

diakläsen

NR. 6.2008 35 KRONOR

TIDNINGEN FÖR PERSONAL INOM
TRANSPLANTATION OCH NJURSJUKVÅRD I NORDEN

**Carin Götblad
OM KVINNLIGT
CHEFSKAP I
MANLIG HIERARKI**

**SKÅNE ÖKAR
SAMARBETET MELLAN
NJURMEDICIN OCH
PRIMÄRVÅRD**

**UNDERLÄTTA
ÖVERGÅNGEN
TILL VUXENVÅRD**

**Etikrunder vidgar
perspektiven**



SØREN SVENDSEN / NORDIC PHOTOS

23

Möte mellan olika personal-
kategorier kan ge flera infalls-
vinklar vid svåra etiska beslut.



16

9 Region Skåne: Ökat samarbete med primärvården för bättre prevention och vård

15 Per Åkes krönika: Tänk att någonting så enkelt kan vara så svårt

16 Budkavlen: Välkommen till Heleneholmsdialysen i Malmö

19 Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening

20 Regiondagar i Eskilstuna

23 Mia Svantesson: Etikronder vidgar perspektiven

28 Diabetes: Hur kan vi underlätta övergången till vuxenvård för unga?

32 Transplantation med frusen grislever ger hopp

33 Svensk Förening för Medicinsk Teknik och Fysik Dialys

34 Dialäsens Chefsdagar med Ami Hommel och Carin Götblad

40 Minneapolis – ett av världens största transplantationscentra

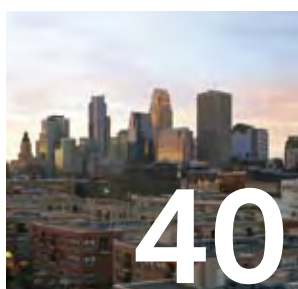
43 Psykologiska svårigheter efter ansiktstransplantation

44 Nordiatrans

47 Fokus på karadgangsveje og stikketeknikker



34



40



NUMMER 6.2008

Omslagsbild:

IBL / SCIENCE PHOTO LIBRARY

LEDARE



PIA LUNDSTRÖM | ANSVARIG UTGIVARE

Tidningen för personal inom transplantation & njursjukvård i Norden sänds till: Transplantations- och njurmedicinska kliniker i Norden och medlemmar inom föreningarna alternativt nätverken: Nordiatrans, Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening, Svensk Njurmedicinsk Förening, Svensk Transplantationsförening, Svensk Förening för Medicinsk Teknik och Fysik-dialys, Norska Nefrologer, Dietisternas Riksförbunds referensgrupp i njurmedicin samt till övriga intresserade inom professionen.

Dialäsen utkommer sex gånger per år med utgivningsveckor 6, 14, 22, 36, 44 och 51.

Upplaga: 3 500 exemplar (senaste TS kontroll 3 100 ex.)

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

Tel/Fax: +46-8-510 515 00

E-post: info@dialasen.com

Hemsida: www.dialasen.com

Ansvarelig 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 1/2009 är den 23/12 med utgivning v 6. Manusstopp för 2/2009 är den 16/1 med utgivning v 14. 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 Nordiatrans, SNF, STF, SNSF och MTF-D kontaktar respektive förening. Övriga läsare gör sin adressändring på www.dialasen.com

Prenumerationsärenden: www.dialasen.com

Tel: +46-8-510 515 00. Kostnad för sex nummer år 2009 är 210 sek. Uppge om du tillhör någon av ovan nämnda föreningar så erhåller du tidningen genom din förening.

**SVERIGES
TIDSKRIFTER**



INGEN FORSKNING - INGEN FÖRBÄTTRING

Vågar jag skriva detta till er läsare och eventuella aktiva forskare ... nämligen att jag för egen del inte tycker forskningsbiten verkar så himla spännande. Jag är en bråttom-människa – helst vill jag ha ett sammandrag av kommande vecka innan den ens har börjat. Forskning tänker jag kräver ändlöst tålamod, ett plirande och upprepande av nästan samma procedur om och om igen, högar med dammiga böcker och datorer runt om. Detaljer läggs till detaljer. Sten läggs till sten. Men någonstans långt där framme ser forskarna »ljuset« – det vill säga de anar resultatet – som de så småningom delger oss övriga i världen. Envishet och beslutsamhet krävs för den som väljer forskarbanan. Utan er skulle vi utvecklingsmässigt stå stilla inom till exempel medicin och omvårdnad.

MEN DET KRÄVS FAKTISKT mer än envishet för att forska – man måste nämligen ha personer runtom sig som ser en, stöttar, tror och lyfter en. Någon som hjälper en att våga ta steget. Denna någon är faktiskt du som kollega eller kanske du som är chef. Vill du unna någon runtom dig att forska –bra – för ditt stöd behövs! På höstens Chefsdagar talade Ami Hommel om vikten att ha en chef som möjliggör för till exempel sjuksköterskor att ägna sig åt forskning. Självt är hon ett lysande exempel på detta. Hennes första kontakt med vården var som städare och idag är hon verksam som forskningssjuksköterska och klinisk lektor. Detta tack vare bra chefer som såg hennes potential, som värdesatte forskning inom vården, och framförallt såg till att resultaten implementerades så att de gagnade patienten på ett mycket konkret sätt.

I DETTA NUMMER MÖTER NI flera människors intresse för forskning och utveckling. Dialäsen presenterar ett axplock av arbeten rätt så lätt och förstäeligt – oftast alltså ett bra sammandrag av det bästa.

Pia Lundström

Daniel Brattgård får hedersutmärkelse

FÖR ETT DJUPT PERSONLIGT engagemang under mer än 20 år för patienter som väntar på en organtransplantation, samt för ett målmedvetet arbete i syfte att öka förståelsen för donation av organ och vävnader utifrån etiska grundprinciper har teologen och sjukhusprästen Daniel Brattgård utsetts till 2008 års hedersmedlem i Livet som gåva.

Hedersdiplomet överlämnades av socialminister Göran Hägglund vid en ceremoni vid det så kallade Donationsträdets utanför Storkyrkan i Stockholm i samband med Euro-

peiska Donationsdagen, lördagen den 18 oktober.

Daniel Brattgård har varit närvarande många gånger då någon hastigt avlidit och frågan om donation blivit aktuell.

– Det är oerhört viktigt att alla i Sverige gör sin vilja om donation känd så att vi inte försätter familjer och personal på intensivvårdsavdelningarna i en situation där de inte vet, säger Daniel Brattgård.

Han påpekar också vikten av att vårdpersonalen har respekt för donationssituationen och tar ansvar för transplantationsverksamheten.

Daniel Brattgård är verksam som sjukhuspräst vid Etiskt forum på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och har som huvuduppgift att vara sakkunnig i sjukhusets etikarbete. Utöver den ordinarie verksamheten utbildar han sjukvårdspersonal över hela landet i hur man bör bemöta närstående i samband med hastiga dödsfall då organdonation kan bli aktuellt. Han är medlem i Statens medicinsk-etiska råd och deltar ofta i den offentliga debatten om etiska frågeställningar.

Källa Newsdesk, 16 oktober 2008

Fotnot: Hedersmedlemskapet delades ut första gången 2003 och syftet är att det ska ges till personer som under lång tid visat ett djupt personligt engagemang för donation av organ och vävnader utöver vad som förväntas i deras yrkesutövning.



HÅKAN HEDMAN

Fler anhörigveton i Norge

ANTALET ANHÖRIGVETON till organdonation har ökat i Norge. Statistik fram till och med september visar att 34 procent av närstående har sagt nej till donation, jämfört med 21 procent samma period 2007. Det är den högsta siffran sedan 2002, då 41 procent sa nej.

Samtidigt ökar tillgången på donatorer, under första halvåret 2008 anmäldes 128 potentiella donatorer, jämfört med 110 samma period 2007.

Stiftelsen Organdonasjon tror att mindre medial uppmärksamhet kan ha bidragit. Nu hoppas stiftelsen att ökade aktiviteter som undervisningsfilm i skolorna, och annonsering ska öka medvetenheten om organdonation igen.

Vid september månads utgång hade 329 organ transplanterats till 296 patienter, vilket är ungefär samma siffror som samma tid 2007, då 332 organ var transplanterade till 298 patienter. Positivt är att det ökade antalet anhörigveton har bidragit till att arbetet vid donations-sjukhusen förstärkts. Bland annat har donationsansvariga läkare friköpts på deltid för att arbeta organdonation.

Källa Dagens Medisin (Norge) den 20 oktober 2008

Kinesiska sjukhus bötfällda för illegal organhandel

KINESISKA HÄLSOMINISTERIET har bötfällt tre sjukhus som ägnat sig åt illegal organhandel till utläningar. Livingdonortransplantationer är tillåtna endast mellan familjemedlemmar i Kina, men på grund av organbrist är illegal organhandel vanligt förekommande. Detta var dock den första bötfällningen sedan Kina införde guidelinies för organtransplantation den första juli 2006.

Upp emot 1,5 miljoner människor i Kina är årligen i behov av transplantation, att ställas mot de cirka tiotusen organ som finns tillgängliga.

Huang Jiefu, vice hälsominister, vill inte avslöja hur många kinesiska sjukhus som har tillstånd att ägna sig åt transplantationsverksamhet. På grund av organbrist kommer inga fler tillstånd att utfärdas. Däremot varnar han för att licenser kan komma att återkallas för lagöverträdelse.

Källa Reuters Health Information, 3 november 2008.

Genvariant bakom komplikationer hos diabetiker

FORSKARE FRÅN UNIVERSITETET i Utah, Salt Lake City i USA, har gjort ett genfynd som kan förklara varför en del personer som har diabetes har större risk att drabbas av svåra ögonskador och kronisk njursvikt, trots att de har god blodsockerkontroll. Man har sedan tidigare vetat att de båda komplikationerna ofta drabbar samma personer, och ofta är vissa familjer där fler medlemmar har diabetes är mer drabbade. Det talar för att de båda komplikationerna på något sätt hör ihop.

Att det finns ett samband mellan dålig blodsockerkontroll och komplikationer är välkänt sedan länge. Däremot drabbas inte alla som har dålig blodsockerkontroll, medan en del trots bra blodsockervärden ändå får komplikationerna. Det talar för att skadorna inte bara kan bero på blodsockernivåerna. Mekanismerna bakom har däremot hittills varit okända.

Det är de fina blodkärlen som är skadade både vid ögonskadorna och njurskadorna. Forskarna i Utah undersökte 19 olika genetiska varianter hos flera hundra diabetespatienter, och jämförde dem som hade komplikationer på både ögon och njurar med dem som inte hade det. Av de 19 varianterna gav en enda gen utslag, och den var vanligare bland dem som hade komplikationerna. Genvarianten ligger när det område på DNA-strängen som deltar i produktio-



ANNA SVANFELDT

nen av proteinet EPO (erythropoetin). EPO stimulerar tillväxten av blodkärl och bildandet av röda blodkroppar.

Komplikationerna skulle kunna förklaras av att om man har EPO-genvarianten sker en tillväxt av nya ineffektiva blodkärl.

Fyndet är en viktig ledtråd för att hitta de grundläggande mekanismerna bakom skador på ögon och njurar hos personer som har diabetes.

Källa Diabetolognytt den 13 oktober 2008

Nytt möte om Europeisk njurhälsa

DEN 8 OKTOBER MÖTTES »The MEP Group for Kidney Health« på Europaparlamentet i Bryssel. Gruppen bildades i mars i år (se Dialäsen 3/08) på initiativ av EKHA (European Kidney Health Alliance) och har till syfte att vara ett permanent forum för de frågor om njurhälsa, njursjukdom och njurvård, som diskuteras på Europeanivå. Denna än så länge informella grupp har hittills samlat drygt tjugo MEP-medlemmar.

Ordföranden i gruppen, Frieda Brepoels, MEP, underströk vikten av samarbete kring denna Europas tysta epidemi och betydelsen av att föra förebyggande av njursvikt högt upp på den Europeiska agendan. Utbyte av erfarenheter mellan medlemsländerna och förbättrade metoder för tidig upptäckt och behandling syftar till att ge alla medborgare tillgång till en hälsovård av hög kvalitet.

Temat för detta andra möte var de samlade ekonomiska konsekvenserna av kronisk njursvikt – både för de drab-

bade individerna och deras familjer och för samhället. Njurpatienten Per Åke Zillén, Sverige, och Professorn i njurmedicin Ron Gansevoort, Groningen, Holland, presenterade detta tema utifrån sina respektive utgångspunkter.

Att all behandling med syfte att ersätta helt förlorad njurfunktion är mycket kostsam, det känner alla politiker till. Att antalet Europeer som behöver sådan behandling ständigt ökar är ett tilltagande ekonomiskt och därmed politiskt problem. Kostnaderna för dialys och transplantation är dock långt ifrån de totala ekonomiska konsekvenserna av kronisk njursvikt – till detta måste läggas alla övriga kostnader för individ och samhälle, från full hälsa till för tidig död. Slutsatsen av en sådan genomgång blir att ännu mer fokus måste riktas mot förebyggande och tidig intervention.

Källa www.ekha.eu

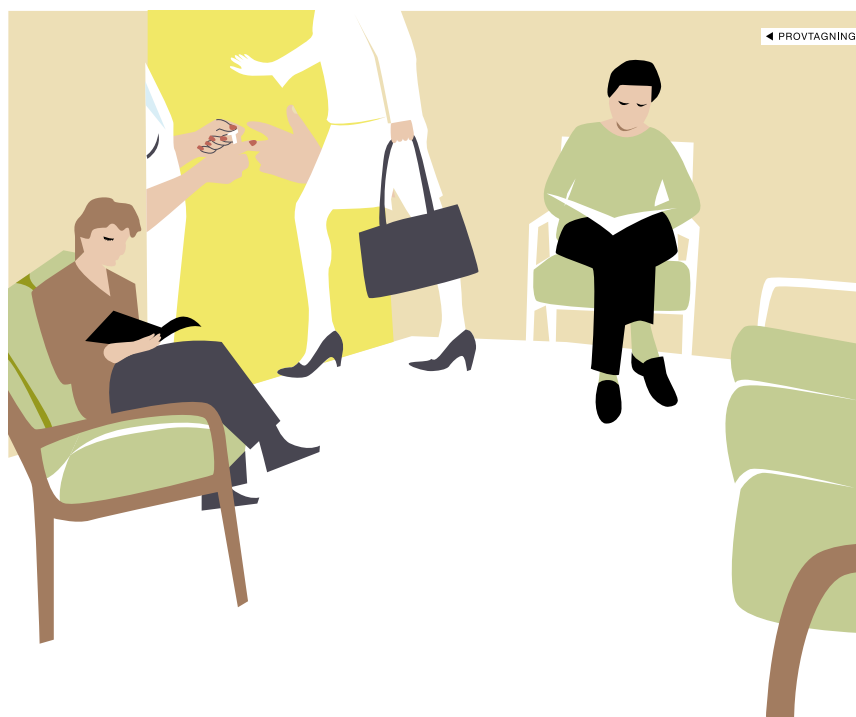
Ökat samarbete med primärvården för bättre prevention och vård

UPPSKATTNINGSVIS HAR CIRKA 45000 personer måttligt nedsatt njurfunktion i Region Skåne. Hur ska vi ta hand om dem? Klarar njurspecialisterna av att sköta alla dessa patienter? Skall de göra det?

