



ABSTRACT

ANIVA HÖSTKONGRESS

17-18 NOVEMBER 2016 UPPLANDS VÄSBY

torsdag 17 november 09.00-09.45

Genusmedicin, skillnad mellan kvinnor och män biologiskt och sociokulturellt

Birgitta Hübinette, Utbildningsledare Centrum för Genusmedicin, Karolinska institutet.

Kunskaper om biologiska, sociala, psykologiska och ekonomiska olikheter och likheter mellan kvinnor och män och dess konsekvenser för sjukdom, hälsa och rehabilitering har betydelse för den vårdkvalité vi som professionella vårdgivare erbjuder våra patienter. Kunskapen kan bidra till en förhöjd vårdkvalité- och arbetslivs kvalité, sänkta kostnader genom minskad risk för ineffektiva och eller felaktiga vårdinsatser. De patienter vi idag möter och som vi i framtiden kommer att möta många flera av, kommer att vara pålästa om sin ohälsa, sjukdom och om könsskillnader vad gäller vård, behandling och rehabilitering. Att ha kunskaper om genus, känns absolut nödvändigt för att kunna möta framtidens patienter på ett bra sätt.

Lagstiftningen säger att vi ska erbjuda alla en jämlik vård. Vad innebär det, jo att alla ska ha rätt och möjlighet att få den vård, behandling och rehabilitering man behöver. För att kunna uppnå detta så måste hänsyn tas till kön, ålder, socioekonomiska aspekter(klass), etnicitet, religion och sexuell läggning. Och inom vården måste man i sin profession ha kunskaper om detta så att inga förutfattade meningar eller felaktiga antaganden kan äventyra kvalitet och patientsäkerhet.

torsdag 17 november 10.20-10.50

Är hög syrgaskoncentration perioperativt bra för kroppen?

Anil Gupta, docent, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset Solna

Patienter som genomgår kärllkirurgi har en betydligt högre risk för att få kardiovaskulära och cerebrala komplikationer perioperativt, jämfört med patienter som genomgår annan typ av kirurgi. Detta kan bero på andra sjukdomar som ofta finns hos denna patientpopulation i form av koronarsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, njurinsufficiens, diabetes mm. Dessutom kan rökning vara en bidragande faktor till perioperativa komplikationer vilket är vanlig hos dessa kärllkirurgiska patienter.

Syrgasbehandling har använts i flera decennier för att minimera risken för hjärtinfarkt och stroke hos patienter med bland annat koronar- och cerebrovaskulär sjukdom. Ökad syrgas-tillförsel kan öka syrgastransporten till vävnaden. Dock har ett flertal studier som publicerats under de senare åren ifrågasatt fördelen med extra tillförsel av syrgas (hyperoxi). Detta gäller för hjärtinfarktpatienter och för tidigt födda barn. Orsaken till detta kan vara minskat koronarblodflöde p g a ökad systemisk och koronar vaskulär resistans, ansamling av reactive oxygen species (ROS), eller

reperfusionsskada från oxidativ stress. Den senare kan leda till apoptos (celldöd) som speciellt drabbar myokardiella celler eller cerebrala neuron. Trots risker används syrgas idag utan läkarordination vid en rad olika tillstånd.

Denna prospektiva, randomiserade studie avser att jämföra syrgastillförsel i inandningsluft med enbart luft perioperativt, för att sedan undersöka om tillsatt syrgas påverka risken för kognitiv dysfunktion, hjärtinfarkt, stroke, njurinsufficiens eller långtidsmorbiditet/mortalitet hos patienter som genomgår kärlkirurgi. Om vi med denna studie kan visa att det är skadligt med syrgas i höga koncentrationer kan detta ändra hur vi behandlar patienter under operation och även på vårdavdelningar. Vi räknar med att kunna börja rekrytera patienter till studien från och med september 2015 och räknar med att studien pågår under ca 2-3 år. Dataanalys och publicering planeras till hösten 2018.

Hemodynamik vid sepsis

Markus Castegren, MD, PhD, Funktions-områdeschef Intensivvård Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI), Karolinska Universitetssjukhuset

Although substantial amount of evidence is present in this area, most key decisions on the management of these patients remain dependent on physiological reasoning and on pathophysiological principles rather than randomized controlled trials. During primary (early) re-suscitation, restoration of adequate arterial pressure and cardiac output using fluids and vasopressor and/or inotropic drugs is guided by basic hemodynamic monitoring and physical examination in the emergency department. When more advanced level of monitoring is present in these patients, i.e. during secondary resuscitation (later phase in the emergency department and in the ICU), hemodynamic management can be guided by more advanced measurements of the macro circulation. Our understanding of the microcirculation in septic shock is limited and reliable therapeutic modalities to optimize it do not yet exist. No specific hemodynamic treatment strategy, be it medications including fluids, monitoring devices or treatment algorithms has yet been proved to improve outcome. Moreover, there is virtually no data on the optimal management of the resolution phase of septic shock. Despite these gaps in knowledge, the data from observational studies and trials suggests that mortality in septic shock has been generally decreasing during the last decade.

torsdag 17 november 10.20-10.40

Välkomna alla chefer och ledare till Anlva!

Helen Berthelson, ordförande i Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård

torsdag 17 november 10.50 – 11.30

Ledarskap för omvårdnad-magnetisk dragningskraft på sjuksköterskor

Oili Dahl, specialistsjuksköterska intensivvård, med.dr., biträdande verksamhetschef Gastrocentrum, Karolinska Universitetssjukhuset

Gastrocentrum, Karolinska Universitetssjukhuset startade 2014 Omvårdnadsakademien för att ge sjuksköterskor bättre möjligheter för utbildning, utveckling och forskning. Omvårdnadsakademien har inspirerats av Magnetmodellen, en organisationsmodell från USA, med syfte att höja sjuksköterskornas kompetens och öka vårdkvaliteten för patienterna. Omvårdnadsakademien är en klinikövergripande modell för alla sjuksköterskor och undersköterskor som önskar att driva och medverka i vårdutvecklings- och forskningsprojekt. Omvårdnadsakademien fokuserar på att stärka och tydliggöra sjuksköterskornas roll i syfte att öka patientsäkerhet och vårdkvalitet. För att få en optimal vård runt patienten krävs att alla professioner samarbetar i team. Samarbetet ska utvecklas även inom akademien och det vårdvetenskapliga perspektivet ska ingå i klinisk forskning. Omvårdnadsakademien är ett forum där forskningsfrågor kan diskuteras och handledarstöd finns. Ett resultat av Omvårdnadsakademien är att sjuksköterskor stannar i högre utsträckning på kliniken än tidigare och att nya tjänster för 26 biträdande universitetssjuksköterskor med eget vårdansvarsområde har inrättats i syfte att öka patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Akademien drivs av disputerade sjuksköterskor, universitetssjuksköterskor.Handledning, metodstöd och utveckling av den pedagogiska miljön sker i nära samarbete med olika lärosäten. Inom Omvårdnadsakademien bedrivs utbildningsaktiviteter inom grund-, vidare- och forskarutbildning. Studentsalar har införts för att stärka den pedagogiska miljön för studenter. Regelbundna Journal Clubs hålls på enheterna. Kompetensmodell för sjuksköterskor inom klinisk vård har implementerats och områden där strategiska satsningar ska göras har identifierats. Personcentrerade arbetssätt implementeras inom delar av kliniken.

