

diäläsen

TIDNINGEN FÖR PERSONAL INOM
TRANSPLANTATION OCH NJURSJUKVÅRD I NORDEN

**Nyfiken på Metha Frøjk:
OM ATT GE ELLER
TA EMOT EN NJURE**

**GÅR DET MODE I
DIALYSAVDELNINGAR?**

**Världsnjurdagen:
- ÄR DINA NJURAR OKEJ?**

Donation

EN STOR FRÅGA - MEN EGENTLIGEN INTE SVÅR



NUMMER 1.2007

Omslagsbild:

OSCAR BURRIEL / SCIENCE PHOTO LIBRARY

Tidningen för personal inom transplantation & njursjukvård i Norden samarbetar med Svensk Nefrologsjuköterskeförening, Svensk Njurmedicinsk Förening, Svensk Transplantationsförening, Svensk Förening för Medicinsk Teknik och Fysik-dialys samt Dietisternas Riksförbunds referensgrupp i njurmedicin.

Tidningen sänds till samtliga medlemmar i dessa föreningar. Även kuratorer, dietister samt farmaceuter inom njurmedicin tillsänds tidningen. Tidningen når också alla transplantation och njurmedicinska kliniker i Norden och denna utgåva av Dialäsen, 1/2007, sänds till alla norska nefrologer. Dialäsen utkommer sex gånger per år med utgivningsveckor 6, 14, 22, 36, 44 och 51.

Upplaga: 3 300 exemplar (senaste TS kontroll 3 200 ex.)

Postadress: Tidningen Dialäsen, Getabocksvägen 4, 187 54 Täby, Sverige.

Tel/Fax: 08-510 515 00.

E-post: info@dialasen.com

Hemsida: www.dialasen.com

Ansvarig utgivare: Pia Lundström, pia.dialasen@telia.com

Redaktionellt råd: Anna-Lena Byström, Annette Lennerling och Ulla Winge

Grafisk form: John Losciale, john@losciale.com

Redaktion: Anna-Lena Byström, anna-lena.bystrom@comhem.se

Annette Lennerling, annette.lennerling@vgregion.se

Ulla Winge, sren.w@telia.com

Illustration: Anna Svanfeldt

Tryckeri: Trydells Tryckeri AB, Laholm

Annonsering: Se www.dialasen.com eller www.sverigestidskrifter.se

Artikelförfattare och annonsör svarar för innehållet i publicerat material. Redaktionen förbehåller sig rätten att redigera insända bidrag, dock utan att förvanska innehållet i materialet. Insända bidrag kan publiceras anonymt, men redaktionen skall veta artikelförfattarens namn. All redaktionell text lagras elektroniskt för att kunna publiceras på Dialäsens hemsida www.dialasen.com. Författare som ej accepterar detta måste meddela förbehåll. I princip publiceras inte artiklar med sådant förbehåll. Tidningen Dialäsen ansvarar inte för inskickat obeställt material.

Manusstopp för Dialäsen 2/2007 är den 16/2 med utgivning v 14. Manusstopp för 3/2007 är den 12/3 med utgivning v 22. Sänd din artikel skriven i Word 2000 till: pia.dialasen@telia.com. Komplettera gärna med fotografier som sänds separat per post eller högupplösta digitala bilder med minst 300 dpi. Mer information finner du på www.dialasen.com »författaranvisningar«.

ISSN: 1104-4616

Adressändring: Medlemmar i SNF, STF, SNSF och MTF-D kontaktar respektive förening vid adressändring. Övriga kontaktar: info@dialasen.com

Prenumerationer: Gör din beställning genom e-post: info@dialasen.com
Tel: 08-510 515 00. Kostnad för sex nummer år 2007 är 180 sek. Uppge om du tillhör någon av ovan nämnda föreningar så erhåller du tidningen genom din förening.

**SVERIGES
TIDSKRIFTER**



INNEHÅLL

11 Ökad säkerhet vid hemodialys



**12 Maria, donationssköterska
– ett stöd genom donationen**

17 Donationsprojekt i Göteborg: Inga anhörigveton under första året

21 Svensk Nefrologsjuköterskeförening

22 Kerstin Skogman: Om det nordiska samarbetet under 35 år

27 »Uremikoordinator« numera »njursviktskoordinator«

30 Svensk Förening för Medicinsk Teknik och Fysik-dialys: Går det mode i dialysavdelningar?



**32 Nya riktlinjer och
register ska säkerställa
vården för patienter med
kronisk njursvikt**

35 Sverige sämst på andelen AV-fistlar

38 Världsnjurdagen den 8 mars: – är dina njurar okej?

40 Budkavlen hos Sveriges sydligaste dialysavdelning – Trelleborg!



**43 Nyfiken på Methe Frøjk:
Om att ge eller ta emot
en njure**



SPÄNN MUSKLERNA INFÖR 8 MARS!

NU ÄR DET HÖG TID att vi inom professionen – som ännu inte gjort det – engagerar oss inför Världsnjurdagen som infaller den 8 mars. »Vanlig, farlig och behandlingsbar« är årets budskap till oss inom hälso- och sjukvården. Till allmänheten riktar International Society of Nephrology och International Federation of Kidney Foundation en slogan »Är dina njurar okej?«. För er som behöver mer ideér inför dagen – se längre fram i tidningen. Där får ni »vägledning« och uppslag om ni så önskar.

VID DONATIONSRADETS SEMINARIEDAG i höstas framfördes kritik från mötesdeltagarna till Socialstyrelsens sosf 2005:10 gällande kapitel 4.

Man menade att donatorer missats på grund av föreskriften och att den därför borde ha ändrats.

För att öka frekvensen av organdonationer ska nu alla sjukhus ha tillgång till donationsansvarig läkare och donationsansvarig sjuksköterska. Ett problem som dock kvar-

står bland annat i Stockholmsregionen är att det finns för få intensivvårdsplatser.

Positivt är att statistiken visar att med en anställd donationssjuksköterska ökar antalet donationer bland de potentiella donatorerna. Det vill säga att färre anhöriga avböjer vid frågan om donation.

Dialäsen var på plats och blev nyfiken på mycket – bland annat donationssjuksköterskans arbete. Hur organiserar de arbetet genom donationsprocessen i Stockholm och – hur gör de i Göteborg?

GÅR DET MODE I DIALYSAVDELNINGAR? Medicinsk Teknik och Fysik-dialys ordförande Gunnar Malmström beskriver förändringarna från smått till stort – enskilda rum till storsalar – centrallarm eller inte – hur ser framtidens byggnadsprojekt ut på sjukhusets dialysavdelningar – eller kanske det inte ens blir på sjukhuset ...

Pia Lundström

PÅ GÅNG

- ❑ **Annual Dialysis Conference**, 18–20 februari 2007, Denver, USA.
www.advancesinpd.com
- ❑ **World Kidney Day**, 8 mars 2007.
www.worldkidneyday.org, www3.svls.se/sektioner/nm/
- ❑ **Nordiatranskongress** 9–10 mars 2007, Helsingfors, Finland.
www.nordiatrans.org
- ❑ **International Pediatric Transplant Association**, 17–21 mars, 2007, Cancun, Mexiko www.iptaonline.org
- ❑ **Organ Transplantation: Ethical, Legal and Psychological aspects. Towards a common European Policy.** 1–4 April 2007, Rotterdam, Netherlands. www.elpat.eu/
- ❑ **NKF Spring Clinical Meetings** 10–14 april 2007, Orlando, Florida, USA. www.kidney.org
- ❑ **Dansk Nefrologisk Selskab Årsmöte** 13–14 April 2007, Århus, Danmark. www.nephrology.dk
- ❑ **Svensk Transplantationsförenings Vårsmöte**, 19–20 april 2007 Stockholm, Sverige. www3.svls.se/sektioner/tp/
- ❑ **International Society of Nephrology ISN**, 21–25 april 2007, Rio de Janeiro, Brasilien.
- ❑ **ANNA's 38th National Symposium**, 22–25 april 2007, Dallas, Texas, USA.
- ❑ **Vårsmöte inom Njurmedicin**, 6–8 maj 2007 Södraberget, Sundsvall.

- ❑ **Nordiska Njurdagar**, 23–26 maj 2007, Göteborg, Sverige.
www.ssn2007.com
 - ❑ **Vascular Access Society**, 11–13 juni 2007, Nice, Frankrike.
www.vascularaccesssociety.com
 - ❑ **International Society for Peritoneal Dialysis**, ISPD, 13 juni 2007, Miami, Florida, USA. www.ispd.org/NA/index2.html
 - ❑ **European Peritoneal Dialysis Meeting**, 7–10 July 2007, Helsingfors, Finland www.europd.com
 - ❑ **European Renal Association ERA-EDTA** 21–24 juni 2007, Barcelona, Spanien. congress@era-edta.org
 - ❑ **EDTNA/ERCA Conference** 15–18 september 2007, Florens, Italien. www.edtna-erca.org
 - ❑ **European Society for Organ Transplantation**, ESOT, 29 sep–3 okt, 2007, Prag, Tjeckoslovakien. www.esot2007.cz
 - ❑ **Dialäsens Chefsdagar**, 3–4 oktober 2007, Stockholm, Sverige.
www.dialasen.com
 - ❑ **American Society of Nephrology ASN** 31 oktober–5 november 2007, San Francisco, USA.
 - ❑ **Njurmedicinskt Regionmöte**, 13–14 november 2007, Uppsala, Sverige.
 - ❑ **European Society of Artificial Organs** ESAO, Amiens, Frankrike. 3–5 oktober 2008. www.eutox.info/
- Nya möten?** E-posta: info@dialasen.com
Bra länkar finner du på www.dialasen.com

Elsäkerhetsproblem vid hemodialysbehandling

Fredagen den 8 december 2006 försvarade Per Jonsson, medicinteknisk ingenjör, Umeå, sin avhandling »Safety and biological aspects of present techniques of haemodialysis.«

Den elsäkerhetsklassning som gäller för dialysapparater kallas för Body och den rekommenderas för anslutningar till patienten med undantag av hjärtat. För medicinteknisk utrustning för hjärtapplikationer rekommenderas två andra klassningar som ger bättre skydd. Den som kallas »cardiac floating« ger det högsta skyddet.