Detta var några av frågorna som vi ställde oss, när vi läste de internationella rapporterna om njursjukdom som ett isberg ute i befolkningshavet. Vi båda, verksamhetschefer för Region Skånes båda universitetssjukhus USiL och UMAS, samlade regionens läkare, njursviktssköterskor och paramedicinare i regionalt samarbete och bjöd in dr Paul Stevens från England.

Paul Stevens har tagit fram brittiska riktlinjer för diagnostik, uppföljning och vård av patienter med CKD 3-4 (chronic kidney disease). Han höll en inspirerande föreläsning där han redovisade hur han organiserat samarbetet med primärvården inom sin sjukvårdsregion. Han berättade att antalet remisser till specialistmottagningen visserligen ökat, men att kvalitén på vården förbättrats och förhoppningen på sikt var att färre patienter skulle utveckla behovet av dialysbehandling. Vidare kunde många patienter skötas i samverkan med distriktsläkarna. Efter att Paul Stevens öppnat upp nya möjligheter för oss hade vi workshops med grupparbeten kring två områden: omhändertagande av CKD 4-5 inom våra respektive enheter och remitteringsråd och omhändertagande av patienter med CKD 3-4 ute i primärvården. Fokus var på multi-professionellt samarbete. Vi involverade även docent Per Simonsson från Klinisk kemi för att få en state of the art beskrivning av hur man mäter och bedömer njurfunktion.

Inför andra regiondagen med workshop, hörde även läkare och sjuksköterskor från Halland, Kronoberg och Blekinge av sig och ville vara delaktiga, vilket vi välkomnade. Våra workshops resulterade i två vårdprogram: det ena för Njurmedicinska enheternas omhändertagande av patienter



◀ PROVTAGNING

ANNA SVANFELDT

ter med CKD 4-5, det andra riktat mot primärvården.

Under arbetets gång har vi haft kontakt med både enskilda och grupper av distriktsläkare som fortlöpande kommit med synpunkter om CKD 3-4 programmet. Båda vårdprogrammen ska ut på en sista remissrunda till njurmedicinska enheterna och till primärvården för förankring innan de släpps. Vi ser fram emot att presentera Region Skånes vårdprogram i ett senare nummer av Dialäsen.

Text **Naomi Clyne**, verksamhetschef, docent, Njurmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund. naomi.clyne@skane.se



Anders Christensson, verksamhetschef, docent, Kliniken för Njurmedicin och Transplantation, Universitetssjukhuset MAS. anders.christensson@skane.se

Patient fick hjärta av plast

EN UNIK OPERATION har genomförts på Sahlgrenska universitetssjukhuset – en 31-årig patients hjärta opererades bort och ersattes med ett konstgjort hjärta. Patienten hade en obotlig livshotande hjärtsvikt och medicinsk behandling hjälpte inte längre. Andra organ i kroppen hade också börjat svikta och man bedömde att ett konstgjort hjärta var det bästa alternativet för patienten. Operationen genomfördes i mitten av oktober och patienten hade två veckor senare repat sig mycket bra enligt läkarna.

Det konstgjorda hjärtat är tillverkat av plast och fungerar med hjälp av tryckluft. Det kostar cirka 750 000 kronor. Plasthjärtat är tänkt att fungera som en tillfällig lösning innan patienten kan bli transplanterad med ett riktigt hjärta.

Källa <http://intra.sahlgrenska.se>, 2008-10-24 och Göteborgs Posten 2008-10-31



ANNA SVANFELDT

Hjärta framodlat i laboratorium

I SLUTET AV 2005 LYCKADES hjärtforskaren Doris Taylor på *Center for Cardiovascular Repair* vid *University of Minnesota*, att i laboratorium skapa ett fungerande hjärta av biologisk vävnad. Forskarna tog ett hjärta från en död råtta och »tvättade« bort alla celler tills bara vävnadsskelettet fanns kvar, tunt som ett genomskinligt papper. Därefter injicerades friska hjärtceller från nyfödda råttor in i vävnadsskelettet. Efter åtta dagar kunde man se hela hjärtat pumpa. Men hjärtat är inte bara en muskel, det behövs också artärer och annan vävnad. Man kan jämföra det man lyckats med i laboratoriet med en bil där man nu kan ersätta motorn inuti chassiet, men många andra delar behövs också för att bilen ska fungera.

Forskarna har fortsatt sina experiment med att försöka få fram blodkärl som är starka nog att klara trycket som behövs i artärer. Vår förhoppning är, säger Taylor, att vi ska kunna ta ett organ från en avliden donator eller från en gris, tvätta bort alla celler från organet och sedan transplantera in patientens egna celler i vävnadsskelettet så att det blir ett organ som passar immunologiskt. Man räknar med att kunna starta kliniska provningar med mänsklig vävnad inom en relativt snar framtid.

Källa <http://edition.cnn.com/2008/HEALTH/10/13>, 2008-10-13

Lungtvätt räddar liv

OMKRING 140 LUNGOR doneras i Sverige varje år men bara 40 till 50 av dessa kan användas för transplantation. Forskare och läkare vid Lunds universitet har utvecklat en ny teknik som gör att även skadade lungor kan användas. Lungorna som ska transplanteras tvättas med en vätska som består av albumin och glukosmolekyler, en teknik som man i Lund är först med i världen att göra. Med den nya tekniken kan fler patienter räddas och man vinner också tid. Vid en lungtransplantation har man normalt bara sex timmar på sig att operera in den donerade lungan i den lungsjuka mottagaren. Med den nya tekniken kan man skjuta upp operationen i upp till 20 timmar. Man räknar med att man genom lungtvättstekniken kan öka antalet lungtransplantationer med 40 procent.

Källa <http://sydsvenskan.se>, 2008-09-13

Karolinska Institutets etikpris till Annika Tibell

ANNIKA TIBELL, docent vid Karolinska Institutet, har fått institutets eget etikpris för sitt klara och tydliga etiska förhållningssätt och engagemang i frågor som rör organ donationer och transplantationer; alltifrån mötet med patienter och anhöriga till internationellt arbete.



I Sverige har undersökningar visat att en stor del av medborgarna har en positiv inställning till organdonation. Men trots det, konstaterar Annika Tibell, har mindre än hälften tagit aktiv ställning genom att registrera sig i donationsregistret, bära donationskort eller informera sina anhöriga. Det är därför viktigt att frågan om organdonation aktualiseras för att efterlevande släktingar ska slippa göra svåra ställningstaganden, men också för att eventuellt öka tillgången på organ.

Internationellt ligger fokus i dag på skyddet av den le-

vande organgivaren. Många länder saknar eller har bristfälliga skyddsregler när det gäller donation och transplantation. Bristande regelverk gör det också svårt att komma åt transplantationsturism och den handel med organ som förekommer. Det är också viktigt att främja donation från avlidna även i dessa länder.

Annika Tibell anser att det viktigaste som hittills hänt för att motverka dessa kommersiella krafter är den deklaration som antogs av 78 länder vid en konferens i Istanbul i år. Just sådana allmänt antagna principer länder emellan är den rätta vägen att gå, enligt henne. Gemensamma, internationellt giltiga regler, tillsammans med öppenhet och insyn, krävs för att få allmänhetens förtroende, vilket hon menar är helt avgörande för transplantationsverksamheten.

Annika Tibell är verksamhetschef vid transplantationskirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, samt ordförande för The Transplantation Society's etikkommitté. Källa Meltwater news, 17 oktober 2008

PÅ GÅNG

Nya möten? E-posta: info@dialasen.com

- Nordiatrans** 6–7 mars 2009, Fredrikstad, Norge.
www.nordiatrans.org
- IPTA International Pediatric Transplant Association**
18–21 april 2009, Istanbul, Turkey. www.iptaonline.org
- Vårmöte Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening**
10–12 maj 2009, Luleå, Sverige. www.snsf.nu
- World Congress of Nephrology ESAO**, 22–26 maj 2009,
Milano, Italien. I samarbete med International Society of Nephrology (ISN) www.wcn2009.org
- American Transplant Congress** 30 maj–3 juni 2009, Boston,
USA. www.atcmeeting.org/2009/index.cfm
- Vasculitis Meeting & Anca Workshop** 6–9 juni 2009,
Lund, Sverige och Köpenhamn, Danmark. www.anca2009.com
- ILTS International Liver Transplantation Society** 8–11 juli 2009,
New York, USA. www.ilsts.org
- Nordiska Njur dagar** 26–29 augusti 2009, Helsingfors, Finland.
- ESOT European Society for Organ Transplantation** 30 augusti–2 september 2009, Paris, Frankrike. www.esot.org
- EDTNA** 5–8 september 2009, Hamburg Tyskland.
www.edtnerca.org
- International Society of Blood Purification** 17–19 september
2009, Stockholm, Sverige. www.isbp2009.org
- Dialäsens Chefsdagar 2009** 30 september–1 oktober, Sverige.
www.dialasen.com

Karolinska Universitetssjukhuset är ett av Nordens största universitetssjukhus, där vård, forskning och utbildning är viktiga delar i arbetet för att förlänga och förbättra människors liv. Verksamheten finns på ett flertal platser i Stockholmsregionen, främst i Huddinge och Solna. Karolinska bedriver ett målinriktat jämställdhets- och mångfaldsarbete. Sjukhuset är miljöcertifierat och rökfritt.

Njurmedicinska kliniken söker Chefsjuksköterska till Dialysmottagning i Huddinge

Vill du vara med att leda och utveckla njurmedicinsk dialysverksamhet?

Vi söker dig som har förmåga att engagera och entusiasmera medarbetarna och därmed skapa förutsättningar för bästa patientomhändertagande.

För närmare information kontakta
Verksamhetschef Carl-Gustaf Elinder 08-585 825 27

Sista ansökningsdag 2008-12-31 Refnr K-08-70122

Ansök och läs mer på www.karolinska.se/jobb.

 **KAROLINSKA**
Universitetssjukhuset

www.karolinska.se

 VI ÄR EN DEL AV
STOCKHOLMS
LÄNS LANDSTING



Medicin och ansvar

TÄNK ATT NÅGONTING SÅ ENKELT kan vara så svårt. Doktorn vet vad patienten behöver, skriver därför ut ett recept och tror (kanske) därmed att saken är klar. Det är den inte.

Först måste man gå till apoteket. Där är det lång kö så det tar sin tid och när man väl kommer fram till disken får man ofta höra att man antingen måste byta till en annan medicin än den doktorn ville att man skulle ta eller betala mellanskillnaden. Eller så finns inte medicinen hemma, den måste beställas och man får komma tillbaka en annan dag och vänta lika länge en gång till. De första 1800 kronorna i medicinkostnad får man punga ut med själv innan samhället anser sig ha råd att hjälpa till. Inte underligt att ganska många – 17% i en studie nyligen – faktiskt inte ens hämtar ut medicinen.

DOKTORN BERÄTTADE SÅKERT varför just den här medicinen (dvs den på receptet, inte den andra) skulle tas och vilken effekt den förväntas ha, men det kommer man inte så lätt ihåg. Tittar man på receptet eller på förpackningen får man bara veta hur många tabletter man ska ta, inte varför. Kanske dristar man sig till att ta fram bipacksedeln. Den är inte lätt att läsa – liten, mager stil på skrynkligt tunt papper – och svår att förstå. Har man riktig otur hamnar ögonen på »biverkningar«, där massor av väldigt goda argument för att INTE ta medicinen finns listade. Rena skräckläsningen.

Är man kronisk njurpatient kommer man hem med en plastkasse full av burkar och kartonger. Nu får man sätta sig ner, sortera och försöka lära sig de olika tabletterna, vad dom heter och vad dom kan tänkas vara bra för, hur ofta och hur många av varje sort man ska ta varje dag, om dom skall tas på morgonen och/eller på kvällen, vilka som absolut måste tas i samband med måltid och vilka som absolut INTE får tas i samband med måltid, vilka man inte får ta si och så många timmar innan man ska ta prov, en del måste sväljas hela medan andra ska tuggas, krossas, lösas upp eller stoppas upp i rumpan, en del gör »håll i ma-

gen« och då får man andra tabletter för det också. Och sen måste man tänka på alla de andra medicinerna man har fått recept på av andra doktorer man varit till. Och till råga på allt behöver man bra ögon, starka nypor, vassa verktyg och tålamod för att få ut pillren ur alla knepiga förpackningar. Lätt som en plätt kan det tyckas – men inte.

NU KOMMER DET MENTALT SVÅRA. Som kroniskt sjuk försöker man varje dag må så bra som möjligt. Men, så sitter man där, morgon och kväll, med sin hög av rätt många tabletter och blir väldigt konkret påmind om hur risigt man egentligen borde må och vilka dåliga framtidsutsikter man har. En del sveper alla tabletter på en gång, andra pillar med möda en i taget och spar de största och svåraste till sist. Varje gång – ett mentalt trauma.

Har man huvudvärk tar man en tablett och värken går över. Som kroniskt sjuk tar man en hel hög tabletter och känner ingen skillnad. Det enda man har att lita till är doktors ord, vilket förstås är bra, men doktors tro på medicinens goda effekt leder lätt till att man själv får en övertro på att pillren är lösningen. Det är ju väldigt bekvämt och bra, för då behöver man ju inte göra något så ansvarsfullt och urbotat tråkigt som att sluta röka, börja motionera, gå ner i vikt, ändra sina risiga kostvanor och annat som är jobbigt. Doktors ord och pillren ger varje lättrogen patient ett fantastiskt fribrev från ansvar. Funkar det inte är det doktors ansvar – oavsett hur mycket man slarvat med medicinen.

SÅ HÄR BLIR DET BÄTTRE: Tydlig information *på papper* om varje ordination (medicinens namn, varför den ordineras, dosering, hur och när den ska tas). Tydlig doktor-patient dialog så att patienten förstår varför medicinen ska tas och att det är patienten som äger problemet och lösningen. Tydliga behandlingsmål och tydlig återkoppling till patienten genom genomgång och kopia av provresultaten. ■

Per Åke Zillén. E-post: pazillen@telia.com

HELENEHOLMSDIALYSEN I MALMÖ:

Kliniken med högt i tak

Den 18 maj 2007 slogs dörrarna upp för de första patienterna på Heleneholmsdialysen. Bygget var ... nästan färdigt. Man hade blåst ut ett helt våningsplan i ett gammalt spinneri från slutet av 1800-talet, beläget i centrala delen av Malmö, med drygt fyra meter i takhöjd och stora spröjsade fönster. Tre dagar senare körde vi med full beläggning - sammanlagt 45 patienter.

ENDAST HÄLFTEN AV PERSONALEN kände patienterna, flera var ovana vid Gambros maskiner och få var inkörda på det nya journalsystemet. Den första tiden fick vi kavla upp ärmarna ordentligt. Inget blod (förutom det vi renade) eller tårar, men en hel del svett och mycket skratt blev det ibland mitt i eländet. Allt gick bra och vi lyckades till exempel på rekordtiden två veckor att få licens från Läkemedelsverket att köra online. Vi tog oss igenom sommaren och alla fick ut sin välförtjänta semester.

Med en mix av sköterskor med olika dialysbakgrund och viljor kan vi idag konstatera att vi lyckats plocka »godbitarna« av erfarenheter från alla olika tidigare arbetsplatser och fått in det i Diaverums dialyskoncept på ett välfungerande sätt.

Heleneholmsdialysen drivs av Diaverum, före detta Gambro Healthcare, som är ett serviceföretag inom njursjukvård. Kliniken är en av cirka 170 dialys- och njurmedicinska kliniker världen över. Hos oss har vi 24 dialysplatser fördelade på två öppna salar med vardera elva platser och två enkelrum. Öppettiderna är klockan 7-18 måndag, onsdag, fredag och klockan 7-14 tisdag, torsdag och lördag. Personalen består idag av en verksamhetschef, 15 sjuksköterskor, två doktorer, en undersköterska (som bland annat tar hand om köket och logistiken med provtagning) samt en sekreterare.