Möjligheten att utveckla sin kompetens kan vara en faktor som har betydelse både för att rekrytera kompetenta medarbetare och för att behålla den kompetens som finns. Ledarskap och chefers förmåga att skapa en vårdkultur som betonar vikten av en kunskapsbaserad vård är viktiga faktorer för att kunna implementera modellen och för att möjliggöra omvårdnadens akademiska utveckling.

torsdag 17 november 11.00 – 11.30

Perifera Venkatetrar och vårdkvalitet

Anders Larsson, överläkare anestesi Gävle

Är risken för kateterrelaterad sepsis mindre för en perifer venkateter jämfört med en central venkateter? Ja, svarar de allra flesta. Om man då frågar varför så får man ofta tvekande, osäkra svar. -Den centrala katetern är ju närmare hjärtat!

I Sverige sätts uppskattningsvis 5milj PVK/år. I Västvärlden finns en konsensus om hur PVK ska hanteras inom vården och riktlinjerna är därför likartade i ex. USA, Storbritannien och Sverige. I Sverige har vi Vårdhandboken som anger detaljerat hur vi ska hantera PVK. Följsamheten till dessa riktlinjer är dock sannolikt bristfällig i Sverige. Varför?

Ska vi sätta PVK i armvecket? Ultraljudsledd PVK – finns risker? Allt fler svårt kroniskt sjuka får allt mer avancerad/invasiv terapi högt upp i åldern. Hur bevarar vi deras perifera vener? Vilka patienter skall våra oerfarna medarbetare träna PVK-sättning på?

Är det dags att lämna den portade PVK? Den har aldrig varit tillåten i USA. Är den portade PVK förenlig med våra hygienkrav?

Injektionsventiler används alltmer inom Anestesi-och Intensivvård och dess berättigande får alltmera stöd vetenskapligt. Det finns olika typer av injektionsventiler, på svenska marknaden finns ur funktionell synpunkt 3 olika injektionsventiler. Frågan är dock om vi som hanterar injektionsventilen vet hur den vi använder skall hanteras ?

PVK för långtidsbruk(MidLine): Midline har använts sedan 70-talet i USA och Storbritannien. I övriga Europa och synnerhet Skandinavien har vi ej använt MidLine. Nu har flera enheter börjat med MidLine i Sverige.Är MidLine en bra typ av venaccess ? Behövs den?

Vad gör sjuksköterskan egentligen inom intensivvården och varför?

Sjuksköterskans betydelse för kvalitet inom omvårdnad

Ann-Charlotte Falk, specialistsjuksköterska intensivvård, docent, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Intensivvård är en av den mest resurskrävande vårdformen som omhändertar patienter med kritisk sjukdom. Under de senaste åren har kvalitén inom vården så även inom intensivvården varit i fokus dock saknas resultat och värden som baseras på omvårdnad i Svenska Kvalitetsregistret inom intensivvård (SIR). Internationell forskning visar dock på olika möjligheter för att mäta just omvårdnadskvalitet så att vi kan synliggöra betydelsen av intensivvårdssjuksköterskan i den patientnära vården vilken är en av hörnstenarna i den värdebaserade vården.

torsdag 17 november 11.40 – 12.10

RU- Riskpatientuppföljning; postoperativ vård utan gränser

Sandra Månsson , specialistsjuksköterska Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Frekvensen för postoperativa komplikationer efter kirurgi varierar mellan ca 10 och 30 %, frekvensen varierar beroende på patientens utgångsstatus och kirurgins omfattning. Det har en stor betydelse för patienternas utfall (både morbiditet och mortalitet) att komplikationerna upptäcks och behandlas så snart som möjligt.

Sedan 2014 arbetar vi på postop med riskpatientuppföljning (RU) på vårdavdelningarna. Syftet är att bidra med vår kompetens och erfarenhet då patienterna drabbats av eller riskerar att drabbas av postoperativa komplikationer/ organsvikt efter omfattande kirurgi i buk/bäcken. RU-besöken görs av särskilt utvalda och utbildade postop-sjuksköterskor och anestesiloger. Uppföljningen sker 1-3 dagar efter utskrivning från postop enligt ett protokoll som baserar sig på NEWS och flera andra parametrar. Vi kommer med rekommendationer/ordinationer gällande patientens fortsatta vård baserat bl.a. på protokollet.

RU har även ett viktigt pedagogiskt syfte, vi bidrar med vår kunskap både genom besöken och föreläsningar för vårdavdelningspersonalen i hur de kan agera och tänka kring övervakning och behandling av olika parametrar och komplikationer. Vi kan vid besöken även bistå när det behövs med praktiska moment kring läkemedelsadministration, provtagning, medicinskteknisk utrustning mm.

Uppföljningen för att studera på vilket sätt RU har en påverkan på utfallet för våra patienter har nyss påbörjats. Vi arbetar på att få fram statistik för att se vilken skillnad vi gör för patienterna.

”Fri som en fågel eller en fågel i en bur”

- utbildning specialistsjuksköterska: akademi eller ej?

Föreläsning och workshop med Utbildningsrådet

De välutbildade specialistsjuksköterskorna var tar de vägen? Hur ser våra karriär möjligheter ut?

I Sverige examineras ca 300-350 specialistsjuksköterskor inom anestesi och intensivvård varje år. Trots det har vi idag brist på sjuksköterskor på många sjukhus och avdelningar. För att lösa bot på bristen så har flera landsting kommit med varierande lösningar och förslag: uppdragsutbildningar, erbjudande om studielön och ”typ ST-utbildning” och det sistnämnda som var ett kontroversiellt förslag från Stockholms politiker i våras.