I standarden för dialysapparater har dock säkerhetsklass B rekommenderats trots att användandet av central dialyskateter (CDK) innebär en anslutningspunkt rakt in i höger förmak.

Klassningen har vilat på en vetenskaplig artikel med slutsatsen att det elektriska motståndet i blodslangar och filter är så högt att bloddialys är mycket säker när det gäller el.

Per Jonsson har nu i två vetenskapliga artiklar visat att detta motstånd inte ger ett tillräckligt skydd vid simulerat elfel i en dialysapparat när patienten har CDK. Han vi-



Per Jonsson

sar också på att detta är ett genomgående problem för alla dialysapparater på marknaden.

Den internationella standarden för dialysapparater håller på att revideras och med stöd av resultatet i Per Jonssons avhandling har man börjat diskutera att elsäkerheten för dialyspatienter måste höjas.

Avhandlingen innehåller även studier av biologiska effekter av ström i ett dialyssystem och säkerheten mot luftinvasion i samband med dialys.

Per Jonsson är verksam vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet samt medicinsk teknik och informatik vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Han är troligtvis den första medicintekniska ingenjör inom landstinget som disputerat.

För mer information: per.jonsson@vll.se eller 070-510 40 36



ANNA SVANFELDT

Förbättrad granskning av forskning

Bibliometri beskriver och bedömer forskningens kvalitet och ger en bild av vilket inflytande forskargruppen och universitetet har inom området. Metoderna är många och den enklaste går ut på att man mäter hur ofta en forskare är citerad och publicerad i vetenskapliga tidskrifter.

Två åsikter dominerar om bibliometri. Den ena tillskriver den en för stor betydelse medan andra vill avskriva den helt. Men rätt använd är den mycket användbar.

I en ny doktorsavhandling som lades fram den 17 november på Karolinska Institutet visar Jonas Lundberg att forskningens kvalitet kan utvärderas mycket mer och omfattande än hittills med hjälp av bibliometri. I avhandlingen pekar han på de brister som finns i dagens metoder men han har också vidareutvecklat dem.

En vanlig metodbrist är att bedömningarna baseras på den genomsnittliga kvaliteten på de tidskrifter där de vetenskapliga artiklarna är publicerade istället för att granska varje enskild artikel. Dessutom publicerar sig många forskare i allmänvetenskapliga tidskrifter istället för tidskrifter som berör just deras område, något som bibliometriska metoder vanligen inte tar hänsyn till. Exempelvis publiceras hela 70 procent av cancerforskningen inte i tidskrifter om onkologi.

För mer information, kontakta Med dr Jonas Lundberg:
jonas.lundberg@ki.se



LANDSPÍTALI
UNIVERSITETSHOSPITAL

Island

Et spændende tilbud for dig der drømmer om et sommerferievikariat på Island. På dialyseafdelingen mangler vi sygeplejersker med erfaring i hemodialyse fra maj til september. Vi kan tilbyde fuldtids- eller deltidsansættelse fra minimum 4 uger til 4 måneder på afdelingen.

Vi er en glad gruppe bestående af 13 sygeplejersker og 1 sygehjælper. Vi har 13 dialysepladser og har åbent fra 8:00 til 20:00 mandag, onsdag og fredag og fra 8:00 til 16:00 tirsdag, torsdag og lørdag.

Hvis du er interesseret, så er du velkommen til at kontakte vores afdelingssygeplejerske:

Hildur Einarsdóttir på tlf: +354 543 6340
eller på e-mail: hildurei@landspitali.is

Hospitalet er behjælpeligt med flybillet og bolig.

Donationsrådet har ny hemsida



Donationsrådets
styrelseordförande
Eva Fernvall

I samband med Donationsrådets seminariedag den 15 november 2006 presenterades deras nyöppnade hemsida. Donationsrådet har funnits i drygt ett år och är tillsatt av regeringen för att öka donationsfrekvensen i Sverige.

Sidan är ett viktigt redskap i Donationsrådets arbete för att ge stöd och information till sjukvårdspersonal. Här finns information, reportage, råd, aktuella artiklar och statistik. Sedan den 14 december 2006 finns de färdiga rekommendationerna för donationsansvarig läkare (DAL) respektive sjuksköterska (DAS) att ladda ner på webbplatsen. Rekommendationerna beskriver deras uppdrag men ska också underlätta för sjukvårdshuvudmannens planering och fördelning av resurser.

Hemsidan innehåller även en del som riktar information till allmänheten där man kan anmäla sig till donationsregistret eller beställa donationskort.

Adressen är www.donationsradet.se

Kritik mot SOSFS 2005:10

Den 1 juli 2005 trädde Socialstyrelsens författning SOSFS 2005:10 *Föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande om människans död* i kraft och ersatte då den gamla föreskriften från 1987.

Socialstyrelsen tog under 2006 in synpunkter på författningen och funnit dem övervägande positiva. Sylvia Myrsell, utredare på Socialstyrelsen, möttes dock av en ganska massiv kritik i samband med att hon presenterade detta på Donationsrådets seminariedag. Det är framförallt kapitel 4 som rör direkta kriterier för fastställande av dödsfall, som ställer till problem i praktiken. Bland dagens åhörare fanns ett flertal, direkt verksamma inom värden gällande organdonation, som hade framfört stark kritik mot kapitel 4 och menade att man bland annat misstänkte donatorer på grund av dessa föreskrifter. Den positiva utvärderingen bedömdes bero på att fel personer tillfrågats, det vill säga de som inte arbetar praktiskt med donationer.

Det råder också oklarhet mellan föreskrift och allmänna råd. Planer finns nu att revidera föreskrifterna, ta bort de allmänna råden och istället göra en handbok som är tydligare. Boken beräknas vara klar den 1 oktober 2007.

Forskningsfond bildad inför 200-årsjubileum

Svenska Läkaresällskapet har 200-års jubileum 2008 och inför detta satsar man på att bilda en forskningsfond. Tanken är att 200-års fonden ska stimulera klinisk patientnära forskning om välbefinnads- och åldersrelaterade sjukdomar. Fonden kommer att ge möjlighet till forskning kring förebyggande åtgärder och behandling av dessa sjukdomar, som är så vanliga i alla samhällsgrupper.

Redan idag finns tio miljoner i fonden och just nu arbetar man för att samla in mer pengar till fonden.

Källa pressmeddelande Riksstämman 2006

Hur skriver man abstrakts?

Delge era kunskaper och erfarenheter med kollegor i Europa genom att skicka abstrakts till EDTNA/ERCA konferensen i Florence 15-18 september 2007. Abstraktsen ska vara inne senast 21/2. Ni väljer själva om ni vill presentera muntligt eller genom en poster. Läs och följ instruktioner som finns på www.edtna-erca.org

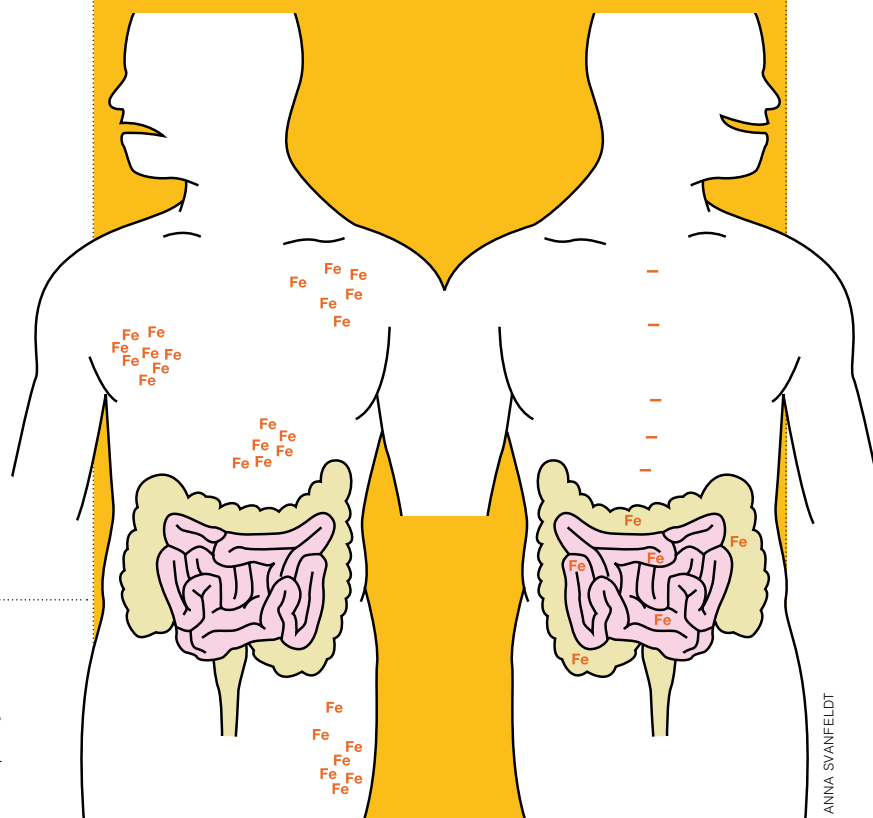
Några tips:

- Skriv på engelska
- Max 2 000 tecken, cirka 300 ord
- Ge läsaren en introduktion till ert arbete och försök att fånga läsarens intresse så att hon vill veta mer
- Fundera över vilken målgrupp ni vänder er till
- Kort titel som beskriver innehållet
- Strukturerat – dela gärna in i introduktion med bakgrundsinformation och syfte, metod som beskriver genomförandet, vilka som var inblandade och tidsperiod, resultat och sammanfattning
- Betydelse för framtiden. Har studien gjort att något förändrats, exempelvis rutiner?
- Använd inte tabeller eller diagram
- Internationellt intresse

Abstraktet placeras i någon av följande grupper: anemia, education, haemodialysis, nutrition, pediatrics, peritoneal dialysis, predialysis/CKD, psychosocial care, quality audit & research, technology, transplantation.