Förutom att skicka personalen på olika kongresser och möten har Diaverum ett eget internutbildningsprogram, Competence in Practice (CIP). Det består av tre delar; orientering, grundkurs och avancerad. Grundkursen, som de flesta hos oss hunnit tenta av, består av 14 kapitel; från njurens anatomi, fysiologi och sjukdomar till behandlingsformer, patientbedömning och komplikationer under behandling.



Så här glada blev vi vid beskedet att vår klinik hade störst andel patienter som nått dialyseffektivitetsmålet enligt Svenskt Njurregister.

Vår utbildningsansvariga sköterska tenderar oss. Minimikravet för att bli godkänd är 80 procent rätt. »CIP-tid« planeras in för personalen på arbetstid. CIP finns idag översatt till 11 språk och har fått utmärkelser av EDTNA/ERCA:s utbildningsutskott. Inom en snar framtid kommer utbildningen också att finnas som e-learning.

För personalen finns det möjlighet att arbeta heldagar eller korta turer med arbetsschema i 6-veckorsperioder. Starttiderna för behandling sker med 30 minuters mellanrum. Inför varje arbetspass får alla sköterskor en lapp med uppgifter om vilka patienter han/hon ska ta hand om, »CIP-tid« och om annat som ska utföras till exempel mellan start och avslutning.

VÅRA PATIENTER kommer från UMAS, universitetssjukhuset i Malmö. En av våra två läkare delar sin tjänst mellan sjukhuset och oss, sjukgymnasten, dietisten och kuratorn likaså. Detta främjar kontinuitet för våra patienter. Vi tar också emot många gästpatienter som är ett trevligt inslag i vardagen.

Mer än 90 procent av patienterna behandlas med högpermeabla filter. En fjärdedel har HDF och lika många går fyra eller fem gånger i veckan. Varje månad tar vi prover på samtliga patienter som en del i vår kvalitetssäkring. På så sätt får vi bra kontroll över bland annat dialyseffektivitet samt nutritions- och elektrolytstatus. Vi jämförs sedan med alla andra Diaverumkliniker och granskas hårt och kritiskt.



Ovan: Heleneholmsdialysen tar gärna emot gästdialyser. Här ser sjukskötare Zoran till att patienten har det bra.

Jimmy i gymmet! Det finns möjlighet för patienten att få individuella träningsprogram framarbetade av sjukgymnasten

Det finns ett gym på avdelningen. Sjukgymnasten gör individuella träningsprogram till patienterna och sporrar dem att träna. Nyligen har hon även beställt ett par sängcyklar som vi hoppas också ska göra succé.

Vi anstränger oss för att tillmötesgå patienternas önskemål, exempelvis om dialystider och byten. Patienterna är också samarbetsvilliga och ändrar tid när en medpatient behöver byta ett pass. Två patientrepresentanter, verksamhetschefen, biträdande och en läkare har möte 3-4 gånger per år i ett särskilt Patientråd. Där diskuteras frågor som rör patienternas upplevelse av sin behandling och annat som rör deras vistelse hos oss. Varje år gör vi en patientenkät som ger oss bra anonym feedback från våra patienter.

VAD ÄR DÅ SKILLNADEN mellan att arbeta på en klinik som drivs i privat regi eller att arbeta för Landstinget? – Tja, det beror nog mycket på hur stor kliniken är. För vår del, det vill säga en relativt liten privat klinik, präglas verksamheten av korta beslutsvägar och lätthet att få igenom förslag och förändringar. Personalen är en naturlig del i företaget. Det skapar kostnadsmedvetenhet och ansvar. Vi har större flexibilitet exempelvis när det gäller lönerna. Dessutom finns det möjlighet till bonus när kliniken går bra. Vi har ett starkt stöd i diaverumkonceptet och företagets samlade kompetens.

I personalrummet ligger en »avdelningsmötes-bok«. Den fylls flitigt i av personalen med allt man vill ta upp på våra veckomöten. Det är ett bra sätt att få med stort som smått på dagordningen. Det har hänt, när det börjat »knorras« i korridorerna, att vi fått hålla extramöte för att snabbt komma tillrätta med begynnande konflikter. Då har vi pratat ut i smågrupper för att vid nästkommande möte diskutera med all personal eventuell problematik och få fram förslag på lösningar till dessa. *Men för det mesta har vi himla kul!*

Vi välkomnar studiebesök. Hör gärna av dig om du har några frågor rörande vår verksamhet. ■

Text av **Kiri Norberg**, biträdande avdelningschef,
kiri.norberg@diaverum.com

Vill du också presentera din avdelning i Dialäsen?
Kontakta info@dialasen.com



Utveckling av omvårdnad

I ÅRETS HÖSTMÖRKER känner jag mig av flera anledningar väldigt inspirerad. Inspirationskällor har varit bland annat Dialäsens chefsdagar i slutet av september med föreläsningar och diskussioner. Direkt därifrån åkte vi vidare till Svensk Sjuksköterskeförenings konferens Lust och Kunskap. Den hölls i Örebro och bara namnet gjorde mig glad. Det som kändes extra kul var att vi kunde se att vi följer en tydlig röd tråd i vårt arbete inom SNSF som stämmer väl överens med den röda tråd som övriga delar av Sveriges omvårdnadsprofession följer. Det kändes mycket upplyftande. Vad avser jag då? Jo, att vi lyfter sjuksköterskans viktiga arbete. Dels för att det är en förutsättning för att människor ska få god vård och dels för att lyfta behovet av vår specifika kompetens, den ska vi vara stolta över. För att lyfta den måste vi bli ändå bättre på att synliggöra den även på ett vetenskapligt sätt. För att vara trovärdiga i dagens samhälle måste man arbeta evidensbaserat och tror man sig veta att något är bra så behöver man bevisa det.

PÅ CHEFS DAGARNA HADE vi bjudit in Ami Hommel som är disputerad sjuksköterska inom ortopedi. Hennes forskning har förbättrat vården för människor med höftfrakturer avsevärt. En patientnära forskning som involverat hela teamet kring patienten och som har förändrat den ortopediska vården i Lund. Ett mycket inspirerande och imponerande utvecklingsarbete som lett till en avhandling med mycket fina resultat. Vi behöver se mer av den kopplingen mellan forskning och verksamhet. På kvällen disku-

terade vi chefer vad vi kan göra för att föra utvecklingen av omvårdnaden framåt. Ami underströk vikten av en positiv och engagerad chef och själva kom vi under kvällens diskussioner fram till att chefens kunskap också är viktig. Nästa dag kom länspolismästaren i Stockholm, Carin Götblad, och pratade om att leda förändringsarbete i stora organisationer. Vilken människa, vilken kvinna och vilken chef! Hon gav nog kraft och inspiration till många av oss.

LUST OCH KUNSKAP bjöd på ett mycket brett program, det fanns så mycket bra om patientsäkerhet, patientnärmre vård, vård för papperslösa, sjuksköterskans hälsofräm-

jande arbete, evidensbaserad vård, kliniska riktlinjer och strategi för att utveckla vården. SNSF var representerade på utställningen med föreningsinformation och Per-Åke Zillén var en av föreläsarna. Diskussionen efter den session där han var en av tre föreläsare gjorde att jag kände att vi inom njurmedicin ändå kommit en bit på väg

vad gäller vår syn på »patientens delaktighet«. Per-Åke och de andra föreläsarna blev sedan intervjuade av Sveriges Radio. Resultatet av intervjuerna sändes i Vetandets Värld den 17/10. Om ni missat det kan ni gå in på Sveriges Radios hemsida och söka på Vetandets Värld och lyssna via datorn. ■

Marie Nykvist, marie.nykvist@skane.se

Ordförande i Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening

Bli medlem i SNSF

Bli medlem i Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening. Medlemsavgiften är för A-medlemmar (sjuksköterskor som arbetar inom njursjukvården) och för B-medlemmar (övriga intresserade) 200 SEK/år. Som medlem får man sitt eget exemplar av tidningen Dialäsen och en fin medlemsnål.

- Avgiften sätts in på plusgirokonto **491 94 06-1**
- Ange namn, adress, e-post, arbete t ex HD, PD, avdelning eller mottagning samt yrkeskategori.
- Vid utebliven tidning eller ny adress kontakta **Ewa Knutson**, e-post: ewa@knutson.nu

SNSF:S STIPENDIUM

Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförenings stipendium utlyses årligen. Medlem sedan minst två år kan söka stipendiet. Stipendiesumman är 20 000 kronor som kan fördelas på en eller flera sökande. Sista ansökningsdag är 1 april. Stipendiet delas ut vid SNSF:s vårmöte. Stadgar och instruktioner för ansökan finns på:



www.snsf.nu

I år är det 25 år sedan dialysverksamheten startade i Eskilstuna och Sörmland. Detta uppmärksammades genom att arrangera regionmötet den 14-15 oktober 2008.

Njurmedicinska regionmötet i Eskilstuna

DE GÅNGNA 25 ÅREN har medfört en anmärkningsvärd utveckling och dialysbehandlingen kan idag ge patienterna en helt annan vård än tidigare. Dagens situation kännetecknas av många spännande utvecklingslinjer med stor potential såsom preventivt arbete, hög dialysdos och nya transplantationsalternativ.

Vi inom professionen har också blivit mycket bättre på att registrera och mäta vad vi åstadkommer för att ha som utgångspunkt i vidare förbättringsarbetet. Mötets program speglade detta och gav också exempel på det vitala utvecklingsarbetet som pågår i regionen förutom inslag med andra aktuella ämnen. Här följer några axplock från föreläsningarna:

Det nya accessregistret presenterades av Gunilla Welander från njurmedicin i Karlstad. Användbara accessadresser är www.fistulafirst.org, www.dopps.org, www.vasculuraccessociety.com.

SÖRMLANDSPROJEKTET har startats på uppdrag av landstingsledningen och målsättningen är att minska njursjukdom och dialysbehov. Det går ut på att identifiera alla patienter men framför allt hypertoniker och diabetiker med tecken på njurpåverkan i form av albuminuri och/eller njurfunktionsnedsättning för att optimera deras behandling på alla sätt. Njurmedicin upprättar rutiner i samarbete med primärvården. På länets samtliga vårdcentraler identifieras sedan projektpatienterna och registreras för uppföljning via datajournalen. Projektet befinner sig för närvarande i ett pilotstadium på två vårdcentraler där lämpliga arbetsmetoder utformas.

Om begreppet artärstelhet föreläste Gunnar Nyberg, klinisk fysiolog från Sahlgrenska. För första gången kan man nu mäta detta intressanta mått på arterioscleros med en enkel apparat, arteriografen, väsentligen lik en blodtrycksmätare

»Det ger också mer konstanta mätvärden än blodtryck och visar effekten av behandling både livsstilsförändring och läkemedel. På sikt skulle det troligen kunna ersätta blodtrycksmätning.«



Gunilla Welander berättade om nya DIAD – dialysaccessdatabasen – ytterligare presentation av denna finns att läsa i nästa nummer av Dialäsen.

men kopplad till en dator. Utgångspunkten är att de konventionella riskfaktorerna bara markerar ett fåtal av dem som kommer att drabbas av infarkt eller stroke. Artärstelhet, särskilt uttalad hos njurpatienter, korrelerar bättre än till exempel förhöjt blodtryck, med risk för kärlsjukdom och fångar därför upp fler riskgrupper än blodtryck och kolesterol. Det ger också mer konstanta mätvärden än blodtryck och visar effekten av behandling både livsstilsförändring och läkemedel. På sikt skulle det troligen kunna ersätta blodtrycksmätning. ■

Text **Elisabeth Cederholm**, sjuksköterska, Dialysen Mälarsjukhuset, elisabet.cederholm@dll.se. **Knut-Christian Gröntoft**, överläkare, Dialysen Mälarsjukhuset, knut-christian.grontoft@dll.se

Etikronder vidgar perspektiven

Att mötas över yrkesgränserna kan underlätta beslut i svåra etiska situationer. Mia Svantesson har undersökt läkares och sjuksköterskors inställning till livsuppehållande behandling, och om etikronder kan vara ett sätt att förbättra kommunikationen och stimulera till etisk reflektion. Här kommer framförallt etikrondsstudierna redovisas.

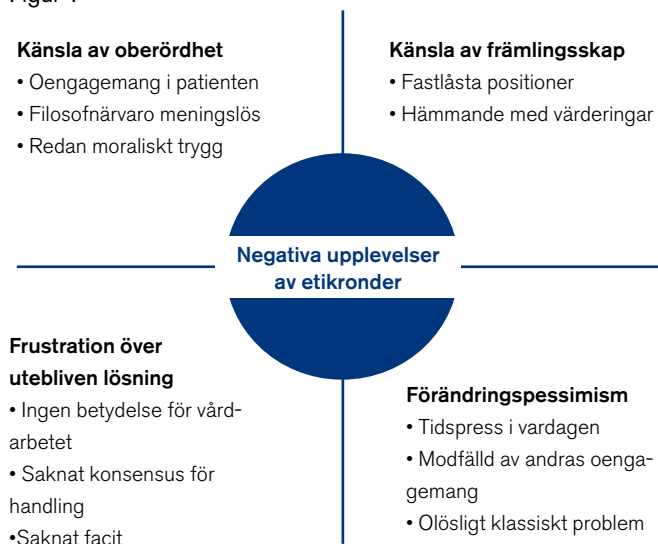
UTGÅNGSPUNKTEN FÖR AVHANDLINGEN är sjuksköterskors upplevelser av att livsuppehållande behandling drivs för långt. I korthet visade dock resultatet att läkarna ville begränsa behandling lika ofta som sjuksköterskorna. Slutsatsen är att inställningen till livsuppehållande behandling inte skiljer sig åt mellan läkare och sjuksköterskor. Men det är en sak att ha en åsikt och en annan att agera. Resultaten indike-

rar att läkare vill begränsa behandling för fler patienter än de tar beslut om och att det även finns stora individuella skillnader i inställning.

Under arbetet med de två första studierna grodde idén om att genomföra etikronder för att främja ömsesidig förståelse mellan läkare och sjuksköterskor och för att stimulera etisk reflektion. I etisk vetenskaplig litteratur ses brist på kommunikation som en huvudorsak till konflikter om livsuppehållande behandling. Vårdpersonal upplever också att det finns en brist på stöd att hantera etiska problem.

Etikronderna genomfördes med personal som vårdar dialyspatienter, för att de ofta följer patienterna en längre tid. Flertalet av dessa patienter bedöms också som beslutskompetenta. Tolv ronder under ett år genomfördes på njursektioner vid tre sjukhus. Modellen för etikronder är inspirerad både av amerikansk 'ethics consultation' och Mats G Hanssons slutna →

Figur 1



etikronder vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Det innebar att en filosof ledde samtal om etiska problem i vården av enskilda dialyspatienter. Filosofens uppgift var att hjälpa deltagarna att identifiera och analysera de etiska problemen kring varje patient, inte att föra samtalet till en konkret lösning. Målet var att ge personalen redskap att lösa framtida etiska problem på egen hand. Framför allt deltog sjuksköterskor, läkare och undersköterskor, men även kuratorer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. De patientfall som valdes ut till ronderna handlade främst om meningen med fortsatt livsuppehållande behandling och om patienter som inte samarbetade eller följde läkarens ordinationer.

