

2005 2006 2007 2008

Inte helt oväntat övergick år 2007 till 2008 och det med stora förändringar i transplantationsverksamheten vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Under året gick vi rent fysiskt tillsammans med Thoraxtransplantation och vi förfogar nu över två vårdavdelningar, avd 20 liksom tidigare samt nu också avd 21, där tidigare enbart hjärt- och lungtransplanterade patienter utreddes och vårdades. Förändringen har varit mycket positiv – vi förfogar nu totalt över 34 antal vårdplatser för transplantation- och leverkirurgi.

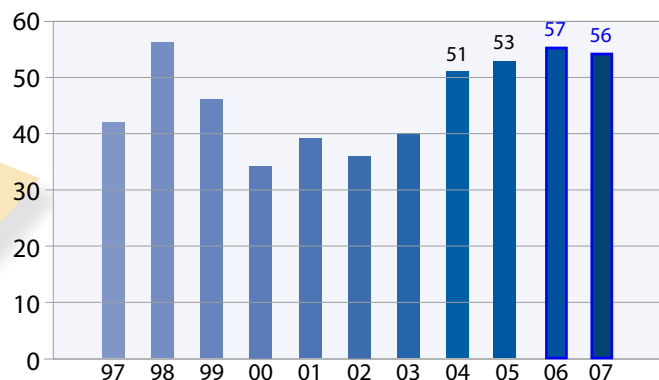
Transplantationsåret 2007 var bra sett till antal transplantationer vilket framgår av tabellen. Vi gjorde ett rekordstort antal levertransplantationer (75), vilket är en ökning jämfört med tidigare. Även på hjärt- och luntransplantationssidan såg vi en markant uppgång. Njurtransplantationsverksamheten var liksom tidigare år hög. Vad vi kan förvänta oss av 2008 är svårt att säga, men som framgår av en separat artikel har vi inlett ett samarbete med Transplantationsenheten vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Vi i Göteborg kommer att vara jour- och beredskap för samtliga multiorgandonatorer i Malmös upptagningsområde (1,6 milj. invånare). Vi har också möjligheten att skicka ena njuren från en donator till Malmö och kommer på så sätt att korta ischemitiderna och jämna ut toppar och dalar i våra transplantationsverksamheter. Detta gäller givetvis även omvänt från Malmös sida.

Den nya vårdbyggnaden skjuter i höjden och har fått tak och skall faktiskt vara inflyttningsklar om drygt ett år, i mars 2009.

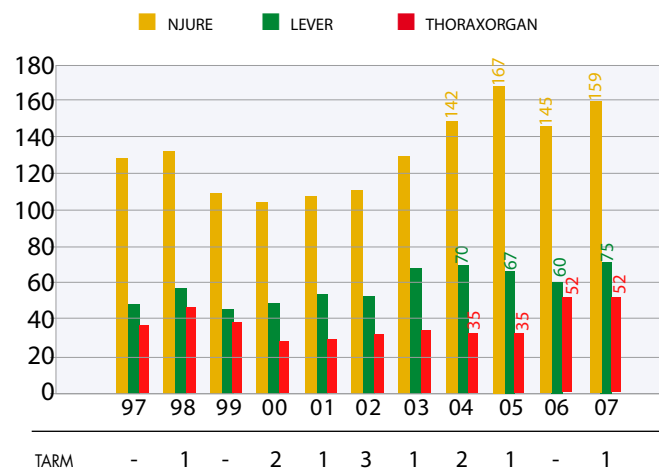
Lars Bäckman

VÅRDENHETSÖVERLÄKARE
SEKTIONSCHEF LEVERTRANSPLANTATION

ANTAL DONATORER 1997–2007 Sahlgrenska Universitetssjukhuset



TRANSPLANTATIONER 1997–2007 Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Samarbete mellan transplantationsenheterna på SU och UMAS

Njurtransplantation

Under hösten 2007 har ett samarbete angående njurtransplantation arbetats fram mellan transplantationsenheterna i Malmö och Göteborg. Bakgrunden är att man har kunnat visa betydelsen av den kalla ischemitiden för långtidsresultaten vad gäller njurtransplantation.