Abstraktet kommer att bedömas av fem personer genom poängsättning. Godkända abstrakt publiceras i en abstrakt bok.

Text **Eva-Lena Nilsson**



ANNA SVANFELDT

Hepcidin – nya möjligheter vid järnbrist

Upptäckten av ett nytt hormon, hepcidin, kan innebära både snabbare och enklare diagnos av sjukdomar som rubbar kroppens järnbalans.

En alltför hög halt av hepcidin har visat sig förhindra upptaget av järn i tarmen. Dessutom minskar det möjligheterna att tillgodogöra sig järn från kroppens järndepåer. Detta ger så kallad funktionell järnbrist och anemi.

Bildning och utsöndring av hepcidin påverkas av kroppens förråd av järn och närvaro av inflammation. Förekomsten av hepcidin i blodet kan alltså fungera som markör vid diagnos av till exempel inflammatorisk tarmsjukdom, reumatoid artrit och hemokromatos (som innebär att alltför stora mängder järn lagras i kroppen).

I framtiden hoppas man kunna utveckla nya behandlingsmetoder för tillstånd som rubbar kroppens järndepåer, genom att tillföra hepcidin alternativt hämma kroppens egen hepcidinproduktion.

Källa Pressmeddelande Riksstämman 2006

ÖKAD SÄKERHET VID HEMODIALYS

I EN TIDIGARE ARTIKEL i Dialäsen (nr 3, 2006) fäste Med tekniker Gunnar Malmström på ett utmärkt sätt uppmärksamheten på dialysmaskinernas venttryckslarm under rubriken: »Venttryckslarm – en falsk säkerhet?»

Efter att ha provat venttrycksmätarens känslighet på ett par dialysapparater av olika fabrikat kan vi konstatera att artikelns rubrik skulle kunna ha skrivits: »Venttryckslarm – en falsk säkerhet!»

NÅGON STATISTIK PÅ hur ofta ven-nålen lossnar under en dialys finns inte men under den sista månaden har vi fått kunskap om inte mindre än fyra incidenter från tre olika sjukhus där ven-nålen har lossnat och i dessa fall åstadkommit blodförluster från 1,5 deciliter upp till 2,1 liter.

Den allt mer ökande »självdialystekniken» innebär mindre personalövervakning än på en vanlig dialysavdelning på sjukhus. Behovet av en ökad säkerhetsfunktion är då mycket betydelsefull. Det behöver påpekas att samtliga fyra fall som refereras ovan inträffade på dialyskliniker på sjukhus med normal övervakning. Kanske är det dags att öka säkerheten vid alla dialyser eller åtminstone under de dialyser på en dialysavdelning som kan förväntas öka risken för accessnålsblödning som exempelvis på oroliga patienter och på patienter utan compliance i förhållande till behandlingen.

VI SIMULERADE VEN-NÅLSBLÖDNINGAR, genom att dra ut vennålen vid slutet av dialysen. Den nedre larmgränsen sattes till -10 mm Hg på en typ av dialysmonitor, som kunde justeras manuellt utan att venttryckslarmet utlöstes när ven-nålen drogs ut. Denna larmnivå på venttrycksmätaren är ur praktisk synpunkt orealistisk då en rad falsklarm ut-

löses när patienten till exempel rör på sig under dialysen varför i praktiken en högre larmgräns utnyttjas. På en av dialysmaskinerna kunde man inte justera ned larmgränsen utan den förprogrammerade gränsen utnyttjades. Den nya larmenheten under utprovning aktiverades dock med både ljus och ljudlarm vid samtliga fall av simulerade ven-nålsblödningar.

SEDAN BÖRJAN AV NOVEMBER pågår en studie vid fem kliniker i Sverige av ett säkerhetslarm som består av en sensor-patch av engångstyp som fästs kring ven-nålen och en larmenhet. Den senare förbinds via en optisk fiber med »plåstret» och när en simulerad blödning sker genom att en ven-nålsdragning görs eller om en blodmängd på drygt 1 ml kommer ut på sensor-patchen utlöses ett ljud- och ljuslarm i larmenheten. Denna drivs av ett internt batteri som laddas under icke drift tid.

Denna säkerhetsprodukt kommer öka säkerheten för såväl personal som patienter vid alla dialyser i ett klimat med allt hårdare resursbegränsning avseende dialyspersonal. Speciellt värdefull beräknas den vara vid hemodialys då säkerheten i hemmet är en viktig faktor. Förhöjd säkerhet kanske kan bidra till att öka antalet patienter i hem-hemodialys. ■

Text **Jarl Ahlmén** MD PhD, överläkare, Sjukhuset i Varberg, Daniel Engvall, M.Sc., Innovation«Team Sweden AB.



NO-YAZOZAGRO

KATHY
K

MARIA, DONATIONSSKÖTERSKA

ETT STÖD GENOM DONATIONEN

Maria Söderkvist är donationsspecialiserad sjuksköterska vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Under flera år har hon varit ensam i sin funktion i hela Stockholms läns landsting. För att öka medvetenheten om vård i samband organdonation får hon nu fyra nya kolleger.

DE FLESTA I SVERIGE ÄR POSITIVA till organdonation, men få har uttryckt sin vilja genom att tala med anhöriga, skaffa donationskort eller anmäla sig till donationsregistret. Endast en av fyra som avlider i total hjärninfarkt finns med i donationsregistret. I en mycket svår stund, då man vanligen väldigt plötsligt, förlorat en nära anhörig hamnar beslutet om organdonation på de närstående istället.

Maria kopplas in när man misstänker att en patient håller på att avlida i total hjärninfarkt. Hon är den som möter de anhöriga i samtal oavsett om den avlidnes vilja är känd eller inte.

– Att väcka frågan om organdonation är ofta inte så svår som man kan tro, säger Maria.

Det är förlusten av den närstående och sorgen kring det som är svårast. Däremot tar vi aldrig upp frågan innan patienten dödförklarats såvida inte de närstående själva gör det.

– Om den avlidnes vilja finns uttryckt i donationsregistret frågar jag om de kände till det. Finns ingen uppgift i registret ber jag de anhöriga titta efter om det finns något donationskort i den avlidnes plånbok eller om de känner till dennes vilja.

– Ibland kan det vara svårt för de anhöriga att acceptera den avlidnes vilja. Det blir min uppgift att företräda honom då och poängtera att det här var faktiskt hans innersta vilja. Det gäller också att stödja de anhöriga så de orkar med. De måste också få stöd i att det är tillåtet att säga nej, om den avlidnes vilja inte är känd.

– Vi möts ofta i upprepade samtal, kanske ett par tre gånger. De flesta behöver några timmar på sig att komma fram till

ett beslut, men så mycket längre tid kan man inte ge. Jag talar om för de anhöriga att jag finns där och ibland ser jag när det kan vara dags för ett samtal igen.

FÖR ATT NÅGON SKA förklaras hjärndöd utförs två kliniska diagnostiska undersökningar med minst två timmars mellanrum. Vid diagnostiken undersöks funktionen av samtliga kranialnerver som till exempel blinkreflex, hostreflex och cornealreflex som ska vara helt utslagna. Man kontrollerar att kroppen inte reagerar med blodtrycksstegring vid smärtstimuli och man kontrollerar noggrant att spontanandning-

en upphört att fungera. Det sker dels genom att respiratorn antingen ställs in på spontanandning alternativt kopplas ur, dels genom att bröstkorgen blottas och man kontrollerar visuellt att den inte höjer sig.

Om patienten är intoxikerad, kraftigt nedkyld (under 33 grader) eller har grava elektrolyt-och syrabasrubbingar kan inte ovanstående diagnostik gälla för att dödförklara patienten. Det gäller även om det inte finns någon förklaring till varför patienten är hjärndöd.

Vid två tillfällen utförs då också angiografi av samtliga kranialkärl. Ett problem är att en del sjukhus inte längre har möjlighet att utföra angiografi, eftersom man alltmer övergått till magnetrontgen. Men i sådana här fall kan inte magnetrontgen ersätta angiografi och man får då överväga om den potentielle donatorn måste flyttas.

– För anhöriga kan det vara väldigt svårt att förstå att deras närstående är avliden när han ligger på intensivvården. Patienterna är kopplade till respiratorn, hjärtat slår och EKG-kurvan monitoreras och han ser på det sättet levande ut. →

- Anhöriga är sällan med vid diagnostillfället och ska det bli organdonation kan de heller inte vara med när respiratorn stängs av. Patienten måste ju intensivvårdas ända in i operationssalen och jag uppmanar de anhöriga att ta farväl av patienten inne han åker iväg till operation. Sedan meddelar vi dem när donationen är genomförd.

Maria erbjuder alltid de anhöriga att komma tillbaka för att se den avlidne efter donationen.