UTVÄRDERINGEN GENOMFÖRDES i form av enkäter och intervjuer. Elva sjuksköterskor och sju läkare intervjuades om deras upplevelser av ronderna och 194 ronderdeltagare besvarade enkäter om uppfattningar om de etiska problemen före rond och insikter efter rond.

Resultatet visade att syftet att främja ömsesidig förståelse verkade ha uppnåtts i högre utsträckning än syftet att stimulera etisk reflektion.

I intervjustudien framkom att i de ronder som upplevdes som positiva kände både läkare och sjuksköterskor att de nådde varandra och att etikronderna främst fungerade som en arena för att mötas över yrkesgränserna.

Andra positiva upplevelser var stimulans att tänka vidare, insikt om moraliskt ansvar, känslomässig avlastning och trygghet att agera (Figur 2).

Men det fanns också negativa upplevelser av ronderna.

Figur 2



Dessa var förknippade med en känsla av oberördhet, främlingskap, förändringspessimism och en frustration över uteblivna lösningar.

En del sjuksköterskor som från början var mycket positiva till etikronder kände sig frustrerade över att de inte ledde fram till ett beslut, även om det aldrig var syftet. Se figur 1.

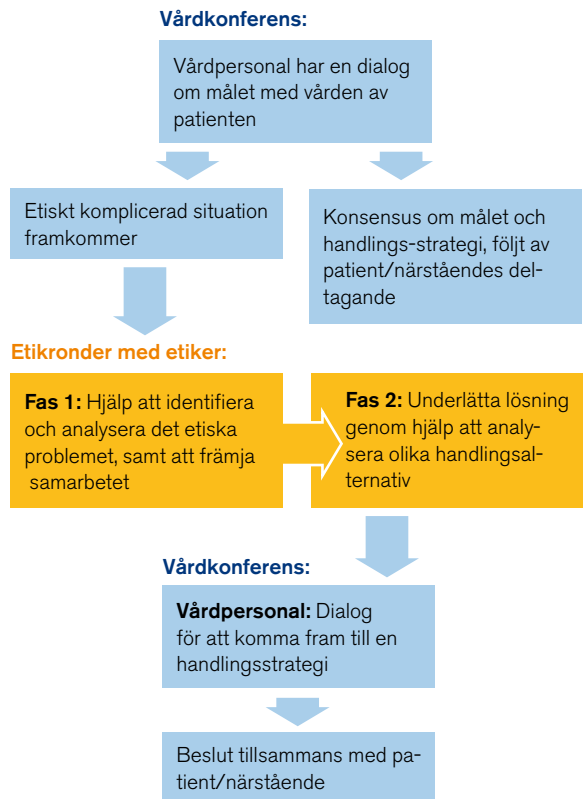
Alla deltagare fick besvara en enkät både före och efter etikronderna. De främsta problemen var förknippade med delaktighet (principen att respektera autonomi) och att utsätta patienten för lidande (principen att inte skada).

ENKÄTSVAREN EFTER RONDERNA om insikter om det etiskt problematiska visade ett oväntat resultat, men som stämmer väl överens med resultatet från intervjustudien. De flesta av insikterna efter ronderna passade inte in i traditionell etik i meningen rätt och orätt, utan handlade mer om psykosociala insikter. Dessa liknade en hermeneutisk utgångspunkt. I korthet innebär det att tolka och förstå komplexiteten i en situation och vara öppen för olika perspektiv. Detta kan leda till att man blir medveten om sina förutfattade meningar och ett nytt gemensamt perspektiv uppstår. I den här studien illustrerades hermeneutisk utgångspunkt av insikter om ett vidgat perspektiv på patienten och en ökad medvetenhet om relationen till andra yrkeskategorier.

ETISK REFLEKTION I DEN KLINISKA verkligheten ger intryck av att skilja sig markant från traditionell etikundervisning om hypotetiska patientfall. Patienten finns i ett sammanhang där psykosociala aspekter och relationer till patienten

Figur 3

En modell för team dialog om vården av den svårt sjuka patienten



»En del sjuksköterskor som från början var mycket positiva till etikronder kände sig frustrerade över att de inte ledde fram till ett beslut.«

och inom personalgruppen påverkar och gör problemet mer komplext.

I den kvantitativa delen av enkäten uppgav 76 procent av vårdpersonalen att de fått nya insikter om den etiska problematiken i måttlig till hög grad. Däremot stimulerade inte ronderna till den etiska reflektion som deltagarna hade förväntat sig. Intervjustudien gav rikare kunskap om orsakerna. Sjuksköterskornas frustration över utebliven lösning har givit anledning till ett förslag att ändra modellen, för att hitta en balans mellan etisk analys, konflikt- och problemlösning (Figur 3).

HUVUDRESULTATET FRÅN DE båda studierna visar en önskan om att fortsätta teamdialogen och att nå ett gemensamt mål för vården av svårt sjuka patienter. Rådet till kliniker är att anordna vårdkonferenser i första hand och i andra hand etikronder.

Avhandlingen har endast behandlat personalens perspektiv. Internationella och nationella etiska riktlinjer förordar patientens delaktighet i beslut, men resultaten från många studier visar låg patientdelaktighet. Patienter blir inte tillfrågade om sin vilja, men det finns patienter som är för sjuka att delta, som inte vill delta och en del vill ha all behandling som är möjlig, även om den inte har någon effekt.

I dessa situationer måste läkaren inte bara ta ställning till ändamålsenligheten med behandlingen (om den kan förlänga livet), utan också till meningsfullheten som är en subjektiv värdering. Då kan vårdkonferenser eller etikronder med berörd personal bidra med fler perspektiv och ge en

bättre helhetsbild av patienten som stöd för läkarens beslut.

I Svenska Läkaresällskapets etiska riktlinjer för beslut angående hjärt-lungräddning från år 2000 förordas samråd med berörd personal, men förvånande är att i deras riktlinjer vid ställningstagande om att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling från år 2007 har samrådet med berörd personal fallit bort.

Då europeiska studier saknas om klinisk etisk reflektion får denna utvärdering betraktas som en stor pilotstudie. Den kan främst ge förståelse för vad etisk reflektion innebär och ge kunskap om styrka och svagheter för att kunna utveckla klinisk etisk reflektion ytterligare. ■



Text av **Mia Svantesson**, sjuksköterska Palliativa konsultteamet och forskningshandledare, Karlskoga lasarett, sjuksköterska Smärtsektionen och forskningshandledare Vårdvetenskapligt forskningscentrum, Universitetssjukhuset Örebro. mia.svantesson@orebroll.se

Fotnot: Mia Svantesson lade fram sin avhandling »Postpone death? Nurse-physician perspectives on life-sustaining treatment and ethics rounds« den 16 maj 2008 vid Universitetssjukhuset i Örebro.



NovoLet[®]
solution injectable
insuline humaine, ADNr
Novo S.A.

Hur kan vi underlätta övergången till vuxenvård för unga?

Många vårdgivare i barnsjukvården känner oro inför att lämna över sina patienter med kroniska sjukdomar till vuxenvård. När det gäller typ 1 diabetes insjuknar allt fler under barn- och ungdomsåren vilket har ökat belastningen inom barn diabetesvården. Det innebär också att allt fler ungdomar kommer att utsättas för en övergång mellan två olika vårdkulturer. En slutsats av Carina Sparud Lundins avhandling är att en viktig förutsättning för integrerad diabetesvård är att skapa mötesarenor för vårdgivare från både barn- och vuxensidan. Detta efterfrågas av vårdgivare, ungdomar och deras föräldrar och påverkar den enskilde patientens upplevelser av möten i vården under en sårbar tid i livet.

JAG HAR I MITT avhandlingsarbete genomfört fyra olika studier som på olika sätt belyser övergången från barn till vuxenliv och vuxenvård för ungdomar med diabetes. För att få en djupare förståelse för hur vårdgivare, ungdomar och deras föräldrar hanterar denna situation, genomfördes deltagande observationer av patientbesök och intervjuer med läkare och sjuksköterskor på barn- respektive vuxenmedicinska diabetesmottagningar. Intervjuer med ungdomar och föräldrar gjordes cirka två år efter övergången, samt analys av chattinlägg på en nationell hemsida för ungdomar/ unga vuxna med diabetes. Dessutom följdes en grupp med 104 ungdomar mellan 18 till 24 år via medicinska journaler avseende sjukdomskontroll och utnyttjande av diabetesvård.

Många parallell-processer i övergången till vuxenliv

Ungdomar genomgår stora förändringar fysiologiskt och känslomässigt men också socialt. Många ungdomar med di-

abetes upplever det extra betungande att sköta sin egenvård i en utvecklingsperiod som kännetecknas av frigörelse från föräldrars omsorg och utveckling av den egna identiteten. Resultaten visar att föräldrarna tycker det känns svårt att lämna den trygga invanda miljön på barndiabetes-mottagningen medan ungdomarna tycker det är dags att gå vidare. Vårdgivarna på både barn- och vuxensidan uttrycker att det är svårt att hitta lämpliga sätt att möta ungdomarnas behov i en tid när annat i livet ofta har högre prioritet än att på bästa sätt sköta sin diabetes. I samband med övergången till vuxenvård är det viktigt att undersöka ungdomarnas kunskap och egenvårdskapacitet eftersom föräldrarna tidigare varit mer aktiva när det gäller att anpassa familjens vardag till sjukdomen.

Ur medicinsk synvinkel är det väl känt att ungdomar och unga vuxna med typ 1 diabetes har, som grupp betraktat, sämre sjukdomskontroll än under någon annan period i livet, vilket också bekräftades i vår studie. Endast kvinnornas glykemiska kontroll förbättrades signifikant under perioden och då på grund av den större skillnaden i HbA_{1c} vid 18 års ålder. Hela gruppen låg under åren 18 till 24 år mellan 7–8 procent i HbA_{1c} (Mono-S) vilket är betydligt högre än den gräns som Svenska Diabetologföreningen rekommenderar (< 6 %). Utvecklingen av den mildaste formen av ögonförändring vid diabetes ökade från fem procent vid 18 års ålder till närmare 30 procent vid 24 år vilket också är i linje med andra studier.

Vilka skillnader finns mellan barn- och vuxenmedicinsk diabetesvård?

En viktig skillnad som framkommer i en av studierna är vilken relation föräldrar och unga har till vårdgivarna i barn- respektive vuxenmedicinsk diabetesvård. I följande citat beskriver en mamma som har två barn med diabetes vad vårdgivarna inom barnsjukvården har betytt för henne: →



IBL / SCIENCE PHOTO LIBRARY

»...de är ju de enda som vet hur man kämpar. De vet ju det och ändå kan de inte riktigt sätta sig in i det, för de har det inte i sitt vardagsliv, även om de matas med det, hela tiden i sitt yrkesliv då... Men de är de enda som man kan lätta på garden lite grann för...«

DENNA KVINNA HAR ALDRIG deltagit vid något besök efter det att hennes son hade överförts till vuxenvården, vilket innebar en drastisk skillnad jämfört med kontakten hon hade haft med och det multi-dimensionella stöd hon känt från vårdgivarna på barnsidan. Ungdomarna uttryckte att de kände sig mindre sedda som individer på vuxensidan, där bristande kontinuitet med framförallt diabetesläkare, glesare besök och ett opersonligare bemötande svarade för de största skillnaderna. Å andra sidan genomfördes intervjuerna endast två år efter övergången varför de ännu inte hade hunnit etablera en tillitsfull relation till den nya vårdgivaren. Det fanns dock skillnader i organisatoriska förutsättningar och vårdstrategier som minskade deras »synlighet« i vården på vuxensidan. Att byta vårdgivare kunde också innebära att »nya dörrar öpp-

nades« och en del unga uppskattade den ärliga och raka kommunikationen som de upplevde med vårdgivarna inom vuxenvården.

Ungdomarna gjorde fler besök inom barn diabetesvården (3,6 besök/år) jämfört med vuxensidan (2,7 besök/år). Kvinnorna i vår studie gjorde signifikant fler besök än männen inom vuxenvården, en skillnad som inte återfanns på barnsidan. Till skillnad mot vad flera tidigare studier visat, gjorde patienter med sämst sjukdomskontroll flest besök inom vuxenmedicinsk diabetesvård trots att både vårdgivare, föräldrar och ungdomar upplevde att det fanns mindre resurser där. Det har vi tolkat som att resurserna ändå fördelas till de som bäst behöver det.

Hur förändras relationen till föräldrar och andra närstående under denna tid?

Föräldrar utgör fortfarande det viktigaste stödet, i synnerhet vid akuta situationer och mamman beskrivs ofta vara en viktig stöttepelare för att kunna hantera livet med diabetes.

Ungdomarna uttrycker en ökad medvetenhet om egna styrkor och svagheter avseende egenvårdskapacitet. En del

beskriver också en gradvis tilltagande anpassning till sjukdomen och ett större ansvarstagande, vilket en 22-årig man beskriver så här:

»...sen jag blev lite mer vuxen... så sköter jag allting just nu. Hon brukar påminna mig lite då och då och fråga mig om jag har tagit mina sprutor. Så till exempel i morse när jag skulle ta spruta så sa jag att jag gjorde det«

FÖR DE UNGDOMAR som flyttat hemifrån blir givetvis det dagliga stödet från föräldrar mindre och kan istället utgöras av stöd från, i förekommande fall, en sambo. Partners omsorg är viktigt trots att de ofta inte bedöms ha kompetens när det gäller diabetespecifika frågor.

I analysen av chatt-inläggen på en nationell hemsida för unga med diabetes, visade sig kommunikationen mellan unga, ofta helt okända för varandra, utgöra ett kravlöst, genuint bekräftande och ofta lärande stöd att hantera diabetes i det dagliga livet. Existentiella problem eller andra känsliga saker som kan upplevas svårt att prata med andra om kan på detta sätt ventileras. Många visade sig härigenom få utlopp för frustration över tjatiga föräldrar (och ibland även vårdgivare) utan att relationen behövde äventyras. Detta kan alltså utgöra ett kanske delvis underskattat men också initierat stöd för unga med diabetes och kan komplettera det som närstående och vårdgivare kan erbjuda.

Faktorer som kan påverka förutsättningar för integrerad diabetes vård

Medelåldern för överföring till vuxenmedicinsk diabetesvård var i vår studie 19.8 år, det vill säga året för eller efter studentexamen, vilket också har varit praxis tidigare på många mottagningar i Sverige. Tiden mellan sista besök på barnsidan och första besök på vuxensidan var i genomsnitt sju månader i journalstudien vilket är en ganska lång tid för en sårbar grupp. I synnerhet där man inte hade särskilda överföringsstrategier ökade risken för remisser som kommit på avvägar, vilket nedanstående citat från en 22-årig kvinna är ett exempel på:

»...jo men det tog ett tag för jag började till och med fråga. Efter nästan ett år, tror jag det var... så ringde jag till dem på barnavdel-

ningen och frågade hur det skulle gå till eftersom jag inte hade fått något brev hem eller så. Och det var efter lite tjat som jag fick lite tid då (på vuxensidan)«

PÅ GRUND AV DEN ÖKADE belastningen på många kliniker eftersträvas nu att överföra patienter tidigare det vill säga vid 18 år. Det kommer därför att bli ännu viktigare att hitta former för integrerad diabetesvård i framtiden. Konkreta exempel på enkla åtgärder är att man vid sista besöket på barnmottagningen har personal med från både barn- och vuxenvård, alternativt vid första besöket på vuxensidan. Ett annat exempel, som förekom vid ett av sjukhusen i studien är kombinationstjänst där läkare eller sjuksköterska arbetar på både barn- och vuxenmottagningen, vilket visade sig överbrygga många problem. Varken nationellt eller internationellt är detta vanligt förekommande, trots att en sådan organisation ökar kunskapen om rutiner och strategier på respektive enhet samt skapar naturliga mötesarenor. Studien visade också att det är svårare att överbrygga skillnader mellan barn- och vuxendiabetesvård vid större sjukhus med många mottagande enheter.

