



ABSTRACT ANIVA HÖSTKONGRESS 2019

Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård
Höstkongress 21-22 November 2019

Torsdag 21 november 2019

Sjuksköterskans profession- om ansvar vetenskap och professionellt mod

Anna Forsberg, professor, Lund

Dagens hälso- och sjukvård styrs av ekonomiska kriterier och krav på produktion. Vårdandet riskerar att reduceras till metoder och tekniker istället för att förankras i grundläggande värden för vårdande och den vårdvetenskapliga forskning som finns. Det biomedicinska paradigmet är oförändrat starkt inom hälso- och sjukvården trots att allt fler av medborgarna söker vård för social eller mental sjukdom snarare än fysisk sjukdom.

Sjuksköterskor utgör numerärt den största andelen i den grupp som tillhör omvårdnad eller vårdvetenskap som forskningsområde. Det innebär också att det är den numerärt största gruppen inom vården med akademisk yrkesexamen på grundnivå eller avancerad nivå. Bristen på akademiskt välutbildade sjuksköterskor som förebilder är stor. Dessa yrkesutövare skulle kunna öka takten i det förändringsarbete som är nödvändigt för att möta ett förändrat behov hos allmänheten avseende hälso- och sjukvård. Här behöver specialistsjuksköterskan ta sitt ansvar.

Vårdandets förhållningssätt, tekniker och metoder hör ihop med det vetenskapliga ramverket. Utövande av vård och vetenskaplig kunskap om vård utgör en helhet. En central del i ett akademiskt yrke är att utveckla ett kritiskt och vetenskapligt förhållningssätt.

Att utvecklas till en akademisk vårdare innebär val och konsekvenser. En sjuksköterska som utövar omvårdnad på akademisk grund pekar ut riktningen för vårdandet och blir en naturlig förebild i teamet. Men framför allt lindrar hon lidande och främjar hälsa och välbefinnande utifrån varje persons unika behov.

Att utöva yrket i en högteknologisk vårdmiljö och se personen bakom tekniken kräver ett personligt och professionellt mod att stå upp för grundläggande värden och sjuksköterskans kärnkompetenser. Det går varken att förvärva dessa kompetenser eller utöva dem på ett professionellt sätt om man inte förstår grundmotivet till dem och förankrar dem i såväl vårt akademiska ämne som i vår professionella etik.

Mitt föredrag handlar om hur vi kan ta ansvar i förhållande till vetenskap och utveckla ett professionellt mod.

Trycksår hos intensivvårdspatienter – en stor patientsäkerhetsrisk

*Eva Joelsson Alm, med.dr. universitetssjuksköterska, bitr. universitetslektor,
Södersjukhuset Stockholm*

Intensivvårdspatienter har stor risk för att drabbas av trycksår på grund av deras kritiska tillstånd, immobilisering och avancerad behandling. Trycksår orsakade av den medicintekniska utrustningen som t ex endotrakealtub och syrgasmask/grimma är ofta förekommande hos intensivvårdspatienter. Hur ska vi riskbedöma och förebygga trycksår på IVA.

Delaktighet i vården på IVA- möjligheter och hinder

Catharina Frank, docent, Linneuniversitetet

Hur och på vilket sätt uppfattar vårdade personer att de är delaktiga i vad som händer under vårdtiden på en intensivvårdsavdelning

Intensivvårdsdagbok i Sverige - betydelse och tillämpning

Maria Johansson, specialistsjuksköterska, intensivvård, Kalmar

IVA dagboken har betydelse även för närstående, efterlevande och vårdpersonal i olika avseenden. IVA dagboken speglar personcentrerad vård. Jag lämnar tips för att underlätta skrivandet, som kan upplevas svårt av både närstående och vårdpersonal.

Familje-centrerad vård på IVA - vad innebär det?