- Ibland använder jag sjukhuskapellet och gör i ordning den avlidne med hans privata kläder så de anhöriga får möjlighet att ta farväl på ett mer personligt sätt. Ibland kan det vara en fördel om de närstående återkommer till avdelningen och där tar farväl.

Hon låter dem även veta att det går bra att komma tillbaka för samtal om de upplever att de behöver det.

Däremot kan mycket lite om mottagarna röjas. Maria får meddelande om vilka organ som togs tillvara, kön och ungefärlig ålder på mottagarna. Man kan uppmana mottagarna att skriva brev till familjen, men i Sverige får de inte sammanföras. I USA gör man så och det är i och för sig ofta ett lyckat möte.

Men Maria berättar även om ett fall i Turkiet där familjen började ställa krav på hur mottagaren levde och skötte sig, vilket inte alls blev bra.

OM ORGANDONATION SKA SKE trappas behandlingen av den avlidne upp, något som naturligtvis kan verka paradoxalt för de anhöriga.

- Jag berättar för dem att så kommer att ske och varför, säger Maria som själv ofta är delaktig i vården av donatorn.

Syftet är att hålla alla organ vitala för transplantation. Det är viktigt med optimal cirkulation, syrsättning och urinproduktion. Organens funktion följs noga med till exempel blodprovstagning, EKG, ultraljud, coronarangiografi, bronkoskopi och analys av blodgaser i vardera lungan. Man kontrollerar även så donatorn inte är bärare HIV.

Tidsmässigt har man mycket kort tid på sig. Efter det att donatorn förklarats avliden ska uttagsoperationen påbörjas inom ett dygn. Finns tecken på multiorgansvikt måste transplantationen skyndas på.

Det är transplantationskoordinatorerna som samordnar allt som har med donationsoperationen att göra. De ringar in mottagare och ser till att alla i transplantationsteamet kommer på plats. Teamet åker till det sjukhus där donatorn finns.

Organisatoriskt hör Stockholm, Uppsala och Örebro läns landsting ihop när det gäller transplantation och bygger på ett samarbetsavtal mellan transplantationskirurgiska kliniker vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge och Akademiska sjukhuset i Uppsala. Organisationen för organdonation (OFO) i Mellansverige arbetar för att öka tillgången

på organ för donation i hela regionen som omfattar nio län med totalt 34 kliniker varav 25 är akutkliniker. Här bor 3,8 miljoner, eller drygt 42 procent, av Sveriges befolkning. Inom regionen delar man på de organ som blir tillgängliga för donation, så finns det två njurar går den ena till Huddinge och den andra till Uppsala. Om en patient med leversvikt är mycket dålig, och bedöms ha max tre dygn kvar att leva, sätts han upp på den så kallade »urgent call listan«. Det innebär att patienten ska få den första lever som blir tillgänglig för donation i hela Skandinavien. Både Norge och Finland har större andel donatorer än Sverige.

OFO verkar bland annat för att organ tas om hand för transplantation enligt gällande lagstiftning, säkerställa god kvalitet på de organ som tas tillvara, tillse att det sker med högt ställda krav på etik och moral, gott omhändertagande av anhöriga och gott samarbete mellan sjukvårdspersonal. Vidare ska OFO sprida objektiv information om organdonation och transplantation till allmänheten.

MARIA HAR LÅNG ERFARENHET som sjuksköterska på neurointensiven och är vidareutbildad i intensivvård.

Det är nu drygt sex år sedan tillträdde hon som donationsspecialiserad sköterska och har sedan varit ensam i sin funktion inom Stockholms läns landsting.

Men för att kunna öka antalet organ för donation gäller det att sjukvårdsorganisationen i större utsträckning identifierar patienter som kan bli aktuella för organdonation på ett tidigt stadium. Enligt lag ska alla sjukhus

nu ha tillgång till donationsansvarig läkare (DAL) och donationsansvarig sjuksköterska (DAS).

Därför har Maria nu fått fyra nya kolleger, en på vardera av de större sjukhusen i Stockholm. Alla fyra kommer att tjänstgöra som donationssköterskor på 25 procent och de kommer tillsammans med Maria att dela på jourtjänstgöringen. Maria blir arbetsledare för de nya kollegerna och har också ansvaret för deras fortbildning.

- Tanken är att om kunskapen sprids ökar medvetenheten om vem som kan vara en potentiell donator. Om man intensivvårdar fler patienter med stora hjärnblödningar får dels individen en bättre förutsättning om det visar sig att han överlever, men man kan också öka antalet donatorer på det här viset. Man har längre tid på sig att göra en bedömning. Ett dygn på intensiven ger bättre perspektiv på patientens tillstånd och prognos.

ATT MÖTA MÄNNISKOR i stunder då deras liv ställts på att ända och föra samtal om organdonation kräver att man är trygg med sin egen död och klar över sin egen inställning till donation.

Hemma är familjen van att tala även om svåra saker och



Kollega Marie Hästö och Maria Söderkvist går igenom patients övervakningskurva

Marias två barn, åtta och elva år, är insatta i vad hennes arbetsuppgift handlar om.

– Privat är jag mån om att göra det jag vill göra här och nu. För mig handlar det om att vara tillsammans med dem man tycker om.

– Mina barn är i en aktiv ålder och jag vill engagera mig i deras intressen. Jag struntar hellre i städningen, säger Maria som själv också tycks vara ganska aktiv.

Hon cyklar till och från jobbet varje dag, vilket inte blir mindre än 20 mil i veckan.

Maria erbjuder alltid den personal som varit inblandade i vården av en donator att samtala om vad som hänt och vad man eventuellt kunnat göra annorlunda.

Sedan Maria blivit arbetsledare för den nya gruppen med donationssköterskor får hon enskild handledning. Men kollegerna samlas även i grupphandledning där de pratar om händelser man varit med om. De har även deltagit i European Donor Hospital Education Program (EDHEP) där man tränar sig på att föra samtal om donationsfrågor. Kursen innefattar en teoridag och en dag när man spelar rollspel där feedback

sedan ges. Maria är numera själv handledare här.

Nu när Maria får avlastning i sin funktion som donationssköterska vill hon ägna mer tid åt att ta hand om anhöriga efter donationen. Hon hoppas också att kunna studera etik. Redan

nu föreläser hon för personal och läkare inom intensivvård, anestesi, medicin och neurokirurgi, men hoppas kunna få mer tid till det framöver.

STATISTIK FRÅN REGIONEN visar att av de patienter som avled i total hjärninfarkt före införandet av donationssköterska

år 1999–2001 blev 39 procent donatorer. I sex procent av fallen hade patienten själv sagt nej och i 33 procent sa närstående nej. Resterande 20 procent berodde på att donationsviljan var okänd eller att rättsmedicin sagt nej till donation. Under perioden 2001–2003, sedan man fått tillgång till donationssköterska, blev hela 72 procent av patienter avlidna i total hjärninfarkt organdonatorer. I 20 procent av fallen hade den avlidne själv sagt nej medan anhöriga sade nej i endast åtta procent av fallen. ■

Text **Anna-Lena Byström**, Foto **Karin Riikonen**

Inom Västra Götalandsregionen finns transplantationskoordinatorerna med ute på sjukhuset redan från början av förloppet i samband med en organdonation. Projektet, som syftar till att öka donationsfrekvensen, har pågått under hela 2006 och planeras fortgå under ett par år till.

DONATIONSPROJEKT I GÖTEBORG

Inga anhörigveton under första året

ANNIKA WOLFBRANDT, Sofia Dahlman, Charlotte Lovén, Suzanne Malmros och Anne Flodén är alla transplantationskoordinatorer vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. De har ansvar för organdonationer, förutom i Västra Götalandsregionen, i Östergötland, Småland och hela Norrland. Området har 34 sjukhus med sammanlagt 41 intensivvårdsavdelningar.

Upptagningsområdet är stort och när det funnits en organodonor har den initiala koordinationen av till exempel mottagare, uttagsteam och operationsteam tidigare skett per telefon. Först när detta är klart har koordinatören åkt ut till det sjukhus där donatorn befinner sig.

Men projektet, som pågått under 2006 inom de tio sjukhus som ingår i Västra Götalandsregionen, innebär att transplantationskoordinatorerna direkt reser ut till det sjukhus där en potentiell donator befinner sig. Valet av region för projektet beror på att det finns en geografisk närhet till Sahlgrenska, vilket underlättar rent praktiskt. Det är högst tio mil till något av sjukhusen och de kan snabbt komma dit.

Transplantationskoordinatorerna finns med på plats som en resurs för intensivvårdspersonalen, både som samtalsstöd för anhöriga och i vården av donatorn. Ibland har frågan om organdonation redan väckts av intensivvårdsläkaren, men i de fall som stöd önskas deltar koordinatorerna i samtalet.

– Organdonation är en ovanlig företeelse, och för de flesta är det därför svårt att kunna få erfarenhet både av att bemöta anhöriga och av vård av donatorn, säger Annika Wolfbrandt. På ett mindre sjukhus kanske det förekommer högst

en donation per år, om ens det.

– Vi arbetar däremot med detta på hundra procent, vilket gör att vi har möjlighet att få erfarenhet av anhörigsamtal och vana vid exempelvis de frågor som kan förekomma.

Transplantationskoordinatorerna är också de som bäst kan svara på frågor som rör hela donationsförloppet.

Det är viktigt att koordinatören blir sedd som en resurs och inte som någon som vill ta över vården. Intensivvårdspersonalen fyller en fortsatt viktig funktion i kontakten med närstående och i vården av donatorn.