Vid de båda enheterna har vi därför sett det som viktigt att försöka minimera ischemitiderna. Vid hög belastning är det ofta så att njure nr 2 får vänta extra lång tid innan man får operationsutrymme. Det samarbetsavtal som nu har slutits mellan de två transplantationsenheterna innebär att man nu har en möjlighet att i stället skicka njure nr 2 till den andra trans-

plantationsenheten och på så vis minska ischemitiden för njure nr 2. Full återbetalningsplikt gäller och utvärdering av detta samarbetsavtal skall göras efter ett år.

Organdonation

Ett samarbetsavtal har också slutits mellan de två transplantationsenheterna angående multiorgandonationsoperationer i den södra regionen. Från och med den 14 januari 2008 kommer donationsoperationerna när det gäller uttag av lever att utföras av transplantationskirurger från Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Koordinering gentemot donatorsjukhuset i södra regionen kommer som tidigare att ombesörjas av transplantationskoordinatorena vid UMAS.

Transplantationskoordinator från Sahlgrenska sjukhuset kommer att delta i donationsoperationen för att vara med under uttaget av lever och koordinering av recipientoperationen. Ingen förändring av förfarandet kommer att ske vad gäller donationsoperation av thoraxorgan.

Forskning och Undervisning

Ett första steg har också tagits för ett utökad utbyte på utbildnings- och FoU-sidan. Gemensamma möten planeras och ev. framtida FoU-projekt skall diskuteras.

Styrbjörn Friman

BITR. VERKSAMHETSCHEF
SU/SAHLGRENSKA

Stipendium för tarmtransplantationer

Gustaf Herlenius, sektionschef vid Transplantationscentrum på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), har tilldelats 2007 års Gelin-stipendium på 100 000 kronor för att bland annat kunna lägga grunden till ett vårdprogram för tarmtransplantationer med levande givare.

Stipendiet kommer att finansiera studieresor till bland annat University of Illinois i Chicago och University of Nebraska Medical Center där man har stora erfarenheter av tarmtransplantationer och behandling av patienter med tarmsjukdomar.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset är för närvarande det enda sjukhuset i Norden som har ett program för tarmtransplantationer. Överlevnaden efter tarmtransplantation är numera minst lika god som efter lungtransplantation.



Gustaf Herlenius

På grund av organbristen är dödligheten på väntelistan för tarm och multivisceral (flera organ) transplantation oacceptabelt hög. Mer än hälften av patienterna dör innan de hinner bli transplanterade. De flesta är barn och ungdomar.

Gustaf Herlenius kommer att använda stipendiet för att undersöka om det finns förutsättningar att kunna rädda fler patienter genom att utnyttja levande givare. Vidare planerar han att utreda om inrättandet av ett särskilt "tarmsvikts team" resulterar i att patienter med allvarliga tarmsjukdomar kan rehabiliteras så att de inte behöver transplanteras.

Stipendiet kommer att utdelas i samband med Gelinsymposiet i Göteborg den 18 april.

Håkan Hedman

ORDFÖRANDE I STIFTELSEN
PROFESSOR LARS-ERIK GELINS MINNESFOND

Hjärt- och lungtransplanterade patienter med sänkt njurfunktion kommer till njurmedicinare för sent

Njursvikt efter hjärt- eller lungtransplantation är ett stort problem. Alla patienter får en försämrad njurfunktion efter transplantationen och 3-10 % går till uremi, vilket ger betydande morbiditet och mortalitet (Bloom et al, Am J Transplant 2006;6:671-679).

Det finns olika stadier av insufficiens. Svensk Njurmedicinsk Förening har utarbetat svenska "Riktlinjer för omhändertagande av patienter med kronisk njurinsufficiens", andra upplagan kom nu 2007. Där indelar man njurskadan i 5 olika stadier, efter GFR-nivå. (Denna klassifikation är i god överensstämmelse med internationella guidelines).