Isabell Fridh, biträdande professor, Högskolan Borås

Patientens närstående är inte passiva besökare på IVA utan en viktig part i patientens omvårdnad och återhämtning. Familjecentrerad vård innebär att intensivvårdspatienten och de närstående tillsammans erbjuds en holistisk vård. Internationella riktlinjer beskriver fem fokusområden inom familjecentrerad vård där intensivvårdssjuksköterskan är en viktig part för att dessa riktlinjer ska kunna implementeras.

Early mobilization of critically ill patients

Peter Nydahl, RN, MScN, Köln

Early mobilization improves the outcome of critically ill patients. The approach is a broad concept of sedation and pain assessment, delirium management and family integration. Implementation is challenging, but there are a lot of strategies how to convince barriers.

Vad är en perioperativ högriskpatient?

Sandra Månsson, Specialistsjuksköterska intensivvård, Omvårdnadsansvarig

Olof Brattström, Överläkare, Med Dr. Funktionsenhetschef

Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Historiskt sett har patienter i samband med kirurgi vårdats utifrån ett och samma standardiserade tillvägagångssätt beroende på typen av operation och den sjukdom som avses att behandlas. Genom forskning det senaste decenniet har en ny förståelse vuxit fram för att vården måste anpassas mer till de individuella behoven under det perioperativa förloppet utifrån den unika patienten.

Den genomsnittliga perioperativa mortaliteten är relativt låg, 1–4%, men subgruppen av högriskpatienter drabbas i en mycket stor omfattning. Trots att denna grupp utgör knappt 13% av patienter som genomgår icke-kardiell kirurgi så står dessa för > 80% av mortaliteten. Orsaken till den förhöjda mortalitetsrisken är inte helt klarlagd, men det är ytterst angeläget att identifiera vilka patienter som tillhör denna grupp för att kunna anpassa den perioperativa vården och vårdnivån. Uppkomst av postoperativa komplikationer är vanligare bland högriskpatienter, något som innebär ett lidande och kan utgöras av allt från ett kortvarigt och lättare tillstånd som ger tillfällig smärta och immobilitet till svåra och komplexa syndrom med multiorgansvikt, reoperation och intensivvård som leder till förlängd vårdtid, försämrad funktion och minskad långtidsöverlevnad. Genom att anpassa den perioperativa vårdnivån kan förekomsten av morbiditet och mortalitet minska.

Högriskpatienter kan definieras pre-per-eller postoperativt. Preoperativt används olika klassificeringssystem och instrument, ofta i kombination med ställningstagande till patientens ålder och komorbiditeter, vilka påverkar reservkapaciteten. Det finns även biomarkörer och undersökningar som är vägledande då de bl.a. indikerar befintlig organsvikt och därmed identifierar vilka patienter som är predisponerade att utveckla komplikationer. Peroperativt kan det tillstöta incidenter som gör att patienten blir en högriskpatient, exempelvis blödning, aspiration, anafylaxi. Postoperativt kan mycket tidiga komplikationer leda till en ökad risk för patienten under det följande postoperativa förloppet.

Det är avgörande för högriskpatienter att de kan få den perioperativa vårdnivå som de är i behov av för att minska deras risk för postoperativ morbiditet och mortalitet.

Etiska aspekter vid behandling av högriskpatienter

Karin Frisell, Medicinskt Ledningsansvarig, IVA i Eskilstuna

Standardiserad vårdplan kontra personcentrerad vård

Petronella Bjurling Sjöberg, Leg. sjuksköterska spec. utb. Intensivvård, Med.Dr., Post-doc, Patientsäkerhetssamordnare Region Sörmland

Standardisering och personcentrering kan tyckas vara motsägande principer. Men är de det, eller är det så att de tillsammans kan skapa patientsäkerhet och god vård-kvalitet?

I dagens komplexa och kunskapsintensiva miljö förutsetts hälso- och sjukvårdens professioner ge en evidensbaserad och patientsäker vård. Ändå utsätts många patienter för vårdskador och nöjdhetsundersökningar visar att patienter i Sverige inte känner sig delaktiga i den utsträckning man önskar.

