

SFAI

TIDNINGEN



Officiellt Organ för
Svensk Förening för
Anestesi och Intensivvård
Volym 14 • nr 3 • Oktober 2008



SFAI-tidningen



Officiellt organ för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård • Volym 14, nummer 3 2008.

Adress: SFAI-tidningen, Bror Gårdelöf, ANOP, Op K, Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping. Bror.Gardelov@lio.se

Telefon: 013-22 12 71 och 0705-23 73 73

Grundare: Rolf Sandin rolfs@tkalmar.se Tidningen grundades 1995.

Ansvarig utgivare: Jan Wernerman jan.wernerman@karolinska.se

Redaktör: Bror Gårdelöf Bror.Gardelov@lio.se mobil: 0705-23 73 73

Prenumeration: Genom medlemsskap i SFAI

Utebliven tidning anmäles till Birgitta Nehlin med e-post till sfai@swipnet.se.

Annonsering bokas genom redaktören Bror Gårdelöf Bror.Gardelov@lio.se

Annonsmaterial inskickas till tryckeriet, Gunlög Andersson gunlog@kstab.se, Box 844, 391 28 Kalmar, tel. 0480-45 87 73

Grafisk form: Christina Olsén christina@kstab.se tel. 0480-45 87 75

Repro/Tryck: KST KalmarSund Tryck, tel. 0480-45 87 87

Prenumeration – utebliven tidning

SFAI-tidningen skickas med automatik till samtliga medlemmar – fullvärdiga, nationella eller associerade. Annan prenumeration kan inte tecknas.

Blankett för medlemsansökan finns i tidningen. Ifylld blankett skickas till fackliga sekreteraren, överläkare Berit Flink, operationsenheten, Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå, Berit.Flink@nll.se, tfn 0920/28 23 49, alt. 0920/28 20 00 (vx). Fax 0920/28 23 51.

Vid utebliven tidning, kontakta SFAI:s kansli, Birgitta Nehlin, sfai@swipnet.se, alt. 044/12 39 48 (kvällstid).

Material till tidningen

Allt material, avsett att publiceras i SFAI-tidningen, bör vara i slutgiltig form, skickas till redaktören, Bror Gårdelöf, Bror.Gardelov@lio.se, och utformas enligt följande:

1. Enbart digitalt material accepteras, insänt via e-post, på CD eller USB-minne. Undantag kan göras för fotografier eller annat bildmaterial. (Tänk dock på möjligheten att skanna pappersdokument.)
2. Texten skall vara skriven i Microsoft Word, oberoende av plattform (pc/Mac). Avstava INTE manustexter, vare sig manuellt eller med avstavningsprogram, då detta kan ge egendomliga resultat efter överföring till tryckeriets datorer.
3. PowerPoint-/Excel-filer, handskrivet eller faxat material accepteras ej.
4. Löptext skrivs med rak vänsterkant i Times New Roman, 12 punkter,

5. Tabeller kan infogas i texten, men bilder och figurer måste biläggas separat.
6. Huvudrubrik, författare och adress(er), inklusive klinik- och sjukhustillhörighet, skrivs med rak vänsterkant i Times New Roman, 12, 14 eller 16 punkter.
7. Abstract får innehålla högst 300 ord och struktureras enligt mallen: introduktion, material och metoder, resultat, konklusion och ev. diskussion.
8. Accepterade språk är svenska, danska, norska och engelska.

Bilder och illustrationer

Bilder får ej infogas i texten i elektroniskt insänt material utan sänds som separata filer. Elektroniska bilder skall ha en upplösning på minst 300 dpi och lagras i okomprimerat format, exempelvis tif, jpg, pdf eller eps. Lågupplösta bilder accepteras ej. Inskickade pappersfotografier skall numreras och förses med artikelförfattarens namn på baksidan. De returneras efter publicering. Bildtexter kan infogas i brödtexten eller skickas på separat fil.

Ansvarsförhållanden – rättigheter

Författarna ansvarar själva för sina artiklars innehåll, och framförda åsikter speglar inte nödvändigtvis vare sig redaktionens eller styrelsens uppfattning. Däremot ställer redaktionen krav på saklighet i debattinlägg. Potentiella bindningar eller jävsförhållanden skall redovisas. Material från SFAI-tidningen får inte återutges eller säljas utan redaktörens godkännande. Särtryck kan beställas från redaktören, debiteras särskilt och får inte återutges utan godkännande från redaktö-

ren. SFAI:s logotyp får inte användas utan styrelsens godkännande.

Annonspolicy

Annonser avseende kurser etc, som arrangeras av SFAI:s medlemmar, är kostnadsfria men redaktören har rätt att begränsa sådana annonserns omfång. Samma princip gäller annonser för kurser etc, som bedöms gagna SFAI:s medlemmar, även om de arrangeras av eller i samarbete med annan part. Annan part får ha sin logotyp med i annonsen men inte göra produktreklam. Annonser med produktreklam betalas enligt gängse taxa. Redaktören ensam svarar utifrån denna policy för bedömningen av insända annonser.

Omslagsbild

Efter 300 års inaktivitet erupterade vulkanen i Arenal, Costa Rica, våldsamt en marsdag 1968, varvid ett pyroklastiskt moln tog livet av 87 personer. Därefter har vulkanen varit konstant aktiv, med ett större utbrott utan personskador 1992.

Klara nåtter ses den mycket trögflytande lavan lysa upp västsluttningen, och gigantiska, glödande lavabomber studsar nedför sluttningen i ett gravitetiskt fyrverkeri, medan dunsarna hörs på flera kilometers håll.

Klara dagar ser man bomberna åstadkomma vita rökstreck och -puffar under sin färd nedför sluttningen, och vid två tillfällen såg jag – på flera kilometers håll! – studsande, svarta bomber. De måste ha varit stora som hus – och ändå var de längsta luftfärderna säkert 500 meter långa!

Toppens ständiga rökplym är ofta insvept i moln, men vid vårt besök 4 april 2008 visade den sig stundtals.

Foto: Bror Gårdelöf

Nästa utgåva i december 2008. – Bidrag och annonser Bror Gårdelöf tillhanda senast 1 november.

Fyra nummer utkommer 2008; mars, maj, oktober och december. **Materialet skall vara oss tillhanda senast 1 november.**

SFAI postgiro: 42 82 38-0, SFAI Verksamheter AB, pg: 944086-8; bg: 5618-5325 • Annonspriser: Kontakta redaktören

Tryck: KST KalmarSund Tryck AB, Gunlög Andersson tel: 0480-45 87 73, Box 844, 391 28 Kalmar, E-post gunlog@kstab.se

SFAI:s hemsida finns på www.sfai.se

Gram-positiva
Gram-negativa
Anaerober
Resistenta gram-positiva
Resistenta gram-negativa

På rätt spår - i svåra lägen!
En trygghet att lita på.

Tygacil
tigecyklin IV

Tygacil är ett bredspektrumantibiotikum

Ett självklart val till patient med komplicerad sjukdomsbild

- även då risk för att resistenta bakterier kan föreligga

Indikationer

Komplicerade hud- och mjukdelsinfektioner
Komplicerade intraabdominella infektioner

Administreringssätt

Intravenös infusion under 30-60 minuter

Förpackningar, priser och förmån

Pulver till infusionsvätska, lösning 50 mg frystorkad orangefärgad kaka eller pulver 10 x 50 mg injektionsflaska, Rx, EF

Översyn av produktresumé: 080327. För priser och övrig information se FASS.se



Minska risken...
för oväntade problem!

TAZOCIN
(piperacillin tazobactam)
Bredspektrumantibiotikum + betalaktamashämmare

Indikationer:

Intraabdominella infektioner.
Svår nosokomial pneumoni.
Initial behandling av infektioner hos patienter med neutropeni.
Barn 2-12 år, inlagda på sjukhus med svåra intraabdominella infektioner.

Förpackningar, priser och förmån

Pulver till injektions-/infusionsvätska, lösning (vitt pulver)
12 x 4 g / 0,5 g injektionsflaska, Rx, EF
12 x 2 g / 0,25 g injektionsflaska, Rx, EF
Översyn av produktresumé: 2008-01-03
För priser och övrig information se FASS.se



Wyeth

Wyeth AB, Dalvägen 12, Box 1822, 171 24 Solna
Tel 08 470 32 00 Fax 08 730 06 66



Styrelsen för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård

ORDFÖRANDE



Jan Wernerman, Professor överläkare anestesi- och intensivvårdskliniken Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, 141 86 Stockholm.
Tel: 08-58586395, Fax: 08-7795424
jan.wernerman@karolinska.se
Läst på KI, utbildad på S:t Eriks sjukhus i Stockholm. Disputerad som kliniker 1985. IVA-chef på Huddinge, därefter klinikchef på S:t Göran och Huddinge. Numera professor på Huddinge, med tonvikt på klinisk forskning. Var med och startade SFAI:s IVA-grupp och tillika olika IVA-initiativ på skandinavisk bas, ledande fram till intensivistutbildning och forskningsnätverk. Har internationellt varit aktiv inom ESPEN och sedan ESICM. Medlem av ACTA:s och ICM:s redaktionskommitté.

VICE ORDFÖRANDE



Överläkare, Docent **Heléne Seeman-Lodding** Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
Anestesi- och Intensivvårdskliniken, plan 5 Blå stråket 413 45 Göteborg
helen.seeman-lodding@vgregion.se
tel: 031 342 20 28 fax: 031 41 38 62
Specialist i Anestesi och Intensivvård 1994. Disputerad i Göteborg 1997 och adjungerad lektor vid Sahlgrenska Akademien sedan 2002. SSAL intensivvårdprogram 2001-2003. Sedan december 2003 Verksamhetschef vid Sahlgrenska sjukhuset. Jag tycker, att vår specialitet har en central roll inom svensk sjukvård. I arbetet att främja dess utveckling spelar yrkesföreningen en mycket viktig roll. Utbildnings-, utvecklingsfrågor såsom teknik och IT samt kvalitetssäkring är några frågor, som ligger mig särskilt varmt om hjärtat.

VETENSKAPLIG SEKRETERARE



Jonas Åkeson Universitetslektor, Anestesiologi och intensivvård, Lunds universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö
Överläkare, Anestesi-kliniken, UMAS, 205 02 Malmö
jonas.akeson@med.lu.se
Tel: 040-33 74 53, Fax: 040-33 73 80
Lämnade 1975 Karlskrona för medicinstudier i Lund och är nu lika fängslad av anestesi och intensivvård som av överlden i Sveriges sydligaste skärgård. Mångårigt kurs- och terminsansvar på grundutbildningsnivå. Patientnära forskning för utvärdering av bl a neurofysiologiska läkemedelseffekter i CNS, noninvasiva tekniker för mätning av vävnadsblodflöde, luftvägshantering, centralvenös kateterisering och dokumentation av anestesiarbete. Vill främja samverkan mellan sjukvård och akademi liksom fördjupad utbildning av dagens och morgondagens specialister i anestesi och intensivvård för att värna, popularisera, hålla samman och utveckla specialiteten.

REDAKTÖR



Överläkare **Bror Gårdelöf**
Anestesi- och intensivvårdskliniken
Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping
Bror.Gardelov@lio.se
Tel: 013-22 12 71, Fax: 013-22 28 36,
Mobil 0705-23 73 73
Studier i Uppsala – Linköping, legitimerad 1981, sedan dess anestesilog. 1987–2001 ambulans-överläkare i Östergötland – ett halvtidsuppdrag varvat med klinik. Under denna tid styrelseledamot i FLISA, Föreningen för Ledningsansvariga Inom Svensk Ambulanssjukvård, 1989–2002, varav ordförande 1992–98. Numera medicinskt ledningsansvarig läkare för KK-operation, Universitetssjukhuset i Linköping. SFAI-tidningens redaktör sedan juni 2005.

FACKLIG SEKRETERARE



Överläkare och sektionschef **Berit Flink** vid operationsenheten, Sunderby sjukhus, Luleå.
berit.flink@nll.se
Tel: 0920-28 23 49 alt vx 28 20 00,
Fax: 0920-28 23 51
Är särskilt intresserad av arbetsmiljöfrågor och har erfarenhet av arbetsmiljöarbete från min tid som ledamot i Norrbottens läkarförenings styrelse. Tycker att utvecklingsarbete och kvalitetsfrågor inom anestesi är mycket viktiga.

SKATTMÄSTARE



Per Nellgård, Med.dr. överläkare, verksamhetschef Thoraxoperation och Thorax-IVA, Område Hjärta Kärl, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/S, 413 45 Göteborg.
Per.Nellgard@vgregion.se
Tfn arbetet 031-3428146, Mobil 0705-171922.
Läste medicin i Göteborg och har sedan fullgjord AT i Mölndal arbetat på Sahlgrenska. Specialist i anesthesiologi 1988 och disputerade 1995. 1988–2006 anestesi till öron, plastikk, thorax/TIVA, neurokirurgisk anestesi/NIVA, levertransplantationer och stor ortopedisk kirurgi. Sedan juni 2006 tillbaka på thorax, nu som verksamhetschef på TOP/TIVA. Jag har också arbetat fackligt, nationellt bl.a. som förbundsordförande i MSF samt i läkarförbundets centralstyrelse och förhandlingsdelegation samt lokalt i Göteborgs läkarförening och sjukhusläkarförening. Har varit ledamot av Göteborgs Universitets styrelse. Har också läst ekonomi, administration, juridik, statistik och litet annat vid handels-högskolan i Göteborg. Inom SFAI har jag under 6 år varit ordförande i SFAI-ÖP, är en av författarna bakom 3 av SFAI:s riktlinjer, har organiserat ST- och PG kurser och föreläst flitigt fr.a. om svåra luftvägar.