DE FEM KOLLEGERNA är från början sjuksköterskor, med lite olika lång tid inom yrket och med erfarenhet från olika specialiteter som intensivvård, anestesi, operation, kirurgi och transplantation. Ett par av dem har upp till 15 års erfarenhet av att arbeta som transplantationskoordinator.

De turas om att ha jour var femte helg samt ett »singeldygn« per vecka. Av och till kräver arbetet väldigt mycket och kan ha effekter på det sociala livet.

Efter varje donation samlas de alltid i psykologsamtal. De har även regelbunden grupphandledning och övningar i samtalsmetodik. Det är en dynamisk process att arbeta med möten med anhöriga och frågor kring organdonation.

PROJEKTET FUNGERAR SOM katalysator och närvaron av det skapar debatt kring donationsfrågan. Det är för tidigt att utvärdera effekterna av projektet men det går att ana en positiv tendens. I slutet av november hade 23 donationer skett i Väs- →



Transplantationkoordinatorerna finns på plats där potentiell donator befinner sig. Charlotte Lovén, Sofia Dahlman, Annika Wolfbrandt, Suzanne Malmros och Anne Flodén är alla anställda vid Sahlgrenska universitetssjukhuset.

tra Götalandsregionen under 2006. Sedan projektet startade i januari samma år hade man ditintills heller inte haft ett enda anhörgiveto (anhöriga har rätt att säga nej till donation i de fall den avlidnes vilja ej finns uttryckt). Här finns heller ännu inte någon signifikant skillnad, men det tycks vara fördelaktigt att koordinatorena deltar i hela donationsprocessen.

- Vi har hämtat in kunskap och erfarenheter från länder som Spanien, Italien och USA, som har en högre frekvens av organdonationer, och använt oss av de bästa bitarna däriifrån, säger Annika Wolfbrandt.

REGERINGEN HAR BESLUTAT att donationsfrekvensen i Sverige måste öka. Annika Wolfbrandt och hennes kolleger menar att det är nödvändigt att arbeta med attitydförändringar för att påverka i den riktning som regeringen ber om.

- Det är inte så svårt om man utgår från att människan är god och har en altruistisk vilja, säger Annika Wolfbrandt.

En människa som har uttryckt sin vilja att donera sina organ måste respekteras. Att bortse från att uttröna den viljan, i de fall det blir aktuellt, är djupt kränkande för individen. Det

kan vara lätt att vårdpersonal »gör sig till tolk« för både patient och anhörig eller att man avstår från att ta upp frågan för att man är ovan vid den. Det är här transplantationskoordinatorernas närvaro ska ses som en extra resurs.

Men det krävs också en stor ödmjukhet inför frågorna och när transplantationskoordinatorerna möter närstående har de en försiktig framtoning. De är framförallt där för att vara sakkunniga i donationsfrågan. Många närstående verkar heller inte fästa något avseende vid det, utan mötet med transplantationskoordinatorerna har utvärderats mycket positivt.

- Det är stora frågor men egentligen inte svåra. Att göra det svårt är att förmedla att det är något konstigt. Anhöriga säger nej till det hemska som har hänt, förlusten av den kära, och inte till organdonation, menar Annika Wolfbrandt och hennes kolleger. ■



Text och foto **Anna-Lena Byström**

Vad har vi framför oss 2007?

DET NYA ÅRET BRUKAR många inleda med att försöka påbörja något nytt, vi har väl alla ett antal brutna nyårslöften bakom oss. Även utan löften blickar vi framåt och funderar kanske på vad vi har framför oss. Vi som arbetar inom njursjukvården står som vanligt inför många, spännande utmaningar.

Preventiv njursjukvård kommer stort, det finns nog inga enheter i landet som inte diskuterar hur omfattande den ska vara. Prevention har varit på tapeten under några år och Per-Åke Zilléns kloka kanske lite provocerande inlägg har, som jag ser det, påskynat utvecklingen rejält. Tack för det, Per-Åke. Per-Åke har skrivit flera inlägg i Dialäsen, och längre fram i tidningen skriver han om World Kidney Day. Han har också föreläst i olika sammanhang och hans jämförelse med hur tandvården tidigare arbetade med att laga tänder för att nu arbeta med att förebygga karies tycker jag är genial och helt applicerbar på njursjukvården. Vi lägger för stor del av våra resurser på den verksamhet som vi benämner »aktiv uremi-vård«, för övrigt en ganska förfärlig benämning.

FÖRMÅGAN ATT DRIVA utveckling framåt hänger starkt ihop med att tänka fritt, diskutera och bjuda in till debatt. Inte bara att tänka fritt utan att också våga tänka nytt. För att fler ska våga tänka nytt gäller det att vi alla välkomnar nytänkande och inte känner oss kritiserade och går i försvar. Många gånger lägger vi mer tid på det än att ta in de nya tankarna, bearbeta dem och finna lösningar som passar inom respektive område.

Hur vi fördelar resurserna inom vår högspecialiserade och ganska kostsamma vård kommer vi nog inte heller undan att diskutera. Där måste vi alla ta ett gemensamt ansvar och inte bara bevaka vårt eget, lilla område. Jag upp-

» Blir vi för breda är det risk att vi bara krafsar på ytan i många frågor.«

lever en samhällstrend där alla vill så mycket men inte funderar särskilt mycket över hur saker och ting ska finansieras. Inom sjukvården värnar vi gärna om »våra« patienter och det är väl bra men vi måste också vara beredda att ibland ge ifrån oss för att stödja andra grupper och skapa balans. Det finns en fantastisk skicklig musiker och textförfattare som heter Timbuktu. Han har skrivit en sång som heter »Alla vill till himmelen men ingen vill dö«, i den slår han huvudet på spiken. Tänk att en så ung man kan se så klart, det bådär gott inför framtiden. Lyssna mer på honom eller om ni inte gillar musikstilen, läs hans texter. Ordvalen kanske inte passar alla men tanken bakom borde alla kunna ta till sig.

WORLD KIDNEY DAY den 8 mars 2007 bör vi alla hjälpas åt att manifesteras. All uppmärksamhet, stor som liten, är viktig.

Vi har även ett varmöte att se fram emot. I år far vi ovanför huvudstaden, till Sundsvall. Jag hoppas på ett spännande årsmöte med många viktiga frågor att diskutera. Kom ihåg att det är vår gemensamma förening och att den inte blir bättre än vad vi medlemmar gör den till. Kom och uttryck er åsikt så vi i styrelsen vet vart vi ska styra skutan. Vi vill inte bara skvalpa omkring i gamla välkända vatten även om där är tryggt och bra.

Väl mött i Sundsvall 2007. Inför vårmötet 2008 hoppas vi på att få fortsätta ändå längre norrut. ■



Marie Nykvist, marie.nykvist@skane.se

Ordförande i Svensk Nefrologisjuksköterskeförening

Bli medlem i SNSF

Bli medlem i Svensk Nefrologisjuksköterskeförening! Medlemsavgiften är för A-medlem (sjuksköterska som arbetar inom njursjukvården) 140 SEK/år.

B-medlemmar betalar 80 SEK/år (sjuksköterska som arbetar inom industrin). Som medlem får man sitt eget exemplar av tidningen Dialäsen och en fin medlemsnål. Avgiften

sätts in på postgirokonto: 491 94 06-1. Ange namn, adress och arbetsplats.

Vid utebliven tidning eller ny adress kontakta

Ewa Knutson, e-post: ewa@knutson.nu

Mer information finner du på: www.snsf.nu





Sedan många år är Kerstin Skogman en drivande kraft inom föreningen Nordiatrans – och välkomnar alla till Helsingfors den 9–10 mars.

Det nordiska samarbetet

Dialäsen har talat med en av profilerna inom Nordiatrans, nämligen Kerstin Skogman, som har varit ordförande under två perioder och dessutom var den första representanten för transplantationsverksamheten som valdes in på den posten.

NORDIATRANS BILDADES 1972 och firar 35-årsjubiléum 2007. Föreningen har drygt 700 medlemmar från de nordiska länderna, och är öppen för alla som arbetar med njurmedicinska patienter, alltså personal inom hemodialys, peritonealdialys, mottagning, och avdelning men också för dem som arbetar med transplanterade patienter. Målsättningen är att öka kunskaperna om vården av de njursjuka och verka för ett utbyte av erfarenheter och utökat samarbete bland personalen. Det är den årliga kongressen som är det viktigast organet för detta arbete och Danmark, Finland, Norge och Sverige turas om att arrangera mötet.

KERSTIN ÄR 62 ÅR och hennes yrkesmässiga bakgrund finns på Kirurgiska sjukhuset i Helsingfors, där hon arbetat i 37 år. Sjukhuset är en del av HYKS (Helsingfors Universitets Central sjukhus) och man transplanterar njure och lever på vuxna pa-

tienter, men även stora käkoperationer utförs där. Det är ett varierande arbete med dagliga tvära kast i planering och organisation, något som passar Kerstins temperament. Enligt egen utsago trivdes hon »som fisken i vattnet«. Som biträdande avdelningssköterska handledde hon också personal och studerande och det är kontakter som hon är mycket glad för.

KERSTINS ENGAGEMANG för Nordiatrans började efter en kongress i Oslo 1974 och det dröjde inte länge förrän hon blev invald i styrelsen och sedan dess ordförande. Hon blev medlem i första hand därför att hon tyckte om att diskutera med kollegor som arbetade inom samma område, och hon ville få ny kunskap och nya idéer. Eftersom Finland har sin transplantationsverksamhet koncentrerad till ett enda stort centrum var det särskilt viktigt för Kerstin att träffa kollegor från andra transplanterande sjukhus i Norden.