För att förbättra patientsäkerheten och vårdkvalitén behöver vi öka tillförlitligheten i vården, arbeta evidensbaserat och med kontinuitet i hela vårdkedjan. Vi behöver också ta till vara den resurs patientdelaktighet innebär.

En majoritet av landets regioner arbetar för att införa personcentrerad vård. Personcentrerad vård utgår ifrån den individuella patientens upplevelse och förutsättningar och innebär att individens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet.

Implementering av standardiserade vårdplaner kan ge professionerna stöd avseende gällande evidens och planering för en specifik patientgrupp, vilket kan främja teamarbete och patientsäkerhet. Men vad innebär standardiserade vårdplaner för patienternas delaktighet och möjligheten till en personcentrerad vård?

Under detta interaktiva föredrag diskuteras utmaningar och möjligheter i tillämpningen av standardiserade vårdplaner och personcentrerad vård. Argumentation förs kring varför de tillsammans kan vara det optimala sättet att främja evidensbaserad, patientsäkerhet och uppnå god vårdkvalitet

Intravenös vätska till barn som skall opereras

Urban Fläring, anesthesiolog, Karolinska universitetssjukhuset Solna

Syftet med föreläsningen kommer vara att belysa tre viktiga fundament i perioperativ vätsketillförsel till barn. Anestesipersonal måste säkerställa adekvat mängd vätskevolym, glukos samt natrium. Dessa tre behov skiljer sig beroende på ålder men ff. väsentligt från vuxnas behov. Skillnad barn och vuxna avseende dehydrering kommer även att belysas.

Patientsäkerhet

Camilla Göras, anesthesiolog, PhD, Falun

Operationssjukvård är ett komplext system med en utmanande och dynamisk miljö. Utmaningar kan vara patienter med komplexa sjukdomsbakgrunder samt att olika professioner i operationsteamet behöver ha både tekniska- och kognitiva färdigheter, interagera och samarbeta. Andra utmaningar är förändringar och variation, multitasking och avbrott. Utöver detta har varje enskild organisation sin säkerhetskultur med olika professionella sub-kulturer vilka kan påverka hur arbete och teamarbete utförs på en operationsavdelning. När detta avhandlingsarbete planerades saknades ett instrument, anpassat för en svensk kontext, för att mäta säkerhetsklimat. Studier av avbrott i Sverige saknades och internationellt har inte multitasking studerats inom operationssjukvård. Avhandlingens övergripande syfte var därför att utvärdera ett frågeformulär för att bedöma säkerhetsklimat, beskriva och jämföra uppfattningar om säkerhetsklimat samt undersöka komplexitet i arbetsprocesserna inom operationssjukvård.

För att utvärdera frågeformuläret Safety Attitudes Questionnaire-operating room (SAQ-OR) version och uppfattningar hos operationsteamet användes tvärsnittsstudier. Hur arbetet utfördes studerades genom direkta observationer med instrumentet Work Observation Method by Activity Timing samt genom gruppintervjuer av olika professioner verksamma på en operationsavdelning.

Resultaten visar att SAQ-OR är ett relativt acceptabelt instrument för att bedöma uppfattningar om säkerhetsklimat inom svensk operationssjukvård. Jämförelser mellan olika professioners uppfattningar av säkerhetsklimat visade på variationer och vissa svaga områden, vilka var relativt samstämmiga med respektive chefs skattning. Arbetet på en operationsavdelning visade sig vara komplext och bestod av multipla aktiviteter där kommunikation, till antal, var mest frekvent. I förhållande till tid var det direkt- och indirekt vård, likställt med det kirurgiska ingreppet och övervakning. Multitasking och avbrott, mestadels följt av kommunikation, var också vanliga vilket återspeglar de interaktioner och anpassningar karakteristiskt för ett komplext adaptivt system. Hantera komplexitet och skapa säker vård på operation beskrevs i form av förutsättningar och resurser samt en process av planering och förberedelse för det förväntade och beredskap för att kunna anpassa sig till det oväntade.