Övriga styrelsemedlemmar



Gunilla Islander, Överläkare, Med Dr. VO Intensiv- och perioperativ vård UoL 221 85 Lund
Telefon arbetet 046-17 19 49 (går till sekreterarna)
Fax arbetet 046-17 60 50. Mobil: 0708-22 95 55
E-post: gunilla.islander@skane.se
Skånsk göteborgska. Växt upp och studerat i Göteborg. Arbetar sedan 30 år på anestesi och intensivvårdskliniken, vid Universitetssjukhuset i Lund. Kliniskt arbetar jag med det mesta, numera ofta på neurokir och öron. Är ansvarig för det nationella MH-laboratoriet/registret. Avhandlingen 1999 handlade om MH. Intresset för MH har också gett mig ett bredare intresse för ovanliga sjukdomar och reaktioner/komplikationer inom anestesi och intensivvård. Jag har varit studierektor för ST utbildningen under 5 år och KVAST representant sedan starten.



Överläkare, Med. Dr. **André Dellerholm**, Op-IVA kliniken, Uddevalla sjukhus, 451 80 Uddevalla,
Andre.Dellerholm@vgregion.se
Tel. arb. 0522-929 78, Fax arb. 0522-933 72
Född och utbildad i Polen, disputerad och specialistkompetent sedan 1976. Svensk legitimation och specialistbehörighet 1982. 1981-1982 arbetat på KS, sedan 1983 i Uddevalla. Intresserad av IT och har haft denna som ansvarsområde mellan 1989 och 1998. Engagerad i European Society for Computing and Technology in Anaesthesia and Intensive Care - ESCTAIC - sedan dess bildande 1989 som medlem i Steering Committee och redaktör för ESCTAIC Newsletter fram till 1997; för tillfället föreningens revisor. 1998-2000 varit i Saudiarabien. Efter hemkomsten fokuserat på dagkirurgi, sedan 2003 som medicinsk ledningsansvarig för Op-IVA kliniken dagkirurgiska enhet.

fortsättning på sidan 4

Ci-Ca

Säker citratantikoagulation



multi**Filtrate** **Ci-Ca**

- Integrerade citrat- och kalciumpumpar
- Antikoagulation som kan kontrolleras på ett säkert sätt, även för patienter med hög blödningsrisk
- Maskinstyrd kalciumadministration
- Aktiv påverkan på syrabasstatusen
- Användargränssnitt som är självförklarande



Fresenius Medical Care

Forts övriga styrelsemedlemmar



Öl Patrik Hansson

Intensivvårdskliniken, Anestesi & Operations Centrum, Universitetssjukhuset i Linköping
581 85 Linköping
Telnr 013-22 18 33
email: patrik.hansson@lio.se
Grundutbildad i Linköping. Specialist 2001. SSAI intensivvårdsprogram 2000-01. Utbildad av Försvarsmakten vid OHS Arméns Stab Sambandsskola, Militärhögskolan samt Försvarshögskolan.
Arbetar kliniskt med intensivvård och barnsmärtlindring. Studierektor. Medicinskt intresserad av cirkulationsfysiologi, hypotermi samt evolutionsfysiologi. Jag tycker om att lära mig nya saker och till följd av det tycker jag utbildningsfrågor är den viktigaste faktorn för vår arbetsmiljö och patienternas säkerhet.
Jag har arbetat utomlands för Försvarsmakten i en multinationell miljö vilket gett intressanta erfarenheter.

Yngre representant



Karin Löwhagen

Specialistläkare Anestesi- och Intensivvårdskliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska Blå Stråket 5, vån. 5
413 45 Göteborg
Tfn arb: 031-342 81 79
Karin.Lowhagen@vgregion.se
Läst medicin i Göteborg. AT i Borås. ST på Sahlgrenska. Specialist sedan 2006. Intresserad av utbildningsfrågor, har arbetat med detta på kliniken och i ett sjukhusövergripande utbildningsråd för Sahlgrenska tre sjukhus. Sekreterare i Ung i SFAI 2005 - 2006, och är nu ordförande sedan i våras (2007).

SFAI:s delföreningar, referensgrupper, styrgrupper etc

KVAST (KVALitetssäkring av ST)

Anne Gro Egeberg, ordförande
ANIVA-kliniken
Universitetssjukhuset
701 85 Örebro
Tfn 019-602 51 51
Fax 019-12 74 73
Anne-Gro.Egeberg@orebroll.se

Neuroanestesi- och neuro-iva-sektionen

Eva Selldén, ordförande
AnOplIVAKlin
Karolinska Universitetssjukhuset Solna
171 76 Stockholm
Tfn 08 5177 4568
Fax 08 30 77 95
eva.sellden@karolinska.se

PHTLS (PreHospital Trauma Life Support)

Bengt Eriksson, nationellt ansvarig
Anestesikliniken
Mora lasarett
792 85 Mora
Tfn: 0250-493000
GSM: 070-5593332
Bengt.Eriksson@ltdalarna.se

SFAI:s delförening för intensivvård

Sten Rubertsson, ordförande
Anestesi- & Intensivvårdskliniken
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tfn: 018-611 39 81,
alt. 018-611 00 00
Fax: 018-55 93 57
sten.rubertsson@akademiska.se

SFAI:s delförening för obstetrisk anestesi och intensivvård

Susanne Ledin-Eriksson, ordförande
Anestesikliniken
Länssjukhuset
801 87 Gävle
Tfn 026-15 40 83
Fax 026-15 42 56
susanne.ledin-eriksson@lg.se

SFAI:s referensgrupp för smärtbehandling

Märta Segerdahl, ordförande
Anestesi- och Intensivvårdskliniken
Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
141 86 Stockholm
Tfn 08-5858 63 96
Fax 08-779 54 24
marta.segerdahl@karolinska.se

SFAI:s styrgrupp för ST-läkarnas kurser

Karin Thorlacius, sammankallande
Verksamhetsområde anestesi och intensivvård
Universitetssjukhuset i Lund
221 85 Lund
Tfn 046-171949
Fax 046-176050
karin.thorlacius@skane.se

SFAI:s delförening för anestesi vid Plastikkirurgi och Öron-Näsa-Hals-kirurgi)

Katarina Hallén, ordförande
ÖNHoperation, An,op,IVAKliniken
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/SS
413 45 Göteborg
Tfn: 031-342 80 72
katarina.hallen@vgregion.se

SFBABI (Svensk Förening för Barnanestesi och Barnintensivvård)

Per-Arne Lönnqvist, ordförande
Anestesi & Intensivvård
Astrid Lindgrens Barnsjukhus
Karolinska Universitetssjukhuset – Solna
171 76 Stockholm
Tfn 08-51 77 72 73
Fax 08-51 77 72 65
per-arne.lonnqvist@karolinska.se

Svensk Förening för Thoraxanestesi och -Intensivvård (SFTAI)

Anne Westerlind ordförande
Avd för thoraxanestesi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tfn 031-342 74 36
GSM 0702-93 30 11
anne.westerlind@medfak.gu.se

Ung i SFAI

Karin Löwhagen, ordförande
Anestesi- och Intensivvårdskliniken
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska
Blå Stråket 5, vån. 5
413 45 Göteborg
Karin.Lowhagen@vgregion.se

Övrigt

Svenska Rådet för Hjärt-Lung-Räddning (tvärprofessionellt)
Hans Friberg, vice ordförande, repr. SFAI
Anestesi och Intensivvård
Universitetssjukhuset i Lund
Tfn: 046-171163
Mobil: 0708-144894
hans.friberg@skane.se

Narop® (ropivakain) styrbar blockad – tidig mobilisering

Narop®, är ett långverkande lokalanestetikum som i lägre koncentrationer (2 mg/ml) ger en god postoperativ smärtlindring med en minimal motorisk blockad.

I högre koncentrationer (7,5 mg/ml och 10 mg/ml) kan doser ges som erbjuder en mer uttalad motorisk blockad och bättre kirurgisk anestesi jämfört med Marcain® (bupivakain R_x).¹

Beredningsform: Injektionsvätska

Referens: 1. Wolff et al BJA 1995;74:458-60

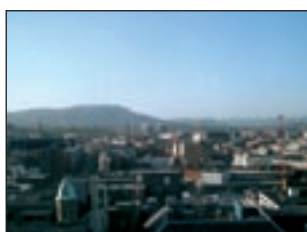
För information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och doseringar se www.fass.se

Narop® 
ropivakain

STYRBAR BLOCKAD – TIDIG MOBILISERING

AstraZeneca Sverige, 151 85 Södertälje

Innehållsförteckning



Styrelsens sammansättning	2
SFAI:s delföreningar, referensgrupper, styrgrupper etc	4
Innehållsförteckning	6
Bli medlem i SFAI / Ansökningsformulär för medlemskap i SFAI	8
Ordföranden har ordet <i>Jan Wernerman</i>	9
SFAI-KANSLIET	10
Hemsidan	10
Redaktören har ordet <i>Bror Gärde</i>	11
Nya SFAI-medlemmar	12
Prenumerera på SFAI-tidningen	12
Postoperativ smärtlindring med epiduralinfusion <i>Krister Läfving, Per Lorentzen</i>	14
Välkommen till Hven våren 2009	15
Sjukvården i litteraturen: Hjalmar Söderberg – Doktor Glas <i>Robert Hahn</i>	16
Lokalanestesi, blockadteknik och smärtbehandling – Örebro 19-23 januari 2009	17
Det kom ett brev – med en utmärkt idé <i>Bhaskar Tandon</i>	18
Christian Doppler (1803–1853) <i>Jörgen Sigurd</i>	20
Benveniste Ventilen – 40 år <i>Preben G. Berthelsen</i>	22
Thoraxanestesi och intensivvård 1-3/12	24
Örebroveckan i praktisk regional anestesi	26
Obstetric Anaesthesia, Belfast 15-16 maj 2008 <i>Anette Hein</i>	28
Inbjudan till årligt möte 2009 SFAI:s delförening för obstetrisk anestesi och intensivvård	30
SK-kurs Lund 4-7 maj. Pediatrisk anestesi och intensivvård	32
Obstetrisk anestesi-möte Nynäshamn, maj 2008 <i>Michael Rådström</i>	34
Hur det verkligen fungerar	36
Tema: Medicinsk Kvalitetsrevision	37-58
Tema: Varför medicinsk kvalitetsrevision? <i>Sigga Kalman, Thomas Nolin</i>	37
Tema: "Äntligen har kvalitetsarbetet blivit användbart" <i>Mats Erntell</i>	38
SFAI:s Forskningsforum, Sigtunahöjden 5-6 februari	44
Tema: Att genomgå en revision – verksamhetschefer berättar <i>Hans Stiernström, Eva Ohlsson, Olof Wikstrand</i>	45
Tema: Att genomföra en revision – erfarenheter från fyra provrevisioner <i>Thomas Nolin, Eva Ohlsson, Greger Fransson</i>	46
Tema: Tema: Så här går det till! <i>Sigga Kalman, Pia Essén, Hans Stiernström, Lars Wiklund, Thomas Nolin, Greger Fransson</i>	48
Karolinska Institutet och Olof Norlanders Minnesstiftelse Resestipendium	51
Airway Managements for Anaesthesiologists	52
Tema: Senaste nytt från SIR <i>Thomas Nolin</i>	54
Välkommen till 2009 års SFAI-möte i Umeå	58
Tema: Senaste nytt från Svenskt anestesiregister (SAR) <i>Lena Nilsson, Lars Wiklund</i>	59
Handledarutbildning för anestesiloger	60
Tema: Avslutande reflektioner och framtidsperspektiv <i>Thomas Nolin, Sigga Kalman, Greger Fransson</i>	61
Ung i SFAI:s vårmöte 2008-08-25 <i>Markus Falk</i>	62
Rekommendationer från SFAI för procedurrelaterad propofolsedering <i>Jan Wernerman</i>	64
Kurs i iobstetrisk anestesi Danderyds sjukhus 2009	65
Kommentar till SFAI:s riktlinjer för procedurrelaterad propofolsedering <i>Jan Wernerman</i>	66
Läkare utan gränser	67
SFAI:s kurser för ST-läkare 2009	68
Fria kurser för ST-läkare anordnade på uppdrag av SFAI 2009	69
Ansökan till fria kurser för ST-läkare	70
Kongresser & Symposier	72

SERVO-i WITH NAVA
EMPOWERING HUMAN EFFORT
**THE ADVANCE EVERY BODY
HAS BEEN WAITING FOR**

MAQUET

CRITICAL CARE



Neurally Adjusted Ventilatory Assist (NAVA)

facilitates the use of the patient's own respiratory physiological feedback systems to determine when and how much air the body requires.

