



# **ABSTRACT ANIVA HÖSTKONGRESS 2018**

Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård  
Höstkongress 15-16 November 2018

### **Professionen i framtiden**

*Ann-Charlotte Falk, specialistsjuksköterska intensivvård, docent  
Karolinska Sjukhuset Solna*

### **A new Frontier in Critical Care: saving the injured brain**

*E.Wesley Ely, MD, MPH, Professor of medicine, Vanderbilt  
University USA*

Dr. E. Wesley Ely will present on “A New Frontier in Critical Care: Saving the Injured Brain” by discussing the public health problem of acquired dementia following critical illness as part of the Post-Intensive Care Syndrome (PICS). He will present data to support the ICU Liberation Collaborative and the evidence-based ABCDEF bundle for quality improvement and update the audience on the approach to implement PAD guidelines. Finally, Dr. Ely will discuss optimizing teamwork and culture change as a means by which to improve post-hospital patient management and clinical outcomes.

### **Behandlingsstrategi och Behandlingsbegränsningar- hur kan vi förbättra delaktighet för patient och närstående?**

*Eva Joelsson-Alm, Specialistsjuksköterska PhD, Södersjukhuset  
Stockholm*

### **Riktlinjer för postoperativ vård**

*Magnus Iversen, narkosläkare och ordförande i SPOV*

På SFAI:s uppdrag pågår genom Svensk förening för Postoperativ vård (SPOV, delförening i SFAI) ett arbete med att utforma nationella rekommendationer för postoperativ vård och uppföljning. Arbetet inriktar sig i första hand på förutsättningarna för denna vård. Utifrån en arbetsversion och dialog med viktiga intressenter kommer ett definitivt förslag utarbetas och presenteras för antagande av SFAI hösten 2019.

## **Helt allvarligt, ska det vara så här?**

*Stina Karlsson, Erica Svensson, specialistsjuksköterska intensivvård. Per Lindgren överläkare Intensivvård. Växjö*

Det finns patienter som lämnar bestående intryck på en avdelning. Patienter som av olika skäl påverkar oss djupt och kanske t.o.m. förändrar hur vi arbetar på intensivvårdsavdelningen. Detta är berättelsen om en av dessa patienter och en av dessa intensivvårdsavdelningar.

## **De skrivna orden som omvårdnadshandling- med fokus på IVA-dagboken**

*Åsa Engström, professor, specialistsjuksköterska Luleå*

Patientdagböcker skrivs för att patienten ska få en ökad förståelse för vad de varit med om som svårt sjuk på intensivvårdsavdelningen. Det är även ett sätt för intensivvårdssjuksköterskor att reflektera över vården av svårt sjuka patienter. Även dagbokens historia och betydelse kommer att belysas under denna föreläsning.

## **Perioperativt patientföreträderskap- vad innebär det?**

*Ann-Sofie Sundqvist, med dr. Anestesisjuksköterska, Örebro*

Företräda innebär att träda in istället för någon, att representera, att vara ombud för samt att träda in till försvar för någon. Det engelska begreppet advocacy (företräderskap) kommer från det medeltida ordet *advocatia* som har sitt ursprung i *advocare*, vilket betyder tillkalla eller tillkallad att hjälpa någon. Tidigare internationell forskning har visat att patienter i samband med en operation kan uppleva förlust av de grundläggande mänskliga rättigheterna integritet, självbestämmande och människovärde. Denna förlust kan vara mest påtaglig när patienten skall genomgå en operation som kräver generell anestesi. Patienten lämnar då över kontrollen av sin kropp och blir beroende av att någon annan skall föra hens talan och hjälpa hen med att tillgodose sina behov.

Perioperativt patientföreträderskap innebär att anestesisjuksköterskan har *patientens bästa för ögonen* vilket karaktäriseras av att *ge en säker och värdig omvårdnad*. Detta innefattar att anestesisjuksköterskan, genom att vara patientens företrädare, vidtar åtgärder i patientens

ställe när hen är oförmögen att göra så själv. Genom att företräda en annan människa blir anestesijuksköterskan *känslomässigt påverkad* i form av att hen känner ansvar, tillfredsställelse, moralisk stress och mod.

Perioperativt patientföreträderskap handlar om kritisk beslutsfattande och att skydda patienten från skada, men finns också sammanvävt i alla saker anestesijuksköterskan gör för patienten. Målet är att på ett säkert sätt guida varje enskild patient genom hela hans perioperativa upplevelse, vilket uppnås genom att anestesijuksköterskan stödjer patientens unika fysiska och psykosociala behov. Genom att använda alla sina sinnen är anestesijuksköterskan patientens ställföreträdare; hen är patientens ögon, öron, lungor, blodcirkulation, integritet och värdighet. Perioperativt patientföreträderskap kan ses som omvårdnad dragen till sin allra ytterst spets; det är ett etiskt, moraliskt och medicinskt ansvar gentemot en annan människa, där anestesijuksköterskan håller en annan människas liv i sina händer.