Våra utbildningar finns som programutbud på ett antal lärosäten. Nästan samtliga lärosäten ingår ett akademisk spår och de studerande examineras med en magisterexamen. Men vad innebär det för vår profession att vi både har en professionell och en akademisk utbildning?

Vidare efter examination vad finns det då för karriär möjligheter. Var tar alla våra välutbildade forskande sjuksköterskor vägen? Är det viktigt att behålla dem i den patientnära vården? Kom och diskutera med oss i utbildningsrådet under vår interaktiva seminariehalvtimme.

Hur lyfter vi forskning och utveckling inom anestesi och intensivvård?

Eva Åkerman, universitetssjuksköterska, PhD, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Hur och Vad ska en disputerad intensivvårdssjuksköterskas kompetens användas? Frågan är aktuell då det saknas kunskap inom verksamheterna hur och vad de kan använda resursen till. Flera väljer att inte arbeta kliniskt vilket innebär att verksamheten förlorar en kompetens.

Karolinska Universitetssjukhuset införde 2014 en ny kompetensmodell för klinisk och akademisk utveckling för sjuksköterskor. Syftet med modellen var att skapa karriärvägar för sjuksköterskor för att få dem att stanna kvar i akutsjukvården. Kompetensmodellen består av olika nivåer; grund, avancerad, biträdande universitetssjuksköterska och Universitetssjuksköterska. Det finns tydliga kliniska och akademiska krav inom respektive nivå.

Denna föreläsning kommer att ge exempel på hur de ansvarsområden som Universitetssjuksköterskan har kan omsättas i verksamheten för att lyfta forskning och utveckling.

torsdag 17 november 13.10 – 13.40

Anestesi vid dagkirurgi 2016: Evidence based medicine, Consensus documents and International guidelines: en översikt

Jan Jakobson, överläkare, Adj. professor anestesi och intensivvård, Danderyds sjukhus

Dagkirurgi, att komma till sjukhuset, bli opererad och gå hem från sjukhuset samma dag är inte något nytt men ingreppens storlek och patienternas hälsostatus har ändrats. Idag genomförs större och längre ingrepp på såväl små, mycket små barn och på äldre och patienter med mer komplexa sjukdomar. Det finns egentligen ingen gräns så länge man kan ge patienten god och säker vård kommer dagkirurgi att utvecklas. Det är vikt att inte utsätter patienten för onödiga risker. Alla de läkemedel som vi idag använder i samband med anestesi är säkra och väl beprövade. Risken för skador/biverkningar kopplade till enskilda läkemedel är mycket liten. Att kombinera läkemedel för att nå en viss önskad effekt men genom att blanda olika medel kunna minska på dosen av de enskilda medlen och härigenom minska risken för och/eller graden av ”biverkningar” är idag praxis. Multi-modal smärtstillning, multi-modal PONV-profylax, och balanserad anestesi är väl etablerade begrepp. Det finns mycket litteratur som jämför olika enskilda preparat. Idag är litteraturen så stor och omfattande att det är svårt nästan omöjligt att läsa, bedöma allt som skrivits/skrivs. Vi får försöka att luta oss mot, välja läkemedel och tekniker som har så bra stöd som möjligt, t.ex. genom meta-analyser, consensus dokument eller internat-

ionella ”guidelines”. Det är inte vad, explicit vilket läkemedel vi använder utan hur vi använder våra läkemedel som ger resultat. Att arbeta fram lokala riktlinjer baserade på meta-analyser, consensus dokument och guidelines och anpassa dessa efter klinikens/enhetens egna förutsättningar, personal, utrustning, kirurger och naturligtvis operationer och patient mix är av största vikt. Att arbeta fram enkla, säkra rutiner; pathways är av stor vikt. Att försöka finna det bästa arbetssättet för den verksamhet man bedriver, genomföra kvalitetsuppföljning, utvärdera och förbättra är vägen till framgång. Troligen kommer vi inom inte allt för lång framtid kunna se delar av ”vår verksamhet” som öppna jämförelser, via SPOR. Patients säkerhet, patientens upplevelser av anestesin och den perioperativa vård är tillsammans med produktivitet viktiga utvärderingsmått.

Tänk på att ha en väl förberedd, informerad/motiverad och ”empowered” patient. Undvik onödigt fasta. Ge ett snabbt och professionellt omhändertagande. Följ en anestesiplan som inkluderar multi-modal analgesi och PONV profylax. Alltid lokalbedövning som blockad eller infiltration, minsta effektiva opiat dos. Anpassa narkosen efter patientens unika behov, använd EEG-övervakning vid TIVA och vid muskelrelaxation. Se till att patienten inte är hypovolem men tänka på att blåsan inte blir överfylld. Uppmuntra och ”coacha” patienten under återhämtningen. Ha tydliga och säkra utskrivningsrutiner. Förse patienten med adekvat smärtstillning och ett nummer att ta kontakt med vid frågor. Följ upp med ett validerat instrument, inte alla men ibland för att få återkoppling för förbättringsarbetet

Vård i livets slutskede inom intensivvården

Isabell Fridh, specialistsjuksköterska intensivvård, docent vårdvetenskap Högskolan Borås

Att förlora en anhörig på en intensivvårdsavdelning är förenat med ökad risk för komplicerat sorgearbete och såväl psykisk som fysisk ohälsa. Närståendes behov av närhet, avskildhet och kommunikation i intensivvårdsmiljön samt deras behov av uppföljning efter dödfallet är också visat i studier. Dessa faktorer är inte alltid uppmärksammade vid utformning av riktlinjer för vård livets slutskede eller i existerande instrument för kvalitetsuppföljning. Ovanstående aspekters betydelse för närståendes upplevelse av förlusten på kort och lång sikt kommer därför att diskuteras ur ett omvårdnadsperspektiv. Dessutom kommer intensivvårdssjuksköterskors möjligheter att bedriva god vård i livets slutskede att belysas ur ett svenskt, europeiskt samt internationellt perspektiv.

torsdag 17 november 13.10 – 13.50

Flexibel och samarbetsvillig” eller ”skicklig och kunnig”? Vad är kompetens och hur kan vi använda kompetens optimalt?

Camilla Fröjd, specialistsjuksköterska intensivvård, med.dr., Akademiska sjukhuset, Uppsala

Svenska sjuksköterskor håller världsklass men patienterna får inte ta del av sjuksköterskornas kompetens fullt ut, och sjuksköterskorna flyr landstingsvården. Sjuksköterskors kunskaper och kompetens behöver användas fullt ut och här spelar första linjens chefer en viktig roll.

