

Spanien leder kampen mot organbristen, Sverige ligger långt efter. Spanien har 2–3 gånger så många donationer från avlidna som Sverige och förklaringen kallas den spanska modellen.

Spanien bäst i Europa på organdonationer

Genom en centralt styrd organisation och utan storvulna satsningar på reklamkampanjer eller organregister sparar Spanien både pengar och liv på sitt donationssystem. Och chefen för den spanska nationella organdonationsstyrelsen (Organización Nacional de Transplantes), ONT, Rafael Matesanz, drar sig inte för att kritisera svensk donationspolitik.

– Det är inte klokt att ett land som Sverige har så låga siffror, säger Rafael Matesanz. Ni som ligger så långt framme på så många områden och inte kan göra bättre än så, det är galenskap.

En akut organbrist i slutet av 1980-talet gjorde att de spanska myndigheterna beslöt sig för att någonting måste hända. Antalet donatorer låg då, 1989, på ungefär samma nivå som i Sverige idag (kring 14 donatorer per miljon invånare) och det fanns inga tecken på förbättringar.

Lösningen blev okonventionell. ONT, bildades och satte fokus på de så kallade donationskoordinatorerna. Enligt den spanska modellen är det

»Det är inte klokt att ett land som Sverige har så låga siffror. Ni som ligger så långt framme på så många områden och inte kan göra bättre än så, det är galenskap.«

väsentligt att så tidigt som möjligt upptäcka potentiella donatorer på sjukhusen och att lyckas få de anhöriga att ge sitt medgivande till en donation.

– Vi lärde oss att vi inte kunde kontrollera 42 miljoner invånare genom donationsregister men att vi kan kontrollera 1 500 anhöriga genom samtalen med koordinatorena, säger Rafael Matesanz.

Idag ligger den spanska siffran på närmare 35 donatorer per miljon invånare och av tillfrågade anhöriga motsäger sig endast 20 procent donation (2004), en unikt låg siffra i sammanhanget. I Sverige ligger den på mellan 37 och 40 procent.

– Det är organisationen och koordinatorena som gör att vi kan få så bra siffror, säger Rafael Matesanz. Det är aldrig befolkningens fel att de inte donerar, men förklarar man saker och ting ordentligt för dem, då ger det resultat.

Rafael Matesanz anser att skillnaden mellan EU-länderna är försvinnande liten, såväl gällande antalet dödsfall som kan bli aktuella som organdonatorer, som när det handlar om kulturella frågor. Trafiksäkerheten har blivit bättre i Spanien och han visar hur människor födda och uppväxta i andra länder, men som bor i Spanien, donerar i samma utsträckning (bland ecuadorianer bosatta i Spanien är det närmare noll procent av anhöriga till en avliden som motsäger sig donation, i hem-



Gregorio Marañón i Madrid är ett av Spaniens största sjukhus. Transplantationsteamet här består av fem personer och de får in cirka 25 akutfall per år som är aktuella som donatorer. Det är koordinatorena på sjukhusen som genom anhörigsamtal fått upp donationsciffrorna.

landet är det 80 procent).

ONTs centralkontor, med lokaler i ett stort, grått hus i utkanterna av centrala Madrid, har det nationella och övergripande ansvaret, sedan finns verksamheten på såväl regional som lokal nivå. Mediekontaktarna är många, utbildning av personal sker kontinuerligt och kvalitetssäkringen är noggrann.

På varje akutsjukhus i Spanien finns en organkoordinator med ansvar för hela processen. Den ansvariga donationskoordinatören ska vara läkare och inte sjuksköterska. Han eller hon får inte vara underställd någon personal på sjukhuset. Donationskoordinatören ska tillsammans med sitt team (där ingår ofta ett par sjuksköterskor också)

Rafael Matesanz är chef för den nationella organodationsstyrelsen. Han upprörs över att inte fler länder tar efter den spanska modellen som bevisligen ökar antalet organodatorer. Spanien har 2-3 gånger så många donatorer som Sverige.



upptäcka potentiella donatorer, tillgodose nödvändig vård av patienten och ansvara för samtalen med de anhöriga till patienten. Allt det här betyder att arbetet med donationen påbörjas redan när patienten kommer in till sjukhuset, men bara i ett övervakande tillstånd.