För att kunna utbyta tankar med varandra krävs ett gemensamt språk, och i stadgarna för föreningen står bland annat att skandinaviska ska användas på kongresserna. Vad tycker då Kerstin som har lyssnat på många föredrag under årens lopp, är skandinaviska som gemensamt språk ett problem?

Man måste ha tålmod, säger hon, det hjälper inte att gnälla. Många tycker till exempel att danska är svårt, men man



NORDIC PHOTOS

under 35 år

får försöka lyssna och lära. Att använda engelska tycker inte Kerstin är någon bra lösning. Kunskaper i engelska är väldigt varierande i de olika länderna. Fördelen med att använda skandinaviska är att vi ganska enkelt kan läsa och använda varandras rapporter och övrigt skrivet material. Och vi kan

tala med både personal och patienter i de andra nordiska länderna utan större problem.

Att arbeta för att gemensamt förbättra njursjukvården inom Norden är viktigt för Kerstin. Hon tycker att vi borde ha mera gemensam forskning och mera diskussioner om till exempel utbildning. Nordiatrans borde kunna vara ett sådant forum för gemensamt utbyte av åsikter. Kongresserna är föreningens viktigaste verktyg, och utvecklingen har under de senaste åren varit mycket positiv. Programkvaliteten har blivit allt bättre och fler och fler medlemmar håller egna vetenskapliga föredrag och presenterar intressanta postrar.

KERSTIN HAR EN NATURLIG PONDUS när hon talar, och man lyssnar gärna till vad hon har att säga. Hon tycker själv att hon fungerar bäst som talare när hon är övertygad om att ämnet är viktigt och samtidigt är lite nervös för själva framträdandet. Alla som har lyssnat på Kerstin någon gång vet också att hon har en humoristisk ådra och gärna låter historier från levande livet krydda och förstärka det hon vill säga.

Hur har Kerstin med sin hektiska tillvaro med ett stort yrkesmässigt engagemang? Jo, det finns ett liv vid sidan om arbetet, nämligen familjen. Den består av maken sedan 40 år, två vuxna barn och två barnbarn, åtta och sex år gamla. Handarbete och läsning hör också till det som Kerstin kopplar av med. På sommaren bor hon på landet, i Sibbo skärgård öster om Helsingfors och där är simning på morgnarna en favoritssysselsättning liksom det dagliga bastubadet.

Kerstin har ingått i den grupp som har skrivit och samlat minnen och anekdoter från alla år med föreningen. Den 9 mars när vi hälsas välkomna till den 35:e Nordiatranskongressen får vi höra resultatet. Vi ser fram emot det med stor förväntan! ■



Text **Ulla Winge**

Njursviktskoordinator i Lund, Carina Holmesson, berättade om erfarenheter i arbetet med att utforma ett palliativt vårdprogram.



ELLINOR BROMS

UREMIKOORDINATORMÖTE I GÖTEBORG

Ny titel och redovisning av medlemsenkät

Sedan november 2001 har uremikoordinatorerna (UKO) i Sverige träffats regelbundet två gånger per år, nu senast i Göteborg under läkarstämman. Fokus låg bland annat på titel, arbetsuppgifter och önskvärda utbildningar.

FRÅN ATT HA VARIT ett litet informellt nätverk av sjuksköterskor som arbetat med bland annat patientinformation, utbildning, accessplanering och samordning kring patienter på väg in i dialys har arbetsuppgifterna utökats och gruppen som kommit till mötena vuxit alltmer. Behovet av erfarenhetsutbyte och stöd är mycket stort, inte minst för att majoriteten arbetar ensamma utan kollega med liknande arbetsuppgifter. Arbetsuppgifterna och organisationen varierar över landet, och förändras också på de enskilda klinikerna. Inriktningen blir alltmer att stödja patienternas egenvårdsförmåga och arbeta med prevention.

PÅ ÅRETS MÖTE togs beslut om att den informella arbetsgruppen som funnits de sista åren blir formell styrgrupp och kontaktlänk till Svensk Nefrologsjuksköterskeförening, SNSF. Gruppen består av Ellinor Broms, Göteborg, Annika Johansson, Skövde, Carina Holmesson, Lund och Monica Rådström, Danderyds sjukhus i Stockholm.

En maillista över UKO och sjuksköterskor med liknande ar-

betsuppgifter upprätthålls via styrgruppen, och kommer att ligga på SNSF:s hemsida för UKO.

Ellinor Broms, UKO i Göteborg hade sammanställt svaren på den enkät hon skickat ut. Frågor som berördes var titeln UKO, vad som bedöms vara de fem viktigaste arbetsuppgifterna, vilka utbildningar som erbjudits och vilka utbildningar som vore önskvärda. Utbildningsfrågan kommer att tas upp på styrgruppens möten under 2007.

Se resultaten av enkätsvaren i separata rutor.

NÄR DET GÄLLDE TITELN UKO diskuterades alternativa titlar återigen. Man beslutade sig för två alternativ: njursviktskoordinator (NJUKO) eller njursviktssjuksköterska, beroende på hur man arbetar. Ordet uremi ansågs som fel i sammanhanget, då det beskriver ett skede i njursvikten som inträder sent. Det arbete som UKO, eller numer NJUKO, ska bedriva måste påbörjas långt tidigare. Om det sen är någon form av koordination av vårdinsatser som bedrivs, eller mer information, utbildning och stödsamtal, skiljer sig över landet.

Mötesdeltagarna efterlyste en basarbetsbeskrivning över vad som kan innefattas i en NJUKO:s eller njursviktssjuksköterskas arbetsuppgifter. Annika Johansson i Skövde erbjöd sig att samla in det som finns i landet, så sammanställer styrgruppen detta. Skicka gärna arbetsbeskrivningar till: annika.y.johansson@vgregion.se

Arbetsuppgifter som en UKO kan ha

- samtal, information, undervisning (både individuellt och i grupp)
- rådgivning och stödjande samtal
- hembesök
- preventivt arbete – visa patienten provsvar och förklara vad de betyder och vad kan påverkas
- följa upp/kontrollera symtom
- »coacha« patienten – hjälp till självhjälp, korrigerar njursviktsproblem i samråd med patienten
- diskutera val av dialysform/informera
- accessplanering – verka för planerade dialysstarter
- kontroll av nyopererade AV fistlar/graft
- samordna teamet runt patienten (spindeln i nätet)
- transplantation/donatorsutredning
- föra register för kliniskt arbete o forskning
- utveckla vården (prevention, planering, samordning mm)

»Grunden är symtomkontroll, stöd till närstående, god kommunikation med patient och närstående och inom arbetslaget samt ett teamarbete.«

CARINA HOLMESSON, UKO i Lund, berättade om det vårdprogram som utarbetats där. En multidisciplinär arbetsgrupp bildades och utarbetade så småningom riktlinjer för palliativ vård. Definitionen på palliativ vård innebär »aktiv hälsovård som syftar till att främja högsta möjliga livskvalitet för patienten när bot längre inte är möjlig, samt att ge stöd till närstående«.

Grunden är symtomkontroll, stöd till närstående, god kommunikation med patient och närstående och inom arbetslaget samt ett teamarbete.

Brytpunkten inträffar när vårdpersonal förmedlar det nya målet med vården – att lindra symtom men inte bota. Man skiljer på tidig och sen fas i den palliativa vården. Tidig fas innebär icke-aktiv uremivård, det som brukar kallas konservativ behandling. Patienten kan vara relativt välmående. Sen palliativ vård inträffar i livets slutskede.

I riktlinjerna finns det tydligt beskrivet vilket ansvar de olika medlemmarna i teamet kring patienten har, och vad de kan bistå med. Handlingsplaner finns för palliativ vård i olika faser av njursjukdomen. De vanligaste symtomen vid uremi är beskrivna, en prioriteringslista över de viktigaste medicinerna och vilka mediciner som ska undvikas ingår också.

UKO är ibland den ansvariga sjuksköterskan i teamet, om det inte finns en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskans roll är samordning i teamet, kontakt och information till distriktssjuksköterska, hemtjänst, biståndshand-

Utbildningar några UKO har gått

- Uremikoordinatorernas föreläsningar
- Kognitiv samtalsmetodik
- Njurmedicinsk omvårdnad /njursjukvård 10 p
- Kurs i livsstilsförändring
- Etik i vården
- Samtalsutbildning
- Basutbildning i PD
- Att bli expertsjuksköterska
- Omvårdnad vid transplantation
- Empowerment, handledning
- Patientundervisning i utveckling, CKU kurs

Utbildningar en UKO önskar sig

- Kognitiv samtalsmetodik
- Samtalsteknik o metodik
- Pedagogik
- Krishantering
- Hälsobefrämjande arbetssätt/motiverande samtal
- Bemötande
- Patientcoaching
- Palliativ vård
- Kalk fosfatbalansen
- Anemibehandling
- FYSS
- Sex och samlevnad
- Expertsjuksköterska
- Lärande kommunikation och förändringsarbete 10 p



ELLINOR BROMS

I samband med årets läkarstämma kallades uremikoordinatorerna till möte och bland annat en namnändring av arbetstitel genomfördes. Numera är benämningen UKO ersatt med NJUKO, njursviktskoordinator.

läggare eller vårdpersonal på institution. Vid brytpunkterna kallar UKO eller sjuksköterskan till samtal med patient och närstående. Avslutningssamtal efter patientens död genomförs med närstående och vid behov med berörda i vårdteamet. ■

Text **Monica Rådström**, njursviktssjuksköterska, njurmedicinska mottagningen, Danderyds Sjukhus AB. e-post: monica.radstrom@ds.se

Går det mode i dialysavdelningar?