Det finns ett antal studier som påvisar samband mellan högre grad av akademisk utbildning för sjuksköterskor och lägra patientmortalitet. Det finns också bevis på att ”Magnetsjukhus” där man använder sjuksköterskans kompetens fullt ut och omvårdnaden tillmäts sin rätta betydelse visar mätbart bättre vårdkvalitet och attraherar sjuksköterskor. Samtidigt tycks utvecklingen gå åt det motsatta hållet i Sverige.

Frågan är om vår egen syn på professionen, kunskap och kompetens stjälpes eller stärker sjuksköterskeprofessionen och därmed i förlängningen vårdkvaliteten?

torsdag 17 november 13.50 – 14.20

Information inför dagkirurgi

Ulrika Palmgren, specialistsjuksköterskaanestesi, Kristianstad

Till anestesimottagningen kommer patienten när det är bestämt att det skall bli en dagkirurgisk operation. Det görs då en individuell förberedelseplan utifrån patientens behov och önskemål tillsammans med en anestesijuksköterska. Vid barn besök erbjuds praktiska förberedelser och bilder så att barnet aktivt kan delta. Via en Ipad visas bilder och filmer under besöket för att tydliggöra några förberedelser. Vi har utarbetat informationsfilmer för vuxna och barn som finns tillgängliga på hemsidan. Dessa kommer inom snar framtid att översättas till olika språk. Finns det särskilda behov används ett strukturerat frågeformulär där behoven kan identifieras och diskuteras. Därefter skapas individuella förberedelser med hjälp av patient, vårdare och anhöriga. Bildmaterial, foto på berörd personal samt samordning med olika kliniker och tolk finns att erbjudas. Mottagningsrummet är utformat så att patienterna kan bekanta sig med operationssalen med hjälp av en fototapet i naturlig storlek. Syftet med individanpassad information är att förbereda varje patient utifrån deras egna förutsättningar och behov för att få en välinformerad och trygg patient. Målet med individanpassad information är att få väl förberedda patienter utifrån individuella behov, kulturella bakgrunder och sociala förutsättningar. Genom individanpassad

information, planering och information i god tid har vi lyckats få väl förberedda och nöjda patienter. Trygghet har skapats genom information på olika språk. Barn kan känna sig delaktiga genom praktisk förberedelse om det dagoperativa förloppet. Genom kortfilmerna ges en möjlighet till kommunikation och diskussion, under besöket, om det som skapar rädsla. Vi erbjuder upprepade besök som har resulterat i mindre ångest och stress. Vi har ett besöksrum där fototape-ten visuellt visar hur operationsalen ser ut och den har bidragit till en ökad förståelse. Vid besöken dokumenteras individuella behov och önskemål inför operationsdagen. Denna plan följs i möjligaste mån under operationsdagen av samtliga personalkategorier. Genom samarbete med olika kliniker har vi lyckats få till ett ”helhetskoncept” vilket innebär att när patienten är här på operationsdagen ordnar vi all samordning vad gäller konsulter och tolk. Det innebär att flera olika specialiteter kan utföra ingrepp och/eller undersökningar under samma operationstillfälle. Via de utarbetade informationskanalerna har vi lyckats skapa möjlighet till förbättrad information, kommunikation och delaktighet vilket har gett en bättre förutsättning för lugna och trygga patienter.

DCD ger fler möjlighet att donera

Hans Lindblom, Regionalt donationsansvarig sjuksköterska i Stockholms Läns Landsting

I svensk sjukvård är transplantation av organ en etablerad behandling. Idag råder brist på organ för transplantation, vilket innebär att människor avlider i väntan på organ. I befolkningen finns en uttalad hög vilja att donera organ efter sin död.

I Sverige omhändertas och transplanteras idag organ från avlidna donatorer genom en s.k. DBD-process. DBD står för Donation after Brain Death, som på svenska kallats ”donation då döden inträffar efter primär hjärnskada”. I många andra länder kompletteras denna donationsprocess med en DCD-process. DCD står för Donation after Circulatory Death, som vi i Sverige valt att kalla ”donation då döden inträffar efter cirkulationsstillestånd”. I de länder där DCD förekommer utgör denna typ av donation ett komplement till DBD och fler patienter erbjuds då möjligheten att få donera efter sin död. Detta DCD-projekt skall utreda möjligheterna till och behovet av DCD, samt skapa förutsättningar för ett välplanerat införande av det som kallas kontrollerad DCD (DCD kategori III) i Sverige.

Intensivvårdssjuksköterskan har en nyckelroll i omhändertagandet av såväl sin döende patient som de närstående. Med en stringent etisk kompass och med en uttalad vilja att ge patienten bästa möjliga palliation kommer IVA-sköterskans kunskap om omvårdnad i livet slutskede vara essentiell. Vi vårdar patienten genom den tänkta behandlingen fram till det att vård och behandling inte längre anses vara till gagn för patienten eller kunna ge en, för patienten, acceptabel livskvalité. Vi följer patienten genom avbrytandet och fram till att döden konstaterats. Vi ger patienten en möjlighet att donera organ och vävnad efter sin död, om det varit patientens uttalade eller tolkade vilja.

Införandet av kontrollerad DCD (DCD III) i Sverige kommer att ske efter noggrant övervägande i samklang med nuvarande och kommande lagstiftning.

Projektets delmoment består i:

1. Att utreda förutsättningarna för DCD i Sverige – behov, medicinskt, etiskt, organisatoriskt och juridiskt.
 2. Att utarbeta ett nationellt protokoll för DCD III
 3. Att testa protokollet praktiskt vid ett begränsat antal DCD-försök
 4. Att utvärdera protokollet tillsammans med berörd personals attityder och närståendes upplevelser av DCD
 5. Att justera protokollet utifrån ovan utvärdering
 6. Att implementera protokollet nationellt i Sverige.
-

torsdag 17 november 14.05 – 14.50

Hur ska man kombinera teamträning för all personal med behovet som läkare har att träffas bara för sig?