In addition to providing improved synchrony, NAVA is a powerful monitoring and diagnostic tool that gives you valuable information about respiratory drive and the effect of ventilatory settings.

What's more, NAVA is no longer just an idea in someone's head. But an option that comes with every SERVO-i.

MAQUET – The Gold Standard.

Maquet Nordic AB
Sweden: +46 8 730 72 72
Finland: +358 9 68 24 12 50
Denmark: +45 45 93 27 27
Norway: (PULS AS) +47 2 33 23 000
www.maquet.com

MEMBER OF THE GETINGE GROUP

BLI MEDLEM

i Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård

Medlemskap ger Dig

- en bra möjlighet att påverka Ditt yrke och Din utbildning
- SFAI-tidningen
- Information om PG- och SK-kurser
- Information om såväl nationella som internationella konferenser
- Reducerade avgifter på
- SFAI-kurser

Fullvärdigt medlemskap ger dessutom

- Medlemskap i SSAI - the Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine
- Acta Anaesthesiologica Scandinavica

För medlemskap kontakta din lokala representant eller SFAI:s fackliga sekreterare Berit Flink, berit.flink@nll.se Telefon: 0920-28 23 49, alt vx 28 20 00 Fax: 0920-28 23 51

Fullvärdig medlem - innefattar medlemskap i SSAI - specialist 1 150:-. AT-/ST-läkare 870:-

Nationell medlem - innefattar ej medlemskap i SSAI - specialist 700:- AT-/ST-läkare 500:-

Associerad medlem - icke-anestesiolog (ej SSAI) 700:-

Pensionär - innefattar medlemskap i SSAI 620:-
innefattar ej medlemskap i SSAI 150:-

SFTAI-medlem tillkommer 150:-.

ANSÖKNINGSFORMULÄR FÖR MEDLEMSKAP I SFAI

Tjänsteställning: _____

Arbetsplats: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

E-postadress: _____

Läkarexamen, år: _____ Leg läkare, år: _____

Specialistkompetens, år: _____ DEEA, år: _____

Annan akademisk examen: _____

Medlem i annan specialitetsförening: _____

Ej läkare = Associerad medlem

Medlem i Läkarförbundet Ja ☐ Nej ☐

Ort, Datum, Underskrift: _____

Vidimeras (verksamhetschef alternativt SFAI:s kontaktperson) _____

Ansökan inskickas ifylld och vidimerad till Överläkare och sektionschef Berit Flink vid operationsenheten, Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå.
berit.flink@nll.se Telefon: 0920-28 23 49 alt vx 28 20 00 Fax: 0920-28 23 51

Ordföranden har ordet

Jan Wernerman



Andra veckan i september...

... höll SFAI sitt årliga möte i Uppsala. Cirka 600 delegater mötte upp och lät sig stimuleras av programmet, mötesplatsen och utställningen i Uppsalas nya konserthus. Signifikansen av mötet kan exemplifieras genom det faktum, att en världslansering av ett helt nytt farmakologiskt preparat skedde vid mötet. En blandning av framstående internationella auktoriteter blandades med skickliga svenska föredragshållare. Viktiga frågor för vår profession och specialitetsförening avhandlades.

Ur ett strategiskt perspektiv var slutrapporten från UPP-gruppen 'Medicinsk kvalitetssrevision' den kanske viktigaste punkten. I detta nummer av SFAI-tidningen finns också huvuddelen av UPP-gruppens rapport publicerad. SFAI är inte den första yrkesförening, som arbetar

med medicinsk kvalitetsrevision, men den ansats och den kvalitet, som presenteras i revisionsinstrumentet, är unik. Rapporten mottogs mycket väl av det verksamhetschefmöte, som föregick det egentliga SFAI-mötet i Uppsala. Samtliga närvarande verksamhetschefer var entusiastiska, och de såg möjligheter att kunna styrka både materiellt och personellt resursbehov genom att kunna visa på såväl kvalitet som brister i den egna verksamheten. Specialiteten Anestesi och Intensivvård kommer alldeles klart att gynnas av, att vi förfogar över ett väl utvecklat instrument för medicinsk kvalitetsrevision tillsammans med den grupp av kollegor, som tränat sig i revisionsmetodiken, vilket finns beskrivet i denna tidning. Envar medlem i SFAI torde kunna vara stolt över att tillhöra en speciali-

tetsförening, som på detta sätt förmår att granska den medicinska kvaliteten och säkerheten i sin egen verksamhet.

Även frågan om procedurrelaterad propofolsedering, utförd av legitimerad sjukvårdspersonal som inte är anestesitbildad, avhandlades på Uppsalamötet, och SFAI:s ställningstagande finns att läsa på annan plats i detta nummer. Detta är ytterligare en fråga, där SFAI genom ett tydligt dokument värnar om kvalitet och säkerhet för patienterna. Ett oreglerat användande av en potent drog som propofol utan adekvat kompetens är en betydande risk för patienten. SFAI:s riktlinje i frågan anger nu, på vilket sätt drogen kan användas, utan att patientsäkerheten äventyras.

Styrelsen förnyas, genom att Gunilla Islander, Lund, och Patrik Hansson, Linköping, invaldes som övriga medlemmar. Båda har tidigare arbetat inom föreningen, och de hälsas hjärtligt välkomna.

En ny delförening för operationsplanering har konstituerats och presenterade sig på årsmötet.

På SFAI:s hemsida finns de nya riktlinjerna för organdonation anslagna, och ett förslag till nya IVA-riktlinjer finns tillgängliga där för diskussion och kommentarer.

Sammanfattningsvis är SFAI en framtidsytande förening, där ett stort antal av medlemmarna finns aktiva i ett föreningsarbete som utvecklar och kvalitets-säkrar vårt yrkesarbete. Jag är glad över att tillhöra och vara ordförande i den föreningen.



Jan Wernerman i arbete på intensivvårdsavdelningen, Karolinska Huddinge, tillsammans med sjukskötare Anders Nilsson.

SFAI-KANSLIET

Till kansliet vänder man sig för att få hjälp med olika ärenden som:

- » ändrade e-postadresser
- » medlemsavgifter
- » adressändringar
- » registerärenden
- » autogiro
- » rekvisition av ansökningsblanketter för medlemskap
- » rekvisition av abstrakt till riksstämmor
- » rekvisition av SFAI:s Samlade Riktlinjer



Hälsningar från SFAI:s kansli Birgitta Nehlin Myrvägen 27 SE-291 43 KRISTIANSTAD

Använd gärna e-post för att nå SFAI-kansliet. Annars går det bra att ringa hem till Birgitta Nehlin på kvällstid.
Telefon 044-12 39 48 (kväll) • E-postadress: sfai@swipnet.se

Nytt ansikte. Samma adress.

**Har du
varit inne?**

www.sfai.se

Sjöö, Karlshamns skärgård

Foto: Jonas Akeson

Redaktören har ordet

Bror Gårdelöf



"Ge så får Du"

När detta skrivs, har medierna än en gång haft ett inslag om, att människor dör i transplantationskön på grund av brist på organ. Än en gång hävdas, att svensk sjukvård är jämförelsevis dålig på att tillvarata donationsmöjligheter, och än en gång beklagas, att så få människor gjort sin vilja känd. "De flesta verkar positiva i enkäter, men av någon anledning tar de inte steget fullt ut. Kanske tanken på den egna döden känns främmande, avlägsen och/eller obehaglig?" är ett vanligt försök till förklaring.

En uppenbar absurditet är också, att antalet tillfrågade, som mer eller mindre självklart anser sig ha rätt att ta emot organ vid behov, är större än antalet villiga donatorer – en diskrepans, som förhoppningsvis orsakas av bristande eftertanke.

Som framgår på annan plats i denna tidning, kan antalet möjliga organdonatorer i Sverige vara överskattat. Oavsett detta missas tillfällen, dels av ovanstående skäl, och dels – tror man – för att ansvariga läkare inte alltid gör, vad de kan, för att få donation till stånd(?).

Av självklara skäl är frågan om den nyligen avlidnas inställning till organdonation inte lätt att ställa mitt i den katastrof, som dödsfallet är för patientens närmaste. Jag har själv ställt den ett antal gånger och varje gång blivit förvånad över, att – oavsett vad svaret blir – ingen anhörig någonsin visat ens antydan till irritation, än mindre vrede. Några har till och med spontant sagt, att en organdonation skulle medföra, att i alla fall något gott kommer ut av familjens förlust. Genom åren har jag också fått flera bevis för, att vetskapen, att en eller flera människor fått nya liv tack vare transplanterade organ, varit till hjälp i sorgearbetet.

Mot denna bakgrund har det i många år förvånat mig, att problemet med icke tillvaratagna donationstillfällen inte lösts för länge sedan. Lösningen finns nämli-

gen mitt framför näsan på alla – genom att man vänder på grundtanken. I stället för att avstå från organdonation i de lägen, då den dödas vilja är okänd, kan man ändra lagen, så att den avlidna förutsätts vara positiv till organdonation, såvida inte annat meddelats.

Rent praktisk kan detta göras så, att alla svenska medborgare vid tiden för sin myndighetsdag får ett informationsmaterial, där det klart framgår, att de förutsätts positiva till organdonation, såvida inte motsatsen meddelas till ett centralt register. I klartext skall också framgå, att den, som inte vill donera organ, inte heller har rätt att ta emot något, ifall så skulle bli aktuellt. "Den, som inte vill ge, skall inte heller få."

Detta skulle öka tillgången på doneerade organ på minst två sätt. Fler människor skulle per automatik vara presumtiva organdonatorer. Dessutom skulle vi slippa att förlora möjliga organ, för att anhöriga säger nej – vilket de antingen kan göra av "överdriven" omsorg, ifall den avlidnas vilja inte varit känd, eller trots att de vet, att den avlidna var positiv till donation.

En tänkbar invändning är, att människor skulle kunna "vända under galgen", dvs att registrerade icke-donatorer skulle ändra uppfattning, om de själva skulle behöva organ. För att minimera den risken kan en öppet deklarerad karenstid byggas in i systemet, så att man får tillgång till organ, först några år efter att man strukit sig ur registret. Risken, att tillgängliga organ inte skulle komma till nytta, är minimal, eftersom behovet rimligen kommer att vara större än tillgången ända fram till den dag, då organ kan odlas fram. Då får hela problemet en annan lösning – men dit torde det vara långt.

Ett nyckelord ovan är "myndighetsdag". En myndig svensk medborgare har definierade rättigheter och skyldigheter,

medan samma skyldigheter inte åvilar en omyndig. Barn och omyndiga vuxna undantas alltså från ovanstående princip och har rätt att ta emot organ oavsett åsiktsyttring, och barnens målsmän blir alltså de, som tar ställning till organdonation i de fall, då sådan kan bli aktuell.

(Hustrun och jag är båda positiva till organdonation, och korten ligger i våra plånböcker. Våra barn tillfrågades om sin inställning till donation, när de var i tio – tolvårsåldern. Alla tre angav sig positiva till donation inom kortare tid än en minut. Än en gång besannades tesen, att barn har förmågan att fatta kloka beslut, så länge föräldrarna inte krånglar till frågan.)

Så vitt känt ställer sig alla världsreligioner positiva till organdonation, och i en del fall har höga företrädare yttrat, att detta är en av de finaste gåvor en människa kan ge.

Likaså ställer sig så vitt känt alla demokratiska länders sekulära ledningar positiva till organdonation – medan vi bara kan spekulera i olika diktators inställning i frågan.

Så vad är problemet? Är det på något sätt oetiskt att avkräva en myndig medborgare besked om ställningstagande – vilket skulle bli den praktiska konsekvensen av ovanstående princip? Är det på något vis oetiskt att hävda, att den, som inte vill ge, inte heller skall få?

I Östgöta Correspondenten 1 september 2008 reflekterar journalisten Héctor Barajas kort – under rubriken "Verklig lycka" – över saligprisningarna i Jesu bergspredikan. Barajas avslutar så här: "Jag skall sprida ännu mer kärlek runt omkring mig. Ty jag har insett att verklig lycka inte är något jag förtjänar per automatik, det är något jag måste göra mig förtjänt av." Kan det sägas bättre?

