks viia ajusurma seisundi tekkimiseni. Kooma arenedes vaatas enamiku patsiente üle kas neuroloog või intensiivraviarst.

Potentsiaalse elundidoonori käsitlemise ahelas on vältimatult vajalik intensiivravis ja juhitalval hingamisel olemine. 148 patsiendist viibisid haiglasoleku jooksul intensiivraviosakonnas 56, 38 olid vahetult enne surma juhitalval hingamisel. Keskaiglas surnud patsientidest, kellel ei olnud selgeid meditsiinilisi vastunäidustusi doonorluseks ja kes olid saabudes koomas või langesid koomasse haiglas, rakendati juhitalvat hingamist vaid 25%-l (13/53). Just juhitalva hingamise rakendamata jätmine näib käesoleva auditi andmetel olevat suurim kaokoht võimaliku elundidoonori käsitlemise ahelas.

Tagasisidest haiglatele võib leida auditeerijate arvamust, et tõenäoliselt ei jõua osa võimalikke doonoreid intensiivraviosakonda sellepärast, et neid kas ei vaata läbi intensiivraviarstid, elundidoonorluse võimalust ei kaaluta või on patsiendid niivõrd raskes seisundis, et nende elundeid ei peeta doonorluseks sobivaks. Kuna seda kaalutlemist aga ei dokumenteerita, polnud auditis võimalik välja selgitada, milline põhjus oli valdav. Sama tuleb märkida juhitalva hingamise rakendamise puhul.

Auditeerijad leidsid selgeid meditsiinilisi vastunäidustusi, mis on toodud rakkude, kudede või elundi annetamist välistavate asjaolude loetelus (6), 28 juhul, kuid selgeid meditsiinilisi vastunäidustusi doonorluseks ei esinenud 81 juhul 148-st. See ei tee neist patsientidest küll veel doonoreid: 28 patsienti ei langenud enne surma koomasse, mitte kõik ei olnud intensiivravil ning vaid 38 patsienti olid enne surma juhitalval hingamisel, mis tagas eluliste funktsioonide säilimise vaatamata ajusurmale.

Kõiki eespool toodud vajalikke tingimusi arvestades leidsid auditeerijad, et 4 keskaiglas oli 27 ravijuhtu, mille puhul patsienti oleks võinud käsitleda potentsiaalse doonorina.

Üld- ja kohalike haiglate (n = 12) seast leiti, et 8 juhul oli tegemist patsientidega, kelle puhul olid kõik tingimused täidetud ja kelle puhul oleks võidud kaaluda elundidoonorlust. Samas oli neist neli saadetud

kõrgemast ravietaapist ja auditeerijatel puudus info, kas elundidoonorluse võimalust piirkondlikus haiglas kaaluti.

Audit täitis oma põhieesmärgi ja selgitas välja, et nii keskaiglates kui ka üldhaiglates suri 2023. aastal patsiente, keda oleks võinud käsitleda potentsiaalse elundidoonorina. Audit andis ka ülevaate eri tasandi raviasutuste võimekusest ja võimalikest kitsaskohtadest.

JÄRGNENUD ARUTELU JA ETTEPANEKUD OLUKORRA PARANDAMISEKS

Auditi aruanne valmis 2025. aasta jaanuari lõpus, misjärel tutvustati seda Tervisekassa märtsikuisel seminaril. Auditi tulemusi arutati ka riikliku siirdamisnõukogu koosolekul sama aasta septembris.

Aruteludes leiti, et teavitamiskohustuse laiendamine üld- ja kohalikele haiglatele ei pruugi tagada info paremat liikumist, sest kohustuse olemasolu kui selline ei ole seni olnud piisav keskaiglate puhul. Peamine probleem ei seisne õiguslike aluste puudulikkuses, vaid süsteemse lähenemise ja teadlikkuse vähesuses. Vajalikud on üleriigilised juhised, järjepidev koolitamine ning tugevam koostöö haiglate ja TÜ Kliinikumi siirdamiskeskuse vahel. Riikliku siirdamisnõukogu koosolekul tehti olukorra parandamiseks järgmised ettepanekud:

- luua ja kehtestada üleriigilised elundidoonorluse protsessi juhendid;
- täpsustada keskaiglate kohustused potentsiaalsete doonorite tuvastamisel ja neist teavitamisel;
- kujundada välja regulaarne koolitussüsteem, sh virtuaalne variant ressursikulu vähendamiseks;
- koostada arstidele lühike infoleht potentsiaalsete doonorite tuvastamise ja neist teavitamise põhimõtete kohta;
- tugevdada üld- ja keskaiglate koostööd piirkondlike haiglate doonorkoordinaatorite ning kliinikumi siirdamiskeskusega, et tagada kiire nõustamise võimalus;
- kaasata elundidoonorluse põhitõed senisest enam arstiteaduskonna õppekavadesse.