– Här ligger en stor del av hemligheten, vi upptäcker potentiella donatorer i ett mycket tidigare skede än i många andra länder, säger Rafael Matesanz.

Däremot närmar man sig inte de anhöriga med förfrågan om donation förrän patienten har diagnostiserats som hjärndöd och först efter det att man har lämnat dem ifred en stund med sorgebeskedet. Samtalet är noga planerat och

koordinatörerna har fått lång utbildning, allt för att säkra ett ja.

Docent Margareta Sanner, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, publicerade i Läkartidningen nr 45/2005 en undersökning som visade att endast 38 procent av de tillfrågade svenska neurokirurgerna och anestesilogerna hade en pro-donationsansats, det vill säga försöker genom samtalet skapa förutsättningar för att de anhöriga ska säga ja till organodonation. 78 procent upprepade sällan eller aldrig frågan om de fått nej första gången.

I många fall i Spanien föreslår familjen själv donation, enligt Rafael Matesanz. Spanjorerna har blivit både väl informerade om och uppmärksamma på det lyckosamma i den spanska modellen. Optimismen i Spanien präglar också koordina-

torernas arbete, här har alla en i grunden positiv inställning till organodonation, vilket i slutändan också har betydelse för utgången i samtalen med de anhöriga.

När vi börjar prata om andra länders sätt att hantera frågan lutar sig Rafael Matesanz tillbaka i stolen, viftar med bläckpennan och suckar.

Fel, fel och fel. Så sammanfattar han Sveriges och många andra länders försök att öka antalet organodationer från avlidna.

– Att ändra lagen hjälper inte, säger han. Inte heller att satsa på stora donationsregister och annonskampanjer, allt hänger på organisationen och på anhörigsamtalen.

Det är omöjligt, menar han, att konkurrera med Coca-Cola, Nike och andra jätteföretag på reklammarknadens arena.

– Det är klart att det är positivt om en massa människor

pratar om organodonation och sätter upp sitt namn i ett register, säger han. Men det gör ingen skillnad när det gäller det faktiska antalet donatorer.

Vad gör Sverige i övrigt för fel?

– Ett av Sveriges problem, tror jag, är att sjukvården är så decentraliserad och då är det svårt att få upp donationsciffrorna.

Han ifrågasätter också många andra EU-länders sätt att arbeta.

– Ta Nederländerna som exempel, hela deras donationsregister kostade mer än hela vår verksamhet och de har inte fler donatorer för det. Men i EU är det mycket svårt att övertyga ett land att de gör ett dåligt jobb.

Bara Italien har anammat den spanska modellen och där har siffrorna på kort tid gått upp. Och i Sydamerika har ett flertal länder börjat använda den spanska modellen (Argentina kom bara på ett par år upp i högre siffror än Sverige).

Håkan Gäbel, som är sakkunnig i transplantationsfrågor ➔

- Andel avlidna organodatorer i Spanien: 34,6 per miljon invånare (2004).
- Andel avlidna organodatorer i Sverige: 13,7 per miljon invånare (2004).

Siffrorna är hämtade från Europarådets nyhetsbrev om transplantationer som kan laddas hem från nätet: www.coe.int

på Socialstyrelsen, och anhängare av den spanska modellen håller med.

– Vi har inte varit bra på att ta till oss lärdomar från utlandet, även om vi har haft möten och konferenser med utländska representanter och lyssnat på spanjorer när de gått igenom många delar av sitt system, säger han.

Han anser att sjukhusens donationsansvariga måste få ett större mandat i den här frågan och efterlyser specialister som reser ut till sjukhusen och hjälper till med diagnostiken. Han sätter också fingret på ett annat problem – bristen på intensivvårdplatser. Det kan bland annat innebära att många potentiella donatorer inte får den vård som de i första hand behöver för egen del – i andra hand för att möjliggöra organdonation om de skulle dö. Han menar att organdonationsverksamheten vid svenska sjukhus måste kvalitetssäkras.