Nya SFAI-medlemmar

Åsa Aldergård
Anders Andersen
Malin Asp
Vladislavas Baklys
Anna Bernardson
Per Conradi
Ptryk Eisler
Göran Elwinger
Karin Frisell
Axel Fröbel
Henrik Göransson
Björn Holmström
Jan Hultman
Anna Jönsson
Peter Karlsson
Lennart Kviele
Christian Leister
Andreas Longueville
Andreas Martinsson
Anna Mathiasson
Elsa Norinder
Anna Ohlsson
Thomas Owain
Richard Pellrud
Harald Persson
Kristian Plantin
Peter Rudberg
Jonas.Sjöberg
Martin Svahn
Sören Söndergaard
Ahmed Taher
Wilhelm Wallquist
Joanna Webb
John Wulff

Hudiksvall
Växjö
S:t Görans Sjukhus
Hässleholm?
Uppsala
Danderyd
Karlstad
Uppsala
Eskilstuna
Sahlgrenska
Karlstad
Karolinska, Huddinge
Uppsala
Eksjö
Uppsala
Mora
Östersund
Visby
Uddevalla
Gällivare
Danderyd
Karolinska, Solna
Lund
Örebro
Kalmar
Karlstad?
Karolinska
Östersund
Lindesberg
Sahlgrenska
Varberg
Södersjukhuset
Kalmar
Qatar

asa.aldergard@lg.se
anders.andersen@ltkronoberg.se
malin.asp@capio.se
vladislavas.baklys@skane.se
annabernardson@hotmail.com
per.conradi@ds.se
patryk.eisler@liv.se
goran@elwinger.se
karin.frisell@dll.se
axelfroebel@gmx.de
henrik.goransson@liv.se
bjorn.holmstrom@karolinska.se
jan.hultman@akademiska.se
anna.k.jonsson@lj.se
peter.c.karlsson@telia.com
lennartkviele@hotmail.com
christian_leister@hotmail.com
andreas.longueville@hsf.gotland.se
andreas.martinsson@vgregion.se
anna.mathiasson@nll.se
elsa.norinder@ds.se
annohls@gmail.com
o.thomas@gen.cam.ac.uk
richard.pellrud@bredband.net
haraldpe@ltkalmar.se

peter.rudberg@karolinska.se
jonas.sjoberg@jll.se
martin.svahn@orebroll.se
sondergaard.soren@gmail.com
ahtm2004@yahoo.com
wilhelm.wallquist@sodersjukhuset.se
joannaw@ltkalmar.se
john_wulff@hotmail.com

Associerad medlem

Pia Hedén

Air Liquide Gas AB

pia.heden@airliquide.com

Välkomna i föreningen!

Prenumerera på SFAI-tidningen

SFAI-tidningen har genom en modern layout och ett attraktivt format ökat i upplaga och blivit mycket populär bland svenska anestesiloger.

Genom en prenumeration på SFAI-tidningen kan du på ett enkelt och smidigt sätt hålla dig uppdaterad med den senaste utvecklingen inom ditt eget verksamhetsområde.

Du får aktuella artiklar och senaste information om utbildning för läkare såväl under som efter specialistutbildningen, bland mycket annat.

Prenumerera genom att bli fullvärdig*, nationell** eller associerad** medlem. Fullvärdigt medlemskap innebär samtidigt medlemskap i SSAI - the Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, vilket i sin tur medför, att Acta Anaesthesiologica Scandinavica kommer i brevlådan. Nationellt medlemskap omfattar enbart SFAI och är förbehållet läkare. Ickeläkare kan ansöka om associerat medlemskap i SFAI.

Skicka in din anmälan till Överläkare och sektionschef

Berit Flink vid operationsenheten, Sunderby sjukhus, Luleå. berit.flink@nll.se.
Telefon: 0920-28 23 49 alt vx 28 20 00
Fax: 0920-28 23 51.
Du kan också kontakta redaktören
Bror Gårdelöf, Universitetssjukhuset,
581 85 Linköping Bror.Gardelov@lio.se
Telefon 013-22 12 71, Fax 013-22 28 36
Mobil 0705-23 73 73.

* fullvärdigt medlemskap kostar 1.150:-/år för specialister

** nationellt medlemskap 500:-/år

*** associerat medlemskap kostar 500:-/år,



Originalet - SEVOOrane 300 ppm vatten¹

- Mer än 30 års erfarenhet av inhalationsgaser
- Originalet sedan 1996
- Hög leveranssäkerhet >99,97%
- Huvudsponsor vid nationella möten
- IPULS certifierad utbildning
- Stipendier i samarbete med SEAI



SEVOOrane®

300 ppm H₂O



Abbott
A Promise for Life

Indikation: Induktion och underhåll av anestesi hos vuxna och barn. För ytterligare information se www.fass.se. **Referens 1:** www.fass.se
Abbott Scandinavia AB Telefon 08-546 567 00

SWE/29/25Jan2008

Postoperativ smärtlindring med epiduralinfusion

av Krister Löfving, överläkare krister.lofving@vgregion.se , Per Lorentzen, överläkare per.lorentzen@vgregion.se, Båda anesthesi/IVA KSS, Skaraborgs sjukhus

Denna artikel bygger på en poster, som presenterades på SSAI-/SFAI-mötet i Göteborg 2007.

Inledning

I många år har epidural infusion varit en etablerad metod för behandling av postoperativ smärta (1). Lokalbedövningsmedel kombinerat med opioid ger en bra smärtlindring med liten motorisk blockad. Vidare har metoden fördelar

som minskad gastroenteral paralys, låg incidens av djup ventrombos samt lunginflammation (2, 3, 4). Epidural smärtlindring kan dock ge upphov till sällsynta men allvarliga komplikationer, t. ex. epiduralt hematom (5).

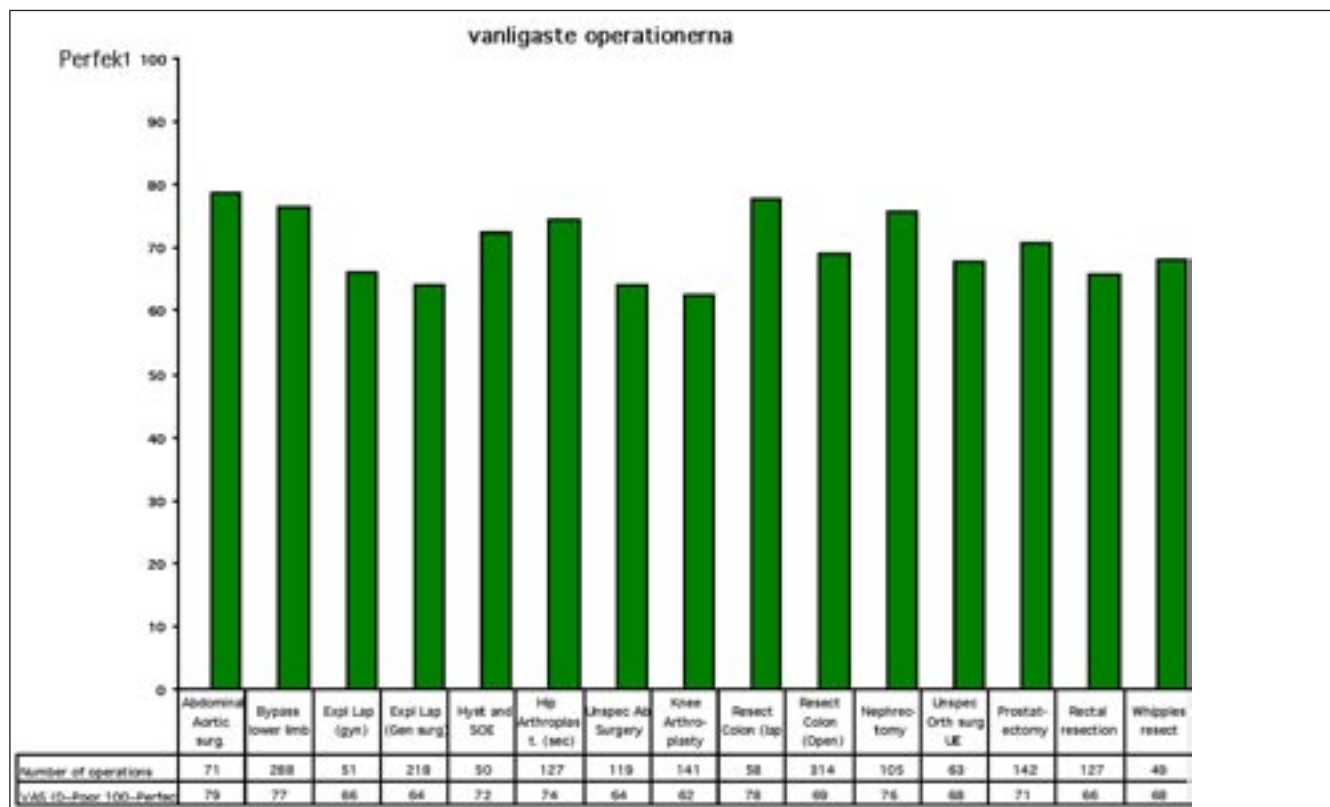
Med avsikt att registrera komplikationer och utvärdera den postoperativa smärtlindringen registrerades och utvärderades alla epidurala infusioner efter allmän, urologisk, gynekologisk samt

ortopedisk kirurgi. Epidural smärtlindring i samband med förlossning är ej inkluderad.

Metod

Vi registrerade;

- typ av operation
- kateternivå
- valda läkemedel: bupivacain, ropivacain eller Breiviks blandning (bupivacain, fentanyl, adrenalin)



- blodtryck, puls, andningsfrekvens och rörlighet i benen kontrollerades var tredje timma.
- smärtlindring enligt VAS (Visuell Analog Skala) noterades var tredje timma.

Efter avslutad behandling dokumenterades patientens upplevda totala smärtbehandling på en visuell skala från 0 (mycket dålig smärtlindring) till 100 (perfekt smärtlindring). Behandlingstiden var max tre dygn.

Resultat

Mellan åren 2000 och 2006 registrerades 3 973 epidurala infusioner. 2 519 (64 %) kunde utvärderas i databasen. Bortfallet var 36%. Av bortfallet togs 100 journaler fram slumpmässigt för utvärdering. De visade samma statistiska data som de slutgiltigt granskade i databasen. Bortfallet berodde bl. a. på, att dokumentet låg kvar i journalen och ej skickats för inmatning i databasen.

Av de 2 519 utvärderade patienterna var 1 158 (45%) kvinnor. Medianvärdet

för den uppskattade smärtlindringen var 67 för kvinnorna och 69 för männen. (0 mycket dålig, 100 perfekt smärtbehandling). Patienter över 50 års ålder hade ett medianvärde på 70. För patienter mellan 30 och 49 år var medianvärdet 59.

Ingen speciell typ av operation tycks ha en mycket bättre eller sämre upplevd smärtlindring (fig 1). Den vanligaste infusionen var Breiviks blandning, 84%.

Den vanligaste komplikationen var upplevt obehagligt känselbortfall i benen, 18%. Dålig rörlighet i benen noterades i 10% av fallen. Kateternivån var då i lumbal nivå. Lågt blodtryck (systoliskt blodtryck under 75 mm Hg), vilket resulterade i reducerad eller avslutad epidural infusion, noterades i 5% av fallen. Ingen bradykardi (hjärtfrekvens under 45 slag/minut) eller andningsfrekvens under 8/minut noterades. Tekniska problem, som infusionspumpproblem och dislokation av kateter/filter, registrerades hos 3% av patienterna. Den epidurala smärtlindringen avslutades efter i genomsnitt 2,5 dygn.

Inga allvarliga komplikationer som

hematom, abscess eller meningit noterades.

Sammanfattning

Användandet av en databas för epidural postoperativ smärtlindring kan öka möjligheten för utvärdering och kvalitets-säkring av metoden. Databasen kan också öka möjligheten att upptäcka allvarliga komplikationer och utvärdera operationer, där epidural smärtlindring inte fungerar optimalt.

Litteratur

1. Stefan Ström. Läkartidningen 1993, nr 11, 1051-54
2. Holmström B et al. Acta Anesthesiology (1997) 41 (5) 565-72
3. Rodgers a et al. BMJ (2000) 321 1493-7
4. Beattie W et al. Anesthesia&Analgesia V 93 (2001) 853-8
5. Moen V et al. Anesthesiology Vol 101 (4) (2004) 950-59

Välkommen till Hven våren 2009!

SVENSK FÖRENING FÖR ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD VID ÖNH- OCH PLASTIKKIRURGI
inbjuder 13-15 maj 2009 för femte gången till postgraduatekursen
DEN SVÅRA LUFTVÄGEN – ALTERNATIVA STRATEGIER
på idylliska Hven mitt i Öresund



St Ibbs kyrka, Hven, maj 2007

Ur senaste kursvärderingen:

”Jag kommer absolut att rekommendera kursen till mina arbetskamrater...”

① rose-marie.stiller@skane.se

Sjukvård i litteraturen

Hjalmar Söderberg – Doktor Glas

av Robert Hahn, Södertälje. r.hahn@telia.com

Hjalmar Söderberg är en av mina favoritförfattare. Intresset för honom vaknade sent i livet. Jag råkade slå på en högläsning ur romanen *Den allvarsamma leken* på radion. Texten var förvånansvärt levande för att vara skriven för 100 år sedan.

