

Jag är 47 år gammal. Jag fick min diabetes typ 1 konstaterad när jag var 6 år gammal. Sedan 20-årsåldern har jag haft många tuffa upplevelser. Jag har gjort mig redo att dö, verkligen förlorat livet samt haft över tio livshotande blodförgiftningar. Trots min diabetes är det oftast andra omständigheter som skapat svåra situationer.

Jag är njurtransplanterad 1997 men började min andra omgång dialys 2006 sedan njuren som jag fått av min pappa hade slutat fungera. Jag började med PD hemma. Under våren 2009 gick dialysen så dåligt att vi förberedde att gå över till HD. Förberedelserna kom av sig och jag blev snabbt mycket dålig utan tillräckligt med dialys.

I början av sommaren fick jag en blodförgiftning som följdes av ett halvår med svåra infektioner. Man fann inte något klart infektionsfokus förrän i november. Under tiden hann jag bli så dålig att man övervägde att ge upp mina livsuppehållande dialysbehandlingar som tog hårt på mig.

Det var en svår situation. Utanför dialysen fick jag i mig stora mängder vätska via sondmat och intravenösa behandlingar. På dialysen hade man svårt att dra all vätska som till slut gjorde det svårt för mitt hjärta att slå. Jag fick ofta blodtrycksfall och hjärt- och andningsstopp, ibland flera gånger samma dag. Jag hamnade intuberad på IVA och deras team ryckte också ut till dialysavdelningen.

Min mamma hade en hemsk tid. Hon kallades till sjukhuset flera gånger för att man trodde att jag skulle dö. Hennes kärlek och styrka imponerade på alla. Det lidande och den sorg hon tvingades uppleva är svår att tänka på men jag minns också hennes lilla, ofrivilliga segerdans när en av mina läkare gladdes över att komma med den goda nyheten ”att CRP nu var nere under 200”.

Mitt tillstånd och många episoder gjorde arbetssituationen oerhört svår

för mina dialyssköterskor. Jag blev stadigt sämre. När man till slut övervägde att ge upp var det dock en av mina dialyssjuksköterskor som inte gav sig. Hon fick lov av vår överläkare att fortsätta. Hennes hängivenhet, mod och skicklighet gav mig i slutänden de viktiga extra veckor under vilka situationen till slut vände.

I mitten av november fann man en abscess bakom min lever. den behandlades. Detta löste den akuta situationen. Morgonen därpå vaknade jag med en ny känsla i kroppen av en frisk vind inom mig.

Det var svårt för mina läkare att förstå hur jag skulle kunna återhämta mig från mitt dåvarande tillstånd. Jag var så tård och de tvivlade på att jag skulle överleva trots att man åtgärdat abscessen. Jag gjorde det mot alla odds och under den första tiden gjorde sig alla läkarna på kliniken sig små ärenden förbi min plats för att se mig med egna ögon.

Jag lärde mig att gå igen med en av klinikens obevekliga sjukgymnaster. Vi började med en "promenad" på 6 steg med hjälp av en gästol men sträckorna växte dag för dag. När jag var för svag för att stå på benen drog jag mig fram i en rullstol med hjälp av fötterna tills musklerna var slut.

Att överleva var omtumlande i sig och jag mycket vilsen. Den första tiden fick jag nöja mig med att andas och att sätta den ena foten framför den andra medan ett nytt sammanhang bildas omkring mig.

Jag var också rädd att de många svåra blodtrycksfallen, hjärt- och andningsstoppen skadat min hjärna och skulle jag fortfarande kunna vara jag om min hjärna var skadad?

Jag började lösa sudokupussel under dialysen. Jag har hört att det är en bra hjärngymnastik och jag skulle också få en aning om jag hade tagit

skada. Detta fungerade bra men efter ett års pusslande sinade detta intresse och jag behövde en mer verklighetsförankrad utmaning.

På min mottagning pågick samtidigt ett arbete med att se över planeringsarbetet. Sammansättningen av patienter och behandlingar gjorde det till en svår uppgift.

De båda mottagningarnas i Alwallhuset har cirka 80 patienter knutna till sig. De ger cirka 50 behandlingar dagligen utom lördagar och söndagar då antalet är ungefär hälften så stort. Antalet platser är 30 stycken men under olika pass är grupper av platserna stängda.

För att få dagens arbete att flyta smärtfritt måste sjuksköterskorna hinna med alla sina starter och avslut utan att de krockar. De patienter som behandlas av samma sjuksköterska bör placeras på samma sida på mottagningen. Patienter och behandlingar kan också ställa olika krav på avskildhet, maskinval etc. Det är alltså en grannliga uppgift att sätta samman ett fungerande för mottagningarna.

Sjuksköterskorna Sofie Thuresson och Petra Szentes utvecklade tillsammans med enhetscheferna Marie Nykvist och Martin Hagman en arbetsmetod för att underlätta planeringsarbetet.

Utgångspunkten för metoden är att var mottagningen är uppdelade i *sidor* som har ett antal platser, ett antal behandlingar och ett antal arbetande sjuksköterskor under ett arbetspass.