## **Postoperativt illamående och kräkning, PONV- hur hanterar vi det?**

*Jakob Wallden, överläkare, universitetslektor, Sundsvalls sjukhus*

Illamående och kräkning efter operation, PONV (postoperative nausea and vomiting), brukar ofta beskrivas som det "lilla stora problemet" och är en vanlig komplikation efter generell anestesi. Patientlidandet är betydande samtidigt som det ökar vårdkostnaderna genom t.ex. ökad vårdintensitet och förlängd vårdtid.

Trots medvetenhet om riskvärdering och profylax är det fortfarande en betydande andel patienter som upplever PONV. Incidenssiffror på 30-40% rapporteras fortfarande i litteraturen. Följsamheten runt PONV- riskvärdering och profylax har visat sig vara låg och patienter med hög risk för PONV får inte rätt antiemetikaprofylax.

Orsaken till PONV är multifaktoriell och påverkas av patientrelaterade faktorer och det patienter utsätts för i form av läkemedel och kirurgiskt trauma. Det perioperativa användandet av opioider spelar en betydande roll. Faktorerna 1) Kvinnligt kön, 2) Icke-rökare, 3) Tidigare PONV och/eller rörelsesjuka samt 4) Opioider som smärtlindring i det postoperativa förloppet ingår i Apfels risk-poäng där risken för PONV vid 0-1 riskfaktorer skattas till 0-20 %, 2 riskfaktorer 20-40%, 3 riskfaktorer 40-60% och 4 riskfaktorer 60-80%.

Andra faktorer som ökar risken för PONV är inhalationsanestesi, ålder < 50 år och vissa typer av ingrepp (cholecystektomi, gynekologisk kirurgi, laparoskopisk kirurgi).

Strategin för hanteringen av PONV bör innefatta att inför operation och anestesi värdera patientens risk. För den enskilde patient får denna värdering kombineras med patientens förväntningar/farhågor, om PONV medför ökade medicinska risker, typ av ingrepp, anestesimetod och vad som i sammanhanget är kostnadseffektivt.

Förutom aktivt profylaktiska interventioner under operation (ex. steroider, 5HT-3 antagonister, DA-antagonister) bör man vid ökad risk för PONV reducera bas-linje faktorer genom att välja adekvat anestesimetod, hålla patienterna välhydrerade och minimera användat av opioider.

Utifrån förutsättningar på den enskilda kliniken bör rutiner för systematisk hantering av PONV implementeras och kontinuerligt utvärderas. Då finns potential att ytterligare reducera incidensen av PONV.

Föreläsningen kommer att ha fokus på det som är ”nytt” inom området för PONV.

## **En metod som förkortar uppvakningstiden under narkos**

*Katarina Hallen, överläkare, PhD Göteborg*

Avsikten med denna avhandling var att studera och vidareutveckla en ursprunglig metod som innebär att man ger koldioxid direkt in i narkosapparatus andnings slangar. Den primära frågeställningen var att undersöka hur mycket koldioxid som behövs tillföras när man dubblar andningsvolymen per minut via narkosapparaten. Med denna metod skulle narkosläkaren kunna styra andningen och övervaka koldioxidnivåerna i andningsluften med hjälp av den vanliga narkosapparaten och dess övervakningsutrustning. Det var också viktigt att studera om metoden var säker.

I de två första studierna visade det sig att runt 3 % CO<sub>2</sub>-koncentration i inandningsluften, motsvarande 150–300 ml CO<sub>2</sub>/min beroende på kön och vikt, räckte för att upprätthålla en stabil och effektiv isokapnisk hyperventilation utan några hjärt/lung -eller cirkulationsbiverkningar. I de två påföljande studierna prövades metoden vid väckning av patienter och resultatet blev att tiden till uppvaknande förkortades med 50 % och tiden till att patienterna kom ut från operationssalen med 30 %. Detta stämmer väl överens med resultat från studier av andra IHV-metoder. Efter väckning och vid vård på uppvakningsavdelning utgjorde den studerade IHV-metoden ingen risk för patienterna. Vi såg inga fall av höga koldioxidnivåer, eller ens en tendens till höga koldioxidnivåer i blodet eller utandningsluften. Det fanns en tendens till snabb kognitiv återhämtning och mindre smärta och illamående i IHV-gruppen, men den var inte statistiskt säkerställd.

Sammanfattningsvis är isokapnisk hyperventilation ett effektivt sätt att påskynda uppvaknandet efter gasnarkos även när moderna kortverkande narkosmedel används. Det är möjligt att utföra detta på ett säkert sätt via den vanliga narkosapparatus respirator och övervakningsutrustning genom att tillföra en liten mängd koldioxid i inandningsluften i samband med väckning, doserat efter kön och vikt. En bred klinisk implementering av metoden skulle kunna öka effektiviteten i den perioperativa vårdkedjan och potentiellt förbättra vårdkvaliteten för patienter. Fler studier och en mer utbredd klinisk användning behövs för att kunna säkerställa detta.