Men förändringar är på gång, för på ett sätt närmar sig nu Sverige den spanska modellen. Enligt regeringens proposition (2003/04:179) om förslag till ändring i transplantationslagen (1995: 831) ska alla akutsjukhus ha tillgång till en donationsansvarig läkare och en kontaktansvarig sjuksköterska med uppgift att förbereda för donationer och ge stöd och information till anhöriga.

En annan effekt av proposi-

Organdonation i Sverige

Sverige har 592 personer som väntar på 608 organ (2005).

1 483 007 personer är registrerade i Donationsregistret (31 december 2005).

Antal avlidna donatorer i Sverige 2005 var 128, jämfört med 123 år 2004. Men den stora ökningen låg hos antalet levande donatorer – 172 år 2005 jämfört med 142 år 2004 (alla donerade njurar). Inom det området ligger Sverige i framkant. Detta gav sammanlagt 603 transplantationer år 2005.

Källa: Donationsrådet



Pedro Almodovars hyllning till moderskapet, »Allt om min mamma«, från 1999 belyser bland annat frågeställningen om att donera organ. Huvudpersonen Manuela är sjuksköterska som ser sitt barn omkomma i en bilolycka.

Foto: Sandrews/Pressens Bild

tionen är Donationsrådet, egentligen Nationella Rådet för organ- och vävnadsdonation.

– Vi har inga siffermässiga mål det första året, säger verksamhetschefen Åsa Welin, men ett mjukt framtida mål som säger att vi ska försöka tillgodose det behovet som finns av organ och vävnader. – Naturligtvis är det nästan omöjligt men vi ska sträva dit och göra det möjligt för alla som vill donera organ och vävnader att kunna göra det.

Den senaste kampanjen i Sverige, »Livsviktigt«, som bland annat syftade till att få fler att sätta upp sig på ett organregister kostade 27 miljoner kronor. Nu har närmare 1,5 miljoner svenskar satt upp sig på listan, men enligt spanskt sätt att se, löser det inte själva kärnproblemet – att få tillgång till de organ som kan bli aktuella för donation.

»Livsviktigt« ingår nu i Donationsrådet och ska fungera som en informationsbas för medborgarna.

– Vi har en total budget på sju miljoner och kommer inte att satsa de pengarna på fler kampanjer, säger Åsa Welin. Vi kommer arbeta med information och utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal.

Varför kan man inte ta över den spanska modellen helt och hållet?

– Det är en sund frågeställning, säger Åsa Welin. Men det finns en viss kultur i Sverige som gör att man inte kan ta ett system och använda det rakt av. Men visst är det viktigt att titta på hur Spanien har arbetat med de här frågorna.

En grundregel i den spanska modellen är att koordinatören inte får syssla med de här frågorna på heltid eller under för många år – risken för utbrändhet är stor efter tre–fyra år. Men några sådana riktlinjer är inte aktuella i Sverige.

– Nej, det är upp till huvudmännen på sjukhusen att planera arbetstiderna, säger Åsa Welin, men däremot ska vi utforma rekommendationer för vilka arbetsuppgifter donationsansvarig läkare och kontaktansvarig sjuksköterska ska ha. I dag finns det personal som redan arbetar med de här frågorna och som mestadels kommer från IVA-avdelningarna.

I ett första skede ska Donationsrådet arbeta fram de rekommendationer som de vill att donationsansvarig läkare och kontaktansvarig sjuksköterska ska följa i sitt arbete med organ- och vävnadsfrågor.

Per Ek

frilansjournalist

Foto: Linda Berglund

Högskoleprov istället för lottning

Som första läkarutbildning i Sverige ändrar Läkarprogrammet vid Umeå universitet urvalsprincipen för sökande som konkurrerar i betygskvotgruppen. Istället för lottning ska resultat på högskoleprovet användas som skiljekriterium bland alla de som har 20,0 i betyg.