Christer Sandahl, professor i samhälls- och beteendevetenskap Karolinska Institutet

Väl fungerande team i sjukvården har betydelse för patientsäkerhet. Verkligt samarbete är också en salutogen faktor för personalen. Det tycks emellertid också vara av betydelse för läkares professionella kompetens och hälsa att få träffa kollegor i grupp och utbyta erfarenheter av utmaningar som man möter i arbetet. Finns det en konflikt mellan teamarbete och läkares behov av kollegialt stöd? Hur kan den i så fall lösas?

torsdag 17 november 14.30 – 15.00

Anestesi till den äldre patienten

Andreas Wiklund, Överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

I takt med att medellivslängden i västvärlden har ökat markant de senaste decennierna så har andelen äldre ökat stadigt i sjukvården. Dessutom har vår syn på hur sjukvård av äldre ska bedrivas har ändrats. Äldre är idag betydligt mer aktiva och i många avseenden friskare än för tjugo år sedan, vilket en mer framgångsrik sjukvård bidragit till. Vi har att hantera betydligt äldre patienter nu än tidigare, men som vi kommer att se så är åldern inte det avgörande, utan vad som kommer med stigande ålder. Age is perhaps nothing but a number... ?

Utmaningen med anestesi för äldre ligger delvis i att spridningen mellan ”friska” äldre och ”sjuka” äldre ökar, och det ställer större krav på en individualiserad och anpassad anestesi. Åldrande går olika fort hos olika individer, och det kan vara stora skillnader i biologisk ålder hos individer med samma kronologiska ålder. Generellt innebär dock åldrande att den fysiologiska reservkapaciteten minskar. Mindre marginaler för patienten ställer högre krav på oss.

De biologiska förändringarna som följer av åldrande har stora effekter på farmakologin. För de intravenösa drogerna spelar vissa faktorer in, och det är inte nödvändigtvis samma saker som är relevanta när det kommer till inhalationsläkemedel. Under föreläsningen går vi igenom hur våra organsystem åldras, samt på vilket sätt effekten av de vanligaste anestesiläkemedlen förändras av stigande ålder hos patienterna.

Sammantaget innebär åldrande mycket stora förändringar i såväl fysiologi som farmakologi. Hur anpassar vi vår verksamhet efter de förutsättningarna? Underskattar vi riskerna med anestesi för de riktigt gamla patienterna? Kanske skulle man rentav introducera geriatrisk anestesi som ett mycket viktigt kunskapsområde?

Organtransplantation- livräddande verksamhet

Markus Gäbel, Överläkare, Transplantationscentrum Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

torsdag 17 november 15.30 – 16.00

Framtidens specialistutbildning

Ing-Marie Moegelin, leg.sjuksköterska, handläggare Svensk Sjuksköterskeförening

Dagens utbildningsprogram till specialistsjuksköterska upplevs av många som för komprimerad där ”allt ska in”. Vad kan vi göra för att vända utvecklingen med färre specialistsjuksköterskor när vården snarare har ett ökat behov av ökad kompetens och kliniska färdigheter? En lösning kan vara att förlänga utbildningen. Svensk sjuksköterskeförening arbetar med att ta fram ett förslag till en ny modell av specialistutbildning och en projektgrupp tillsattes hösten 2015. Arbetet pågår och förslaget ska presenteras vid Svensk sjuksköterskeförenings föreningsstämma i juni år 2017. Presentationen kommer att beskriva en del utmaningar, men framförallt möjligheter för framtidens specialistutbildning.

torsdag 17 november 15.40 – 16.10

Anestesiologisk omvårdnad vid tonsillkirurgi – att vara steget före

Elisabet Ericson, prefekt, docent anestesiologisk omvårdnad, specialistsjuksköterska anesthesi, universitetslektor, Örebro Universitet

Vid en av den mest vanliga kirurgin på barn är målet att minimera eller eliminera obehag, underlätta återhämtning och undvika komplikationer. I Sverige utförs ca 12000 tonsilloperationer varje år varav ca 10000 på barn och unga vuxna och oftast i dagkirurgi. Det innebär att större delen av den postoperativa återhämtningen sker i hemmet. Data från svenska kvalitetsregistret tonsilloperation visar att var fjärde patient kontaktar vården på grund av otillräcklig smärtlindring. Processen med att minimera obehag i samband med operation startar redan i samband med planeringen av kirurgin. Hög preoperativ oro är i sin tur associerat ökad grad av postoperativ smärta. Tonsilloperation kan medföra svår och långvarig smärta samt hög frekvens av illamående. Otillräcklig smärtbehandling i samband med tonsillkirurgi leder till svårigheter att svälja dryck och mat kan leda till dehydrering vilket i sin tur leder till risker i den farmakologiska smärtbehandlingen och ökade risker vid postoperativa blödningar Återhämtning påverkas starkt av fysiska symtom, känslomässiga reaktioner under dygnets alla timmar efter tonsilloperation. Tidigare kartläggning i Sverige har visat bristande konsensus i omhändertagandet av barn som genomgår tonsillkirurgi, vilket föranlett utvecklingen och implementeringen av nationella riktlinjer för behandling av smärt- och illamående samt utveckling av webite tonsilloperation.se till närstående och barn/ungdomar. Multidisciplinär utvärdering visar att läkare och sjuksköterskor inom ÖNH och Anestesi inte har samma utgångspunkt inom den farmakologiska och icke farmakologiska omhändertagandet vilket riskerar att närstående och barn får mixat budskap i samband med tonsillkirurgi. Presentation behandlar dessa aspekter utifrån aktuell forskning och hur vi kan ligga steget före samt vikten av teamarbete inom den pre och postoperativa omhändertagandet för att ge god och säker vård. Målgruppen är inom tonsillkirurgi, men går lätt att placera i samband med annan kirurgi på friska barn och ungdomar.

torsdag 17 november 15.40 – 16.50

No sedation during mechanical ventilation. Less is more- a team approach

Thomas Strøm, överläkare, PhD, klinisk lektorEva Lærkner, utvecklingsjuksköterska, doktorand. Odense Danmark

The pendulum has moved toward less sedation in the ICU. From protocols, daily wake up to no sedation. Evidence shows that reduction in sedation reduces time on mechanical ventilation, time

in the ICU and hospital length of stay. However for the ICU team it is a change in culture. In the ICU at Odense University hospital no sedation has been standard treatment since 1999. In 2010 the unit published a randomised controlled trial reporting the benefit of no sedation. Furthermore, we present data from an ethnographic study of patients and nurses experiences, actions and interactions, when critically ill patients are awake during mechanical ventilation in the ICU. Currently the department is involved in a multicentre trial randomising 700 patients in Scandinavia.

The talk will focus on current evidence but also discuss nurses' and patients' perspectives when critically ill patients in need of mechanical ventilation are awake in the ICU.

torsdag 19 november 16.05 – 16.50

Vi kommer alltid vara på väg...