En mer optimal vårdform som kräver större organisatoriska förändringar skulle innebära att övergången mellan barn- och vuxenvård kunde vara mer flytande med flexibel överflyttning ända upp till 25 till 30 årsåldern. Detta skulle antagligen bättre motsvara unga människors behov i en tid när vuxenblivandet, i traditionell mening, sker senare och genomgås under en längre period. Jag hoppas att avhandlingen kan bidra till en diskussion om hur vården kan förhålla sig till samtida sociala förändringar, organisatoriskt såväl som på det individuella planet i mötet med begynnande vuxna som har diabetes. ■



Text **Carina Sparud Lundin**. Barnsjuksköterska, Fil.dr., Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. E-post: carina.s-lundin@fhs.gu.se

Avhandling: *Living with diabetes during transition to adult life- Relationships, support of self-management, diabetes control and dia-*

betes care. Avhandlingen kan laddas ner från <http://gupea.ub.gu.se/dspace/handle/2077/10029>



IBL / SCIENCE PHOTO LIBRARY

Nedfrysning av organ kan i framtiden bli en möjlighet till flera transplantationer.

Transplantation med frusen grislever ger hopp

En ny metod för lyckad nedfrysning, upptining och transplantation av grislever har utvecklats vid Israeli Agricultural Research Organization i Bet-Dagan. Om metoden visar sig vara framgångsrik även när det gäller mänsklig lever, som har ungefär samma storlek, banar den väg mot en »bank för nedfrusna organ, färdiga att transplanteras«.

EN LEVER SLUTAR SNABBT att fungera utan genomblödning, och blir obrukbar inom ett dygn. Risk finns att organet går förlorat på grund av logistikproblem eftersom det är så kort om tid. Med hjälp av nedfrysning skulle man få mer tid på sig, och fler organ skulle därmed kunna tas tillvara.

– För att begränsa cellskadorna är det viktigt att levern kyls ner mycket långsamt. Det förebygger att det bildas iskristaller i levern under tiden i frysen, säger Amir Arav som leder forskningsteamet.

Levern spolas ren från blod, kyls ned och packas sedan in mellan ett par vanliga kylklampor som vanligen innehåller flytande nitrogen. På det här sättet kyls levern ner med 0,3 grader per minut ner till minus 20 grader på cirka en och en halv timme.

Före transplantation till en annan gris tinas levern upp under 20 minuter. Levern sätts in som en andra lever hos grisen.

När den är på plats får den snabbt sin vanliga röda färg som tecken på god cirkulation, och den börjar producera bilirubin, som visar att levern fungerar som den ska. Efter ungefär två timmar avlivs grisen, och man analyserar då på funktion och celler i den auxiliära levern.

RESULTATET ÄR VÄLKOMMET bland leverforskare, men skulle vara mer övertygande om levern varit kvar i grisen längre tid, samtidigt som den befintliga levern tagits bort. Då hade den auxiliära leverns arbete kunnat utvärderas bättre.

Av djurskyddsskäl har Arav varit förhindrad att utföra sina försök under längre tid än två timmar. Men han hoppas att de positiva resultaten ska möjliggöra fortsatta försök under längre tid.

Bland annat skulle han vilja utvärdera hur lång tid en lever kan lagras, liksom vilken temperatur som är den mest optimala.

Forskarteamet har hittills kunnat konstatera att en råttlever klarat att vara nedfusen i minus 80 grader i tre veckor och fungerat efter upptining, men då transplanterades den inte till någon annan råtta.

I Kalifornien har ett forskarteam lyckats tina och transplantera en rattas lever som varit nedfusen i tre månader. ■

Källa newscientist.com, 1 oktober 2008



Dialyspersonal får anpassad medicinteknisk utbildning

PÅ DANDERYDS SJUKHUS AB har vi ett utbildningsprogram för dialyspersonal. Vi har tre återkommande utbildningar:

Akutdialys och vattenrening är vår viktigaste utbildning. All personal ska vara med på den en gång per år. Vi utbildar i smågrupper med 4-5 personer samtidigt. Utbildningen är utformad som en akutsituation där personalen får koppla upp vattenrenare och dialysapparat med alla moment. De följer en instruktion och gör alla moment tillsammans med en dialysingenjör. Vi tycker att det är viktigt att öva praktiskt minst en gång årligen då det kan vara långt mellan tillfällena som man får tillfälle att köra en dialys utanför dialysavdelningen. Man glömmer fort. Vi utbildar också om hur vår centrala vattenrenare på dialysavdelningen fungerar; hur man startar hetdesinfektion, vilka delar som ingår i vattenrenaren och varför man har dem. Utbildningarna tar en timma. Personalen skriver sedan in i sitt utbildningskort att de deltagit i utbildningen. Utbildningskortet finns i ett program som heter Pingpong.

NÄSTA KURS ÄR; *Dialysapparaten*, en jämförelse mellan de dialysapparater vi har på avdelningen. Vi jämför en Gambro- och en Freseniusmaskin. Personalen är med i vår verkstad och vi öppnar maskinerna och förklarar hur de fungerar med hjälp av ett flödesschema. Alla uppmanas att ställa så många frågor de kan komma på, inga frågor är dumma! Vi berättar vilka fel som är vanliga och varför de uppstår. Man får lära sig enkel felsökning på sal och att åtgärda problem som att bibagen inte fyller sig, ventrycket visar fel eller att maskinen inte suger A-koncentrat. Det brukar komma upp massor av frågor. Den här utbildningen är lagom att gå när man jobbat tre månader eller mer på dialysen. Rekommendationen är att man går den vart tredje år.

Den tredje utbildningen heter *Medicinskteknisk säkerhet*. Den återkommer två gånger per år och vi samlar en större grupp helst mer än tio personer i vårt konferensrum. Föreläsningen handlar om hur vi gör dialyserna säkrare med tonvikt på elsäkerhet. Vilka regler gäller för mobiltelefoner, datorer, värmedynor och TV? Vad finns det för faror

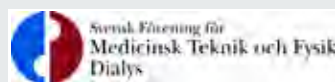
med läckströmmar och central dialyskateter? Vi ger också exempel på dialysolyckor ur databasen Reidar. Rekommendationen är att man går den vart tredje år.

HANDHAVANDEUTBILDNINGAR på olika moduler i dialysmaskinerna sköts oftast av en utbildningssköterska från respektive företag. MTA ger utbildning på infusionspumpar när behov finns till exempel om det är stor personalomsättning.

Vi har en apparatgrupp på dialysen som har regelbundna möten cirka fyra gånger om året. I den ingår chefsjuksköterska, sjuksköterskor, undersköterska och dialysingenjör. Vi går igenom incidenter som rapporterats i sjukhusets databaserade rapporteringssystem Händelsevis. Rutiner granskas under lupp för att se om de behöver ändras. Nya kunskaper från kongresser och dialysmöten diskuteras.

DEN 19 FEBRUARI 2009 är det SLS (Svensk Läkemedelsstandard) seminarium på Danderyds sjukhus AB. Läkemedelsverket kommer hit och berättar om sin inspektionsverksamhet och vilka krav som ställs på dialysavdelningar för tillredning av dialysvätska som är ett läkemedel. Programmet förnyas varje år med några ämnen. Anmälan sker på MTF-D hemsidan: www.mtfd.se. ■

Text **Gunnar Malmström**, ordförande i MTF-D www.mtfd.se



Vill du bli medlem i MTF-D?

Betala då medlemsavgiften 300 sek/år till vår moderförening MTF och anmäl dig därefter via e-post till vår medlemsregistrator. Medlemskapet innebär att man får ett brett kontaktnät med »dialysingenjörer« i Sverige. Dessutom får du tidningen Dialäsen och Dagens Medicin. Se mer information om att bli medlem: www.mtf.nu

DIALÄSENS CHEFSDAGAR PÅ SÅSTAHOLM

En god ledare genomför visionen

Olika dimensioner av ledarskap var temat för årets chefsdagar. Det är först när chefen pekar med hela handen som det kan hända något. Men för att lyckas måste chefen vinna medarbetarnas förtroende så att de vill haka på. Det menade Ami Hommel, disputerad sjuksköterska i Lund. Hon har med god hjälp av starka och karismatiska ledare vandrat från kvast till doktorshatt.

ATT VARA CHEF ÄR EN FORMELL position som innebär att ha ansvar vare sig man vill eller inte. Man är den som har mandat att fatta beslut för att nå resultat.

En ledare däremot vänder sig till den känslomässiga delen av hjärnan, och är den som man vill följa efter. Men det behöver inte alltid vara ett ledarskap som är bra, ett exempel på en karismatisk ledare är Hitler. Han dök upp i rätt tid, och fick folk att vilja följa med honom.

Mandela är ett mer positivt exempel på en stark ledare som aldrig revansch, trots att han satt fängslad i 30 år, utan fick helt oblodigt med sig folk sig på banan.

En positiv ledare ser utmaningen och säger »varför inte«, medan den negativa ledaren visserligen ser utmaningen men säger »varför«.

– Det är stor skillnad på varför inte och varför, menar Ami.

Den positiva tänker att det finns 80 procents chans att lyckas medan den negativa anser att det är 20 procents risk att misslyckas. Gemensamt för de båda ledartyperna är att de vanligen tar mycket plats, kan vara påfrestande och envisa. Men när den negativa bromsar, gasar den positiva. Det är entusiasterna och visionärerna som för världen framåt.

– Det finns alltid krokodiler, frågan är bara hur stor plats de får ta, menar Ami. Det bästa är att hantera dem som ron-dellhundar; kör runt dem, men inte över dem.

– Och krokodilerna är ofarliga såtillvida att de syns, det är värre med hajarna som simmar med ryggen nedåt.

AMI BERÄTTAR OM sin egen karriär som började 1976 på lands-tingstvädden. Trettio år senare, i maj 2007, disputerade hon. Vägen har kantats av ett antal goda ledare, som varit förebilder genom att vara mänskliga, karismatiska och professionella.

Hon lyfter fram ett antal chefer som är exempel på goda ledare, som har betytt mycket för hennes karriär. De såg hennes kapacitet och gav henne, steg för steg, möjligheten att utveckla den.

Som till exempel den moderliga klinikchefen Berit som på 70-talet tog Ami »upp i värden«, från städerska till sjukvårdsbiträde. Berit gick runt och pratade med personalen, och hon kände alla vid namn.

Som sjukvårdsbiträde ambulerade Ami runt på olika avdelningar, men till ortopederna var det alltid roligt att komma. För här fanns en bra chef, som skapade ett bra klimat. Och det var till ortopederna Ami återvände efter sin sjuksköterskeexamen.

KERSTIN ULANDER var Amis största inspiratör och ledarförebild under hela resan. I mitten av 80-talet tog Kerstin som första sjuksköterska *primary nursing* till Sverige. Tack vare Kerstin blev Ami intresserad av god omvårdnad redan under sin praktik på kirurgen i andra terminen på sjuksköterskeutbildningen. Det var också Kerstin som sedan inspirerade Ami att läsa värdvetenskap, och att ägna sig åt utvecklingsarbete och

forskning, och fick henne att engagera sig i riksföreningen för medicin och kirurgi.

Det är viktigt att all vård är evidensbaserad och förankrad i hela verksamheten. Då först blir vården säker och effektiv.

Hennes egen forskning har handlat om att förbättra vården för patienter med höftledsfrakturer, som är en skör grupp inom vården. Vanligen är de äldre människor, många är multistjuka och orsaken till att de brutit sig är oftast att de ramlat. I de flesta fall på grund av blodtrycksfall, infektion eller förvirring. Lång väntan på akuten, nya miljöer, fasta inför operation och smärta förbättrar inte situationen.

2005 FICK ORTOPEDKLINIKEN vid universitetssjukhuset i Lund kvalitetspris för att de minskat långa väntetider drastiskt genom att ändra sitt arbetssätt. Kvalitet är att göra rätt saker på rätt sätt, och göra förbättringar utifrån befintliga resurser.

För att kartlägga och förbättra logistiken kring höftledspatienter gick alla inblandade kliniker ihop och tittade bland annat på tid från skadan tills patienten fick sin första smärtlindring, hur länge patienten fick vänta på operation och förekomst av trycksår. Det ledde till ett effektivare arbetssätt där hela vårdkedjan, från ambulans till operation, var delaktiga, och resulterade i att väntetiden kortades och vårdkvaliteten därmed ökade. Tidig operation, inom 24 timmar, minskade risken för katabolism, urinvägsinfektion och trycksår. Den totala vårdtiden kortades med två dygn.

Men det var först när resultaten förankrades hos en chef som satte ner foten och sa att »så här ska vi ha det, annars kan vi inte ge en god vård« som förbättringarna kunde bli verklig. Samtidigt är det lika viktigt för chefen att medarbetarna finns med på banan för att lyckas.

Och hur lyckas man med det?



Ett gott ledarskap är nödvändigt för att lyckas, menade Ami Hommel. Hennes väg från skurhink till doktorshatt har kantats av många starka ledarförebilder.



Kafferasten, ett bra forum för diskussion och utbyte av erfarenheter.

Ami menar att det är genom att vara en förebild, en ledare. Och hon ger exempel på chefsjuksköterskan Marie som får personalen att trivas genom att ge mycket feedback, både positiv och negativ, och hon frågar alltid efter resultaten. En god idé är att låta människor arbeta med det de är bra på, då växer man och så går det som man är mindre bra på bättre av bara farten.

INSPIRERADE AV AMIS föreläsning ledde Marie Nykvist och Agneta Pagels, ordförande respektive vice sekreterare i SNSF, en diskussion vid middagen. Föreningens syfte är att utveckla njurmedicinsk omvårdnad och att verka för en god och säker njursjukvård i enlighet med evidensbaserad kunskap. Även om Amis specialitet är ortopedi kan mycket knytas an till hennes kunskap och erfarenheter.

Ami har implementerat forskningsresultat i hela vårdkedjan, hon är självständig och drivande, och hon har stannat kvar i den patientnära vården med sin kunskap. Och hon poängterade vikten av att ha positiva förebilder.

En lärande organisation, högt i tak och kreativt klimat är viktigt för arbetstillfredsställelsen. Chefens inställning och förhållningssätt är betydelsefullt eftersom hon har makt och därmed stora möjligheter att påverka. Hon måste dessutom →



Marie Nykvist och Agneta Pagels var entusiastiska diskussionsledare.

vara visionär, väl påläst inom vårdvetenskap, vara uppmuntrande och följa upp arbetet.

Agneta och Marie refererade till föreläsaren på förra årets chefsdagar, Ann Gardulf, vars forskning kring arbetstillfredsställelse visade att det viktigaste för många av de 500 tillfrågade sjuksköterskorna var att deras professionella kunskap tillvaratogs och att den utvecklades samt att det fanns stöd för utveckling och forskningsarbete.

Marie menade också att många medarbetare har egna visioner, och man bör låta dem utveckla dessa, de fixar det själva och betyder så mycket. Släpp krafterna fria, och ta vara på de resurser som finns, lägg kraften på det positiva. Att ha rätt personal är en framgångsfaktor för en chefsjuksköterska. Det gäller också att dela med sig av kunskap och erfarenheter, att ha öppna sinnen och inte vara för snabb att tycka att andra har fel.