Panelsession:

Verklighet och möjlighet.

Patientsäkerhet, vårdmiljö och specialistsjuksköterskans roll

Moderator:

Oili Dahl, specialistsjuksköterska intensivvård, med. dr, Utbildningschef omvårdnad
Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI) Karolinska Universitetssjukhuset

Deltagare:

Sofia Lindström, specialistsjuksköterska intensivvård, Uppsala

Lisa Smeds Alenius, leg. sjuksköterska, med. dr. Karolinska institutet

Hans Rutberg, tidigare adjungerad professor patientsäkerhet, Linköpings universitet

Carina Skoglund, Sakkunnig patientsäkerhet, Socialstyrelsen

Sveriges kommuner och landsting, SKL

Fredag 22 november 2019

Organdonation efter cirkulationsstillestånd, DCD-projektet: Resultat och erfarenheter

Stefan Ström, överläkare, medicinskt ansvarig DCD-projektet, Västmanlands sjukhus Västerås

Linda Gyllström Krekula, verksamhetschef Regionalt Donationscentrum – RDC Stockholm/Gotland, DCD-projektgruppen Vävnadsrådet SKL.

Med start i 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 vår/vintern 2020 utmytna 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 tillvaratas organ från avlidna donatorer inom intensivvården genom en s.k. DBD-process. DBD står för Donation after Brain Death, på svenska kallat donation efter död till följd av primär hjärnskada. Dessa patienter intensivvårdas p.g.a. en svår hjärnskada med bl.a. respirator. Om total hjärninfarkt utvecklas under pågående intensivvård diagnosticeras döden med antingen klinisk neurologisk diagnostik eller med fyrkärlsangiografi. 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 tillvaratas 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 tillvaratas också organ från avlidna genom en s.k. DCD-process. DCD står för Donation after Circulatory Death, på svenska kallat donation efter död till följd av 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. De patienter som är aktuella för DCD är patienter som intensivvårdas, där fortsatt intensivvård inte bedöms gagna patienten, utan snarare förlänger dödsprocessen, och där ansvariga läkare därför beslutar att den livsuppehållande behandlingen skall avbrytas. Detta beslut förankras hos närstående i ett s.k. brytpunktssamtal. Efter att en acceptans för detta beslut finns hos de närstående, erbjuds möjligheten till donation efter att döden. 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 tillvaratas för donation och transplantation.

DCD-projektet har utarbetat ett DCD-pilotprotokoll som under 2018 testats på sex stycken pilotsjukhus i Sverige. Under detta föredrag får du en inblick i projektets preliminära resultat, både de medicinska resultaten men även kring den involverade personalens och närståendes attityder och upplevelser.

Mer om DCD-projektet kan läsas på www.vavnad.se

Early Mobilization - practical questions

Peter Nydahl, RN, MScN, Köln

This lecture gives an overview about safety aspects, pre-mobility assessments, interprofessional collaboration, scales and how to conduct early mobilization, even with mechanically ventilation

Multidisciplinärt teamarbete vid dysphagi hos intensivvårdspatienter

Anna Cedborg, MD, PhD, överläkare och Liza Bergström, leg logoped, PhD, båda från REMEO, Stockholm

Dysfagi är ett vanligt, men ofta ouppmärksammat, problem inom intensivvården som inte bara leder till risk för komplikationer utan också lidande för många patienter. Internationell forskning visar att multidisciplinära team med dysfagifokus krävs för optimal diagnostik, behandling och patientcentrerade resultatmått. Hur gör vi detta på IVA? Hur ska teamet se ut? Vilka patienter löper störst risk att drabbas och vad kan vi göra åt det?

