

Donationsfrekvensen ska öka med ny organisation

Förhållandevis få patienter avlider i total hjärninfarkt under respiratorvård, vilket är en förutsättning för att kunna bli organdonator. Därför är det viktigt att sjukvården har rutiner och resurser för att kunna agera optimalt vid dessa tillfällen så att fler organ kan tas till vara. Donationsrådet lanserade nyligen rekommendationer om donationsansvarig läkare och sjuksköterska, som ska ge möjlighet att driva donationsarbetet så att vi får fler och bättre genomförda organ- och vävnadsdonationer.



En förstärkning av donationsverksamheten bör leda till att Sverige förbättrar donationsfrekvensen, hoppas företrädare för Donationsrådet.

Utifrån ett europeiskt perspektiv [1] har donationsfrekvensen för organ varit relativt låg i Sverige. Sjukvården står inför utmaningen att komma tillrätta med den tilltagande organbristen genom att öka donationsfrekvensen. Idag väntar nästan 600 personer på organ i Sverige.

Rekommendationerna, som tagits fram i samarbete med professionen, syftar till att minimera de hinder för organ donation i intensivvården som identifierats i en omfattande studie av anestesiologer och neurokirurger [2]. Bakgrunden till rekommendationerna är det tillägg i Transplantationslagen (1995:831) som gjordes 2005. Lagen lägger fast att det på varje sjukhus där donationsingrepp får utföras ska finnas tillgång till donationsansvarig läkare och sjuksköterska. Liknande krav ställs även i Europarådets rekommendationer om rollen som donationsansvarig [3].

Arbetet med donation ställer höga krav på flera olika enheter inom sjukvården. Studier har visat att bemötandet av och dialogen med den avlidnes närstående är betydelsefulla för beslutet om donation [2]. Blir det aktuellt med en donation är tre faktorer avgörande för närstående: vilka kunskaper de närstående har om donation och transplantation, kännedom om den avlidnes inställning till donation samt hur man blir omhändertagen på sjukhuset [4].

Rekommendationerna syftar bl a till att garantera att donatorn och dennes närstående ska bli omhändertagna på bästa möjliga sätt vid donationstillfället. Det kräver att man inom sjukvården har både kunskap, intresse och en fungerande organisation. Att det är flera enheter inblandade vid en donation och det faktum att donationer är en förhållandevis sällsynt händelse på ett sjukhus gör behovet av en fungerande organisation med väl utarbetade rutiner mycket stort. Rekommendationerna svarar på detta sätt mot önskemål från professionen, där tydliga riktlinjer för donationsarbetet och en uttalad roll för den donationsansvariga efterfrågas [5].

Avsikten är att rekommendationerna ska förändra synen på donationsarbetet inom svensk sjukvård genom att verksamheten blir en del av den reguljära sjukvården, inte något som styrs av lokala eller tillfälliga omständigheter.

Rekommendationerna består av tre delar:

- struktur – för hur donationsarbetet

- ska ske vid det enskilda sjukhuset, samt hur samarbetet inom landet ska utvecklas från lokal till nationell nivå
- uppdraget – vad det innebär att vara donationsansvarig
- kompetenskrav – vad som krävs för att bli donationsansvarig.

Vikten av struktur kan inte nog betonas då donationsarbetet utgörs av avancerad vård, samtidigt som den personliga kontakten med den avlidnes närstående ofta är avgörande. Hur det dagliga arbetet ska utformas lämnar Donationsrådet i stor utsträckning fritt till den kunniga personal som finns inom både sjukvården och dess ledning.

Många känner ett stort engagemang för att utveckla denna verksamhet, och vi ser därför fram emot att utlysningar av tjänsterna som donationsansvarig läkare och sjuksköterska i landstingen ska ge ett tydligt mandat till dessa personer och därmed ge donationsarbetet ytterligare legitimitet och stimulans. Tjänsterna kommer beroende på behov att få olika omfattning, men i regel kommer donationsansvaret att utgöra en del av en tjänst.