Stadium 1: Njurskada utan påverkan på njurfunktionen – GFR \geq 90 ml/min

Stadium 2: Njurskada med lätt nedsättning av njurfunktionen – GFR 60-89 ml/min

Stadium 3: Måttlig njurinsufficiens – asymtomatisk – GFR 30-59 ml/min

Stadium 4: Avancerad njurinsufficiens – GFR 15-29 ml/min

Stadium 5: Njursvikt - terminal njurinsufficiens – GFR \leq 15 ml/min

Målet för utredning och behandling är att

- minska progress av njurfunktionsnedsättning – det är i väl kontrollerade studier visat att god behandling av blodtryck och proteinuri minskar progresstakten. För patienter med diabetes är god blodsockerkontroll (HbA_{1c} < 6.5 %) av betydelse. Det gäller också att upptäcka och åtgärda potentiellt reversibla orsaker till funktionsnedsättning såsom avflödes hinder, njurartärstenos, tillförsel av nefrotoxiska läkemedel, med mera.
- förebygga och behandla komplikationer till njurinsufficiens – dessa komplikationer är anemi, acidosis, rubbningar i salt-vattenbalans, kaliumbalans, kalk-fosfat-D-vitamin-omsättning.
- förebygga och lindra uremiska symptom – eventuellt ge proteinreducerad kost, upprätthålla gott nutritionstatus, senarelägga behov av dialysstart.
- förbereda kommande dialys/transplantation.

e. ge palliativ behandling till patienter för vilka behandling med dialys och transplantation ej är indicerad.

De hjärt- och lungtransplanterade patienterna kontrolleras väl. De har regelbunden kontakt med kardiolog eller lungläkare på hemorten och en gång om året kommer de till Sahlgrenska sjukhuset för årskontroll. Då görs bl a undersökning av njurfunktionen med Cr EDTA clearance. Det är därför lätt att diagnostisera och följa en försämring av njurfunktionen.

Dessvärre skickas många patienter med sjunkande njurfunktion inte till någon nefrolog förrän det dags att starta dialys. Patienterna har i allmänhet haft god blodtryckskontroll och bra lipidstatus, men man har inte uppmärksammat och behandlat till exempel acidosis och rubbningar i kalk-fosfat-D-vitamin-omsättningen, behandlingar som kunde minskat progresstakten.

Alla hjärt-och lungtransplanterade patienter går dessbättre inte till uremi, men många har en stabil och sänkt njurfunktion. Den vanligaste orsaken till att patienterna blir uremiska är CNI (calcineurin-inhibitor)-toxicitet. Är man medveten om detta, kan man ändra den immunsuppressiva strategin mot en mera renoprotektiv behandling.

Nu kan man inte begära att kardiologer och lungläkare skall kunna behandla proteinuri, acidosis, anemi, hyperkalemi och inse när det är läge för att njurbiopsa. Just därför måste patienten också ha kontakt med en nefrolog. För att hon eller han skall kunna hjälpa patienten, genom att förlångsamma eller bromsa progressen av njurfunktionsnedsättningen, måste kontakten komma tidigt. Patienten skall remitteras till nefrolog i stadium 2, dvs. när njurskada med lätt nedsättning av njurfunktionen föreligger och GFR är 60-89 ml/min.

Tidig nefrologkontakt innebär också tidig information till patienten om den påvisade njurskadan. Därigenom finns tid för planering av dialysbehandling, njurtransplantation och kanske också donatorsutredning. Här finns stora vinster att göra – både mänskligt och ekonomiskt.

Sensmoral: Tidig nefrologkontakt rekommenderas! Patienten skall remitteras i stadium 2, då lätt nedsättning av njurfunktionen föreligger.

Gunnela Nordén
DOCENT, ÖVERLÄKARE
SU/SAHLGRENSKA

Rapport från ORGAN DONATION CONGRESS i Philadelphia 11-14 nov 2007

Det var mycket som var oerhört intressant av det som presenterades under denna kongress. Det jag tyckte var mest intressant ur mitt perspektiv som transplantationskoordinator, var temat om kommunikation och omvårdnad av donators familj, som presenterades av många olika föreläsare från bl.a. USA, Belgien och Australien.