Anette Nilsson utvecklings-strateg Region Jönköpings Län

torsdag 19 november 16.20 – 16.50

Oplanerad intraoperativ hypotermi- en perioperativ angelägenhet

Anne Erdling, specialistsjuksköterska anestesi, master i medicinsk vetenskap

Komplikationer relaterade till oplanerad hypotermi (kärntemperatur < 36 °C under hela eller delar av anestesi) är många och listan för den uppskattade relativa risken för svåra komplikationer i jämförelse med normotermi kan göras lång. För optimera patientens outcome genom normotermi är det viktigt med tillförlitliga metoder för temperaturmätning men även effektiva värmningsmetoder och att detta sker under hela den perioperativa perioden.

I början på 90-talet led 70 % av alla postoperativa patienter av oplanerad hypotermi. Trots att sambandet mellan anestesi och hypotermi är känt sedan länge bedöms fortfarande många patienter som genomgår kirurgi att vara oplanerat hypoterma (kärntemperatur < 36 °C) under hela eller delar av anestesi. Tyvärr är många patienter av olika anledningar hypoterma redan vid ankomsten till operation.

Komplikationer relaterade till oplanerad hypotermi är både kirurgiska och anesthesiologiska. Exempel är försämrat syrgasinnehåll i vävnader med nedsatt sårhäkning, trycksår och sårinfektioner

som följd, kardiella komplikationer som arytmier och försämrad koagulations-förmåga med ökad blödningsrisk samt förlängd effekt av anestesimedel. Generell mortalitet hos perioperativt hypoterma är fyra gånger den hos normoterma patienter. Hypotermi orsakas framförallt av en förändrad termoregulering både centralt och perifert i kroppen vid både generell anestesi och neuroaxiell analgesi med påverkan på temperaturmediatorer i både centrala nervsystemet och i perifera vävnader. Förändringar i kroppstemperaturen sker under anestesi i tre faser varav den första, under första anestesitimmen, ger det största temperaturfallet. Denna fas kännetecknas av en förflyttning av kroppsvärme från centrala delar till perifera. Därefter sker under flera timmar en värmeförlust vilken är större än värmeproduktionen framförallt relaterad till omgivningsfaktorer på operationsalen. I den sista fasen orsakar den låga kroppstemperaturen en vasokonstriktion resulterande i en stabilisering och ingen ytterligare sänkning av temperaturen. Vid neuroaxial anestesi inhiberas afferenta och efferenta svar på kyla vilket medför en minskad central kontroll av termoreglerande svar.

Kroppstemperatur är en vitalparameter och ska kontrolleras under hela den perioperativa perioden, helst på samma ställe och med samma utrustning för att uppnå kontinuitet. Intraoperativt rekommenderas en kontinuerlig mätning. Vissa mätställen registrerar genom sin placering kärntemperaturen. Kroppstemperaturen regleras i hypothalamus inom en smal termodynamisk gräns för att säkerställa de biokemiska reaktionerna. Temperaturmätning i hjärnan skulle därför vara det optimala mätstället. Som ersättning för detta har mätningar i pulmonalisartären varit golden standard. Även andra icke invasiva metoder för att mäta kärntemperatur används, ofta beroende av vilken kirurgi som genomförs.

Aktiv värmning redan före anestesistart motverkar värmeförflyttningen och minskar redistributionseffekten i fas 1. En förvärmning under 15 min av en stor kroppsytta före anestesistart kan vara tillräckligt för att motverka denna första fas.

Fredag 18 november 08.40-09.40

Svensk sjukvård håller på att bli säkrare- hur bidrar Riksföreningen

AnIva?

Pelle Gustavsson, chefläkare LÖF

Svensk sjukvård håller på att bli säkrare. Data från flera olika källor visar att allt färre patienter skadas, framför allt allvarligt. Riksföreningen AnIva bidrar på flera olika sätt i detta arbete. Föreläsningen kommer att ge en överblick över utvecklingen, och särskilt kommentera de områden där AnIva deltar.

Fredag 18 november 10.20- 10.50

Operationen gick bra- men hur gick det för patienten?

*Sara Lyckner, Registerkoordinator inom SPOR, Specialistsjuksköterska intensivvård,
Anestesikliniken Mälarsjukhuset Eskilstuna*

Runt 700 000 patienter genomgår varje år kirurgiska ingrepp och anestesi. Svenskt PeriOperativt Register (SPOR) samlar data från hela den perioperativa processen med syfte att följa upp och utvärdera, både kort- och långsiktigt. Komplikationer i samband med kirurgi utgör en betydande risk för morbiditet och mortalitet(1,2). Forskning visar på att tillsynes benigna händelser i samband med operationer kan leda till allvarliga komplikationer(3).

De perioperativa utmaningarna är många och vi saknar i Sverige en samlad kunskap om effekterna av det som händer perioperativt. SPOR startade samla data 2013 och allt fler sjukhus ansluter sig. Registret räknar med att snart kunna täcka in en stor del de patienter, som genomgår en operation i Sverige, vilket kan möjliggöra en samlad bild av den perioperativa vården. Avvikelser och/eller komplikationer, registreras i våra operationsplaneringssystem, som skickar automatisk till SPOR. Det är viktigt att veta vad, hur och varför vi ska registerera så att rätt data kommer tillbaka till våra verksamheter. På sikt medverkar vi alla till en förbättrad vård för de patienter som genomgår en operation. ”När vi vet vad vi gör, kan vi avgöra om en förändring är en förbättring”

Patientsäkerhet inom intensivvård- vad vi tror, vad vi vet och allt där emellan.

Joakim Engström, specialistsjuksköterska intensivvård, Med.dr., Akademiska sjukhuset Uppsala

Omvårdnadsåtgärder som utförs rutinmässigt vid intensivvårdsavdelningar anses utgöra en liten risk för negativa händelser. Dock kan dessa åtgärder ibland leda till fysiologiska förändringar som påverkar kritiskt sjuka intensivvårdspatienter negativt.

Studiens syfte var att undersöka 1) ifall fysiologiska förändringar i samband med omvårdnadsåtgärder var vanliga och 2) varför sjuksköterskor utför vissa omvårdnadsåtgärder.

En klinisk observationsstudie utfördes på 16 kritiskt sjuka intensivvårdspatienter. Alla omvårdnadsåtgärder observerades och fysiologiska data insamlades och analyserades. Om en fördefinierad fysiologisk förändring uppstod i direkt anslutning till en åtgärd kallades detta för en händelse. Händelserna kategoriserades sedan i två grupper, händelser samt allvarliga händelser. En händelse definierades som små förändringar av respiratoriska och/eller cirkulatoriska fysiologiska parametrar. En allvarlig händelse definierades som påtagliga förändringar av respiratoriska och/eller cirkulatoriska parametrar (brady-/takykardi, brady-/takypné, svår ventilatorasynkroni, desaturation och/eller hypo-/hypertension). En enkätundersökning utfördes också bland sjuksköterskor med frågor om varför de utför vissa åtgärder och vilka risker de såg med dessa åtgärder.