Sjukhusets ledning får ansvaret att utse de donationsansvariga. Motivet är att betona den sjukhusövergripande uppgiften som donationsansvaret innebär. De donationsansvarigas mandat innebär att arbeta med sjukhusets samtliga intensivvårdsavdelningar, akutmottagningar och med andra avdelningar i förekommande fall. På de orter där väv-



DAG LUNDBERG

professor emeritus, anestesioch intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset i Lund



MARIE OMNELL PERSSON

dr med vet, leg sjuksköterska och transplantationskoordinator vid Universitetssjukhuset MAS, Malmö



TORSTEN MALM

med dr, överläkare vid barnhjärtkirurgiska sektionen/BUS, Universitetssjukhuset i Lund; samtliga är medlemmar i Donationsrådets styrelse

nadsinrättningar finns ska donationsansvariga också medverka till att vävnadsdonatorer identifieras.

Uppdraget som donationsansvarig är omfattande. Det innefattar att vara drivande för en struktur och en organisation för hela donationsarbetet. Det innebär också att aktivt medverka till att rutiner skapas och till att samtliga donatorer inom det egna sjukhuset identifieras och utreds. En förutsättning för att donationsverksamheten ska utvecklas och förbättras är ett nära samarbete med transplantationsklinikerna. Samtidigt är det för att säkerställa förtroendet för sjukvården viktigt att ansvaret för donation och transplantation är åtskilt och att det vilar på olika personer inom sjukvården.

Ett förbättrat arbete med donation gynnar alla dem som står på väntelistan för ett nytt organ. Det har även en positiv inverkan på landstingens ekonomi då kostnader för t ex dialysvård kontinuerligt stiger, vilket kan sänkas genom transplantationer [6]. Vi räknar med att landstingen ska tillföra mer resurser till donationsverksamheten så att arbetet med att främja tillgången på organ och vävnader ska kunna genomföras i enlighet med rekommendationerna. En förstärkning av donationsverksamheten bör leda till att Sverige förbättrar donationsfrekvensen. Donationsrådet avser att noggrant följa upp utvecklingen inom området.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. International figures on organ transplantations. Newsletter Transplant. 2006;11(1).
2. Sanner M, Rizell M, Desatnik P, Nydahl A. Hindren för organdonation i intensivvården kan överbryggas. Läkartidningen. 2005;102:3300-5.
3. Council of Europe. Committee of Ministers. Recommendation Rec(2005)11 of the Committee of Ministers to member states on the role and training of professionals responsible for organ donation (transplant »donor co-ordinators«). (Adopted by the Committee of Ministers on 15 June 2005 at the 930th meeting of the Ministers' Deputies.)
4. Beasley C. Maximizing donation. Transplantation Review. 1999;13:31-2.
5. Gustavsson I. Nollvision kan öka antalet donatorer till 300. Läkartidningen. 2006;103:432.
6. Alfredson I, Björck S, Eklund M. Dialys i Göteborgsområdet. En utredning om utvecklingen i ett 10-års perspektiv. Västra Götalandsregionen, regionkansliet, hälso- och sjukvårdsavdelningen; 2003.

APROPÅ ... D-vitaminbrist

D-vitaminbrist – ett försummat tillstånd

■ Anna Gerge och Hans Peter Söndergaard skriver i LT 24–25/2007 (sidan 1882) om D-vitaminbrist. Detta är välkommet. Frågan har uppmärksammats mer utomlands än här i Sverige. Kanske är en ändring dock på gång. Ewa Waern skrev en utmärkt artikel i LT förra året. Hon betonade att medvetenheten om tillståndet i svensk sjukvård är låg. På riksstämman 2006 i Göteborg ordnades ett symposium om D-vitaminbrist. Mats Humbles artiklar i LT 11 och 26–27/2007 har fortsatt diskussionen.