I USA har man utarbetat ett speciellt program ett s.k. "Gift of life donor program" som fokuserar på att hjälpa donators familj att förstå att organ räddar liv. Att de förstår vilken unik möjlighet det är att kunna donera. Att aktivt arbeta för en dialog med varje potentiell donators familj. De personer som jobbar med organdonation är specialister på donationsfrågor och att man presenterar sig som en sådan. Inled samtalet med det som berör dem mest, dvs. deras älskade som har avlidit etc. Ge exempel i form av anekdoter. Fokusera på att tydligt visa att organdonation är det enda riktiga, det är viktigt med en positiv attityd.

Vid en undersökning i USA visade det sig att när enbart sjukhuspersonal i form av läkare och sköterska var med i anhörigsamtalet, för att få ett samtycke till donation, fick man 54% ja till organdonation. När en person som är specialist på donationsfrågor var med när frågan ställdes, exempelvis en transplantationskoordinator (OPO), fick man 81% ja till organdonation. Återigen kom attityden fram, dvs. vikten av en positiv attityd till organdonation. Att dessutom tidigt finnas vid familjen sida och genom hela processen och att ha en kontinuerlig dialog är väsentligt. Vid osäkerhet, låt dem få tid för eftertanke och reflektion. "Don't take no for an answer". Det finns även här flera undersökningar på att om anhöriga fått mer tid för reflektion så hade det blivit organdonation.

Det är några viktiga punkter man har kommit fram till när det gäller kommunikation och omvårdnad om donators familj och det är bl.a.: Att finnas tillgänglig och vara ett stöd för donators familj i deras sorgearbete. Alla familjer har något specifikt som är av betydelse enbart för dem. Donators familj är den som vet bäst vad den enskilde individen och dess familj behöver i sitt sorgearbete. Att vara förberedd på alla olika sorgereaktioner och att det finns en tyst och lugn plats. Erbjud allt som går att erbjudas. Följ upp familjen efteråt och erbjud all stöttning de kan få. Att vara närvarande för att svara på alla frågor om både liv och död. Att finnas där hela tiden för information och utbildning under hela sorgeprocessen. Att vara närvarande och ge feedback regelbundet. Hjälpa familjen till ett beslut som är rätt för dem. Erbjud donation som en möjlighet.

Det finns en moralisk fråga att ställa sig: Är det ett större övergrepp att omhänderta organ från en som inte vill donera än att inte omhänderta organ från en som vill donera?

I USA har man gjort en attitydundersökning med syfte att få svar på varför människor donerar. Nästan alla svarade möjligheten att kunna påverka och hjälpa andra till ett bättre liv. Att bli någon som gjort något gott.

KALENDARIUM **VIKTIGT** 2008

FEBRUARI

22-22 State of The art symposium – Hepatocellulär cancer
Gothia Towers, Göteborg

MARS

7-8 Nordiatrans Congress, Eriksbergshallen, Göteborg

APRIL

4 EDHEP För information, kontakta charlotte.loven@vgregion.se
9-12 ISHLT, 28th Annual Meeting and Scientific Session
Boston, USA

MAJ

8-9 Regiondagar för donationsansvariga läkare och sjuksköterskor
Göteborg
16 Scandinavian Transplantation Society XXIV Congress
Oslo, Norge

AUGUSTI

14 22nd International Congress of Transplantation Society
Sydney, Australien

SEPTEMBER

19-20 Rolf Olsson symposiet/Leverdagarna
Hotell 11, Göteborg
25-27 17th Annual ITNS Symposium and General Assembly
St Louis, USA

OKTOBER

3-5 ETCO, 5th Annual meeting, Riga, Latvia
18 Europeiska Donationsdagen

NORDIATRANS XXXVI KONGRESS

7-8 mars 2008

Eriksbergshallen, Göteborg

Tema: patientsäkerhet.