Några år senare köpte jag romanen som pocketbok på Arlanda. Som flygplansläsning var den utmärkt. *Den allvarsamma leken* är ett lättläst relationsdrama, där en man och en kvinna ömsesidigt dras till varandra under lång tid. Av skilda orsaker, som varierar från tid till annan, kommer de aldrig att leva tillsammans. Söderberg berättar om moderna människor med fria tankesätt. Men deras klarsyn grumlans av personliga läsningar och svårigheter. Dessa ger upphov till berättelsens alla förvecklingar, som utspelar sig över åtskilliga år.

Hjalmar Söderberg skrev *Den allvarsamma leken* år 1912. Den anses vara inspirerad av hans utomäktenskapliga relation med Maria von Platen, som varade mellan 1903 och 1906. Hon var en spröd och mycket vacker litterärt intresserad majorska, som lämnat familjen i södra Sverige för att röra sig bland författare och konstnärer i Stockholm. Kontakten med henne inleddes med en intensiv brevväxling kring hans bok *Martin Bircks ungdom*. Hon rörde upp passionerade och djupa känslor hos den då drygt 30-årige författaren.

Under senare delen av förhållandet med Maria skrev Hjalmar Söderberg sin

mest berömda roman, *Doktor Glas*. Den blev mycket kritiserad vid utgivningen 1905 för sina tveksamma moraliska och etiska budskap. Bokens litterära värde var dock odiskutabelt. Den blev snabbt internationell och har utgivits på ett 20-tal språk. Söderberg ansåg själv, att *Doktor Glas* var hans allra bästa bok. Det var framför allt kompositionen han var stolt över. Ambitionen var att författa en ”komplett” roman, som samtidigt skulle vara en tankebok. *Doktor Glas* är därför skriven i dagboksform. Vi får följa allt, som händer doktorn under några sommarmånader någon gång i början av 1900-talet.

Romanen liknar *Den allvarsamma leken* på så sätt, att prosan är lättläst och handlar om en begåvad människa, som plågas av läsningar, lidelser och passioner. Handlingen fokuseras på resultatet av hans inre svårigheter som – helt i onödan, kan man tycka – skapar olycka.

Dagbokens författare är Tyko Gabriel Glas, en medicine licentiat ”som vid fyllda trettiofem års ålder aldrig varit nära en kvinna”. Doktor Glas har öppnat praktik i Stockholm, och affärerna går ganska bra. Han börjar bli etablerad som privatpraktiserande läkare. På fritiden rör han sig bland vänner, som träffas på kvällarna, äter god mat och roar sig. Det är en man i karriären.

Men i hans inre råder kaos. Glas skriver, att han som doktor ”stundom hjälper andra men aldrig har kunnat hjälpa sig själv.” Nätterna igenom plågas han av

sömnlöshet och grubblerier. Doktor Glas tvivlar bland annat på sitt yrkesval. Han utbrister: ”Vilket yrke! Hur kom det sig att jag bland alla näringsgrenar valde den, som passade mig sämst? En läkare måste vara människovän eller ärelysten. Det är sant, att jag på den tiden trodde mig vara bägge delarna”.

Den sjukvård, som flimrar förbi i *Doktor Glas*, gäller främst kvinnor, som uppsöker honom för önskad graviditet. Han relaterar ett sådant besök som ”det artonde i min praktik, och jag är ändå inte kvinnoläkare”. Dagboken beskriver kvinnornas förtvivlan, när de tigger och ber om att få hjälp. ”Rädda mig, har ni då ingen barmhärtighet” utbrister en av dem. ”Jag vet inte vad jag gör, jag går i Norrström!”

Men doktor Glas är iskall. Han avvisar alla dessa kvinnor – utan att visa medlidande – med hänvisning till plikten, lagen och den hippokratiska eden. Hans ambivalens framkommer bara i dagboken. Där skriver han: ”Plikten, vilken förträfflig skärm att krypa bakom för att slippa göra det som bör göras”. Doktor Glas längtar efter att övervinna sin feghet och sin oförmåga. Han börjar fundera på att utföra en Stor Handling för att återvinna självrespekten. Och chansen dyker snart upp!

Abortfrågan introducerar dödandet som tankeexperiment. De fasta principer, som doktor Glas visar de abortsökande, ökar kontrasten och sprängkraften i bokens verkliga handling, som är

en mordhistoria. Den vanliga polisiära gåtan saknas dock. Här får vi tidigt veta förövarens identitet. Det är nämligen doktorn själv!

En dag kommer en ung kvinna, som väcker doktors sympati och med tiden kommer att stimulera hans romantiska fantasi, till mottagningen. Hon låtsas vara sjuk men vill egentligen ha hjälp med en helt annan sak. Hon har drabbats av en stor avsky för det fysiska umgänget med sin man, som är präst och betydligt äldre än hon. Prästen är dessutom en av doktor Glas' egna patienter. Skulle doktorn kunna hjälpa henne på något sätt?

Prästen besvärar av lättare hjärtproblem. Glas lurar honom till att, för sin hälsas skull, lämna Stockholm för att resa till en kurort. Prästen lyder. Doktors antydda förhoppning om en möjlig romans mellan honom och den tillfälligt "befriade" prästfrun grusas dock snabbt. Hon visar sig redan ha inlett en utomäktenskaplig förbindelse med annan man.

Men doktor Glas' empati för prästfrun är väckt, och hans Stora Handling blir därför att döda prästen, så snart denne kommer tillbaka från kurorten. Detta steg är förstås väldigt drastiskt för en läkare, vars livsuppgift är det motsatta, nämligen att rädda liv. Vi får följa doktors tankar och hans resonemang med sig själv genom många sömnlösa nätter. Hans inre eld närs av en vag åtrå efter

prästfruns närhet. Man kan inte låta bli att sympatisera med den stackars doktorn. Han dras in i tankebanor, som är så väl utmejslade, att dådet till slut, på något vis, blir begripligt och rimligt. Söderberg måste ha kämpat länge med historiens trovärdighet, men han lyckas faktiskt.

Jag ser en parallell i Gogols monologpjäs *En galnings dagbok*. I dagboksform får vi där följa en rysk statstjänstemans väg in i sinnessjukdom. Det sker så långsamt, att man knappt märker, hur den stackars mannen steg för steg dras in i en fantasivärld. När personal från sinnessjukhuset till slut hämtar honom, tror mannen att han skall föras till Spanien för att krönas till kung. Sjukhuset blir hans palats. Illusionen bryts brutalt itu, när han misshandlas av vårdarna. Först då blir hans värld obegriplig, vilket ger upphov till förtvivlan, sorg och apati. På samma sätt får vi följa doktor Glas väg in i ett tankeslott kring hans Stora Handling, som allt mer ter sig nödvändig och logisk. På vilket sätt han vaknar upp ur sin illusion, och hur den ofrånkomliga konfrontationen med verkligheten känns, får dock läsaren fantisera om själv.

Den yttre handlingen i *Doktor Glas* är tunn. Bokens storhet består i de inre överväganden, som dagboken förmedlar. De växlar mellan stora och små perspektiv, mellan ett respektabelt yttre och ett inre kaos, mellan sund romantiskt kärlek



och det omaka par, som prästen och hans hustru utgör. En livfull skildring av sekelskiftets Stockholm tjänar som inramning.

Hjalmar Söderberg skrev sparsmakat. Alla hans kända verk tillkom under en 20-årsperiod, som började med *Förvillelser* 1895. Han skrifter väckte ofta förargelse. *Doktor Glas* kritiserades bl.a. för att vilja framställa det som helt i sin ordning att döda en annan människa. Att en läkare flagrant missbrukar sin patients förtroende och sina yrkeskunskaper till att utföra ett sådant dåd gör förstås saken ännu värre.

Söderberg skrev alltid för svensk publik men bosatte sig i Danmark i slutet av 1910-talet. Författarens senare skrifter behandlar teologiska ämnen från en skeptikers synvinkel. De är idag bortglömda. Han dog i Köpenhamn 1941.

Lokalanestesi, blockadteknik och smärtbehandling

Fri kurs för ST-läkare anordnad på uppdrag av SFAI

Välkomna till Örebro 19-23 januari 2009

Kursinnehåll: Nociceptiv smärta; dess uppkomst och kontrollmekanismer. Lokalanestetika; fysikokemiska egenskaper, farmakologi och humantoxikologi. Spinala opioider. Epiduralanestesi. Spinalanestesi. Kombinerad spinal-epiduralanestesi. Perifera blockader; inkl patientdemonstration och simulatorövning. Regional anestesi inom obstetrik. Komplikationer vid regional anestesi. Spinal smärtmodulering. Postoperativ smärta och dess behandling. Problemet kvarstående smärta efter kirurgi. Kursen består av föreläsningar, grupparbeten med falldiskussioner, demonstrationer och simulatorövningar.

Ansökan skickas på "Anmälningsblankett till fria kurser för ST-läkare anordnade på uppdrag av SFAI". Anmälningsblanketten finns i SFAI-tidningen samt på SFAI:s hemsida under "Utbildning". Ansökan

skickas till Ing-Marie Dimgren (ing-marie.dimgren@orebroll.se) med e-post eller brev senast den 1 november 2008. Antalet kursdeltagare är begränsat. Antagningsbesked ges. Kursen vänder sig i första hand till ST-läkare i anestesiology. Ange hur många tjänstgöringsmånader inom anestesi och intensivvård, som Du gjort vid kursens start, på ansökningsblanketten.

OBS! Anmälan är bindande, d v s även vid återbud äger kursgivaren rätt att debitera kursavgift. Förfrågningar på telefon 019-602 11 21.

Kursavgift: 6 500 kr + moms för SFAI-medlem, ej SFAI-medlem 7 500 kr + moms.

Kursledare: Titti Thorén, Tel: 019-602 10 00 (vx)

Kurssekreterare: Ragnar Bäckström
Tel: 019-602 10 00 (vx)

Kontaktperson: Ing-Marie Dimgren
Tel: 019-602 11 21

Anestesi- och intensivvårdskliniken,
Universitetssjukhuset, 701 85 Örebro.



”Det kom ett brev – med en utmärkt idé” *Dear colleagues*

Bhaskar Tandon, bhaskartandon@nlg.nhs.uk For the British Swedish Anaesthesia Society.



It is unlikely that two nations have such history of close relationship in anaesthesia as Sweden & Britain. There has been enormous British influence in the development of the practice of anaesthesia in Sweden over the decades. Even until as late as the mid eighties, most of the anaesthesia departments in Swedish hospitals were partly if not fully managed by British guest anaesthetists.

I am a product of such cooperation and interaction of British-Swedish anaesthesia. Initially trained in the UK I spent most of my working life in Sweden, but having returned to UK I

realised I had left my heart behind. I had a desire to revive that old relationship albeit in a different form. Anaesthesia training, research, and practices in both our countries is of the highest standards and sets an example for rest of the world. Despite the commonalities between the practices in UK & Sweden there still are a number of different approaches and there remains much to learn from each other. I am striving to establish a platform where the new foundations for such relationships can be built.

British Swedish Anaesthesia Society was established in 2004 and held its first inaugural meeting in the wonderful Association of Anaesthesia building in Portland Place, London, on May 5-6 2004. The second meeting was held in Uppsala under the able leadership of Lars Wiklund, who has been the inspiration to me from the very beginning. The third meeting was organised successfully by Dr Michael Ward in Oxford last year, and the next meeting is planned for May 8-9 2009 in Västerås.

I personally feel that it is the next generation of anaesthetists who should be able to develop and sustain this very special relationship. In order to achieve that I am floating this concept of an 'Exchange Fellowship Programme', where by final year trainees from both countries would be encouraged and supported by our society to spend a token period of just one week with colleagues across the North Sea. I hope that this, however brief, contact could lead to further cooperation between the clinics and individuals. I envisage cooperation in the field of research and clinical practices such as Intensive Care and Chronic Pain. This can only lead to better patient care.

From our side the society would be prepared to offer financial support towards travel, and we hope the host department could offer free or subsidised accommodation along with a memorable hospitality.

I hope that this letter from a colleague will meet with your enthusiastic support to make this dream come true.



Allt du behöver. Inom räckhåll.

Aisys® anestesiarbetsstation är utrustad med de mest efterfrågade funktionerna och allt du behöver finns inom räckhåll. De 360° graders rörliga skärmarna ger en bra översikt och medger optimal placering av övervaknings- och ventilationsskärmar. Aisys har avancerade mätparametrar och ventilation, en elektronisk gasleverans och genomtänkt integration och ergonomi.

För mer information, kontakta din säljare eller besök www.gehealthcare.se



imagination at work

Christian Doppler (1803–1853)

av Jörgen Sigurd, gynnottagningen, Pite Älvdals Sjukhus. Jorgen.Sigurd@nll.se

Red:s anm: Denna artikel har tidigare varit införd i SFOG:s "Medlemsbladet" 2/08. Själv föll jag särskilt för Buys' metod att verifiera Dopplers teori för ljud. Tala om "think outside the box"! Se vidare nedan i texten.

Vad är Dopplereffekten, och vem var Doppler?

I början av 1800-talet utvecklades järnvägsnätet, och man kunde färdas snabbare än tidigare. Passagerarna hörde, att ljudsignalerna vid vägövergångar ändrade tonhöjd, när tåget passerade. Men ingen förstod riktigt varför.