På Lärjedalens vårdcentral i Göteborg har vi uppmärksammat detta problem sedan två år tillbaka. Via litteraturstudier läste vi om D-vitaminbrist och vilka riskgrupper som finns. En av våra ST-läkare skrev ett examensarbete om detta problem. Vi började mäta på allt fler patienter, och kombinationen högt PTH, normalt eller lätt sänkt S-ca samt extremt lågt vitamin D (<10 ng/ml; referensvärde 10–65 ng/ml) är nu snarare regel än undantag.

Våra patienter kommer från världens alla hörn. Många är flyktingar och har

svåra upplevelser bakom sig. Värk är en vanlig sökorsak, och vi försöker nalkas detta problem utifrån dels en biomedicinsk utgångspunkt (uteslut somatisk orsak), dels en psykosocial förklaringsmodell (patientens livshistoria). Som bekant är detta inte alltid helt lätt.

Patienter från Afrika (hos oss mest somalier) verkar generellt ha mycket låga nivåer av D-vitamin. Mörk hud har ju en hög solskyddsfaktor, och det magra nordiska solljuset räcker inte till för att bilda tillräckligt med D-vitamin i huden. Bruket av heltäckande klädsel bidrar naturligtvis till problemet. Men vi ser även extremt låga nivåer av vitamin D hos ljushyade patienter från Turkiet, Kurdistan, Irak och andra länder i Mellanöstern. Både män och kvinnor, de senare med eller utan »slöja«.

Hur gör vi då när vi hittat denna brist? Vi informerar om vikten av att sola och att äta fet fisk (lax), och vi skriver recept på kombinationstablett med kalk och D-vitamin. Vi kompletterar provtagningen med markörer för coeliaki och följer upp D-vitaminvärdet efter några månader. Har

det då inte stigit skickar vi remiss för gastroskopi och tunntarmsbiopsi.

Detta låter ju enkelt i teorin men är svårt i praktiken. Många patienter får magbi-verkningar av tablettorna (t ex Calcichew) och slutar ta dem. Kanske är detta en förklaring till vår erfarenhet att D-vitaminhalten i blodet ofta inte stiger till acceptabla nivåer under behandling. Eller också är dosen för liten. Denna uppfattning fördes fram av flera deltagare på riksstämman symposium förra året. Gastroskopi är inte så självklart att man ställer upp på. Den värk patienten sökte för minskar ibland efter medicinering men sannerligen inte alltid. Kontroller är ofta svåra att genomföra då rörligheten är stor bland patienterna. Att genomföra ett konsekvent program för ljusbehandling med UVB-ljus är sannolikt effektivt men svårorganiserat. AD-droppar anses vara riskabla då bägge vitaminerna är fettlösliga och har en tendens att upplagras i kroppen.

Det rör sig alltså om ett allvarligt bristtillstånd hos kanske flera hundra tusen svenskar. Förutom att denna brist

är en riskfaktor för hjärtsjukdom, diabetes och cancer kan den ge migrerande värktillstånd och muskelsvaghet. Några samlade rekommendationer om utredning och behandling har dock inte kommit från ansvarigt håll.

- Frågorna hopar sig:
- Är vi på väg mot en ny epidemi av »engelska sjukan«?
 - När får vi ett effektivt läkemedel mot detta bristtillstånd?
 - Är det motiverat med mass-screening?
 - Bör riskgrupper få generell profylax i form av ljusbehandling eller medicinering?
 - Bör behandling med AD-droppar till alla barn i riskgrupperna förlängas?

Kommentarer från ansvariga organ efterlyses!

Kristian Svenberg
distriktsläkare
kristian.svenberg@vgregion.se

Mohamed el Mohamed
distriktsläkare

Taye Demeke
ST-läkare i allmänmedicin;
samtliga vid Lärjedalens
vårdcentral, Göteborg