## Hemodynamisk övervakning vid anestesi

*Staffan Lutz*

Kommer tillräckligt med blod till alla organ?

Kommer tillräckligt med syre fram?

Hur vet vi?

Vad bestämmer hur mycket syre som kommer fram?

1. Volymen blod som hjärtat pumpar ut per tidsenhet (CO)
2. Hur mycket syre blodet bär per volymenhet
3. Blodtrycket i vissa fall (för hjärna och hjärta exempelvis)
4. Perifer kärltonus och ev blockerade kärl

Syrgasleverans (DO<sub>2</sub>)

Cardiac Output (CO)

Metoder som mäter hemodynamiska parametrar på operation

## Anestesi vid ärftliga neuromuskulära sjukdomar

*Gunilla Isander, överläkare, docent, Lund*

Muskulaturen är ett metabolt aktivt organsystem som kan orsaka oväntade och farliga problem i samband med anestesi.

Dystrofia myotonika: Långsamt progredierande muskelsvaghet och myotoni. Symptom från många andra organsystem. Nästan alla får hjärtpåverkan. Respirationssvikt beroende på muskelsvaghet. Andningscentrums känslighet nedsatt vilket gör att risken för läkemedelsutlöst (ex opioider) andningsdepression är ökad. Ökad aspirationsrisk. Generell "endokrin insufficiens". Ökad risk för diabetes. Ofta komplicerade graviditeter och förlossningar, större risk om barnet ärvt anlaget.

Duchennes Muskel Dystrofi, DMD: En vanlig och allvarlig muskelsjukdom som drabbar pojkar. Debut i barndomen och sedan en progredierande muskelsvaghet. Exempel på anestesikomplikationer är hjärt-stillestånd,- svikt, andningssvikt etc.

FacioScapuloHumeralMuskelDystrofi- FSHD, LimbGirdleMuscleDystrophy-LGMD, Emery-Dreyfuss Muscle Dystrophy-EDMG med flera är exempel på andra muskeldystrofier som kan ställa till problem.

Mitokondriesjukdomar: Mitokondrierna är cellens kraftverk. Det finns många olika sjukdomar. Mycket varierande symptomatologi. Från neonatal död till nästan symptomfri. Metabolt aktiva organ drabbas ffa. Symptomen kan likna många andra sjukdomar. Metabola reserven liten. Epilepsi diabetes hörsel/syn problem, muskelsvaghet hjärtpåverkan överrepresenterat.

Sammanfattning anestesiråd om hereditära neuromuskulära sjukdomar:

Suxameton: Litteraturen avråder oftast från användandet av suxameton vid alla muskelsjukdomar. Rocuron i högdos med tillgång till sugammadex är gott alternativ. Allmänt kan man säga att neuromuskulär monitorering inte är lika tillförlitlig som hos den friske. Gör en klinisk bedömning också.

Effekten av muskelrelaxantia kan variera beroende på diagnos och allvarlighetsgrad. Neuromuskulär monitorering är inte riktigt lika tillförlitlig som hos frisk. Sugammadex ger en god reversering.

Potentia inhalationsanestetika: Kontraindicerat vid MH. Ges endast i undantagsfall vid Duchenne. Olämpligt att ge vid muskeldystrofier pga risk för rabdomyolys.

ATT VARA FÖRBEREDD ÄR HALVA SEGERN! Visdomsord från författaren till Don Quijote dvs Cervantes som levde mellan 1547-1616. Hans militära visdom gäller även inom anestesi 400 år senare!

## **Postoperativ smärta och smärtskattning**

*Kerstin Eriksson, Lotta Wikström, smärtsjuksköterskor, PhD.  
Länssjukhuset Ryhov Jönköping*

Smärta är ett vanligt symptom postoperativt. Internationella och nationella riktlinjer rekommenderar att smärtintensitet följs med en smärtskala. Vår kliniska erfarenhet visar bristande följsamhet till rutiner vid smärtskattning. I befintlig litteratur saknades patientens perspektiv samt vårdpersonalens erfarenheter av smärtskalans användning vid smärtbedömning vilket ledde till att vi startade projektet: Skattning av postoperativ smärta och illamående och påverkan på återhämtning. Föreläsningen innehåller resultat från våra avhandlingar; patienters och vårdpersonals uppfattningar av användningen av smärtskalor samt vilka händelser som de anser avgörande vid smärta och smärtbedömning.

Patienter som upplevt postoperativ smärta beskrev att smärtskattningen vara en gemensam utgångspunkt i samtalet med vårdpersonal. Det gjorde det lättare för vårdpersonal att förstå deras smärta men patienter ville även ha en möjlighet att beskriva sin smärtupplevelse. Patienter påverkades av bemötandet från vårdpersonalen och det fanns en rädsla från att avvika från medpatienter i sitt analgetikabehov. En osäkerhet fanns hos patienter om hur mycket smärta de förväntades kunna hantera innan de bad om hjälp. Kunskap om smärta och smärtbehandling samt tolerans för smärta påverkade om aktiva eller passiva strategier användes vid smärta.