Ettepanekud viiakse ellu riikliku siirdamisnõukogu, Tervisekassa, TÜ Kliinikumi siirdamiskeskuse ja raviasutuste koostöös.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoril puudub huvide konflikt seoses artiklis käsitletud teemaga.

¹ North Estonia Medical Centre Foundation, Tallinn, Estonia

Correspondence to:
Riin Kullaste
riin.kullaste@
regionaalhaigla.ee

Keywords:
organ donation, detection
of a potential organ donor

SUMMARY

Overview of the clinical audit conducted by the Estonian Health Insurance Fund „Levels and reasons for exclusion from organ donation in 2023 based on a sample of patients under 80 years of age who died in central and general hospitals“

Riin Kullaste¹

The clinical audit was conducted with the aim of finding out whether there were patients who died in Estonian general, local, and central hospitals in 2023 who could have been considered for potential organ donation. The readiness of medical institutions to deal with potential donors was examined, as well as how patients were viewed and what may have caused information about these patients not reaching the persons coordinating organ donation in Estonia. The auditors found that out of 148 patients eligible for the sample, twenty-seven were not identified as potential donors in central hospitals and eight in lower-level hospitals. The probable reasons cited were that the possibility of

organ donation was not considered at all or patients were considered not to be suitable for it. Medical institutions also mostly lack instructional materials that could help in decision-making, as well as specially trained staff. The audit highlighted the need for general awareness-raising, nationwide guidelines and systematic training.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Lewis A, Koukoura A, Tsianos GI, Gargavanis AA, Nielsen AA, Vassiliadis E. Organ donation in the US and Europe: The supply vs demand imbalance. *Transplant Rev* 2021;35:100585.
2. Rakkude, kudede ja elundite hankimise, käitlemise ja siirdamise seadus (29.01.2015). RT I, 26.02.2015, 1; viimati muudetud 01.01.2024. <https://www.riigiteataja.ee/akt/126022015001?leiaKehtiv>.
3. Höckerstedt K, Heikkilä ML, Holmberg C. Substantial increase in cadaveric organ donors in hospitals implementing the donor action program in Finland. *Transplant Proc* 2005;37:3253–5.
4. Silva A, Lalani J, James L. Donor audits in deceased organ donation: a scoping review. *Can J Anaesth* 2023;71:143–51.
5. Rakkude, kudede ja elundite hankimise ja käitlemise eeskiri (10.03.2015). RT I, 13.03.2015, 11; viimati muudetud 26.05.2023. <https://www.riigiteataja.ee/akt/113032015011?leiaKehtiv>.
6. Raku-, koe- ja elundidoonori valimise kriteeriumid, rakkude, kudede või elundi annetamist välistavate asjaolude loetelu, doonorile ettenähtud kohustuslike laboratoorsete uuringute loetelu ning uuringute tegemise tingimused ja kord (18.03.2015). RT I, 20.03.2015, 3; viimati muudetud 24.01.2022. <https://www.riigiteataja.ee/akt/121012022013?leiaKehtiv>.
7. Isiku surma fakti tuvastamise tingimused ja kord ning surma fakti tuvastamise akti vorm (02.03.2015). RT I, 04.03.2015, 46. <https://www.riigiteataja.ee/akt/104032015046>.
8. Zavalkoff S, Shemie SD, Grimshaw JM. Potential organ donor identification and system accountability: expert guidance from a Canadian consensus Conference. *Can J Anaesth* 2018;66:432–47.
9. Glasgow Coma Scale (GCS). Cleveland Clinic's Health Library. Last reviewed on 2023. <https://my.clevelandclinic.org/health/diagnostics/24848-glasgow-coma-scale-gcs>.

Scandinavian Transplantation Society XXXII Congress

TARTU, ESTONIA

May 20th – 22nd
2026

See you all in Tartu!
Virge Pall
Congress chair