Under förutsättning att Universitetsstyrelsen beslutar i enlighet med förslaget från rektor och universitetets Antagningsråd införs nyordningen från och med antagningen till höstterminen 2006.

Karin Malmqvist avgår ur SLFs styrelse

Karin Malmqvist har avgått ur Läkarförbundets centralstyrelse. Anledningen är att hon från den första januari har blivit länsverksamhetschef för allmänmedicin i Värmland.

Karin Malmqvist har suttit i CS i nästan tre år och har fram tills årsskiftet varit verksam som distriktsläkare i Skoghäll. Hon har också varit ordförande i Värmlands läkarförening sedan 1997. Även det uppdraget lämnar hon nu i samband med sin nya befattning.

FN kritiserar svensk vård

Samer, asylsökande och psykiskt sjuka får inte den vård de har rätt till. Kritiken leveras av FNs särskilda rapportör om rätten till hälsa, Paul Hunt, som nyligen avslutat tio dagars studier i Sverige. FN-rapportören är också bekymrad över hur de så kallade apatiska barnen behandlas.

Sveriges sjukvård må höra till den bästa i världen men det finns ingen anledning till självbelåtenhet, slår FN-rapportören fast. Sedan han lämnat sina preliminära synpunkter ska han fördjupa sig i sitt inhämtade material för att senare i år komma med en rapport till FN:s kommission för mänskliga rättigheter.

Maj-Len Sundin ny VD på Vidarkliniken

Maj-Len Sundin är ny VD för antroposofiska Vidarkliniken i Järna från den 1 januari 2006.

Hon har senast varit sjukhusdirektör på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna med tidigare samma befattning på Aker Universitetssjukhus i Oslo.

Elektrokemoterapi kan bota hudtumörer

Nya studier visar att elektrokemoterapi kan bota ytliga hudtumörer hos personer som inte svarar på vanlig kemoterapi.

Vid EU-konferensen »Communicating european research« i Bryssel i november presenterade Dr Lluís M Mir från Institute Gustave-Roussy i franska Villejuif nya siffror från en tvåårig klinisk studie. I studien har man behandlat kutana och subkutana cancertumörer, som Kaposi sarkom, malignt melanom, basalcellskarcinom eller lokala, återkommande bröstcancertumörer med bleomycin, som transporteras in i cellerna med hjälp av så kallad elektroporering.

Redan på 1970-talet upptäckte Mir och hans kolleger att bleomycin, som skapar dubbelsträngsbrott i DNA-spiralen, kan ta död på tumörceller. Dess potential som kemoterapeutiskt läkemedel var dock begränsad, eftersom bleomycin har svårt att ta sig in i cellen och till cellkärnan på egen hand. Därför började man utveckla den speciella metod och utrustning som nu används, där man gör cellmembranet genomsläppligt med hjälp av elektroporering.

Försöken i den aktuella stu-



Vid elektrokemoterapi används elektriska impulser i kombination med läkemedel.

dien har utförts på patienter i Frankrike, Danmark, Irland och Slovenien. Behandlingen har gjorts antingen genom att bleomycin först injicerats intravenöst, följt av en lokal applicering av en rad, korta elektriska pulser, eller genom att läkemedlet injicerats lokalt, följt av de elektriska pulserna. Den förstnämnda strategin har främst använts på de patienter som haft tumörtillväxt på många ställen.

74 procent av de 170 tumörnoduler som behandlades i studien kunde avlägsnas helt och ytterligare 11 procent försvann delvis. Biverkningarna till följd av behandlingen hos de 110 patienter som ingick i studien var minimala, utan skador på några organ eller deras funktion.

Då bleomycin dessutom har viss antikoagulerande och smärtstillande verkan är metoden mycket fördelaktig vid behandling av blödande eller särskilt smärtsamma tumörer. Blödningen avstannar i princip direkt. I de flesta fall räcker det med en enda behandling och inskrivning av patienten är inte nödvändig. Redan efter fyra veckor kan man se att tumören börjar försvinna och oftast är den helt försvunnen inom tio veckor. Elektrokemoterapi kan även användas på tumörer som tidigare strålbehandlats utan framgång.