Nordiatrans styrelse och lokala kongresskommittén hälsar alla hjärtligt välkomna till Göteborg och Nordiatrans 36:e kongress. Kongressen består av gäst- och medlemsföreläsningar, parallellsession för tekniker samt medicinskteknisk utställning.

Gästföreläsare är Fil.dr, leg. ssk Synnöve Ödegård, flygläkare, flygkapten Michael Sjöo och professor Carl-Magnus Stolt.

För kongressinformation och kongressanmälan:

www.nordiatrans.org

www.nordiatrans2008.dk

Deadline för ansökan av Nordiatrans stipendier
15 februari, 2008.

Vi ses i Göteborg!

forts. från sid 3

Det handlar i första hand om människan och möjligheten att kunna förändra. Man vet sedan tidigare undersökningar att de flesta som har möjlighet att rädda någon annans liv vill göra det.

Det är stora skillnader på antal donatorer per miljoner invånare i världen vilket delvis beror på olika potentialer vad det gäller kultur, ekonomi, hälsorelaterade faktorer och vilken lag som ligger till grund för samtycket. Vi bör alla ställa oss frågan: Hur kan vi förändra?

Suzanne Malmros

TRANSPLANTATIONSKOORDINATOR
SU/SAHLGRENSKA

Donationsenheten/Transplantationscentrum
SU/Sahlgrenska

inbjuder till

MISSA INTE!

REGIONDAGAR FÖR DONATIONSANSVARIGA LÄKARE OCH SJUKSKÖTERSKOR 8-9 MAJ 2008 I GÖTEBORG

**Inbjudan kommer att skickas ut
under februari månad.**



Donations- / Transplantations-
koordinatorena
SU/Sahlgrenska

FÖRDJUPNINGSKURS I ORGANDONATION

Den 22-23 november 2007 hade vi på Transplantationscentrum nöjet att erbjuda en fördjupningskurs i organdonation för intensivvårdssjuksköterskor från hela vår region. Det var första gången vi anordnade en kurs under dessa former. Tanken var att erbjuda sjuksköterskor från olika enheter möjligheten att träffas på ett annat ställe än sitt eget sjukhus för att få en djupdykning i ämnet. Totalt kom det 38 personer från 20 olika IVA-enheter, från Kiruna i norr, till Varberg i söder och Linköping och Eksjö i öster.

De inbjudna föreläsarna var personer med lång erfarenhet av donationsfrågor. Tanken var att få en röd tråd genom dagarna. Dr. Christina Grivans, NIVA/Sahlgrenska sjukhuset, inledde med att tydliggöra inlämningsfasen och patofysiologin vid detta tillstånd. Därefter fortsatte Dr. Bengt-Åke Henriksson, CIVA/Sahlgrenska sjukhuset, med fastställande av död samt vård av donator. Koordineringsprocessen presenterades av transplantationskoordinator Sofia Dahlman. Första dagens föreläsningar avslutades med omhändertagande av anhöriga av Dr. Maria Kock-Redfors, IVA/Östra sjukhuset. Diskussionerna fortsatte sedan över en gemensam middag på en italiensk restaurang i centrala Göteborg.

Andra dagen inleddes med funderingar och diskussioner runt möjliga donatorer och kontentan blev att det finns få kontraindikationer. Transplantationskoordinator Annika Wolfbrandt fortsatte med organdonation ur ett etiskt perspektiv, som ledde till många spännande och givande diskussioner. Dagen avslutades med att transplantationskirurg Bengt Gustafsson talade om Transplantation som är vad organdonation leder fram till.

Utvärderingarna som lämnades in visade på en positiv respons, men som alltid när man gör något för första gången finns det saker som kan göras bättre. Detta är något vi skall beakta vid nästa tillfälle. Tack till alla deltagare och föreläsare som var med. Vi på transplantationscentrum tyckte att det var mycket givande dagar.

Välkommen till nästa kurstillfälle

Olle Sand, Sofia Dahlman

TRANSPLANTATIONSKOORDINATORER
SU/SAHLGRENSKA