Publiken fick tre frågor att diskutera. Vad är omvårdnadsutveckling? Vilka skulle kunna vara framgångsfaktorer hos en chefsjuksköterska när det gäller att leda utvecklingen inom omvårdnad framåt?

Vad skulle du rent praktiskt kunna göra i ditt arbete för att leda omvårdnadsutvecklingen framåt?

Omvårdnadsutveckling går hand i hand med evidensbaserad vård. All vård ska bedrivas efter bästa tillgängliga bevis, kunskap och forskningsunderlag.

Marie menade att det därför är viktigt att hela tiden jobba vidare med frågeställningar kring omvårdnadsutveckling både på chefsdagar och inom SNSF. ■

Text **Anna-Lena Byström**

Fotnot: SNSF är en egen sektion inom SSF. På SSFs hemsida, www.swenurse.se, finns dokument att ladda ner om till exempel strategier för vårdutveckling. Inom SSF finns även ett nätverk för vårdutvecklare. Dialäsens Chefsdagar genomförs nästa gång 30/9–1/10 2009.

CARIN GÖTBLAD:

Kvinnliga

En kvinnlig chef i manliga hierarkier kan ha det tufft. Men Carin Götblad menar att det är just i sådana miljöer som kvinnliga egenskaper behövs. Som polischef idag har hon även god nytta av sin erfarenhet som förskollärare.

Hon är en orädd chef som vågar röra om i grytan och som har förmåga att engagera hela sin personalstab. Under chefsdagarna delade hon med sig av knepen.

CARIN GÖTBLAD är länspolismästare i Stockholm, Sveriges största polismyndighet, och basar över 7000 anställda. Vägen hit har gått via olika chefsbefattningar i glesbygd, där poliskåren ofta bemannas av män med hög medelålder och gamla strukturer fortfarande lever kvar.

– Om jag verkar burdus, så beror det bara på att jag har lärt mig det mesta den hårda vägen. Jag kan vara ganska snäll också, inledde hon leende sin föreläsning. Och avslöjar att hon även har ett förflutet som förskollärare.

– Polischef och förskollärare är en jättebra kombination, och ofta har jag mer användning för min förskolläraryrket än min juristexamen.

– Som kvinna i en mansdominerad yrkeskår gäller det att inte anpassa sig, menar Carin. För kvinnor har många egenskaper som behövs för ett bra chefskap. Och om man anpassar sig försvinner ju själva poängen med det.

Sedan förra året driver Carin en satsning som går ut på att rekrytera kvinnor över 45, som inte tidigare varit chefer, till olika chefsbefattningar. Den här gruppen är en tillgång, de har kunskap och erfarenhet, vanligen äldre barn och tjugo år kvar till pension. Det är utmärkt att de får en andra chans i yrkeslivet.

– Jag ser dessutom tydlig skillnad på resultaten i de rotlar som har kvinnliga chefer.

Carins tips till kvinnliga chefer

- Håll isär yrkesroll och person
- Satsa inte bara på en sak. Sura inte för att du inte fick ett visst jobb
- Behärska dig för ditt eget bästa. Lämna saker bakom dig
- Motgångar har alla, det som skiljer är hur man hanterar dem. Tänk »när jag har gått igenom det här är jag starkare«
- Förstärk dina goda sidor, brottas inte med de svaga
- Sjunk inte ner i orättvisor
- Stärk självförtroendet
- **Karriärtips:** Ta jobb på ett »hopplöst« ställe, dit ingen annan vill. Allt du gör kan bara bli till det bättre. Vips finns en språngbräda till nästa karriärsteg.



chefer behövs

MEN CARIN MENAR att i vissa lägen förväntar sig folk en »riktig karl med pondus«, som till exempel som ledare i en mördarjakt. Det inget automatiskt förtroende. En kvinna i samma förrättning har däremot både kroppsspråk och utseende emot sig eftersom det är vad folk lägger märke till, inte vad hon faktiskt gör.

– I samband med jakten på Anna Lindhs mördare fick jag mejl där man tyckte att jag borde gå hem till min man och vila, och klippa en snygg page, berättar Carin. Och man ansåg att det krävdes en kroppshållning som Hans Holmér hade för att inge förtroende i en mördarjakt. Men jag bara undrar – vem av oss två lyckades bäst med att hitta mördaren? Och inte tror jag att min kollega Leif Jennekvist som satt bredvid mig fick några frisyrtips på mejlen.

Carin har utvecklat en genomtänkt metod för sitt chefskap, som har visat sig hålla i både små och stora organisationer.

Konceptet bygger på att inte vara auktoritär utan lyfta fram medarbetarna och låta dem göra jobbet. Men det gäller att få med sig alla nerifrån och upp.

När man kommer till en ny arbetsplats måste man bilda sig en uppfattning om hur det ser ut just här. Hur ser den fysiska och psykiska arbetsmiljön ut, och framförallt vad anser personalen?

– Jag brukar ställa två enkla frågor, vad är bra och vad är dåligt, säger Carin. På arbetsplatsen är man ofta överens om vad som fungerar dåligt, däremot är man mindre enig om hur problemen ska lösas.

Det gäller då att ta fram faktaunderlag hur det egentligen förhåller sig och inte bara gå på rykten. Det är inte alltid den som skriker högst som har mest att komma med, och det kan löna sig att ge utrymme till andra mer tystlåtna. .

CARINS LÖSNING PÅ de flesta problem är arbete i tvärgrupper. Ju mer blandad och oväntad sammansättning av medarbetare desto bättre. Det lyfter fram så många aspekter som möjligt och gör frågan väl förberedd före beslut. Tvärgruppsarbete hindrar också fördomar, perspektiven måste vidgas.

Gruppen måste alltid lämna förslag där det tydligt ska framgå vem som ansvarar för frågan, och hur den ska genomföras. Tydlighet förhindrar anarki. Om förslaget sedan inte godkänns accepteras det vanligen, det viktiga är att det har beaktats.

Tvärgruppernas arbete bör följa en given tidsplan, med tydliga tidpunkter för beslut och genomförande. Tidsaxlar lugnar folk, de ser att det händer något, och att inget hemlighålls.

Om tvärgruppsarbetet inte fungerar beror det ofta på att chefen har gått i fällan och lagt sig i.

– Håll ut, det blir mycket bättre beslut om man väntar. Acceptera att det inte alltid blir som du tänkt dig.

– VÅGA LÅTA FOLK BYTA PLATS med varandra. Det är inte givet att den som är mest insatt i en fråga är den som ska vara drivande, menar Carin

Ibland kan det få oanade effekter. Som till exempel den gången då Carin

istället för att ge en hundförare en ny hund erbjöd honom att arbeta med jämställdhetsfrågor.

– Det är inte farligt att testa. Jag sa till honom att han fick prova ett halvår, om han inte gillade det skulle han få återgå till sitt arbete som hundförare, berättar Carin.

I sin okunskap inom området jämställdhet, och om hur arbetet borde skötas rent formellt skickade hundföraren ut frågor och påståenden som väckte starka känslor hos övriga medarbetare. Många blev upprörda och undrade om hundföraren verkligen hade rätt i det han mejlade ut, och man diskuterade som aldrig förr.



Carin Götblads personliga och målmedvetna ledarskap har förnyat och effektiviserat polisväsendet, en traditionstyngd organisation.

Ut kom konstruktiva förbättringar, även om hundföraren valde att gå tillbaka till sitt gamla jobb. Och fick en ny hund, som han hade önskat.

Och Carin poängterar att man inte ska vara rädd för konflikter, de utvecklar och engagerar. Då hittar man också ofta pudelns kärna. Om allt som sägs är politiskt korrekt sker inga förändringar.

– Man behöver inte vara rädd om det stormar lite, bara man vet vart man ska, och är konsekvent.

OM MAN NU INTE FÅR MED SIG personalen, vad gör man då?

Jo Carin menar att om det inte hjälper att locka, då är det faktiskt okej att skrämma till engagemang. Bara man inte luras.

– På en arbetsplats där det gick trögt att få igång personalen, la jag ut namnen på dem som hade engagerat sig på intranätet (efter OK från berörda), bland annat killarna i garageget och skrev att det var de som skulle få ett stort inflytande i viktiga frågor. Det fick folk att kvickna till.

Det gäller att lägga kraften där det lönar sig. Ge kredit till dem som engagerar sig. Spela på människors goda sidor, och stärk deras eget jag.

– Jaga inte dem som inte gör det de ska eller som kastar grus i maskineriet, utan satsa på dem som vill nåt.

Den som inte kommer på arbetsplatsträffen anser väl inte

att frågan är tillräckligt viktig, och får skylla sig själv om beslut fattas utan att den har sagt sitt.

Carin menar att ett annat bra sätt att finna lösningar är fråga dem det verkligen gäller. Fråga till exempel missbrukarna på Sergels torg vad de behöver för att kunna sluta med sitt missbruk istället för att gissa vad det kan vara, varför ungdomar säger sig hata polisen eller hur kvinnliga poliser tycker att deras arbetsklädsel ska se ut.

– Sverige fick sin första kvinnliga polis 1954. Men det var först i början av 90-talet, nära 40 år senare, som man tog fram kvinnoanpassade uniformer. Bara män satt i arbetsgruppen, och det förslag som kom ut var byxkjol. Som om det var ett lämpligt arbetsplagg när man ska jaga bovar, berättar Carin.

– Misslyckanden är tecken på mod och drivkraft. Vågar man sticka ut och göra mer än det som förväntas riskerar man också att misslyckas, menar Carin.

Och hon framhåller att om klimatet är öppet, om man regelbundet har samtal om vad som gick bra och vad som gick dåligt, blir det inte så svårt att erkänna sina misslyckanden. Syndabockskultur däremot gör att folk drar sig för att tala om sina missar. Som chef är det förstås viktigt att man erkänner när man gjort ett misstag.

– Om någon som söker jobb hos mig inte har misslyckanden i bagaget saknas förmodligen den rätta drivkraften och den sökande får oftast inte jobbet.

HOS CARIN ÄR CHEFSJOBBS villkorat med enskild psykologhandledning under första halvåret.

– Många blir provocerade i början, men väljer sedan att fortsätta även efter det obligatoriska halvåret.

Dessutom måste alla poliser som är i kontakt med allmänheten ha grupphandledning under sex månader, även bland dessa väljer många att fortsätta längre. Personlig mognad är viktigare än alla managementprogram. ■



Text **Anna-Lena Byström**

Fotnot: Den 4 november tilldelades Carin Götblad Affärsvärldens ledarskapspris »Årets ledare 2008«. Motiveringen lyder: »Genom ett kreativt, målmedvetet och starkt personligt ledarskap har pristagaren förändrat och förnyat en stor och traditionstyngd organisation. Resultatet är effektiviseringar, stärkt intern moral och höjt anseende för myndigheten.»

Besök på ett av världens största transplantationscentra

Transplantationscentrat på University of Minnesota Medical Center, Fairview Hospital i Minneapolis, USA, har funnits sedan 1963 och här utförs flest transplantationer i världen.

SJUKHUSET *Fairview Hospital* är tätt sammanknutet med universitetet och ligger på universitetsområdet i Minneapolis. Omkring 7000 personer är anställda på sjukhuset som har både slut- och öppenvård och många olika specialiteter, bland annat organtransplantation. Transplantationscentrat är ett av de största och äldsta i världen och man började med njurtransplantationsverksamhet 1963. Sedan dess har cirka 6500 njurtransplantationer genomförts och över 3000 transplantationer har gjorts med njurar från levande givare. Det är mer än på något annat center i världen. Idag njurtransplanteras drygt 200 patienter per år och omkring 60 procent av njurarna kommer från levande givare, det vill säga en mycket stor andel. Centrat har stora program också för pankreastransplantation och pediatrik njurtransplantation och man transplanterar även lever, tarm, hjärtan och lungor.

Transplantationskoordinator Cathy Garvey var min kontaktperson på transplantationscentrat och hon organiserade mitt studiebesök under våren 2008. Jag fick bland annat gå med olika transplantationskoordinatorer, vara med på mottagningsbesök, patientutbildningar, behandlingsmottagning och på en vårdavdelning. Under mina veckor på transplantationscentrat fick jag se mycket av både sådant som är likt och sådant som skiljer sig från våra svenska förhållanden.

På *The Transplant Office* finns ungefär 30 transplantationskoordinatorer. Ansvarsområdena är väldigt uppdelade, exempelvis finns koordinatorer för njur- eller leverdonatorer, flera koordinatorer för mottagare av respektive organ före transplantation och på samma sätt efter transplantation och ytterligare en koordinator som ansvarar för njurväntelistan. På väntelista för njurtransplantation sätts patienten upp när den glomerulära filtrationsnivån är under 20 ml/ minut. Fördelningen av organ från avlidna donatorer sköts av en ifrån sjukhuset fristående organisation, Life Source. Väntetiden för att få en njure från en avliden givare är i regionen fyra till fem år. Alla levande njur- och leverdonatorer utreds på transplantationscentrats mottagning och utredningarna görs väldigt snabbt och tar en till två dagar.

På transplantationscentrat har man utarbetat omfattande



informations- och utbildningsprogram. Bland annat finns två mycket informativa DVD:er om njurdonation och njurtransplantation som skickas hem till donator och transplantationspatient inför första mottagningsbesöket. Inför organtransplantation får patienten komma till sjukhuset på en *Pre Transplant Class* dit även anhöriga är välkomna och efter transplantationen ingår två olika utbildningstillfällen, så kallade *Post Transplant Classes*, innan utskrivningen från sjukhuset. Undervisningen sker i grupp och ett särskilt utbildningscenter – *The Learning Center* – ansvarar för all utbildning av patienter och anhöriga både före och efter transplantationen.

EN AV DE STORA SKILLNADERNA mellan sjukvården i Sverige och i USA är det ekonomiska. För att bli transplanterad vid *The Transplant Center, University of Minnesota Medical Center, Fair-*



Transplantationskoordinator Cathy Garvey

Minneapolis – The Twin Cities.



NORDIC PHOTOS / SUPERSTOCK

view Hospital måste man ha en privat försäkring som täcker kostnaderna. På sjukhuset finns en hel avdelning, *The Financial Department*, som bara arbetar med att undersöka och utreda om de som söker vård har försäkringar som täcker kostnaderna för de olika behandlingarna innan personen kan »bli patient« på sjukhuset.

NÄST SISTA KVÄLLEN jag var där hade jag turen att få vara med på en fest organiserad av *The Transplant Office* för fjolårets levande njur- eller leverdonatorer, något som kallas *The Living Donor Recognition Event*. Det var fjärde året man hade en sådan fest men i år var det första gången som också mottagarna av organen var medbjudna. Ett 70-tal personer deltog och efter att alla ätit sig mätta av en stor buffé inledde doktor Najarian, som är en veteran inom transplantationsverksamheten (han



FAKTA Minneapolis

Staden Minneapolis har knappt 400 000 invånare och under senare år har den helt vuxit samman med Saint Paul, som är huvudstad i delstaten Minnesota. De båda städerna kallas tillsammans ofta *The Twin Cities*. Den största delen av University of Minnesota ligger i The Twin Cities och över 45 000 studenter är inskrivna bara i dessa städer.

Staten Minnesota har historiskt varit hemvist för många skandinaviska och tyska emigranter. När det gäller skandinaver var det främst normän och svenskar som slog sig ner i Minnesota, men där finns också en stor del av den amerikanska urbefolkningen, indianerna.