Hos de 16 patienterna observerades 668 åtgärder, vilket genererade 158 svåra händelser och 692 händelser under 187 observationstimmar. Den vanligaste åtgärden var lägesändring av patienten vilket också genererade en majoritet av både svåra händelser och händelser. De vanligaste svåra händelserna var desaturation, svår ventilatorasynkroni och hypotension. De vanligaste händelserna var blodtrycksförändringar, hosta och ökad andningsfrekvens. En majoritet av sjuksköterskorna motiverade lägesändringar av patienten för att undvika trycksår, öppna upp atelektatiska lungdelar och förbättra hemodynamik men ansåg samtidigt att den största risken med lägesändringar var ventilatoriska problem såsom desaturation. Det visade sig också finnas brist på studier inom ämnet och få bevis för patientnyttan av vissa omvårdnadsåtgärder.

I denna pilotstudie undersöktes händelser i samband med omvårdnadsåtgärder i samband med intensivvård. Vi fann att händelser var vanliga och ibland svåra.

Fredag 20 november 11.00- 11.30

Anestesi vid Robotkirurgi

Eva Kristensson anesthesiolog Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Multiresistenta bakterier- många kockar i en trist soppa

Gunnar Kahlmeter, Leg läkare, professor, Klinisk Mikrobiologi Växjö

Redan när antibiotika togs i bruk (1930 – 40-tal) i form av sulfa och senare penicillin, förekom bakterier som förvärvat antibiotikaresistens. Många antibiotika är naturligt förekommande substanser och har i miljoner år i naturen frotterats med små mängder antibiotika. Människan upptäckte snabbt hur antibiotika räddade liv. Men också att de hade många andra användningsområden. Och under de 70 år som gått sedan 1945 har bruket av antibiotika ständigt ökat. Antalet tillgängliga antibiotika har också ökat tills nyligen liksom antalet människor i världen med tillgång till antibiotika – både för medicinskt och ickemedicinskt bruk. Närvaron av antibiotika i allt fler miljöer selekterar effektivt för resistent varianter av bakterier och svampar. Samtidigt har vi inom sjukvården gjort oss allt mer beroende av antibiotika. Det är idag nästan otänkbart att bedriva god intensivvård, neonatalvård, transplantationsvård, ortopedi mm utan tillgång till effektiva antibiotika för att förhindra respektive bota infektioner som lätt uppstår hos individer med nedsatt immunförsvar. Läkemedelsindustrin har näst intill abdikerat från positionen som ensam drivande i framtagandet av nya antibakteriella medel. Bruk och missbruk fortsätter på internationell nivå. Politikerna står handfallna och tyvärr också i stor utsträckning det vetenskapliga kollektivet. Budskapen är raka och entydiga: använd mindre antibiotika, missbruka inte antibiotika, minska smittspridning av resistent bakterier mellan människor, upptäck nya diagnostiska metoder så vi slipper bedriva empirisk behandling, upptäck nya antibiotika och behandlingsmetoder. Tulipanaros...

Fredag 20 november 11.40- 12.10

Anestesi till barn: hur tar vi hand om de "rädda" barnen?

*Marie Proczkowska Björklund, Adjungerad universitetslektor i barn- och ungdomspsykiatri
Linköpings Universitet*

Att ett barn kan vara rädd inför ett ingrepp som ska göras i narkos kan nog alla förstå. Det är många saker som påverkar om man känner rädsla eller ej och det gäller för både vuxna och barn.

Vi vet att denna rädsla påverkar vårt arbete och barnets upplevelse av händelsen och kan bidra med att man har ett större behov av smärtlindring och dämpande medel. Hur kan vi då möta denna rädsla för att få den att minska. – gäller enbart mer smärtlindring eller olika former av premedicinering, eller kan vi med vårt beteende påverka upplevelsen av rädsla. Många har en intuitiv förmåga men inte alla. Kan vi lära och utvärdera våra beteenden. Vilka faktorer påverkar vår upplevelse av stress och rädsla. Vi kommer att diskutera olika faktorer som påverkar barnets upplevelse och hur vi kan förändra den upplevelsen. Olika färdigheter som vi behöver för att göra barnets upplevelse så bra som möjligt.

Kan vi förebygga infektioner orsakade av centrala venkatetrar?

Fredrik Hammar skjöld, överläkare, Med Dr. , OP/IVA-kliniken Länssjukhuset Ryhov Jönköping

Centrala venkatetrar (CVK) används i stor omfattning inom anestesi och intensivvård. En av riskerna med dessa katetrar är kateterrelaterade infektioner (KRI). Förekomsten av KRI varierar väldigt mycket i olika studier. För blodburen KRI varierar incidensen från nära noll till 8 per 1000 kateterdagar. Detta beror dels på vilken typ av patienter som använder CVK men också på hur väl den enskilda enheten lyckas med sin inläggning och skötsel. Riskgrupper för KRI inom intensivvård är exempelvis patienter med nedsatt immunförsvar, hemodialys, parenteral nutrition, chock, blodtransfusion, brännskador, lång användningstid. Dessa infektioner ger en ökad morbiditet och ibland även mortalitet. Kostnaden för varje KRI brukar anges till flera hundratusen kronor.

En mängd internationella, men även svenska studier, visar att det med ett strukturerat kvalitetsarbete går att uppnå väldigt låga förekomster av KRI. Detta inkluderar strukturerade rutiner för basala hygienrutiner, val av patient och kateter, inläggning, skötsel och komplikationshantering. Det krävs en god följsamhet till dessa rutiner men även en kontinuerlig utbildning och utvärdering av varje enhets CVK-hantering och komplikationer.

Artärkatetrar (AK) används huvudsakligen inom anestesi och intensivvård för invasiv hemodynamisk monitorering och frekvent blodprovstagning. Dessa har länge ansetts vara mindre behäftade med KRI än CVK. Forskning angående KRI orsakad av AK är mycket mer begränsad än för CVK. Senare års studier har dock visat att en AK förefaller vara en lika stor risk för blodburen KRI som en CVK.