Christian Doppler, som var fysiker och matematiker, visste att ljud (liksom ljus) är en fortplantad vågrörelse. När ljudkällan rör sig mot lyssnaren, träffar fler ljudvågor per tidsenhet örat (dvs frekvensen höjs) än vid stillastående. Tvärtom, när ljudkällan rör sig från lyssnaren. Tonhöjden bestäms av frekvensen.

Även ljuset kan betraktas som en vågrörelse. Astronomerna förstod ej, varför vissa stjärnors ljus var rödfärgat. I sitt grundläggande arbete "Über das farbige Licht der Doppelsterne und einige anderer Gestirne des Himmels" från 1842 förklarade Doppler, hur vissa stjärnors rödfärgade ljus i själva verket betydde, att de avlägsnade sig från solsystemet. Doppler formulerade här matematiskt, hur frekvensen av vågorna ändras, om ursprunget och mottagaren rör sig i förhållande till varandra, Doppler-skift.

På den tiden fanns inte apparatur att kunna mäta tonhöjd. Dopplers hypotes verifierades för ljud av holländaren Buys år 1845. Han lät ett tåg med jämn hastighet med trumpetare, som blåste en bestämd ton, passera en lyssnare med absolut gehör, som kunde ange hur tonhöjden ändrade sig.

Genom att sända vågor av en bestämd

frekvens mot ett föremål i rörelse och registrera frekvensändringen hos ekot, kan man räkna ut föremålets hastighet och rörelseriktning

Att kunna beräkna Dopplereffekten innebar ett avgörande steg i teknikutvecklingen och förståelsen av universum. Flödesmätning med ultraljudteknik, radar-tekniken med t. ex. flygledning och polisens hastighetsövervakning, GPS, satellitstyrning är några exempel på tillämpningar i vårt moderna samhälle.

Christian Doppler föddes 1803 i Salzburg, där hans förfäder i århundraden drivit stadens ledande stenhuggerverkstad. Födelsehuset ligger vid samma torg, där Mozart verkade några årtionden tidigare. Den unge Doppler var klen och sjuklig och kunde omöjligen ägna sig åt stenhuggeri. Då gossen hade läshuvud, kostade man i stället på honom utbildning vid Wiens Polytekniska Institut. Trots utomordentliga framgångar i högre matematik hade han efter examen inte möjlighet att få någon akademisk anställning utan tvingades försörja sig som bokhållare på ett bomullsspinneri. Han hade börjat sälja sina ägodelar för att emigrera till Amerika, när han fick tjänst som matematiklärare vid ett tekniskt gymnasium i Prag år 1835, vilket också innebar, att han hade råd att gifta sig.

Så småningom meriterade han sig för att i Prag få en professur i matematik och praktisk geometri år 1841. Tjänsten var emellertid mycket ansträngande, med stor undervisnings- och examinationsbörda. 1843 tenderade han 256 studenter muntligt och skriftligt på 17 dagar. Ändå publicerade han sitt epokgörande arbete under denna tid. Studenterna klagade över, att han var alltför sträng och krävande.

Sviktande hälsa medförde, att han fick sjukledigt i två år för att vila upp sig.



Situationen i Prag var pressad och det var med lättnad han till slut fick en professur i fysik i vid Wiens Polytekniska Högskola 1850. Dopplerprincipen var ännu inte allmänt accepterad, och han hade många antagonister i den vetenskapliga världen. Hans hälsa försämrades snabbt, i och med att hans lungtuberkulos progredierade, och i november 1852 fick han sjukledigt för att vila upp sig i varmare länder. Vid denna tidpunkt tillhörde Venedig kejsardömet, och det var dit han begav sig. Hustrun hann fram till dödsbädden i mars 1853.

Fem minderåriga barn fanns hemma i Wien. Stoffet fördes med gondol till kyrkogårdsön Isola di San Michele. På denna kyrkogård, halvvägs till Murano, hamnade många celebriteter, bl.a. Stravinskij och Ezra Pound. I dess kyrka hade "den röde prästen" Vivaldi döpts som barn.

Staden Salzburg betraktar i dag Doppler som sin andre store son. Den förste är Mozart.

Chocolatier Fürst lanserade först sina berömda Mozartkugeln men senare även en Dopplerkonfekt med svag vaniljsmak. Självklart finns i Salzburg också ett museum och en klinik med hans namn.

Att Doppler skulle bli ett begrepp inom sjukvården kunde han nog inte föreställt sig, ens i sin vildaste fantasi.



Förnya din syn på behandlingen av **akut hjärtsvikt** – och ta del av andras erfarenheter

Aurora är en patientfallsbaserad utbildning med syfte att öka kunskap om hjärtsvikt, diagnostisering och behandlingsalternativ. Under utbildningen läggs stor vikt vid diskussioner där mentometerutrustning används.

Aurora vänder sig i första hand till dig som är specialist eller ST-läkare inom kardiologi, akut/internmedicin, anestesi, intensivvård eller thoraxanestesi och -kirurgi.

Aurora startade hösten 2006 och under 2008 kommer utbildningen att hållas på flera orter. Detaljerad kursinformation hittar du på www.ipuls.se (IPULS-nr 2008-0130).

Benveniste Ventilen– 40 år

av Preben G. Berthelsen. P.G.Berthelsen@dadlnet.dk

Denna artikel har tidigare varit införd i SFAI-tidningens danska motsvarighet Dasinfo.

"A Valve Substitute with no moving Parts, for artificial Ventilation in newborn and small Infants" var titlen på Daniel Benveniste og J. E. Poul Pedersens første beskrivelse af Benveniste ventilen/dysen i Brit J Anaesth (1968;40:464-).

De to Nykøbing Falster anæstesiologer opfandt/konstruerede dysen for at undgå de mekaniske problemer som kunne opstå når man anvendte de gængse klapventiler under anæstesi. Den elegante løsning vejede 6 gram og var uden dødt rum eller modstand mod udåndingen. Illustrationerne, fra den originale artikel, viser principskitsen, afprøvningsopstillingen samt den første version af ventilen (Bild 1 – 3).

I 1968 var luftforurening med anæstetisgasser "heldigvis" ikke et forhold mange skænkede en tanke. Den nødvendige høje (>8 l/min) æter- eller halothanberigede friskgas tilførsel – hvoraf jo kun en brøkdel når barnets lunger – var derfor ikke et problem for datidens anæstesiologer. Hvis det havde været et problem var denne smukke ventil aldrig kommet på markedet. Så vidt jeg husker fik ventilen ikke større anvendelse ved børneanæstesi. Princippet var vel for nyt og anderledes. Så det blev i en anden funktion Benveniste ventilen fik afgørende og blivende betydning.



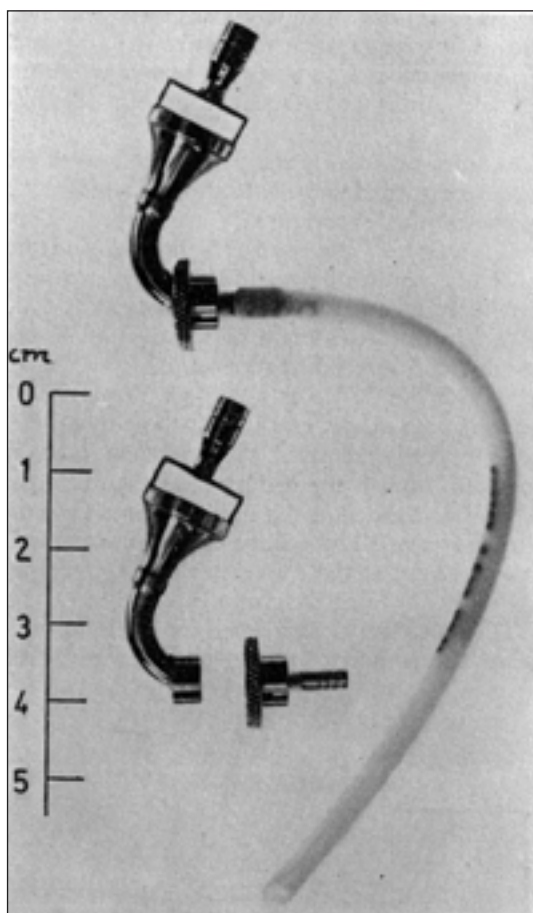
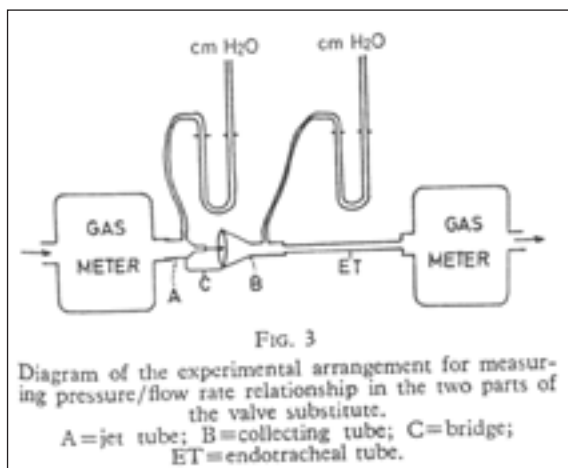
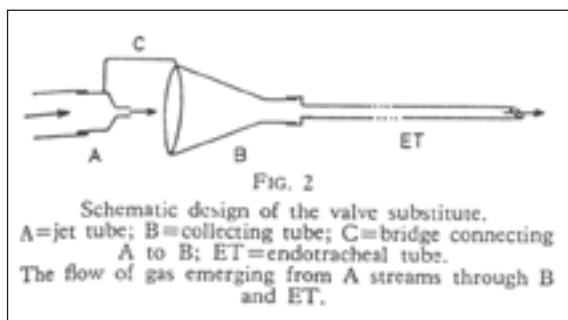
Författarens barnbarn – numera betydligt större och frisk som en nötkärna.

Hyaline membraner – respiratory distress – CPAP

I starten af 1970erne ændredes behandlingen af og prognosen for nyfødte med hyaline membraner – respiratory distress syndrome (RDS) – radikalt. Børneanæstesiologen George A. Gregory fra San Francisco demonstrerede, i en opgørelse med historisk kontrolgruppe, at kontinuerligt overtryk i luftvejen hos spontant åndende trachealtintuberede nyfødte med RDS reducerede dødeligheden fra 80 til 25% (Treatment of the

idiopathic respiratory-distress syndrome with continuous positive airway pressure. NEJM 1971;284:1333-). Som den originale illustration viser var Gregory og medarbejdere's CPAP-system (Bild 4) tungt/uhåndterligt og kunne desuden kun anvendes på trachealt intuberede børn.

Det næste fremskridt kom få år senere. Flere steder i verden opdagede man at alveole sammenfaldet hyppigt kunne forhindres/behandles mere simpelt med CPAP via en ansigtsmaske eller nasalkanyale.

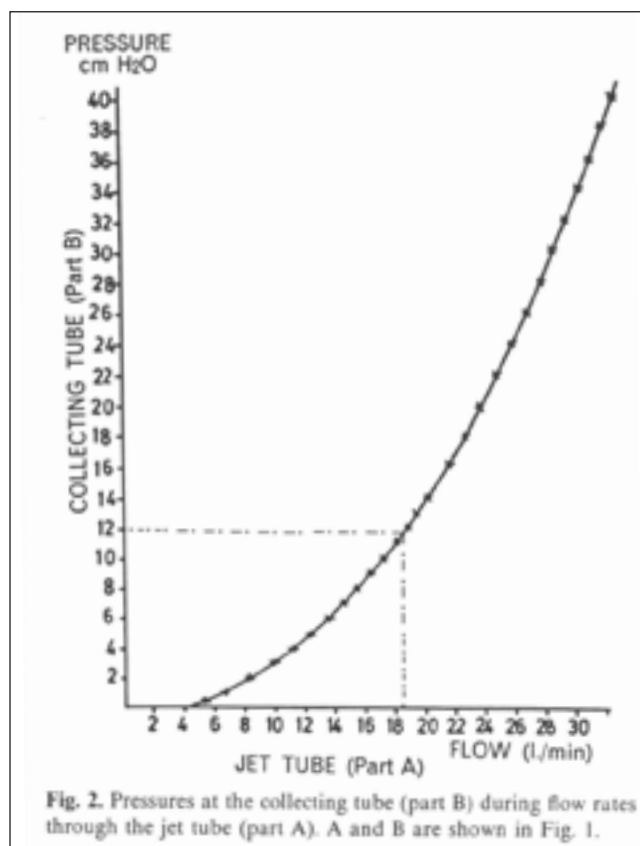
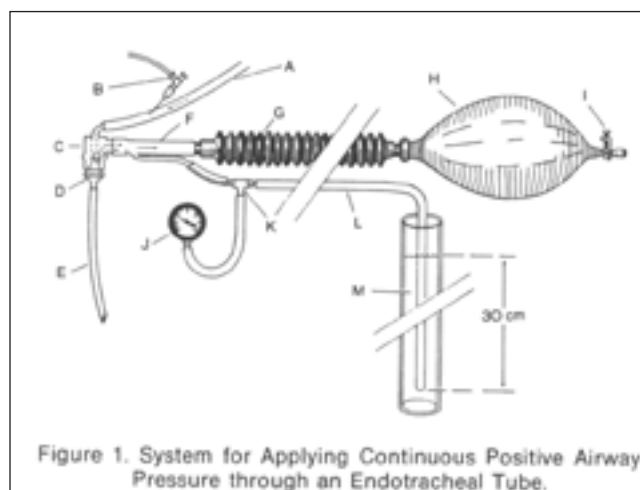


I Danmark og tildels i Norden blev og er det foretrukne CPAP-system baseret på Benveniste ventilen (Benveniste D, Berg O, Poul Pedersen J-E. A technique for delivery of continuous positive airway

pressure to the neonate. Pediatrics 1976;88: 1015-). Med Benveniste systemet er det muligt at kontrollere det intrapulmonale tryk simpelthen ved at ændre lufttilførselen til dysen. Grafen, fra originalarbejdet, viser sammenhængen (Bild 5). Dette vidunderligt simple system kan let og hurtigt påbegyndes og er uden de komplikationer som

ikke sjældent ses ved nasotrachealintubation af nyfødte.