Minneapolis har drygt 400 000 invånare och av dessa är elva procent norskättlingar och åtta procent svenskättlingar. Floden Mississippi rinner rakt igenom staden och delar den. Namnet Minneapolis är sammansatt av ordet *minne* som på indianspråket Dakota betyder vatten och det grekiska ordet *polis* för stad, alltså vattenstad.

I Minneapolis finns *The Swedish-American Institute*, ett spännande museum med en immigrantutställning och en utställning om den svenska sjuksköterskeskolan som tidigare fanns i staden. Institutet har 15 000 medlemmar och man ordnar traditionellt svenskt midsommarfirande och luciafirande varje år.

är nu över 80 år), med att prata lite transplantationshistorik och sedan tacka alla donatorer. Därefter berättade en levertransplanterad man sin historia om hur en arbetskamrat till honom erbjudit sig att bli leverdonator och så småningom också blev det. Senare släpptes ordet fritt till dem som ville komma fram och berätta sin historia. Efter lite trugande kom en efter en fram och berättade. Det var väldigt spännande



och rörande att höra både patienters och donatorers berättelser. Det blev en lyckad fest och att ha *The Living Donor Recognition Event* är ett fint sätt att också ifrån sjukvården visa de levande donatorerna sin uppskattning. ■

Text och foto **Annette Lennerling**



Den vänstra bilden visar Isabelle Dinoire i juni 2001, fyra år innan hon blev illa biten i ansiktet av sin hund. De andra två bilderna är tagna i november 2006, ett år efter ansiktstransplantationen, och visar Isabelle med respektive utan smink. Det tog 18 månader innan hon kunde le igen, men läkarna är nöjda med resultatet och tycker att Isabelle har kämpat på bra.

Psykologiska svårigheter efter ansiktstransplantation

I NOVEMBER 2005 blev Isabelle Dinoire från Frankrike svårt biten av sin hund i ansiktet.

När Jean-Michel Dubernard, kirurgen som utförde operationen på sjukhuset i Amiens i norra Frankrike, säger att när han såg hur svårt skadad Isabelle var, övertygades han om att något måste göras för att hjälpa den här kvinnan. Isabelle Dinoire transplanterades med kinder, näsa och mun från en avliden donator sedan NHS ethics board gett etiskt tillstånd att genomföra operationen.

Tre år efter sin ansiktstransplantation är hon fortfarande osäker på vems ansikte hon ser i spegeln, och hon har ännu inte landat i sin nya identitet.

– Det är inte mitt, det är inte donatorns, det är någon annans, säger hon. Det är en besynnerlig form av transplantation, och det tar en fruktansvärt lång tid att vänja sig vid någon annans ansikte som sitt eget.

Dessa psykologiska svårigheter engagerar nu de läkare som var inblandade i genomförandet av operationen för tre år sedan.

Ansiktet är unikt för varje individ, och kan därför inte jämföras med transplantation av andra organ som lever, njure och hjärta. Ansiktstransplantationer är inte livsuppehållande, och på grund av det har etiska kommittéer ofta förhindrat att de utförts.

ISABELLE DINOIRE säger att det också har tagit lång tid att träna upp ansiktsmuskulaturen igen, och att få så normal känsel som möjligt. Vid ett tillfälle fanns tecken på avstötning, vilket kunde förhindras genom ökade doser av immunosuppressiva läkemedel.

Om ansiktstransplantationer borde förbjudas eller ej tar Isabelle Dinoire inte ställning till men anser att det är viktigt att människor som erbjuds att få ett nytt ansikte verkligen tänker efter då det totalförändrar livet.

– Nu har jag kommit så långt att jag ändå kan se mig i spegeln, och tycka att jag ser något vackert. ■

Källa Mail on line, 2 november 2008

NORDIATRANS XXXVII KONGRESS, 6.-7. MARS 2009, I FREDRIKSTAD MED TEMAET

»Infeksjon i dialyse- og transplantasjonsperspektiv«

Vi i den lokale kongresskomité hilser alle hjertelig velkommen til Norge, Fredrikstad og Nordiatrans 37. kongress. Kongressen består av gjeste- og medlemsforelesninger, parallell- sessioner for teknikere samt medisinskteknisk utstilling.

Kongressinformasjon Fredrikstad 2009

Rica City hotel. Den XXXVII Nordiatrans kongressen holdes på Rica City hotel, som ligger midt i sentrum av Fredrikstad. Selve konferansen vil bli avholdt i City Scene som ligger i hotellet, og er Fredrikstads store revy-scene. Å holde konferansen i disse lokalene vil bli litt annerledes enn det vi er vant til fra tidligere, men ikke desto mindre både spennende og intimt.

Kongressens tema: Infeksjon i et dialyse- og transplantasjonsperspektiv

Tema for kongressen er infeksjon i dialyse- og transplantasjonsperspektiv. I henhold til tradisjonen er første dag på kongressen temadagen. Gjesteforelesere er hentet for å belyse temaet.

Årets gjesteforelesere er blant annet:

Marie Aakre, sykepleier og Leder av Faglig Etisk Råd. Hun er utdannet sykepleier fra 1968, har lang erfaring som sykepleier, særlig innen kreftomsorg, som høgskolelærer, oversykepleier, sykepleiefaglig veileder, verdiarbeider og prosjektleder i ulike prosjekt.

Trond Haukedal, er psykologen som gikk sine egne veier – og ble en av landets ledende kursholder, foredrags- holder og motivator...

Han var ferdig utdannet psykolog fra Univeritetet i Bergen i 1985. Gjennom arbeid i psykiatrien ble han senterleder i Knarvik senter, deretter i Oasen senter – før han endte som annonsesjef i Bergens Tidende. Han grunnla Trond Haukedal AS i 1994.

Ingjerd Manner, Cand. med. fra 1992, har arbeidet som sykehuslege siden.

Hun har jobbet innenfor reumatologi, og mange år innenfor infeksjonsmedisin. Fra 2005 har hun arbeidet i ny-

remedisinsk avdeling ved Ullevål Universitetssykehus. Hun har drevet med undervisning, mest som et ledd i klinisk tjenestevirksomhet.

På kongressens to dager vil det også være medlemsforelesninger. Vi er takknemlige for insendte bidrag som vi ser som betydningsfulle for en innholdsrik kongress.

Send inn ditt abstrakt for poster!

Vi har allerede mottatt og behandlet abstrakter til foredrag. Abstract til poster har frist 15. januar 2009. Som medlem får du fri kongressavgift om du deltar i posterutstillingen.

Utstilling

Som en del av kongressen settes det opp en medisinskteknisk utstilling med siste nytt innen det nyremedisinske området. Kaffe vil bli servert i utstillingslokalet. Vi anbefaler alle et besøk i utstillingen i pausene.

Nordiatrans-stand

Under kongressen vil det være en Nordiatrans-stand som er bemannet i pausene med representanter fra styret. Her gis informasjon om foreningen samt mulighet til diskusjon med noen av styremedlemmene. Ønsker du medlemskap i Nordiatrans, ta kontakt for informasjon.

Idèbanken

Idèbanken kommer til å være ved Nordiatrans-standen. Kom gjerne med ideer og materiale som du ønsker å dele med øvrige kolleger i Norden.

Øversettelse

Alle abstrakter vil bli oversatt til svensk og finsk.

Sosialt arrangement

Fredag kveld blir det mottakelse i Gamlebyen i ærverdige omgivelser. Lørdag kveld blir det kongressmiddag og god underholdning på Rica City hotel.

Påmelding

Påmelding til kongressen gjøres via internett på andres-



Kongresskomiteen med Mona Richvoldsen, Anette Siebenherz, Lone Kuløy og Torunn Schei. (Liv Berger saknas) hilser alle velkommen til Fredrikstad!

sen www.nordiatrans2009.dk eller via Nordiatrans hjemmeside www.nordiatrans.org der det også er link til kongressbyrået. Påmelding samt hotellreservasjon skjer på samme blankett. Etter at påmelding og betaling er mottatt sender kongressbyrået, Van Hauen, en personlig bekrefteelse på deltagelse. For mer informasjon, se påmeldingsblankett.

Vil Du bli medlem i Nordiatrans?

Du blir medlem gjennom å betale inn medlemsavgiften till Ditt lands kasserer.

Priser

Pris for beste medlemsforelesing
Pris for beste poster
Pris evalueringsblankett
Pris for beste idé

Kontaktinformasjon

For mer informasjon, ta gjerne kontakt med den lokale kongresskomité:

Lone Kuløy, Lone.kuloy@so-hf.no

Ansvarsområde: Leder av kongresskomiteen, kontaktperson for kongressbyrå, ansvar for medlemsforelesere

Torunn Schei, Torunn.schei@so-hf.no

Ansvarsområde: Utstillings- og sponsoransvarlig

Mona Richvoldsen, Mona.richvoldsen@so-hf.no

Ansvarsområde: Utstillings- og sponsoransvarlig

Liv Berger Bleie, Liv.bleie@so-hf.no

Ansvarsområde: Sekretær

Anette Siebenherz, Anette.siebenherz@so-hf.no

Ansvarsområde: Medlemsforelesere

Vi i den lokale kongresskomité ser frem til en innholdsrik og spennende kongress, og vi ser frem til å treffe deg!

Hjertelig velkommen!



Dags att söka stipendier!

Alla medlemmar i Nordiatrans har möjlighet att söka förningens två stipendier.

Nordiatransstipendet är på 30 000 kronor. Stipendet kan delas på flera.

Nordiatrans resestipendium är 10 000 kronor.

Ansök före 15 februari. All information finner du på: www.nordiatrans.org

Knaphulsteknikk och rebstigeteknik bedste praksis ved hæmodialyse

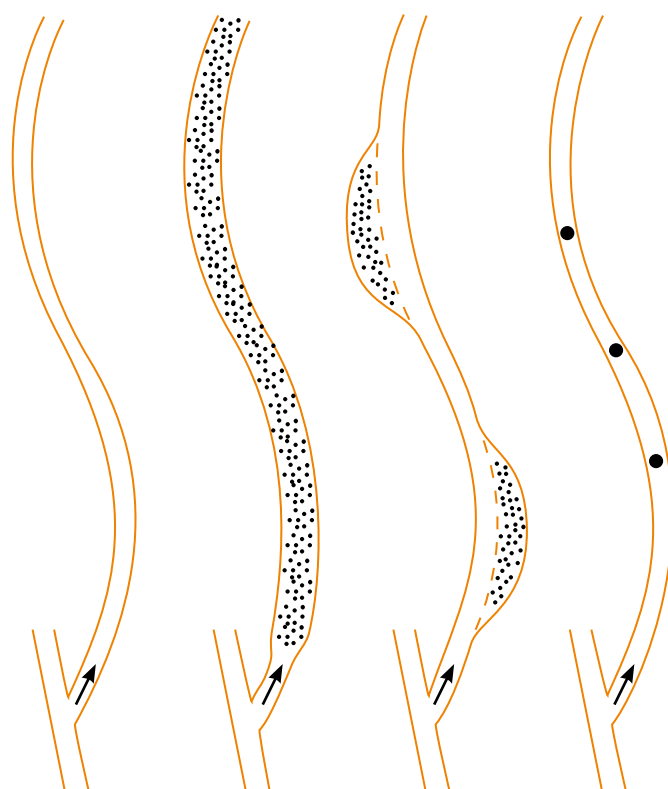
Speciel-interessegruppen adgangsveje under Faglig Sammenslutning Nefro arbejder med at indsamle og udveksle den nyeste viden fra ind- og udland. Vi ønsker at bringe øget fokus på plejen af dialyse karadgangsveje og udvikling af stikketeknikker til gensidig faglig inspiration og til gavn for landets hæmodialysepatienter.

En velfungerende dialyseadgangsvej fistel, graft eller dialysekateter er en vigtig forudsætning for, at hæmodialyse patienter kan få en optimal behandling. Der er kun et begrænset antal muligheder for etablering af en dialyse karadgangsvej, så for at sikre og forlænge funktionen er plejen af karadgangsvejen meget vigtig. Det betyder, at udvikling af en skånsom stikketeknik af A/V-fistel (AVF) og A/V-graft (AVG) er vigtige elementer indenfor sygeplejen.

Ifølge internationale guidelines (1,2,11) bør AVF være 1. valg som karadgangsvej, hvor det overhovedet er muligt på grund af den lave komplikationsrate og længere funktions-tid i forhold til AVG og dialysekatetre.

Der findes tre former for stikketeknik (3,8):

1. Rebstigeteknik er en stikketeknik, hvor hele venekarret benyttes til kanylering. Der skiftes mellem indstikstederne ved hver hæmodialyse med en afstand på en cm fra forrige stikkested.
2. Arealteknik er en stikketeknik, hvor begrænsede steder på venekarret benyttes til kanylering. Venekarret er derfor præget af stikkeaneurismer.
3. Knaphulsteknik indebærer at kanylen anlægges i det samme indstikssted og med samme kanyleringsvinkel ved hver hæmodialyse. Der dannes en stikkekanal med en skarp kanyle over mindst 6–10 dialyser, af den samme person, indtil det er muligt i dette indstikssted, at kanylere med stumpe kanyler. (6)



Ej punkterat kärl 1 Rebstigeteknik 2 Arealteknik 3 Knaphulsteknik

I juni 2007 udsendte vi et spørgeskema til landets 29 hæmodialyseafdelinger, inklusive Færøerne. Vi fik svar fra 28 afdelinger.

Det er undersøgelsens formål at beskrive fordelingen af karadgangsveje og stikketeknik på landets hæmodialyseafdelinger og at sammenholde resultatet med den viden og de anbefalinger, der findes for karadgangsveje og stikketeknik nationalt og internationalt. →

Figur 3 og 4 viser resultatet af forespørgslen om, hvorvidt der på afdelingen var et førstevalg af stikketeknik og om afdelingen havde procedure for knaphulsteknik.

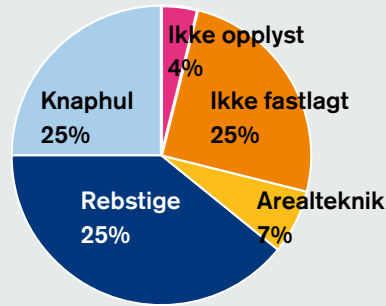
Figur 1 viser:

- at AVF er den mest anvendte karadgangsvej på 24 ud af 28 afdelinger.
- at de fire øvrige afdelinger har dialysekatetret som den hyppigste anvendte karadgangsvej.
- en gennemsnits fordeling af AVF på 62 procent, AVG på 6 procent og dialysekatetre på 31 procent

Figur 2 viser

- At 18 afdelinger ud af 28 anvender alle tre stikketeknikker.
- At 17 ud af 28 afdelinger har oplyst arealteknik som den hyppigst anvendte.
- At fire ud af 28 afdelinger har oplyst rebstige teknik som den hyppigst anvendte.
- At Færøerne kun anvender knaphulsteknik.
- At 25 ud af 28 afdelinger anvender knaphulsteknik.
- Alle dialysecentre på nær Slagelse anvender knaphulsteknik, og ved telefonisk kontakt var Slagelse ved at etablere knaphulter hos en patient
- at Holstebro kun har oplyst antallet af knaphulsteknik, idet der var tvivl omkring definitionen på rebstig- og arealteknik.