Nutrition till intensivvårdspatienter

Jan Wernerman, senior professor, Enheten för Anestesi och Intensivvård, Karolinska Institutet, Huddinge

Det finns guidelines och rekommendationer, men våra patienter är inte stöpta i en form. Nutritionsbehandling måste individualiseras och anpassas till individ, situation och tidpunkt.

Blodgas-vilka slutsatser kan man dra?

Hannes Wolcan, ST-läkare, Jönköping

Mekanik ventilation vid akut lungsvikt - hur ska vi göra?

Filip Fredén, docent, överläkare intensivvård, Uppsala

Genomgång av strategi vid svår ARDS: tidalvolym, PEEP, rekryteringsmanövrar, kontrollerad ventilation eller spontanandning, rescue treatments

Barntrauma

Tova Hannegård Hamrin, Anestesiolog barnanestesi, Karolinska sjukhuset Solna

En mer barncentrerad perioperativ vård

Carina Sjöberg, Anestesisjuksköterska, Halmstad

När barn ska sövas för operation eller en behandling, är de i en situation som är främmande och skrämmande, förknippad med rädsla, oro och förlust av kontroll. Barnen befinner sig i en okänd miljö där de vet att obehagliga och kanske smärtsamma procedurer utförs. En stor del av deras oro är kopplad till sövningsproceduren. En mer barncentrerad perioperativ vård där barn ges möjlighet att vara delaktiga i planering, utförande och utvärdering av sin egen vård utifrån sina förutsättningar är en möjlighet till förbättring.

Att öka barns delaktighet kan leda till att de upplever mindre smärta, känner mindre oro och får ett snabbare och smidigare vårdförlopp. Barns erfarenhet av perioperativ vård visar att det är den information de fått och samspelet med personalen och sjukhusmiljön som har haft betydelse för deras upplevelse. Utvecklingsområden i perioperativ vård är individanpassad information, individanpassat delat beslutsfattande, barnanpassade miljöer och distraktionsmöjligheter för att minska upplevelsen av väntetid.

Av betydelse i sammanhanget är att barns perspektiv skiljer sig från den vuxnes vilket innebär att barn upplever och fokuserar på andra saker i samband med sjukvård än vuxna och att samspelet mellan barn, föräldrar och personal har stor betydelse för hur barn agerar och hur vårdförloppet fortskrider.

Barnanestesi

Anders Aronsson, anesthesiolog, MD, Lund

Neonatala barn: anestesi, temperatur och andningsreglering

Viktoria Karlsson anesthesisjuksköterska, Med.Dr, Uppsala

Att arbeta som anesthesisjuksköterska i USA

Katarina Almskog, Anesthesisjuksköterska Drottning Silvias Barnsjukhus, Göteborg

Efter en fyraårig grundutbildning till sjuksköterska med goda slutbetyg, minst ett års arbetslivserfarenhet som IVA-sjuksköterska inom de närmsta 5 åren, intagningsprov samt diverse intagningsintervjuer av Universitetets intagningspanel, kan man ha turen att komma in på vidareutbildningen till anesthesisjuksköterska (CRNA). Det första steget till ett respekterat, tillfredsställande, högavlönat, spännande yrke med stor variation och många karriärmöjligheter. Utbildning tar sedan 7-9 terminer av heltidsstudier, inklusive kliniskt och akademiskt arbete. En 40-timmars vecka är inte att räkna med under den tiden, inte heller ledighet eller semester. Terminerna rullar på utan avbrott, även under sommaren.

Man erhåller sedan en "Master of Science Degree in Nursing" (MSN), eller en "Doctorate of Nursing Practice Degree" (DNP). Certifierad blir man efter att ha klarat sin "National Board Exam", och legitimationen som "Advanced Practice Nurse Practitioner" ansöker man om då man fullbordat sin utbildning, och byter alltså ut sin "Registered Nurse" legitimation. Vartannat eller vart fjärde år omprövas både certifiering och legitimation. Fortbildning är en del av yrkeslivet under hela tiden man utövar sitt yrke.