Risikfaktorer, förutom begränsad följsamhet till hygienrutiner vid inläggning och skötsel, är ännu oklart. Det förefaller som om samma mikroorganismer är aktuella som vid CVK infektioner (dvs. koagulasnegativa stafylococker, *Candida* arter, *Staphylococcus aureus*, enterocker samt gramnegativa tarmbakterier).

Även om det vetenskapliga underlaget är begränsat verkar det som om man med ett strukturerat förhållningssätt till inläggning och skötsel kan reducera KRI-frekvensen relaterade till AK till mycket låga nivåer. Således bör varje enhet som använder artärkatetrar utarbeta strukturerade rutiner för inläggning och skötsel samt säkerställa god följsamhet till dessa rutiner. Dessutom bör varje AK värderas hos en patient med oklar infektion som möjlig orsak till patientens symptom.

Fredag 20 november 13.10- 13.40

Perioperative acute kidney injury

Robert Frithiof, anestesilog, MD, PhD, Akademiska Sjukhuset Uppsala

Acute Kidney Injury (AKI), tidigare akut njursvikt, är ett stort problem inom anestesi och intensivvård med hög mortalitet och morbiditet. Kirurgi och anestesi medför ett betydande risk att utveckla AKI. Den här föreläsningen kommer att belysa aktuell kunskap om hur peri- och postoperativ AKI bäst diagnostiseras, förebyggs och behandlas samt möjliga underliggande mekanismer.

Fredag 20 november 13.10- 14.10

NEWS: en modell för övervakning av patienter på vårdavdelning.

Bakgrund och Genomförande

Andreas Hvarfner, överläkare, med.dr., Karolinska universitetssjukhuset Solna Martin Spångfors, specialistsjuksköterska intensivvård, doktorand, Kristianstad

NEWS, National Early Warning Score, är ett hjälpmedel för bedömning av den vuxna patientens vitala funktioner. Om tecken till försämring upptäcks tidigt ökar möjligheterna att kunna vända sjukdomsförloppet innan tillståndet blivit kritiskt. Bedömning enligt NEWS hjälper till att identifiera de patienter där risken är stor att tillståndet förvärras och där tidigt insatta åtgärder minskar risken för ytterligare försämring och död. Nationella och internationella erfarenheter visar att tidig upptäckt av svikt i vitala funktioner påtagligt förbättrar patientens prognos.

NEWS består av att sex vitala parametrar bedöms liksom eventuell förekomst av syrgasbehandling. Andningsfrekvens, syremättnad, temperatur, systoliskt blodtryck, pulsfrekvens samt medvetandegrad poängbedöms (0-3 poäng) efter hur mycket aktuellt värde avviker från det normala. För varje parameter erhålls ett värde och totalsumman av dessa utgör NEWS-poäng vilken kan användas som ett mått på patientens tillstånd. Utifrån NEWS-poängen avgörs vilken risk patienten har för att utveckla kritisk sjukdom. Förutom totalsumman kan en enskild parameter som avviker mycket från det normala generera en högre riskkategori. NEWS-poängen och riskkategoriseringen ligger sedan till grund för ett rekommenderat övervakningsintervall och åtgärder. I studier har NEWS visat sig vara den bedömningsskala som detekterar störst andel patienter i behov av intensivvård samt riskerar att avlida. NEWS är införd nationellt i Storbritannien och har nu även börjat användas i Sverige.

Fredag 20 november 13.50- 14.20

Luftvägsbedömning från patientens och professionens perspektiv

Kati Knudsen, specialistsjuksköterska anestesi, med.dr. Gävle

Preoperativ luftvägsbedömning är viktigt för att identifiera patienter som sannolikt kommer att bli lätta eller svåra att intubera. Vakenintubation anses vara det säkraste sättet att erhålla fria luftvägar och rekommenderas för patienter med svår luftväg. Olika riktlinjer och algoritmer har utvecklats för hur luftvägen ska bedömas inför anestesi. Tidigare studier har visat att förekomst och följsamhet till luftvägsriktlinjer och algoritmer är bristfällig. Mänskliga faktorer såsom individuella erfarenheter, vetenskaplig övertygelse och attityder påverkar för hur man gör bedömningar i praktiken. Få studier har beskrivit hur patienter upplever att bli vakenintuberade samt hur anestesipersonals uppfattningar om luftvägsalgoritmer vid svåra luftvägssituationer.

Metod: Nationell kartlägningsstudie samt två intervjustudier har genomförts.

Resultat: I den nationella kartlägningsstudien framkom att 68 % hade riktlinjer för luftvägsalgoritm samt att hälften (52 %) hade riktlinjer för svår luftväg och riktlinjer för anestesiproblem kort. Vidare hade 43 % riktlinjer för preoperativ luftvägsbedömning. Medan 69 % saknade riktlinjer för Rapid Sequence Intubation (RSI) och riktlinjer för vakenintubation (26 %). Flertalet anesthesiavdelningarna saknade riktlinjer för när anesthesisjuksköterskor kunde genomföra trakealintubation självständigt. Av patienters upplevelser av vakenintubation framkom ett huvudtema; En känsla av att vara i en utsatt situation men vårdad i säkra händer, beskrivna genom fem kategorier; Behov av skraddarsydd information, stress och oro vid själva intubationsproceduren, acceptans och tillit till anestesipersonalens kompetens, professionell vård och support och ingen tvekan att genomgå en vakenintubation igen.

I intervjustudien med anestesipersonal identifierades fyra skilda kategorier om hur algoritmer kunde uppfattas; En handlingsplan att följa vid svåra luftvägssituationer (lagliknande regel), en enkel plan att följa vid svåra luftvägssituationer (en beslutsplan eller kognitivt hjälpmedel), en handlingsplan att ha i minnet för hur man ska agera, när man utvecklar sin egen personliga algoritm baserad på erfarenhet, anpassad efter patient och situation och som en uppsättning riktlinjer gällande för hur man ska agera när man hanterar en svår luftväg, baserad på evidens och expertutlåtande.

Fredag 20 november 14.30- 15.30

Från dubbelamputerad till triathlon

Shahrzad Kiavash

År 2012 är Shahrzad 28 år. Karriären efter studier på KTH har just börjat. Hon tränar, lever hälsosamt och umgås med vänner. Som en blixtnedslagen drabbas hon av en mycket allvarlig blodförgiftning, meningokocksepsis. Shahrzad tvingas att amputera båda benen nedanför knäna. Nu har hon tävlat i triathlon.

Shahrzad berättar om sin tuffa väg tillbaka. Hur hon fick motivation att orka leva, börja träna och sätta upp nästintill ouppnåeliga mål.