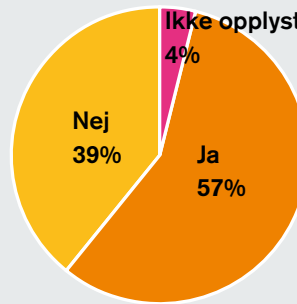
Figur 3 Valg stikketeknik



Figur 3 viser at

- flest afdelinger svarende til 39 procent har rebstige teknik som første valg
- 25 procent har knaphulsteknik som første valg
- 25 procent ikke har fastlagt 1.valg teknik
- 7 procent har oplyst arealteknik som første valg
- 4 procent ikke har oplyst noget 1.valg

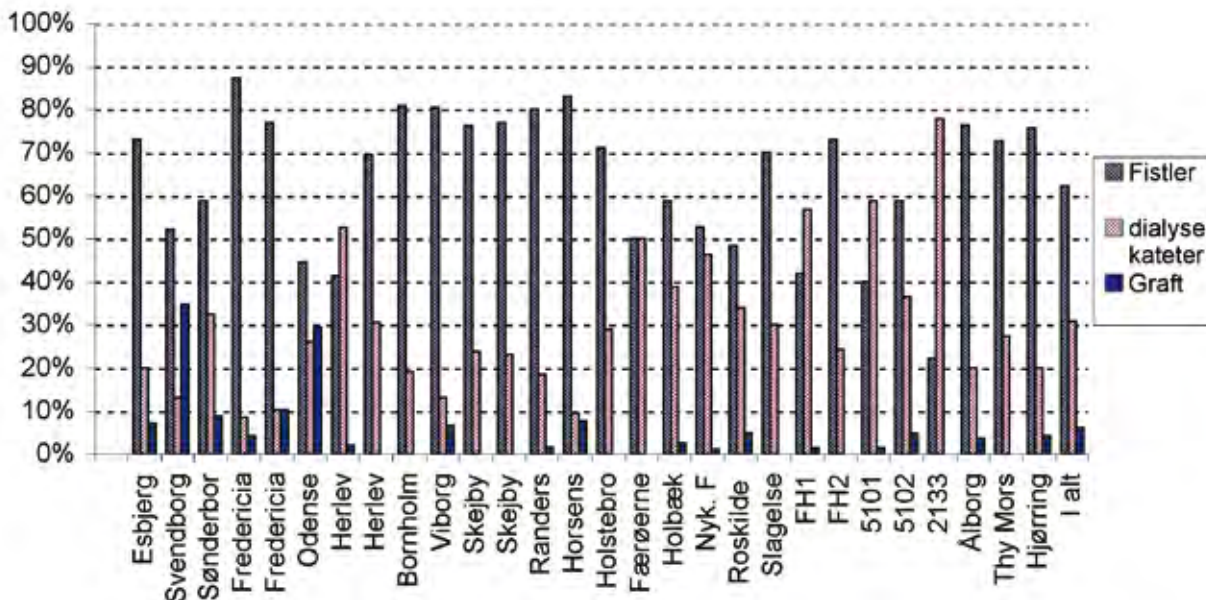
Figur 4 Procedure for knaphuls teknik. Juni 2007



Figur 4 viser at

- 57 procent af 28 afdelinger har kliniske retningslinjer/procedurer/vejledende skriftligt materiale for anvendelse af knaphulsteknik.

Figur 1 Fordeling af karadgangsveje på landsplan juni 2007



Diskussion

KARADGANGSVEJE. Som tidligere skrevet anbefales i internationale guidelines (1,2,11) A/V-fistlen som 1. valg, hvor det er muligt.

Af figur 1 fremgår, at der er store forskelle på landsplan i fordelingen af karadgangsveje. Vi kan også se, at der på samme hospital er store differencer i fordelingen på de forskellige afdelinger.

Sygeplejerske Maibrit Hansen, afd. A6: Fredricia kommenter: »Det nefrologiske center, Fredericia har den målsætning, at patienter, der skal starte i hæmodialyse (HD) og som følges i nyreambulatoriet, skal have en modnet A/V-fistel klar den dag, de får dialysebehov. Det vil sige, at der er stor opmærksomhed på at få henvist patienterne til fistelanlæggelse i god tid. I hvor høj grad dette lykkes, evalueres jævnligt. Især det gode samarbejde med karkirurgerne i Kolding, der anlægger fistlerne i Fredericia, er medvirkende til, at Fredericia har så mange fistler og få katetre.«

Herlev, v/sygeplejerske Helle Jonsson, dialyseafd. »Vi har på Herlev 40 procent A/V fistler og 60 procent permanente katetre. Det er urologer der udfører fisteloperationer. En del af vore fistler udvikler sig ikke sufficient eller tromboserer. Det er vi selvfølgelig ikke tilfredse med. Vi kunne godt ønske os i fremtiden, at det er 1-2 kirurger, der står for opgaven med mulighed for et fistelambulatorium. Vi har per. 1/10 2007 ansat en sygeplejerske med fokus på dette område.«

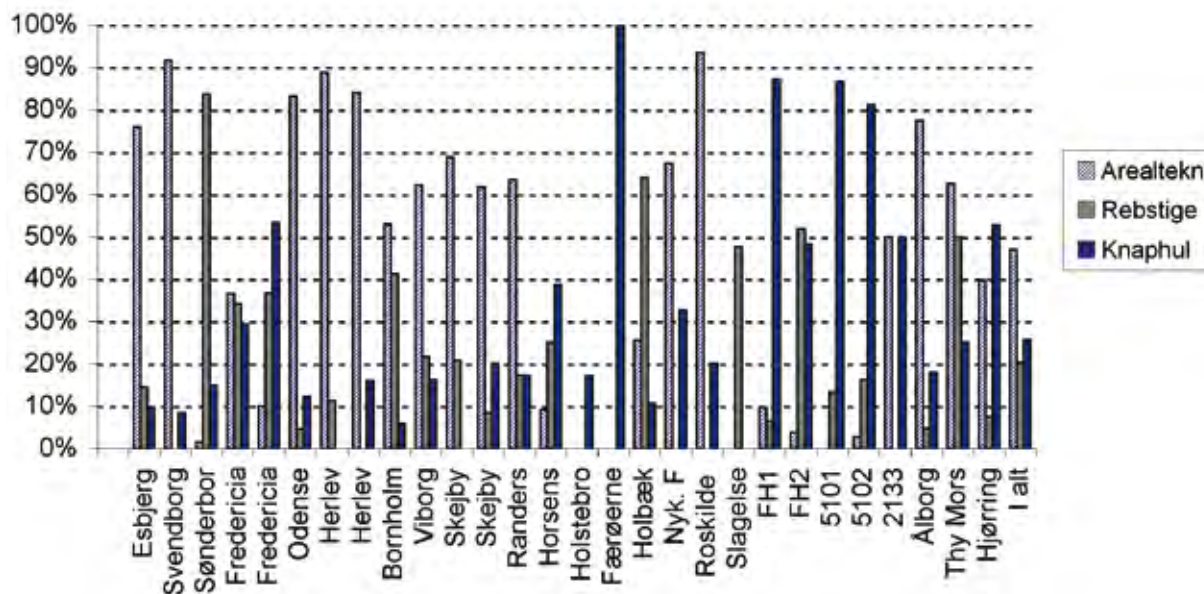
Spæciel-intressegruppen (SI-gruppen) har ikke kunnet finde helt sammenlignelige undersøgelser af nyere dato; men Birgit Damgaard(8) henviser i sin bog til en undersøgelse lavet i Köln i 1991, at ud af 354 operationer blev der anlagt AVF i mere end 71 procent af tilfældene mod cirka 11 procent AVG, og resten cirka 18 procent var andre dialyseadgangsveje. Birgit Damgaard (8) lavede i 1999 i Danmark en tilsvarende op-

gørelse hos patienter i hæmodialyse, og den viste en fordeling på 70 procent AVF, 14 procent AVG og 16 procent andre adgangsveje. Sammenholdes undersøgelsen i Danmark i 1999 med den nuværende fordeling af karadgangsveje, viser fordelingen et markant fald på 8 procent i antallet af AVF, og et tilsvarende fald på 8 procent i antallet af AVG. Med hensyn til dialysekatetrenes andel kan vi ikke sammenligne direkte, idet undersøgelsen i 1999 i Danmark kalder den resterende gruppe »andre adgangsveje«. I herværende undersøgelse indeholder denne gruppe kun dialysekatetre. Hvis vi antager, at gruppen »andre adgangsveje« i de tidligere nævnte undersøgelser er dialysekatetre, viser der sig en markant stigning fra cirka 16 procent til 31 procent i vores undersøgelse.

En vigtig forudsætning for, at øge antallet af AVF er de resourcer, der er til rådighed på de opererende afdelinger. Det kan variere på landsplan. Ligeledes er det forskellige kirurgiske specialer, der varetager fistelanlæggelsen rundt omkring i landet. SI-gruppen mener, det er vigtigt at have fokus på AVF som 1. prioritet af årsager som beskrevet i de internationale guidelines (1,2,11).

STIKKETEKNIK. Som det ses af figur 2, er det meget forskelligt, hvilken stikketeknik der anvendes rundt omkring i landet. Det har været lidt svært at opgøre stikketeknikken helt konkret, idet vi er blevet gjort opmærksomme på, at nogle afdelinger anvender forskellig stikketeknik ved de to kanyler. Det vi kan se er, at arealteknikken er den mest anvendte med 47 procent herefter følger knaphulsteknikken med 26 procent og til sidst rebstigeteknikken med 20 procent. Holstebro hæmodialyseafdeling har kun oplyst antallet af knaphuller, da de har manglet en klar definition på rebstige- og arealteknik i spørgeskemaet for at kunne opgøre fordelingen korrekt. Det er muligt, at dette har været gældende for andre afdelinger også. →

Figur 2 **Fordeling af stikketeknik, Juni 2007**



Rebstigeteknikken har tidligere været bedste praksis og den anbefalede teknik af SI-gruppen til anlæggelse af hæmodialysekanalyser. Efter denne undersøgelse er det vores opfattelse, at denne teknik ofte ikke er blevet/bliver udført korrekt. Vores erfaringer viser, at der ganske vist skiftes mellem stikkestederne ved hver hæmodialyse, men kun på et meget lille areal. Resultatet bliver, at med tiden udvikles rebstigteknikken til arealteknik, og dette med udvikling af stikkeaneurismer, stenoser og pseudoaneurismer til følge (3,8).

Knaphulsteknik er en relativ ny teknik i Danmark, idet det ikke har været muligt at anskaffe stumpe kanyler før sommeren 2006. Vi kan se, at knaphulsteknikken udbredes, idet alle de adspurgte afdelinger anvender denne teknik i større eller mindre grad (fig. 2), og flere kanyler lægges med knaphulsteknik i forhold til rebstigteknik. Måske dette er et udtryk for, at teknikken har manglet som alternativ til rebstigteknikken til de AVF, der er dårligt udviklede, kun har små stikkeområder samt til kanylering af dybtliggende vener.

Fig. 3 viser, at 25 procent af afdelinger har knaphulsteknik som 1:a valg og fig. 4 at 57 procent af de adspurgte afdelinger har kliniske retningslinjer, procedure eller andet skriftligt materiale for anvendelse af knaphulsteknik. Dette tolker vi, som at afdelingerne tror på knaphulsteknikken som alternativ til rebstigteknikken og gerne vil videreudvikle den.

Knaphulsteknikken anbefales i litteraturen på grund af færre smerter ved kanylering, mindre risiko for fejkanylering, mindre udvikling af aneurismer, kortere hæmostasetid og lettere at håndtere for patienter, der selv lægger kanylerne.(1,3,5,6).

SI-GRUPPENS ANBEFALINGER. SI-gruppen vil gerne opfordre landets fistelgrupper/karadgangsgrupper til at arbejde for en ændring af bedste praksis for stikketeknik til knaphulsteknik/korrekt rebstigteknik. (3,5,9,11). SI-gruppen kan kun fraråde anvendelsen af arealteknik på grund af mange komplikationer teknikken medfører for adgangsvæjen.

Konklusion

Denne undersøgelse viser et øbliksbillede på hvordan fordelingen er for AVF, AVG, og dialysekatetre på de dialyseafdelinger, der har deltaget i undersøgelsen. SI-gruppen »karadgangsveje« mener, at andelen af AVF på 62 procent er lav i forhold til de anbefalinger, der foreligger for dialyseadgangsvæje både i Europa og i USA. Vi mener, der ligger en udfordring for det nefrologiske team i at få hævet denne andel.

Vi har 31 procent dialysekatetre i undersøgelsen. Vi mener, dette er en uacceptabel høj procentdel. Vi kan ikke med resultaterne af denne undersøgelse afgøre, hvorfor denne procentdel er steget sådan i forhold til undersøgelsen af 1999 i Danmark. Derfor ønsker vi at undersøge dette nærmere. Det kunne være interessant at følge udviklingen på området.

Et stort mål for SI-gruppen er, at der bliver udarbejdet nogle danske retningslinjer for karadgangsveje, det vil sige anbefalinger for valg af karadgangsvej, forundersøgelse før anlæggelse af karadgangsvejen, monitorering af adgangsvæjen, intervention ved karadgangsvejsproblemer og korrekt stikketeknik.

Vi håber, at denne undersøgelse bidrager til at give et overblik over de enkelte afdelingers fordeling af karadgangsveje og anvendelse af de forskellige stikketeknikker en tilfældig

dag i juni 2007, velvidende at resultaterne kan have forandret sig mange gange siden denne undersøgelse er lavet. Forhåbentlig giver artiklen anledning til en god debat om karadgangsveje og stikketeknikker, samt om de ressourcer der er tilstede til etablering, vedligeholdelse og pleje af karadgangsvejene. ■

Text **Lene Molbo Jensen**, Rigshospitalet.
lene.molbo.jensen@rh.region.dk. **Helle Jonsson**, Herlev. hjonsson@jubii.dk. **Birthe Jørgensen**, Nykøbing Falster. BirtheBJ@dlgtele.dk
Kiss Dyrby Kristensen, Holstebro. kikri@ringamt.dk. **Kirsten Tehrani Frandsen**, Hjørring. ktf@m.dk. **Nete Hauge Mortensen**, Århus N. ne@mortensen.mail.dk. **Maibrit Boldt Hansen**, Fredericia. maibrit.finn@hansen.mail.dk

Språkruta

Danne = bilda, forma
Formål = syfte, ändamål
Forespørgsel = förfrågan
Gensidig = ömsesidig
Hyppig = ofta förekommande
Hyppig = ofta förekommande
Hæve = höja
Jævnlig = vanlig
Opgørelse = hopräkning
På nær = med undantag av
Sammenlignelig = jämförbar
Sammenholde = jämföra
Stumpe kanyler = super cath nålar
Udfordring = urmaning
Vedligeholdelse = bevara, vidmakthålla

Referencer

1. *DOQI guidelines*
2. *Vascularaccesssociety guidelines*.
3. Krönung G, *Die Punktion der Cimino-fistel*, Neue Gesichtspunkte zur Cimino, Sonderdruck, 9/1984.
4. *Forskningsprojekt DOT-OK*, 2004. SIG-gruppen Adgangsveje, FS Nefro.
5. Twardowski, J. Zbylut: *Constant site (buttonhole) method of Needle Insertion for hemodialysis*. Dialysis and Transplantation, vol 24, nr. 10, oct. 1995.
6. *Klinisk retningslinje: Knaphulsteknik og anlæggelse af stumpe kanyler*. Fredericia dialyseafd. A5-6, maj 2006.
7. Gambro Danmark
8. *Den interne arterio-venøse hæmodialyseadgangsvæj*, Birgit Damgård, Forlaget Classic, april 2000.
9. *The salvage of aneurysmal fistulae*, Hemodialysis International 2006, 10: 193-200.
10. Dansk Nefrologisk Selskab
11. *EBPG on Vascular Access*, 2007, Oxford University Pres