At denne form for CPAP er simpel at etablere har betydet at mange børn er



blevet behandlet hurtigt før de "hyaline membraner" har fået lov til at udvikle sig så meget at intubation og respiratorbehandling er blevet nødvendige.

Som ved alle former for intensiv terapi er tidsfaktoren vigtig(st).

Red:s kommentar 1: Innan jag bad Preben Berthelsen om denna artikel, frågade jag den tidigare chefen på neonatal-IVA i Linköping, Orvar Finnström, om han kände till Benveniste-ventilen, och svaret var: "Självklart."

Orvar berättade om en intressant iakttagelse, som har viss bäring på CPAP. Ett

av symtomen på begynnande IRDS är ”grunting”, när barnet stånkar på utandning, vilket har visat sig öka syreupptagningen.

En av deltagarna i den svenska Mount Everest-expeditionen för några år sedan var den numera pensionerade Linköpingsprofessorn i klinisk fysiologi, Nils-Holger Areskog – som berättade, att en av deltagarna föll och skadade sig. Han bars ned från det högt belägna lägret av två sherpas, medan en tredje bar alla fyras packning(!).

När de gick, stånkade dessa sherpas kort vid varje utandning, och Nils-Holger kunde inte förstå varför. Orvar påpekade, att de gjorde som spädbarnen med begynnande IRDS – ökade sitt syreupptag!

Red:s kommentar 2: Att CPAP-tekniken introducerades inom neonatologin är välkänt. Mindre väl känt är förmodligen, att den breda användningen av CPAP inom vuxenmedicinen infördes via ambulanssjukvården. Visserligen fanns CPAP-system inom intensivvården åtminstone så långt tillbaka som 1980-talet, men precis som Gregorys första spädbarnssystem var de tämligen klumpiga.

1988 hörde jag ambulansöverläkaren Tom Silfvast, Helsingfors, berätta om, att

deras besättningar – som då lystrade till den stiliga titeln ”medikalvaktnästare” – behandlade lungödem med CPAP. Sverige följde efter några år senare. Industrin hade tagit fram lätta, lättanvända och billiga system, och samtidigt hade pulsoximetrarna på bara några år utvecklats – från att ha varit relativt stora, nätberoende och dyra (80 000 Kr) – till små, lätta, batteridrivna, relativt billiga (under 10 000 Kr) och stryktåliga apparater. Allt var som gjort för ambulanssjukvårdens behov.

I början blev vi själva förvånade över de snabba, goda resultaten. Patienter med fulminant lungödem, gråcyanotisk hudfärg och saturation kring 65 % fick med CPAP 7,5 cm H₂O oftast en saturation över 90 % inom 5 – 10 minuter, och det förekom, att de var symptomfria vid ankomst till akutmottagningen. Detta kunde i sin tur leda till, att mottagande läkare och personal – som inte var bekanta med CPAP-tekniken – inte trodde på besättningens uppgift om ett tidigare lungödem. Därför fick patienten ingen venkanyl, än mindre några diuretika – och recidiverade snabbt i hjärtsvikt, när CPAP-systemet kopplades bort. Vid några tillfällen förekom till och med, att patienterna bad att få bli utkörda till

ambulansen igen, ”för där var det lättare att andas”!

Naturligtvis lärde sig mottagande läkare och personal snabbt, hur CPAP fungerade, och inom något år hade man ofta skaffat samma system inne på akutmottagningarna, så att CPAP-behandlingen kunde fortsätta oavbrutet.

För mig personligen innebar detta, att jag för första gången någonsin stod inför ett kollektiv av kardiologer på Universitetssjukhuset i Linköping och lärde dem ett nytt sätt att behandla svår akut hjärtsvikt – något jag inte räknar med att få uppleva igen.

Att CPAP fick så snabb och tidig spridning inom just ambulanssjukvården berodde på, att icke-sjuksköterskor enligt gällande författning inte fick hantera läkemedel. Några sådana begränsningar avseende medicinteknisk utrustning fanns inte, varför såväl halvautomatiska rådgivande defibrillatorer som CPAP-system snabbt kunde höja kvalitén i det prehospitla omhändertagandet.

Sjukhusen – med andra resurser och högre behörigheter – kunde med goda resultat fortsätta med tidigare teknologi och behandling och var därför inte lika snabba att ta till sig dessa nyheter.

Thoraxanestesi och intensivvård

Datum: 1 – 3/12 2008

Karolinska universitetssjukhuset, Solna



Kursledare: Sten Samuelsson,
sten.samuelsson@karolinska.se

Administrativ kurssekreterare: Linda Willenfeldt, linda.willenfeldt@karolinska.se Tel: 08-517 751 78

Adress: Thoraxkliniken N3:03, Karolinska universitetssjukhuset, 171 76 Stockholm

Innehåll: Kursen löper över 3 dagar, där förmiddagarna ägnas åt problembaserade falldiskussioner, övningar i central hemodynamik och besök på operationsavdelningen. Undervisningen vid dessa moment sker i mindre grupper.

Fallbeskrivningar skickas ut till kursdeltagare innan kursstart. Under eftermiddagarna katedrala föreläsningar, som belyser olika aspekter på anestesi till den hjärt- och lungsjuka patienten. Även thoraxintensivvård, riskbedömning och PCI berörs i föreläsningsform.

Målgrupp: Blivande specialister i anestesi och intensivvård. Företrädesvis de, som ännu inte haft thoraxplacering, eller som inte har sådan placering planerad.

Anmälan: Använd ansökningsblankett till ”fria” kurser för ST-läkare, anordnade på uppdrag av SFAI 2008, och skicka komplett ifylld till kursledare, adress som ovan.

Ny postoperativ smärtbehandling!



IONSYS® innebär en enklare smärtlindring vid akut postoperativ smärta av måttlig till svår intensitet, jämfört med IV PCA¹⁻⁴. IONSYS är en unik nålfri patientkontrollerad analgesi. När patienten aktiverar systemet transporteras fentanyl transdermalt med jontofores-teknik. För patienten innebär det en snabb och bekväm smärtlindring. För behandlande personal är IONSYS-systemet enkelt att applicera, övervaka och hantera.

IONSYS är förprogrammerat och förfyllt med läkemedel.

Mer information finns på www.ionsys.se

Enklare



Referenser: 1. Hartrick CT et al. Reg Anesth Pain Med. 2006;31:546-554. 2. Minkowitz H et al. Pain Med. 2007;8:657-668. 3. Grond S et al. Br J Anaesth. 2007;98:806-815. 4. Viscusi ER et al. JAMA. 2004;291:1333-1342.

Indikation: Behandling av akut postoperativ smärta av måttlig till svår intensitet. Skall endast användas inom slutenvård. Beroendeframkallande läkemedel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. Jontoforetiskt transdermalt system (ITS). 40 mikrogram fentanyl per dos. IONSYS påverkar kraftigt förmågan att framföra fordon och använda maskiner. ATC-kod: N02AB03. Rx. Förpackning: 1 system/förpackning.

För fullständig produktinformation och aktuellt pris, se www.fass.se

Örebrovecka i praktisk regional anestesi "Hands-on" workshops

1 – 4 december 2008 Universitetssjukhuset, Örebro

Kursledare: Professor Narinder Rawal och Professor Kjell Axelsson, Anestesi- och intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset, Örebro.

Kontaktperson: Sekr Ing-Marie Dimgren, tel 019-602 11 21, ing-marie.dimgren@orebroll.se



Innehåll: Kursen pågår under 4 dagar med max 16 kursdeltagare. Kursens läroplan består av anestesiloger och kirurger. Syftet med denna kurs är framför allt att ge praktisk kunskap om de vanligaste perifera blockaderna i över- och underextremiteter. Kursprogrammet inkluderar en heldagsövning under handledning för utförande av olika perifera blockader på sövda grisar. En av handledarna är Prof Raath, Sydafrika, en av pionjerna för gris-workshops. Dessutom erbjuds patientdemonstration av de olika blockadtyperna på operationsavdelningen med videoöverföring. I år kommer vi att ha fler aktiviteter kring ultraljud och regional anestesi. Kursprogrammet inkluderar också följande: Simulatortränning av olika blockader, ultraljudsdemonstration och ultraljudsguidade blockader på gris, användning

av "stimulerande" katetrar, katetertechniker vid smärtbehandling m m (se program).

Målgrupp: Anestesiloger.

Kursavgift: 10.900:- exkl moms för SFAI-medlem. 11.900:- exkl moms för övriga. Lunch, fika och middag (2 kvällar) ingår i kursavgiften.

Anmälan: E-post till ing-marie.dimgren@orebroll.se eller ordinarie postgång till Ing-Marie Dimgren, Anestesi- och intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset, 701 85 Örebro. Ange befattning, tjänsteställe och ev medlemskap i SFAI.

Sista anmälningsdag är 7 november 2008. Kursplats bekräftas i brev. Anmälan är bindande.

1 december

Varför bör vi använda mera perifera blockader *N Rawal, Örebro*
Övre extremitetsblockader (anatom, metoder) *K Axelsson, Örebro*
Nedre extremitetsblockader (anatom, metoder) *J Kuchalik, Örebro*
Perifera blockader - Val av läkemedel/läkemedelskombinationer *K Axelsson*

Val av utrustning (nålar, katetrar, pumpar) – "blockadbord" *J Kuchalik*
Risker med regionala metoder *N Rawal*

Paravertebral blockad *PA Lönnqvist, Stockholm*

Ultraljud vid perifera blockader och demonstration på försöksperson *PA Lönnqvist*

MIDDAG

2 december

Videodemonstration av blockad före blockad på sal *I Dobrydnjov, Spenshult*

Videosession med deltagare, varvas med DVD-demonstration mm av anatomi och olika blockader, t ex AnaBloc, epidurosopi, paravertebral *N Rawal, I Dobrydnjov, R Raath (Sydafrika), M E-Ugarph, M Sandin*

Blockader på operationssal (interscalene, infraclavikulär, axillär, femoralis, ischiadicus, psoas compartment blockad). Videoöverföring till sal med deltagare och moderatörer. Interaktiv session *K Axelsson, J Kuchalik (M E-Ugarph, M Sandin)*

Ultraljudsdemonstration på frivilliga försökspersoner
Blockader med simulator inkl ny DVD med ultraljudssimulator
Perifera blockader på simulator (med lärare) *PA Lönnqvist, M Lundblad (Stockholm), J Kuchalik, I Dobrydnjov, K Axelsson, M E-Ugarph, M Sandin (N Rawal)*

LEDIG KVÄLL



3 december

Anaesthetised pig workshops – South African Experience *R Raath*

Blockader på gris – Vad är möjligt? *J Kuchalik*

Praktisk träning/övning av blockader på gris med nervstimulerings- och ultraljudsteknik. Fyra grupper, fyra deltagare och en instruktör i varje grupp (interscalene, axillär, ischiadicus, femoralis, paravertebral, epidural blockad mm) *R Raath, K Axelsson, I Dobrydnjov, J Kuchalik, PA Lönnqvist, M E-Ugarph, M Sandin, N Rawal*

MIDDAG

4 december

Perifera blockader på simulator (med lärare) *J Kuchalik, K Axelsson, I Dobrydnjov, M E-Ugarph, M Sandin (N Rawal)*

Regional anestesi och Acute Pain Service (APS). Dokumentation, revision av blockadverksamhet (epidural, perineural, sårkateter) *N Rawal*

Deltagarna får demonstrera sina blockader på simulator *J Kuchalik, M Lundblad, K Axelsson, I Dobrydnjov, M E-Ugarph, M Sandin (N Rawal)*



Bevisad effekt mot PONV



- Vetenskapligt fastställd effekt vid prevention och behandling av PONV^{1,2}
- Synergistisk effekt vid kombination med ondansetron eller dexametason^{3,4}
- Tolereras väl, liknande biverkningsprofil som 5-HT₃-receptorantagonister^{5,6}

Dridol® (droperidol) Injektionsvätska, lösning 2,5 mg/ml

Indikation: Behandling och förebyggande av illamående och kräkningar i anslutning till anestesi.