Vårdpersonal som hade erfarenhet av att använda skattningsskalor beskrev att patienters skattningar vid bedömning av postoperativ smärta bidrog till förståelse för patientens smärta. Hur patienten hade förstått tolkningen av vald skala samt personalens användning av skattningar vid val av åtgärd var avgörande motivation till fortsatta skattningar. Tolkningssvårigheter med skattningsskalor innebar att utöver skattningar förde personalen en dialog med patienten om deras smärtupplevelse samtidigt som de observerade patienten.

Vårdpersonalens och patientens förmåga att kommunicera med varandra samt arbetsförhållanden såsom rutiner, tillgänglig tid och dokumentationsmöjligheter påverkade på vilket sätt samt med vilken kvalitet smärtbedömningen utfördes.

#### Referenser

- Eriksson, K., Wikstrom, L., Arestedt, K., Fridlund, B. & Brostrom, A. (2014) Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments. *Appl Nurs Res*, **27**(1), 41-6.
- Eriksson, K., Wikstrom, L., Fridlund, B., Arestedt, K. & Brostrom, A. (2016) Patients' experiences and actions when describing pain after surgery - A critical incident technique analysis. *Int J Nurs Stud*, **56**, 27-36.
- Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K. & Broström, A. (2016) Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain - a critical incident technique analysis. *Scand J Caring Sci*, **30**(4), 802-812.
- Wikström, L., Eriksson, K., Årestedt, K., Fridlund, B. & Broström, A. (2014) Healthcare professionals' perceptions of the use of pain scales in postoperative pain assessments. *Appl Nurs Res*, **27**(1), 53-8.

### Misstag att lära sig av

*Christian Unge, överläkare Karolinska*

Människor är inte hundra procent perfekta. Detta gäller även för läkare och sjuksköterskor. Misstag begås varje dag inom vården, stora som små. Men vad gör vi med erfarenheterna från misstag? Pratar vi om dem? Om inte, varför då? Om vi inte diskuterar våra misstag riskerar vi att göra om dem. Så vad är värre än att göra fel? Jo, att upprepa samma misstag gång på gång i det tysta.

I sin bok, "Har jag en dålig dag kanske någon dör", berättar Christian Unge om misstag han har begått när han behandlat patienter under tjänstgöring för Läkare Utan Gränser i Burundi och Kongo eller på akutmottagningar och avdelningar i Sverige. På grund av trötthet, dålig handledning och stress glömmar han att ge adrenalin till en patient med astmaattack och tvingas lämna beskedet till en ung man att denne har diabetes, utan att kunna sätta in den botande insulinbehandlingen. Kontrasterna mot den svenska sjukvården är stora. Samtidigt finns det likheter.

Christian Unge berättar om kunskapsbrist, dålig handledning, stress, bristande kommunikation och svåra etiska gränsdragningar som skäl till varför han begått misstag i sitt yrke som läkare. Han konstaterar att en läkare kan ha ett bra omdöme men ändå få ett dåligt utfall. Det medicinska fältet växer ständigt och man måste uppdatera sin kunskap, och samtidigt vara ödmjuk inför de svåra beslut man måste fatta. Det är individperspektivet som är fokus för hans bok, men mycket kan appliceras på gruppen.



## **Vem ska få vård i första hand?**

*Lars Sandman, professor i hälso- och sjukvårdsetik*

Inom vården brottas vi i större utsträckning än tidigare med att våra resurser inte räcker till för att möta patienternas behov. I Sverige har vi en etisk plattform med tre principer som ska styra hur vi prioriterar mellan patienter. I föreläsningen presenteras plattformen och hur den kan tolkas i relation till anestesi- och intensivvård.

## **Critical illness- a patient's journey from care recipient to care provider**

*Peter Gibb, Chief executive, ICUsteps, Storbritannien*

Following a mountain biking accident in 2003, Peter went on to co-found ICUsteps, the intensive care patient support charity. His story highlights the issues faced by intensive care patients both during and after critical illness, and highlights the need for rehabilitation.

## **Den vårdande beröringens betydelse inom intensivvård.**

*Carina Elmqvist, docent vårdvetenskap, Johanna Lundqvist och Liza Karlsson, spec.sjuksköterskor Intensivvård*

Beröring är oundviklig inom sjukvården och en medvetenhet om hur beröring kan upplevas är av betydelse för att tillgodose patientens behov och utveckla vården. På en intensivvårdsavdelning sker vården i en högteknologisk miljö där övervakning av patientens tillstånd, på gott och ont, gör närhet och beröring central. Hur upplever patient, närstående och vårdpersonal beröring och vad är vårdande beröring inom intensivvård?