Behandlingen är mycket kostnadseffektiv jämfört med andra terapier, klart billigare än konventionell radioterapi, både i fråga om inköp av apparatur och behandlingskostnad per patient.

Metoden har nu börjat användas vid flera sjukhus i Italien och Spanien, i första hand på patienter som är resistenta mot sedvanlig radioterapi och i de fall där kirurgiskt avlägs-

ande av tumören är omöjligt eller alltför komplicerat.

Johan Hansson, överläkare och docent vid institutionen för onkologi-patologi vid Karolinska Universitetssjukhuset och kliniskt verksam vid Radiumhemmet, vill dock uppmana till viss förbehållsamhet. Han vill speciellt hänvisa till en artikel tidigare i år, av Julie Gehli, i den danska tidskriften Ugeskrift Laeger nr 34/2005.

– Enligt Gehli har de patienter som studerats i kliniska studier där elektrokemoterapi använts i regel någon form av generaliserad sjukdom och systemeffekterna till följd av behandlingen är mindre kända. Ibland har man kunnat observera effekter även på andra, obehandlade tumörer, men materialunderlaget rörande detta är mycket litet. Metoden är med andra ord fortfarande i ett utvecklingsstadium och innan den har en chans att bli vedertaget etablerad måste man kunna visa på systemeffekter på generaliserad sjukdom, menar Johan Hansson.

Professor Anders Brahme, föreståndare vid Karolinska Universitetssjukhusets forskningscentrum för strålbehandling, vill också påpeka att den metod där man använder sig av elektrokemoterapi definitivt är lovande, men att det är möjligt att dess användningsområde är begränsat till behandling av relativt ytliga tumörer.

Han menar också att det ännu inte kan dras några definitiva slutsatser om hur pass bestående behandlingen är. Möjligtvis kan det vara så att perifera tumörceller kan överleva den lokala behandlingen och ge lokoregionala recidiv.

Ulrika Kahl
frilansskribent

Högre stressnivåer hos anestesiologer

Anestesiologer har generellt förhöjda stressnivåer jämfört med barn- samt öron-, näs- och halsläkare. Det kan bero på de psykiska och fysiska kraven i narkosläkarens arbete.

För snart fyra år sedan presenterades en studie som påvisade högre dödlighet bland anesthesiologer än bland andra läkare (se bl a LT nr 3/2000). Det föranledde läkarna på anestesikliniken i Lund att kontakta yrkes- och miljömedicinska kliniken i Lund för en stressfysiologisk undersökning av anesthesiologer. Undersökningen utgår från narkosläkarnas upplevelse av sin arbetsmiljö i allmänhet och reaktioner på jourtjänstgöring i synnerhet. Som kontrollgrupper finns barn- respektive, öron-, näs- och halsläkare i Lund, anesthesiologer i Göteborg samt en grupp högre tjänstemän i Skåne.

Vid mätning av hjärtfrekvensvariabilitet (HRV) hade alla tre läkarspecialiteterna 15–30 procent minskad högfrekvent variabilitet vid jour. Detta indikerar ett minskat inslag av parasympatikus, något som i sin tur kan indikera en högre stressnivå. Studien kan egentligen inte visa några skillnader mellan läkargrupperna när det gäller reaktioner på jourtjänstgöring, till exempel var TSH-värden och kortisolrespons lika för de tre specialiteterna.

Dock visade sig anesthesiologer generellt ha 30 procent lägre nivå av den HRV-variabel som speglar det parasympatiska inslaget under 24 timmar. De hade också 40–50 procent lägre total-HRV. Författarna till studien skriver att det är tänkbart att skillnaden kan bero på de psykiska och fysiska kraven i anestesiläkarnas arbete, men att sådana slutsatser inte kan dras av föreliggande undersökning.

Sara Gunnarsdotter