Sedan väntar ett spännande yrkesliv, med alla möjliga karriärmöjligheter samt goda löner såväl som löneutveckling. Ett yrke som är väl respekterat, och en karriär som kan erbjuda många spännande utmaningar.

En CRNA kan arbeta självständigt eller tillsammans med anesthesiologer, och utför alla typer anestesi, gör preoperativa bedömningar, ordinerar prover, lägger centrala infarter mm.

Min presentation kommer innehålla information om professionen, vägen dit, upprätthållande av kompetens, och även lite om mitt eget yrkesliv som CRNA på ett av de största sjukhusen i USA och världen (Jackson Memorial Hospital i Miami, Florida). Där arbetade jag som CRNA

fram till 2012, och utförde narkoser inom de flesta områden, från fosterdiagnostiska undersökningar, till trauma, organtransplantationer mm.

Konsten att vara hållbar i en föränderlig värld, inledning

Karin Hägglund

I en värld då vi hela tiden förväntas prestera, trots en allt tuffare konkurrens, behöver vi verktyg för att kunna ta omhand våra upplevelser, såväl positiva som negativa för att vara hållbara.

Mentorsskapsprogram för chefer

Joacim Andersson och Annica Björnegård

Mentorsprogram är ett sätt att stötta ett hållbart ledarskap, skapa relationer, nätverk och en lärande organisation. Föreläsningen handlar om hur vi kan ta vara på kunskap och sprida kompetens i organisationen. Vi ger exempel och delar erfarenhet av upplägg struktur och förhållningssätt samt de resultat och den nytta mentorskapsprogram kan få för organisationen.

Att leda, växa och skapa värde i komplexa miljöer

Johan Grip

Dagens komplexa miljöer och strukturer kräver ett nytt ledarskap. Vi kan lockas av att anta mer eller mindre komplicerade styrmodeller och hoppas på att de skulle kunna vara svaret på våra utmaningar. Våra tidigare uppfattningar om hur vi leder och driver våra organisationer måste omprövas. Trots att vår kunskap inom ledarområdet hela tiden ökar så uteblir viktiga resultat. Vi är inte mer engagerade eller mer friska på våra arbetsplatser idag, snarare tvärt om.

Unik Drivkraft!

A journey from dungeons to the halls of power with the singular mission to give a voice to the voiceless.

Omar Alshogre, föreläsare

When I was only 15 years old the arab spring shook dictatorships around the Mediterranean. I hurried out to join the crowds in demonstrations on the streets of Banyas. This was the first time I was thrown in political prison.

In my last year of high school, I was again arrested for my political views together with three of my cousins. We were tortured, our nails were pulled out, we were hung up in the ceilings and electrocuted and mutilated. But the worst part was that we were forced to turn on each other.

Three years of constant relocation to various prisons around Syria followed. My cousins died shortly after we arrived in one of the most feared prisons in the world: Sednaya, in the outskirts of Damascus. I was dying from malnutrition and tuberculosis when my mother managed to bribe an army official for my release. During my time in captivity, both my father and two of my brothers had been executed during an attack on our village.

At the time of my release I was a walking skeleton, weighing only 34 kilograms. Mother decided that I had to leave the country to get treatment and my little brother Ali, at the time only eleven, was chosen to aid me in my voyage to safety.

The future, however, looks bright. After one year of working at BCG, I am now studying at university. My brother and I were early on introduced to Swedish society. Thanks to staying with a Swedish foster family, we have learned all about an entirely new culture, a secularized society and a new language.

Alongside studying, I have held countless lectures across the Nordic countries and the US about my experiences. Having recently been admitted to the finals of the Swedish lecturers' organization Talarforum's competition, I continue to hold talks in both private companies, schools, and municipalities around the world. I see it as my mission to bear witness to not only the atrocities of the Syrian war, but also the optimism and will to life that has by necessity stemmed from it.