## **DCD-projektet- hur har det gått?**

*Stefan Ström, intensivvårdsläkare Operationskliniken  
Västmanlands sjukhus Västerås. DCD-projektgruppen  
Vävnadsrådet SKL*

Med start januari 2016 bedrivs det s.k. DCD-projektet i Sverige. Projektet har godkänts och finansieras av Vävnadsrådet SKL. Projektet löper under fyra år och skall vid årsskiftet 2019/2020 utmynna i ett förslag till nationellt DCD-protokoll för breddinförande i Sverige.

Syftet är att introducera en kompletterande donationsprocess till den i Sverige redan befintliga. Idag omhändertas organ från avlidna donatorer inom intensivvården genom en s.k. DBD-process. DBD står för Donation after Brain Death, på svenska donation efter primär hjärnskada. Dessa patienter intensivvårdas p.g.a. en svår hjärnskada med bl a respirator. Om total hjärninfarkt utvecklas under pågående intensivvård diagnosticeras den med antingen klinisk neurologisk diagnostik eller med fyrcärtsangiografi. Tack vare intensivvårdsbehandlingen upprätthålles andning och cirkulation på ”konstgjord väg”, detta trots att alla hjärnans funktioner slutat fungera inklusive andningscentrum. Organen kan därmed syresättas och omhändertas för donation/transplantation om samtycke till donation finns och inga medicinska kontraindikationer föreligger. Denna donationsprocess (DBD) är den sedan 1988 etablerade donationsprocessen i Sverige.

I många andra länder omhändertas också organ från avlidna genom en s.k. DCD-process. DCD står för Donation after Circulatory Death, på svenska donation efter cirkulationsstillestånd. DCD finns i olika former och den som är aktuell inom ramen för DCD-projektet är s.k- kontrollerad DCD (DCD kategori III), egentligen en ”planerad” DCD. Patienter vilka intensivvårdas och där fortsatt intensivvård bedöms att inte gagna patienten utan snarare förlänger dödsprocessen, där beslutar ansvariga läkare att den livsuppehållande behandlingen skall avbrytas. Detta förankras hos närstående i ett s.k. brytpunktssamtal. I ett separat samtal erbjudes möjligheten att patienten kan donera organ efter att döden konstaterats. Om samtycke finns och inga medicinska kontraindikationer föreligger planeras för ett ”kontrollerat” avbrytande av livsuppehållande behandling på intensivvårdsavdelningen. När cirkulationsstillestånd inträder dödförklaras patienten efter en s.k. no touch-period på 5 minuter. Därefter kan organ omhändertas för donation och transplantation.

DCD-projektet har utarbetat ett DCD-pilotprotokoll som under ett års tid testas på sex stycken pilotsjukhus i Sverige. Resultaten och inhämtade erfarenheter så här långt kommer att presenteras under föreläsningen.

Mer om DCD-projektet kan läsas på [www.vavnad.se](http://www.vavnad.se)

### **Två aktuella ämnen:**

- **News 2**
- **Trycksår på IVA**

*Eva Joelsson-Alm, specialistsjuksköterska, PhD, Södersjukhuset*

### **Säker sepsisvård**

*Martin Spångfors, Intensivvårdssjuksköterska Kristianstad,  
Doktorand Lund*

Sepsis tillhör en av våra vanligaste diagnoser inom intensivvården. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) har initierat ett multiprofessionellt och multidisciplinärt arbete med målsättningen att öka kvaliteten och säkerheten i vårt arbete med att identifiera och behandla patienter med livshotande infektion.

### **Perioperativ vårdkvalitet**

*Åsa Engström, Professor, Intensivvårdssjuksköterska Luleå*

Att genomgå en operation är för de allra flesta människor en stressfylld händelse med viss oro för hur det ska gå och hur man ska må under och efter operationen. En mängd olika faktorer kan påverka hur patienten upplever den perioperativa vårdkvaliteten. Har det någon betydelse har det om operationen är akut eller planerad? Om det är en reoperation eller om patienten opereras för första gången? Föreläsningen kommer att handla om egna och andras studier om patienters upplevelser av att genomgå operationer och vad de i dessa studier beskriver som god, eller mindre god, perioperativ vårdkvalité samt om studier där patienter skattat vårdkvalitén i samband med operationer som de genomgått.

## **Den som aldrig glömt något kastar första checklistan**

Anders Salomonsson, fd. flygkapten-nu Procedur och säkerhetsrådgivare, Per Svensson, överläkare Vrinnevisjukhuset Norrköping

Vi kommer vid denna presentation prata om patientsäkerhet utifrån SOP (Standard Operating Procedure), CRM (Crew Resource Management) men främst utifrån vilken roll en checklista kan spela för patientsäkerheten.

Checklistan som enskild företeelse löser dock inga problem. Allt måste sättas i sitt sammanhang.