ÄR DU MED OCH PLANERAR en ny dialysavdelning? Jag tror att alla som jobbar på en dialysavdelning några år är med om en ombyggnad eller nybyggnad. Med 25 år i branschen tänkte jag här dela med mig utav mina erfarenheter.

Vilka är de nya trenderna? Går det mode i dialysavdelningar? – Jag tror faktiskt det.

När jag började var det små avdelningar med många små rum. Vattenrenarna var enpatients-ro och satt på väggen ovanför patienternas huvud. Dialysapparaterna övervakades med centrallarm och personalen satt oftast i fikarummet när starterna var klara. Verkstaden låg på vinden fyra trappor upp.

DE SENASTE TIO ÅREN har vi fått större dialysavdelningar på sjukhusen. På Danderyds sjukhus byggdes år 2000 en avdelning med två stora salar med tolv patientplatser i en solfjädersform och fyra enkelrum. Stora salar med en övervakningsdisk där det sitter personal hela tiden verkar ha kommit för att stanna. På avdelningen har vi inte dialysapparaterna kopplade till ett centralt larm – personal måste finnas på salen. Jag var skeptisk i början, men har insett att det fungerar väldigt bra. Genom en smart lösning med olika takhöjd och ljuddämpande material har vi fått en låg ljudnivå trots stora salar. Tre av enkelrummen övervakas enkelt av en personal, det fjärde rummet är inte lika lätt att övervaka. Centrala vattenrenare kom redan på 80-talet, det nya är att de inte behöver rengöras med kemikalier utan bara med hetvatten. Anslutningsslangen till dialysapparaten kan rengöras genom ett integrerat hetdesinfektionsprogram. Dialysapparaterna har filter som stoppar eventuella bakterier eller

»På våra framtida dialysavdelningar kommer patienterna att ta större ansvar för sina dialyser, koppla upp sina dialysapparater och sticka sig själva.«

endotoxiner från RO. Centrala A-koncentrat distributions-system kommer på alla nya avdelningar nu. Det innebär en stor arbetsmiljöförbättring.

tv med video har blivit standard vid varje säng. För nästa generation blir det platta skärmar med möjlighet att koppla sin bärbara dator med DVD spelare. Det kommer ny teknik för mobiltelefoner som inte stör dialysapparater.

Personligen tycker jag att det kan bli ett arbetsmiljöproblem om alla patienter tillåts att prata i sina mobiltelefoner under sin dialys. Att ringa efter taxi är ok, men inte långa privata samtal som alla tvingas höra på. Potentialutjämnade jorduttag vid varje dialysplats är standard på nya dialysavdelningar. Dialyspelare har

kommit för att stanna. Avloppsroren görs i värmetålig plast (rostritt syrafast rostar också). Avloppstratten tillverkas i rostfritt syrafast.

PÅ VÄLPLANERADE DIALYSAVDELNINGAR finns det ett rum för reservapparater med RO-vatten bredvid verkstaden. I verkstaden har man ett lyftbort som står ovanpå golvet, tryckluft är bra, överskottsutsug för kemikalier och lödrök är onödigt (vi har aldrig använt vår).

På våra framtida dialysavdelningar kommer patienterna att ta större ansvar för sina dialyser, koppla upp sina dialysapparater och sticka sig själva. Våra självdialyspatienter på Danderyds sjukhus trivs med att var tillsammans i en av våra stora dialyssalar. Våra framtida dialysavdelningar kommer att planeras utanför sjukhusen, små enheter med lägre personalbemanning och fler självdialyspatienter. ■

På gång

MTF-D planerar ett seminarium hösten 2007 för dialyspersonal som deltar i byggprojekt och vill få tips om hur man ska arbeta i ett byggprojekt. Information kommer att skickas ut till alla dialysavdelningar och MTA.



Text **Gunnar Malmström**, enhetschef MTA, Danderyds sjukhus AB samt Ordförande i Svensk Förening för Medicinsk Teknik och Fysik-dialys www.mtf-d.se

LÄKARSTÄMMAN I GÖTEBORG 2006

NYA RIKTLINJER OCH NYTT REGISTER

Riktlinjer för vård och behandling av kronisk njursvikt i alla stadier finns nu presenterade på SNF:s hemsida.

Från årsskiftet 2006/2007 finns också ett nytt nationellt njurregister som ska säkerställa vården för patienter med kronisk njursvikt i Sverige.

SVENSK NJURMEDICINSK FÖRENING (SNF) har utarbetat riktlinjer för omhändertagande av patienter med njursvikt. Alltsedan SNFs årsmöte i december 2005 har de funnits tillgängliga på hemsidan för synpunkter. Efter årsmötet i samband med läkarstämman i Göteborg december 2006 kommer de nu att stadfästas.

Synpunkter från både patientföreningar, andra yrkesorganisationer, enskilda läkare och sjuksköterskor har kommit in. Hänsyn till dessa har tagits i den mån man funnit dem relevanta.

Riktlinjerna är i första hand en vägledning för läkare som möter patienter som lider av kronisk njursvikt. De ska utgöra en standard för njurmedicinsk specialistvård men även vara ett stöd för läkare inom andra specialiteter. De är kortfattade och ska inte ses som någon lärobok. Variationer i behandling hos enskild patient och situation måste alltid beaktas.

Riktlinjerna omfattar omhändertagande av kronisk njursvikt, behandlingsrekommendationer vid renal anemi, riktlinjer för hemodialysbehandling och riktlinjer för peritonealdialysbehandling.

För att minska progress av njursvikt är det av vikt att hålla blodtrycket under kontroll, minska proteinuri, behandla möjliga reversibla orsaker till njursvikten som avflödes hinder i urinvägarna, njurartärstenos och läkemedel som kan påverka i njursvikten i negativ riktning. Information till patienten som förberedelse för eventuell aktiv uremivård när det gäller transplantationsutredning, val av dialysform och accessplanering ingår i det här stadiet.

Åtgärder för att minska uremiska symtom som behandling av acidosis, anemi, salt-vattenbalans, hyperkalemi, kalk-fosfatbalans och malnutrition beskrivs för att förhindra eller senarelägga dialysstart.

När det gäller behandling av renal anemi har man ett målbild $\text{hb} > 110 \text{ g/l}$. Två studier finns om visar att patienten inte mår bättre av att ligga på ett hb runt 130 g/l än 110 g/l . Eventuellt

kan det rent av vara en fördel med det lägre värdet. Satsar man på att hamna runt 130 g/l är det lätt att skrida över målet och hamna på $140\text{--}150 \text{ g/l}$. Endast ett fåtal patienter med kronisk njursvikt klarar sig utan anemibehandling.

I sin helhet återfinns riktlinjerna på SNF:s hemsida www3.svls.se/sektioner/nm

FRÅN OCH MED DEN 1 JANUARI 2007 samlas alla de register som tidigare behandlat information om njursvikt och dialys i Sverige i ett och samma register, Svenskt NjurRegister (SNR).

Det kommer sig av önskemål från Socialstyrelsen 2004. I samband med detta inventerades befintliga register i landet. Det är dels de stora, Svenskt Register för Aktiv Uremivård (SRAU) bildat 1991, Stockholmsregistret 1999, Svensk dialysdatabas (SDDB) 2002 och Göteborgsregistret 2003 men även en del mindre lokala och regionala register som inte är baserade på Internet. Man planerar också att kopplas ihop med svenska kärlregistret (Swedvasc) och transplantationsregistret.

En exekutiv arbetsgrupp med representanter från de olika registren har sedan våren 2006 arbetat med SNR. Astrid Seeburger har ingått i arbetsgruppen och presenterade arbetet med registret.

I september 2006 tillsattes en styrelse med representanter även från kärlregistret och transplantationsregistret. I styrelsen ingår Bengt Rippe som ordförande, Staffan Schön som generalsekreterare samt KG Prütz, Astrid Seeburger, Michael Forhed och en transplantationsrepresentant. Huvudman är Jönköpings läns landsting.

SYFTET MED SNR är att följa patienter med kronisk njursvikt i alla stadier och säkerställa att riktlinjer och behandling följs i möjligaste mån, underlätta och förbättra planeringen av framtida aktiv uremivård, möjliggöra för varje enskild enhet att jämföra sina kvalitetsvariabler med övriga deltagande kliniker, följa progress av njursvikt och se olika åtgärders inverkan på detta, underlätta arbetet med identifiering och behandling av olika riskfaktorer för morbiditet och mortalitet. Registret ska användas för nationellt kvalitetsarbete och blir unikt i världen.

Från Svensk Nefrologisjuksköterskeförenings sida är det uremikoordinatorernas uppgift att utarbeta vilka omvårdnadsparametrar som ska ingå i registret. Sjuksköterskemodulen används redan i Stockholm men behöver utvecklas och



ANNA SVANFELDT

kommer att integreras i kommande register. Den finns dock inte med i den version av SNR som togs i bruk vid årsskiftet.

Tanken är att registret ska bli internetbaserat och användarvänligt. Visionen är att alla ska tycka att registret är bra och vilja ansluta sig. Adressen är www.snronline.se.

STAFFAN SCHÖN RAPPORTERADE OM SRAU. Registret innehåller data om patienter med kronisk njursvikt och behandling i form av dialys och fungerande njurtransplantat. Sedan starten 1991 finns 21 900 patienter registrerade, av dessa är 7 600 nu i livet med aktiv uremibehandling. Under de 15 år som registret har funnits har insjuknandeålder stigit från 45,6 år till 53,6 år. Färre nefritter hamnar i aktiv uremivård vilket bedöms bero på ett bättre omhändertagande, likt den internationella trenden. Registret mäter även antalet förlorade transplantat per år. Två tredjedelar av alla uremiker har nå-

gon gång varit transplanterade.