För att sätta samman ett schema grupperar man patienterna som ska behandlas i *patientgrupper*. Grupperna är sammansatta så att tider för start och avslut inom en grupp inte krockar. De färdiga grupperna skall vara sammansatta så att de sinsemellan ger en jämn arbetsfördelning mellan sjukskö-

terskorna. Antalet grupper matchar antalet arbetande sjuksköterskor under arbetspasset och fördelas mellan dem.

På de två kroniska mottagningarna planeras dagarna för bägge mottagningarna huvudsakligen av en av de fyra driftsansvariga sjuksköterskorna. De har ansvar för detta två veckor åt gången.

Planeringsarbetet är manuellt även om schemaläggning sker i kalkylblad skapade i Microsoft Excel. Man har också en plankalender att skriva in avvikelser från de fasta rutinerna i. Det kan till exempel vara bokade sittronder eller om en behandling är flyttad på grund av ett läkarbesök.

På dator i ett kalkylblad har man ett veckoschema med inbokade behandlingar. Ett veckoschema för de kroniska behandlingarna utgör mall för nya veckoschema.

Man tar också fram dagsplaneringar i Excel. Man tar fram ett sådant för varje för- och eftermiddagspass enligt mottagningarnas öppettider. Dessa har en rad för varje öppen plats på den aktuella mottagningen och ett antal kolumner med information.

Kolumnerna ger namn på patienten, om det krävs en speciell sorts maskin. Man kan också se tider för start och avslut på behandlingarna, när taxi lämnar och hämtar mm.

Två filer som var innehåller en Excel workbook rymmer alla dagsplaneringar för respektive mottagning. Varja vecka kopieras förra veckas workbook och används som förlaga till nya dagsschema. Information ärvs på så sätt av kommande veckors workbook.

När en uppsättning kalkylblad är färdig skrivs den ut och utskrifterna sätts in i en pärm speciellt avsedd för detta. Plankalendern och pärmen fungerar sedan som driftsjuksköterskans arbetsverktyg under dagen men andra sjuksköterskor kan också gå till pärmen för att kolla upp ett aktuellt schema

eller skriva upp något i plankalendern.

Schemat för ett specifikt arbetspass på en mottagning överförs inför arbetspasset till en central whiteboard. En sådan finns på båda mottagningarna. På denna kan sedan se vilken plats var patient skall ha. Man kan också se vilka tider som gäller för start och avslut samt ”övrig” information som tidigt avslut, rond, eventuella undersökningar på eller utanför mottagningen. Detta fungerar alltså som en central informationspunkt för mottagningen i det dagliga arbetet.

Under de 18 månader jag då hade tillbringat på dialysen i vaket tillstånd hade jag iakttagit och lärt mig mycket om det dagliga arbetet där. En sak jag hade märkt till var den krävande uppgiften att hålla reda på all information och schema kring planeringsarbetet på mottagningen. Jag tänkte att jag skulle kunna konstruera ett datorprogram för att underlätta detta.

Inledningsvis tänkte jag konstruera ett minimalt verktyg, ett program som utifrån listor på behandlingar, platser och antal sjuksköterskor som indata och från detta lämnade en dagsplanering som resultat. Tanken var att man skulle använda en dagsplanering som indata. Programmet skulle då följa mottagningens arbetsgång och därmed vara lätt att integrera i arbetet,

Personalen på mottagningen förstod tidigt fördelarna med att automatisera delar av planeringsarbetet och hade redan funderat på sätt att datorisera arbetet men inte funnit någon passande lösning. När jag visade dem mitt pågående arbete växte planerna fort och jag fick byta mitt projektmål. Sofie Thuresson kom att bli den mest drivande från mottagningens sida och har stor del i att vi har kommit så här långt.

Systemet fick tidigt namnet BEDTIME. Med tiden har målet blivit att

skapa ett system som skall ersätta både kalkylbladen och plankalendern. Nu lagras all information (fasta tider, om- och avbokningar, ronder etc) i en central databas. Genom ett web-gränssnitt kommer man åt schema, patientlistor och översikter från mottagningarnas datorer. Man kommer med tiden även att kunna använda systemet via telefoner och plattor.

En webapplikation och en databas gör systemet tillgängligt för alla arbetsdatorerna samtidigt. Sjuksköterskorna kan se varandras ändringar. Systemet blir tillgängligt för alla apparater som kan läsa websidor (datorer, läsplattor och telefoner).

På enheten har man redan planer på att skaffa en läsplatta för driftsjuksköterskorna. Man har också tänkt på möjligheter att använda projektorer för mottagningarnas whiteboard.

BEDTIME har visats upp vid flera tillfällen med lyckat resultat på kliniskt möte, för enhetscheferna vid övriga dialysmottagningar i Region Skåne och för representanter för regionens IT-sektion.

I december 2012 tilldelades jag till och med ett stipendium från Marcus Lindes Minnesfond. Detta var bland annat för mitt arbete med planeringsarbetet på enheten.

IT-sektionen håller på att handlägga en inlämnad ansökan från enheten att få använda BEDTIME i det dagliga arbetet och med riktig patientdata. Vi hoppas att kunna ta BEDTIME i drift inom ett halvår.