När man pratar checklistor är det ofrånkomligt att titta på flyget. Men är det relevant och kan sjukvården lära något av flyget? Hur lika/olika är förutsättningarna för vården jämfört med flyget? Vi jämför och diskuterar. Vi resonerar kring begreppen komplicerat och komplext, som ibland dyker upp när man gör jämförelser mellan flyget och vården.

För att en checklista inom vården skall kunna bidra till ökad patientsäkerhet förutsätter det att dess utformning är anpassad till den aktuella verksamheten, att den används på ett korrekt sätt samt att den utgör en integrerad del av rutinerna i den miljö den skall verka.

När man väl kommit så långt att man har utvecklat en checklista som är anpassad till den aktuella verksamheten och anpassat de gällande rutinerna så finns det många utmaningar på vägen till en lyckad implementering. Eftersom checklistan är det verktyg som skall hjälpa oss att inte missa, det vi absolut inte får missa, så måste man vara oerhört noggrann och tydlig i utbildningen av den personal som är tänkt att använda checklistan. Några av de frågeställningar som måste avhandlas i en utbildning kring checklistan är: När i vårt arbetsflöde skall checklistan läsas? Hur skall checklistan läsas? Av vem?

Vi kommer även att specifikt prata om den nya checklistan "Checklista för Säker Kirurgi 2.0". Varför såg vi behov av en uppdatering av WHO's Checklista för säker kirurgi som infördes 2008? Varför har den nya listan fått den struktur som den har idag? Hur är den tänkt att användas?

## **Svälter barn i onödan? Erfarenheter av 0 timmars fasta**

Hanna Andersson, läkare, doktorand Uppsala Universitet

Barn, liksom vuxna, rekommenderas att fasta innan generell anestesi. Idag rekommenderas sex timmars fasta för fast föda, fyra timmar för bröstmjölk och två timmar för klar dryck. Fasta innan kirurgi är nödvändigt, men många patienter fastar onödigt länge. När man rekommenderar två timmars fasta för klar dryck fastar barn i snitt 6-13 timmar. En preoperativ fasterekommendation på 2 timmar kräver att man korrekt uppskattar när operationen ska börja. På en operationsavdelning blir det dagligen akutfall, strykningar, ommöbleringar och operationer som tar längre eller kortare tid än estimerat.

Nu börjar flera sjukhus runtom i världen införa mer liberala fasteregimer för klar dryck. På barnoperation på Akademiska sjukhuset i Uppsala har man sedan 1999 implementerat en fasteregim där barn som sövs för elektiva ingrepp får dricka klar dryck fram till att de rings ned till operation. I praktiken ger detta en fastetid på 15–30 minuter från det att barnet rings ned till dess att det somnar på operationsbordet. Barn som planeras för operation på eftermiddagen tillåts även en lätt frukost

### **Är vi laddade att möta barn med speciella behov?**

*Ingalill Gimbler-Berglund, specialistsjuksköterska anesthesi, PhD,  
Jönköping University*

Att komma till ett sjukhus för en undersökning eller behandling kan vara en skrämmande upplevelse för barn. När de kommer till en främmand miljö som inte är anpassad för dem kan de uppleva känslor av osäkerhet, hjälplöshet och oro. Barn med autismsspektrumtillstånd (AST) har problem med kommunikation, social interaktion, är känsliga för sensoriska stimuli, till exempel ljud, ljus eller beröring, och är dessutom beroende av rutiner. Dessa barn utgör en utsatt grupp i den högteknologiska miljön inom sjukvården och detta gör att de löper en stor risk att ett besök inom denna miljö riskerar att bli en skrämmande upplevelse. Detta i sin tur kan leda till att barnen inte medverkar och besöket blir en upplevelse som ytterligare förstärker deras rädsla för sjukvården. Att möta barn med AST kan vara en utmaning för vårdpersonalen, där riktlinjer för omhändertagande kan vara en hjälp för att kunna ge en person-familjecentrerad omvårdnad men det är få anesthesiavdelningar i Sverige som har strukturerade riktlinjer för omhändertagandet av barn med autismsspektrumtillstånd. Dessa barns besök behöver vara välplanerade och genomföras på ett sätt som tar hänsyn till det individuella barnets fungerande och behov. En förutsättning för att kunna ge dessa barn ett bra omhändertagande är att man vet i förväg att det är ett barn med denna diagnos som är planerad för en procedur. Har man denna kunskap kan man ta kontakt med föräldrarna och skraddarsy planeringen och vården efter barnets specifika behov. Det behövs också en kunskap hos personalen om autismspektrumtillstånd och hur man kan möta barn med denna funktionsnedsättning för att skapa en gott bemötande för dessa barn.