Totala incidenstalen för uremi är stabila, men antalet uremiker blir fler vilket beror på att överlevnaden ökar för varje år. För varje år transplanteras även fler patienter. Antalet diabetiker i aktiv uremivård visar sig vara oförändrat.

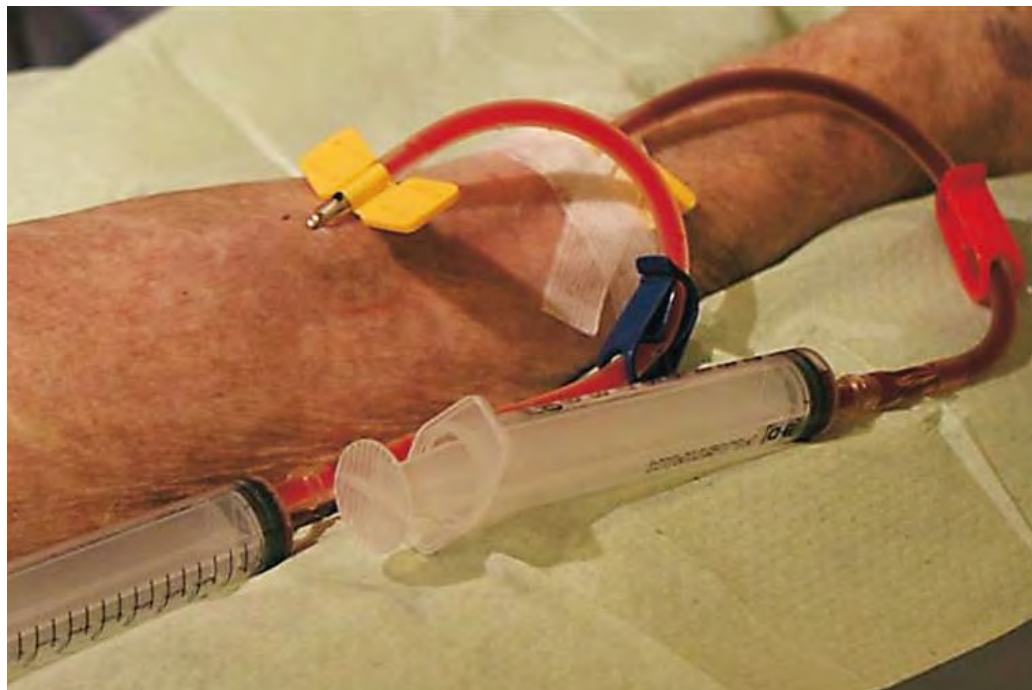
K-G Prütz gav rapport från SDDB. Här finns en tackning på 95 procent av hemodialyspatienterna och 85 procent av peritonealdialyspatienterna och mäter variabler som dialysdos, fosfatvärden och accesser.

När det gäller accesser verkar trenden gå mot ökad andel centrala dialyskatetrar. Här finns stora regionala skillnader men påståendet har statistisk signifikans och här finns alltså stora förbättringsmöjligheter.

Både SRAU och SDDB kommer nu att ingå i det nya SNR. ■

Text **Anna-Lena Byström**

Sverige är det europeiska land som har lägst antal AV-fistlar. På njurmedicinkliniken i Karlstad bedrivs ett förbättringsarbete för att optimera kärlaccesserna för patienterna.



GUNNAR MALMSTRÖM

UREMIKOORDINATORMÖTET I GÖTEBORG

Sverige sämst på andelen AV-fistlar

STATISTIK FRÅN DOPPS visar nedslående siffror för Sveriges del. Av elva redovisade länder ligger vi på nionde plats när det gäller andelen arterio-venösa-fistlar, AV-fistlar. Bäst i klass är Japan som har 91 procent följt av med Italien 85 procent. Tittar vi bara på de sju redovisade europeiska länderna har vi den lägsta andelen AV-fistlar, endast 58 procent. Här finns utrymme för förbättringar! Ett samband med hur många AV-fistlar och -graft kärlkirurger får lägga under sin utbildning kan ses i statistiken. Helst bör kirurgen göra 30 operationer/år, annars blir resultaten sämre. I Japan och Tyskland gör kirurgerna många fistlar under sin utbildning, och i Italien gör nefrologen operationen själv.

Karlstad har satsat stort på att öka antalet nativa fistlar, då de har en längre funktionsöverlevnad än graffistlar, har färre akuta ocklusioner samt färre infektionskomplikationer. Studier i USA har visat lägre mortalitet hos patienter med nativa fistlar, även när man korrigerat för hjärt/kärlsjukdomar.

Vidare har man i USA visat att det inte finns anledning att ge upp de äldre patienternas fistlar. Studien som genomför-

des på patienter äldre än 75 år visar att 45 procent av fistlarna fungerade efter fem år. Ska en överarmsfistel anläggas bör en ultraljudsundersökning av hjärtat genomföras. Upp till 25 procent av fistlarna kan behöva revideras innan de fungerar optimalt, och de bör kontrolleras 4-6 veckor efter operationen. Redan då kan man se om en fistel upparbetat sig dåligt, därefter brukar inte så mycket förändras.

DEN KLINISKA UNDERSÖKNINGEN av fisteln är viktig. Pulsen ska kännas mjuk, om den är hård kan det vara en stenosis. Ocklusionen sitter ofta några centimeter från själva anastomosen och känns sammanfallen. Komprimerar man helt ska pulsen kännas stark, är den svag är det problem med inflödet. Eventuellt kan vengrenar ha utvecklats, det går inte att förut säga det vid den första operationen. Lyfter man armen ska fisteln falla samman, vidgas den är det en stenosis. En erfaren hemodialyssjuksköterska kunde i en undersökning i 80 procent av fallen göra en korrekt bedömning av fistelns prognos.

Studier i Europa och USA visar att förstagsfistlar hos patienter som haft en temporär kärlaccess först har en sämre →

överlevnad. Måste ändå en central dialyskateter (CDK) anläggas, ska en plan finnas för en permanent access innan patienten skrivs ut. Kärlmapping ska göras och om en överarmsfistel planeras genomför ultraljudsundersökning av hjärtat. Om ejektionsfraktionen är under 25 procent är inte en överarmsfistel lämplig.

CDK:n bör dras så fort som möjligt för att minimera risken för central stenosis och infektion.

Akutstart i peritonealdialys (PD) rekommenderas hellre än en CDK! Fridlys blodkärlen innan kärloperationen, stick hellre i händerna!

ETT MULTIDISCIPLINÄRT TEAM bestående av kärlkirurg, nefrolog och accessansvariga dialyssjuksköterskor är ett måste. I Karlstad använder man sig av transonic flödesmätningar, en speciell accessjournal förs och samarbetet med klinisk fysiologi är väl utvecklat. Duplexundersökningar görs vid försämrade flöden, sticksvårigheter, förlängd blödningstid eller vid långsam mognad av den nativa AV-fistel. Med hjälp av en liten ultraljudsapparat, »i Look«, kan dialyssköterskan mäta bredd och djup och därmed se var det är bäst att sticka. Överarmsfistlarna är svårare att sticka i.

Årliga uppföljningar görs och förbättringar sker kontinuerligt. Sammanställningar efter fem år visar att det genom mer planerad kirurgi har blivit färre sjukhusinläggningar, mindre behov av akuta CDK:er och det är sällan akuta störningar i dialysplaneringen. Fler överarmsfistlar läggs, det görs nästan inga akuta trombektomier. Antalet kirurgiska revisioner har ökat, men den planerade kirurgin medför att accessen kan användas direkt och få CDK behövs. Antalet PTA har ökat, även i artären.

Från 1999 till 2006 har andelen AV-fistlar ökat från cirka 50 procent till närmare 70 procent. 2006 är det endast fem procent av patienterna som har graft men det är fortfarande 25 procent som har CDK.

I Örebro, Karlskoga och Karlstad har man byggt upp en accessdatabas kallad DiAB-dialysaccessdatabas. Tack vare den kan feedback ges till kirurgerna och röntgenologerna. Det är givande att följa upp sina resultat från predialysfasen och framåt.

NÄR SKA DÅ FISTELN OPERERAS IN? Är det farligt att göra det för tidigt? I Göteborg rekommenderas att operera någon gång mellan ett GFR på 10–15 ml/min. Det saknas data över tiden mellan operation och dialysstart. Prognosen över sjukdomsförloppet är svår – det går ofta »fort på slutet«. Det går att sticka i fisteln efter cirka 4–6 veckor men ungefär 25 procent måste revideras. I Japan och Italien startar man tidigt efter operationen med små nålar och låga flöden.



ELLINOR BRÖMS

I Karlstad, där Gunilla Welander är läkare, använder man sig bland annat av flödesmätningar, accessjournal och ett nära samarbete med klinisk fysiologi i arbetet med att öka antalet nativa fistlar.

Andelen patienter i PD har sjunkit har man sett i registret. Planeringen fungerar inte alltid, och valet av dialysform måste dokumenteras i journalen. Att anlägga Moncrief PD-katetrar (ligger subkutant fram till dialysstart) är en variant att operera tidigt. I Örebro har alla Moncrief katetrar fungerat vid start, även om det gått upp till två år mellan operation och PD-start. ■

Den som vill läsa mer kan gå in på www.fistulafirst.org/concept.htm.

Nya *DOQI Guidelines* för dialysaccess kommer på nätet snart.



Text **Monica Rådström**, njursviktssjuksköterska, njurmedicinska mottagningen Danderyds Sjukhus AB.

E-post: monica.radstrom@ds.se