### **Certified Registered Nurse Anaesthetist – Anestesisjuksköterska i USA**

*Katarina Almskog, Göteborg.*

Anestesisjuksköterskan i Sverige och i USA har mycket gemensamt, men det finns också stora skillnader vad det gäller utbildning, yrkesutövande, samt upprätthållande av specialistkompetens. Då jag har tillbringat de flesta av mina yrkesverksamma år i Miami, Florida, kommer föreläsningen innehålla information om utbildning till samt professionen

som CRNA i USA. Jag kommer även dela med mig av egna erfarenheter som CRNA på det stora Universitetssjukhuset Jackson Memorial Hospital där jag var anställd under flera år.

Föreläsningen inleds med en överblick över utbildningen, intagningskrav, samt utbildningens upplägg enligt nationell standard, inklusive akademiska och kliniska målsättningar. Utbildningen leder till en Master of Science Degree in Nursing, eller en Doctorate of Nursing Practice Degree , och tar 7-9 terminer av heltidsstudier att genomföra. Jag kommer även diskutera ”Advanced Practice Nursing/Nurse Practitioner” som del av utbildningen, samt ge en överblick över yrket i USA i allmänhet.

I USA krävs vidare en genomförd och godkänd ”Board Exam” som sedan leder till certifiering. Det krävs även godkänd legitimation för att få utöva sitt yrke som CRNA. Sedan omprövas specialistkompetensen med jämna mellanrum enligt nationell standard, och jag kommer ge en överblick över den s.k recertifieringsprocessen, vad som krävs vad gäller tex fortbildningskrav.

Anestesisjuksköterskor i USA arbetar inom alla områden där anesthesi utövas, och en överblick över deras yrkesroll, löneutveckling, samt legala aspekter kommer också beskrivas. Jag kommer även belysa vikten av rollen som CRNAs har historiskt, samt beskriva funktionen av American Association of Nurse Anesthetists (AANA).

Jag kommer jag dela med mig av mina egna erfarenheter som CRNA, mestadels på Jackson Memorial Hospital i Miami, Florida. Där förväntas man som anestesisjuksköterska genomföra anestesivård för patienter i alla åldrar, inför all sorts kirurgi, och på all akutnivå. Sjukhuset är ett av de största s.k ”Teaching Hospitals” i USA för närvarande. Där finns tex ett Level One Trauma Center som bla används av Amerikansk militär för sjukvårdsutbildning, samt ett av de större Transplantationscentrum i USA mm.

Vid slutet av föreläsningen lämnar jag lite tid till frågor och diskussion.

## **Generation Y – bortom stereotyper**

*Nadja Sörgärdes, lektor, Lunds universitet*

*Under de senaste 15 åren har det publicerats en rad artiklar och böcker om Generation Y. Budskapet är i stora drag att då dessa människors värderingar och normer skiljer sig markant från tidigare generationers ställs det nya krav på ledarskap, rekrytering och organisering av verksamheter. Vad innebär då detta? Att organisationer fundamentalt måste förändra sin profil och verksamhet för att attrahera och leda unga människor? Eller är konceptet och idéerna bakom begreppet ”Generation Y” alltför överdrivna och tillspetsade för att tas på allvar? Föreläsningen utgår från dessa frågeställningar och kommer specifikt att diskutera Generation Y kopplat till ledarskap.*

Den grundläggande sociologiska tankegången bakom att tala om olika generationer är att vi människor formas av vår omgivning. Särskilt präglas vi under vår tidiga uppväxt, eftersom det vi då upplever formar vad vi kommer att betrakta som naturligt och självklart.

I populärvetenskapliga sammanhang lyfts det ofta fram en tämligen entydig beskrivning av Generation Y. Det handlar om en generation född under 80-90-talet, som under sin uppväxt influerats av coachande föräldrar, Internet, billiga flygresor, klimathot och terrordåd. Det hävdas att dessa förhållanden har präglat dessa personers uppväxt så att de har blivit en generation som har stor teknikvana, är självsäkra, frågvisa, förändringsvilliga, ambitiösa, lättuttråkade och har hög moral.

Konceptet och idéerna bakom Generation Y har dock stött på kritik och forskningsresultaten är långt ifrån entydiga. Är det då trots detta meningsfullt att tala om generationsskillnader? Det beror på hur det görs. I denna föreläsning kommer generationsskillnader att lyftas som ett sätt – bland flera – att närma sig och förstå kulturella skillnader mellan människor. Kultur kan förena och möjliggöra samarbete mellan människor samtidigt som det kan leda till missförstånd och konflikter. Kulturell förståelse är således av stor betydelse för framgångsrikt ledarskap.

Föreläsningen manar även till kritisk reflektion. Uppfattningen om att det finns en yngre generation som skiljer sig från tidigare kan i sig ha en polariserande effekt om vi oreflekterat använder den för att etikettera andra människor. För att generationstanken ska vara värdefull är det viktigt att man går bortom de stereotypa bilderna, uppmärksammar den kulturella dimensionen samt vågar rannsaka sina egna värderingar och antaganden.

## **Ledarskap i komplexa organisationer; en utmaning för dagens och framtidens ledare**

*Ann-Christine Andersson, barnsjuksköterska, PhD, lektor,  
Jönköping University*

Hälso- och sjukvården beskrivs som komplexa organisationer, som präglas av interdependens. Nya krav ställs på ledarskapet, inte bara på chefer, då ett utvecklingsstyrkt ledarskap i en snabbt föränderlig omvärld kräver engagerat medarbetarskap. Ett sätt att möta och hantera detta är ledarskap för förändring, men för att förändringen skall bli en förbättring krävs vissa kompetenser. Traditionella metoder för kontroll och uppifrån styrning fungerar ofta inte. Då kan förbättringskunskapen, med dess kunskaper om system, variation, beteendeförändring och lärande vara till nytta. Man behöver arbeta aktivt med själva förändringsprocessen, enbart kunskap om att det finns ett bättre sätt att arbeta medför inte automatiskt att alla börjar arbeta på det sättet. Även på nationell nivå har ledarskapets nya utmaningar uppmärksamrats. Tillitsreformen syftade till att utveckla den statliga styrningen genom att balansera behovet av kontroll med förtroende för medarbetarnas verksamhetsnära kunskap och erfarenhet, som ett led i att skapa mer effektiva offentliga verksamheter samt större nytta för medborgarna.

## **Ledarskap är en teamaktivitet**

*Ida Texell, förbundsdirektör/räddningschef Brandkåren Attunda*

Ida Texell är förbundsdirektör/räddningschef i Brandkåren Attunda som levererar service i sex kommuner i norra Stockholm. Ida ingår i regeringens delegation för det svenska genomförandet av FN:s globala mål som uttrycks i Agenda 2030. Ida ingår även i regeringens utredning avseende framtidens räddningstjänst. Ida ingår i styrelsen för Pacta/KFS och tillser fusionen för framtidens arbetsgivarorganisation.

Ida utsågs till Årets Ledare 2015 av SKL och Framtidsverket samt topplacerades 2016 för andra året i rad på Ledarnas lista för framtidens kvinnliga ledare. 2015 grundade hon karriärnätverket Magma för kvinnliga ledare inom svensk krisberedskap. I juni 2017 avslutade hon sin mastersstudier (MBA) på Stockholms Universitet.

Idas föreläsning är en berättelse om att följa sina övertygelser och sin inre röst även om det innebär personliga risker. Öppenhjärtligt berättar Ida om sina erfarenheter som ledare där den röda tråden handlar om mod och att möta sig själv när utmaningarna är svåra. Inspirerande beskriver hon framgångar och stoltheten att få dela ledarresan med sina kollegor.

Förändringsprocesserna som Ida leder har hållbarhet i fokus och hon leder människocentrerat med omtanke och tydlighet. Hennes sätt att fokusera på godhet och nytta engagerar och driver verksamhet och samhällsutveckling framåt. Nyckelorden i Idas ledarskap handlar om en innerlig strävan om att varje dag göra sitt allra bästa.

## **Etiska problem bland sjukvårdspersonal som tjänstgör i stridsmiljö**

*Kerstin Lundberg, PhD, präst*

Legitimerad sjukvårdspersonal, sjuksköterskor och läkare, deltar med Svenska försvarsmakten på militära utlandsinsatser. På dessa insatser upplever sjukvårdspersonalen etiska problem. När sjukvårdspersonal verkar på militära insatser utomlands är de under militärt befäl.

Det övergripande syftet med studierna var att beskriva och förklara de etiska problemen som sjukvårdspersonalen upplevde, både ur deskriptivt och normativt perspektiv.

För forskningen användes deskriptiv, explorativ och normativa design. Datainsamlingen gjordes till större delen genom individuella intervjuer och analyserades med innehållsanalys och genom att använda en klassisk grounded theory. Vidare användes en filosofisk metod baserat på John Rawls teori om rättvisa, s k reflektivt equilibrium.

Resultat: Sjukvårdspersonalen upplever etiska problem i samband med de militära utlandsinsatserna, och dessa etiska problem är relaterade till dubbla lojaliteter. De ger skäl för att utföra respektive inte utföra militära uppgifter som skall utföras av stridande soldater.



Sjukvårdspersonalen leds av militära chefer och för de militära cheferna är det viktigt att ena sjukvårdspersonalen i enheten och det upplever de som en utmaning. Enandet i gruppen är svårt eftersom sjukvårdspersonalen upplever dubbla lojaliteter.

Konklusioner: Att sjukvårdspersonalen upplever dubbla lojaliteter på utlandsinsatser kan bero på att folkrätten och de medicinsk-etiska koderna inte är tydliga vad gäller hur de skall tolkas när etiska problem uppstår. För att passa in i dagens militära konflikter behöver de revideras. Sjukvårdspersonalen behöver dessutom reflektera på ett djupare plan kring etiska problem innan de roterar till insatsområdet.