Dosering: Dosen skall anpassas individuellt och vid dosutredning bör hänsyn tas till ålder, vikt, eventuell samtidig medicinsk behandling och typ av anestesi och ingrepp. Äldre patienter och patienter känsliga för neuroleptikabehandling bör ges halva den rekommenderade dosen. Antiemetikum: Vuxna 1,25 mg (0,5 ml) intravenöst.

Innehåll: 1 ml injektionsvätska 2,5 mg/ml innehåller: Droperidol 2,5 mg, mannitol, vinsyra, natriumhydroxid, vatten för injektionsvätskor.

Förpackning: Injektionsvätska, lösning 2,5 mg/ml
10 x 1 milliliter ampull.
För ytterligare information: www.fass.se

Referenser:

1. Muñoz HR, Ibacache ME, Mertz VF *et al.* Rev Méd Chile 2006; **134**: 697-702.
2. Henzi I, Sonderegger J, Tramèr MR. Can J Anesth 2000; **47**(6): 537-51.
3. Chan MT, Choi KC, Gin T. Anesth Analg 2006; **103**(5): 1155-62.
4. Tzeng J-I, Tswei T-S, Tang C-S *et al.* Acta Anaesthesiol Sin 2000; **38**: 137-42.
5. Fortney JT, Gan TJ, Graczyk S *et al.* Anaesth Analg 1998; **86**: 731-8.
6. Leslie JB, Gan TJ. Ann Pharmacother 2006; **40**(5): 856-72.

Prostrakan AB,
Geijersgatan 2, 216 18 Malmö.
Tel: 040-15 45 70

 **ProStrakan**
www.prostrakan.se

Obstetric Anaesthesia, *Belfast 15–16 maj 2008*

av Anette Hein, medicinskt ledningsansvarig för obstetrisk anestesi, Danderyds Sjukhus, tillika styrelseledamot i SFAI:s delförening för obstetrisk anestesi och intensivvård. Anette.Hein@ds.se

P G Rösblad och artikelförfattaren – båda vid Anestesi- och Intensivvårdskliniken, Danderyds sjukhus – åkte till Belfast för att bevaka Obstetric Anaesthetists' Associations årliga möte samt presentera sin poster *Addition of small doses of morphine to intrathecal labor analgesia – a randomized controlled dose-finding study*. Studien utfördes tillsammans med Karolinska, Solna, som representerades av Gunnar Dahlgren, överläkare, KK-anestesi (tidigare överläkare på Danderyd).

Två mycket matnyttiga dagar erbjöd utmärkt disposition av föreläsningar men också tid för "table discussions". Dessa var organiserade som frukostmöten vid olika bord för c:a 10 personer med en expert vid varje. Borden var märkta med olika teman – som preeklampsi, den feta gravida, PDPH etc – vilket gav möjlighet till informella möten och diskussioner kollegor emellan samt möjlighet att fråga experter i ett lättsamt sammanhang utan mikrofoner i jättesal. 600 anestesiloger mötte upp, framför allt från England, Skottland och Irland, men även andra européer, bl.a. två trevliga norrmän från Ullevål, samt representanter från USA.

Huvudämnen vid föreläsningarna var *General Anaesthesia, Collaboration in labour ward, Labour analgesia, Remifentanyl in obstetrics* och *Complications*. Därutöver *Poster session* och *Presentation of free papers*.

Många hänvisningar gjordes till den senaste *CEMACH-rapporten* – Confiden-

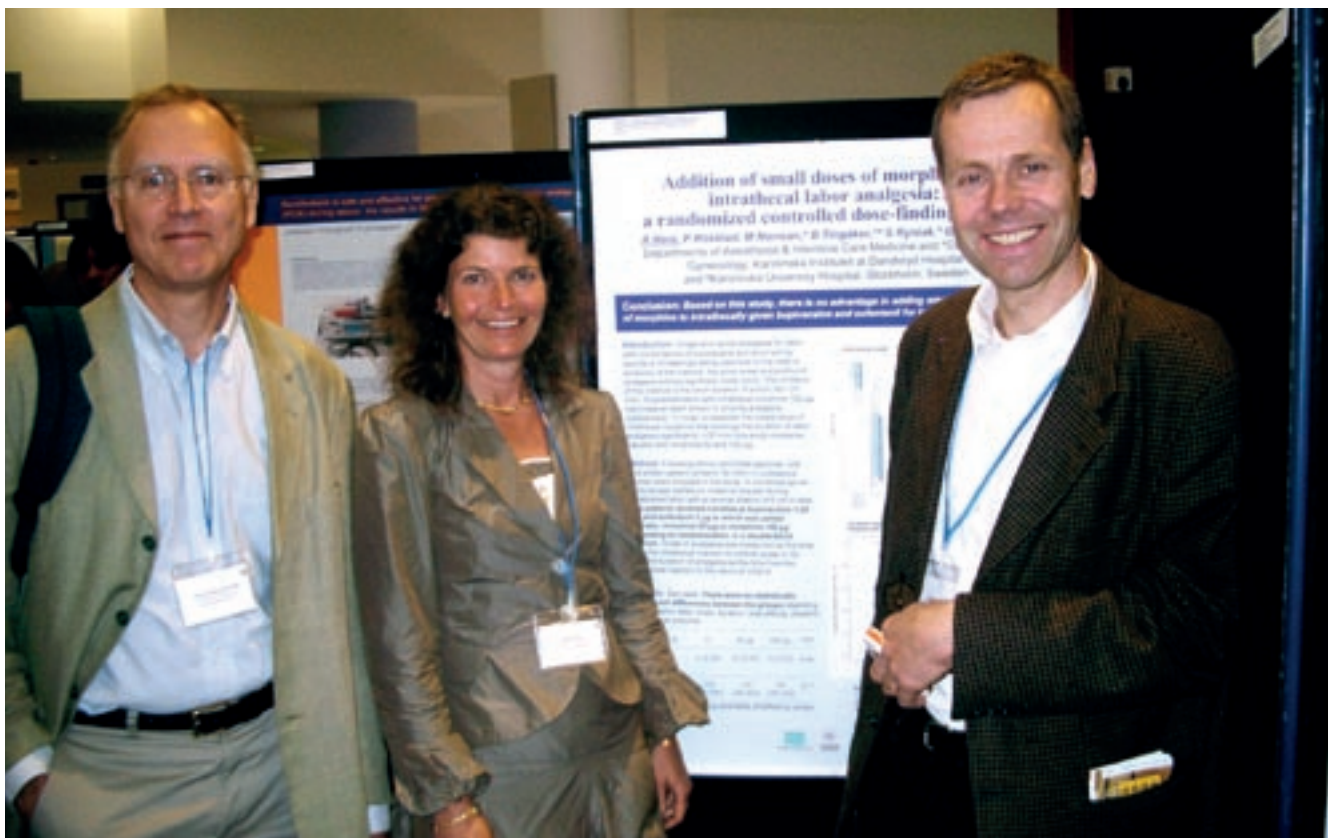


tial Enquiries into Maternal And Child Health (tidigare benämning CEMD, Confidential Enquiries into Maternal Deaths) – "Saving mothers lives", som kom i dec 2007 och omfattar 2003 – 2005. Detta är noggrann uppföljning av dödsfall i samband med graviditet och förlossning. Tidigare rapporter har kallats "Why mothers die", men man har valt att byta namn för att ytterligare betona, vad hela arbetet med uppföljning syftar till.

Under *General Anaesthesia* togs bl.a. upp de framsteg i minskad dödlighet, som man gjort under senaste decennierna genom att övergå till regional anestesi i stället för generell – men också att generell anestesi nu är så ovanlig i obstetriska sammanhang, att det i sig innebär, att anestesiloger är otränade. Stor vikt lades vid, att vårt viktigaste tekniska hjälpmedel vid intubation, Macintosh-

laryngoskopet, kom 1941 – samtida med Pearl Harbor – och att vi absolut bör tillägna oss de videolaryngoskop, som nu finns som utmärkta hjälpmedel. Intubationssvårigheter är nästan 10 gånger högre inom obstetrik – 1/240. Vi kände oss styrkta av detta, eftersom Danderyd nu inskaffat ytterligare 2 Glidescope, varav ett just till operationssalen på förlossningen. Stor vikt lades också vid, att "Patients do not die from a failure to intubate. They die from failure to stop trying to intubate or from undiagnosed oesophageal intubation" (Bruce Scott 1986) och vikten av inarbetad drill samt träning.

Vidare förelästes om möjligheterna att ersätta succinylkolin med rocuron, när sugammadex, som vid behov kan reversera rocuron inom 3 minuter, kommer. Doserna av sugammadex är dock stora,



Artikelförfattaren, P G Rösblad och Gunnar Dahlgren vid sin poster.

och läkemedlet blir dyrt, varför det sannolikt ej blir vardagsvara.

De ökande riskerna med ökande ålder och vikt inom obstetrisk anestesi och ökande frekvens av gravida med samtida allvarliga kardiologiska och andra sjukdomar belystes. Vikten av inarbetad, återkommande teamträning vid stor blödning och omedelbara sectio – motsvarande HLR-utbildningen – betonades, liksom den simulatorträning som nu startats inom neonatal återupplivning.

En lysande kombination av föreläsning och stand-up (comedy, inte epidural) hölls av Jim Dornan, pensionerad obstetrikprofessor från Belfast. Han talade öppet om de tydliga världsomfattande konflikterna mellan olika yrkesgrupper på förlossningsavdelningarna – med utmärkt balans mellan bra budskap (samarbete centrerat kring patienten) och mycket skrätt. Vidare förelästes om möjligheter till *ultraljud* som hjälpmedel inom obstetrisk anestesi, framför allt för att lokalisera rätt interstitium. Upprepade studier visar, att anestesiloger missbedömer och tror, att man befinner sig mer kaudalt, än vad man är.

En genomgång gjordes av, vad *remifentanyl* har att erbjuda vid *sectio*. Kortfattat kan sägas, att remifentanyl inte rekommenderas som standard vid *sectio* i

generell anestesi, men för utvalda patienter med cirkulationssjukdomar är det av stort värde. Risker för modern får vägas mot risker för barnet.

Flera rapporter finns också om *remifentanyl* i patientstyrd pump vid värkarbete. I Storbritannien används fortfarande Petidin flitigt, och där har remifentanyl en fördel, men i Sverige har man i princip slutat med systemiska opioider och föredrar regionalanestesi. Vid patientstyrd remifentanyltillförsel är det inte ovanligt, att mamman desaturerar, vilket fordrar ständig närvaro av barnmorskan.

En föreläsning speglade *The breathless mother in labour*, d.v.s. de olika diagnoser man skall tänka på. Astma hos kvinna i aktivt värkarbete är ovanligt. Trots detta återfinns vid varje CEMACH-rapport missade fall, där man diagnostiserat astma, men i själva verket hade mamman *lungödem* – vilket dels kan ha varit kopplat till kärlläckage pga preeklampsi men också kan ha varit iatrogen, t.ex. pga att vi ger rikligt med vätska i samband med *sectio*.

Lungemboli är en vanlig bakomliggande orsak till dödsfall inom obstetrik. Vidare hölls en genomgång av *HLR hos gravida* – med betoning av vänstervinklat läge för att undvika vena cava-syndrom, som annars gör hjärtkompressioner helt

ineffektiva. *Sectio* av denna orsak skall för mammans skull utföras inom 5 minuter!

Cynthia Wong, Associate Professor, USA, avslutade med en mycket bra genomgång av komplikationer vid centrala blockader inom obstetrisk anestesi: "Above all, do no harm!" Hon visade på vikten av *uppföljning* och gav lite goda råd på vägen. Hon påpekade risken för permanenta skador, om man sticker ovan L3. Var alltså noggrann med bedömning av nivå, eftersom vi ofta skattar, att vi ligger mer kaudalt, än vi gör, och välj en nivå nedom L3, var hennes råd.

Använd munskydd vid alla centrala blockader. Meningiter har kopplats till anesthesiologens munflora.

Angående undvikandet av durapunktioner och PDPH kan vi fortsätta, som vi gör. Rapporter med incidenser om 1,5% kan jämföras med Danderyds 0,5% de senaste åren (c:a 3 100 förlossningsepiduraler per år).

Upprepade undersökningar har visat, att epiduraler inte ger ökad sectiofrekvens, men ökad frekvens instrumentell förlossning förekommer. EDA kan också läggas i tidig fas I (cervix mindre än 4 cm) utan att riskera ökad sectiofrekvens, vilket tidigare befarats.

Inbjudan till årligt möte 2009

SFAI:s delförening för obstetrisk anestesi och intensivvård

Mötet 2009 kommer att äga rum i London och kombineras med OAA:s (Obstetric Anaesthetists' Association) möte "Cases and Controversies".

Dag 1:

Onsdag 4 mars "Cases and Controversies" (för mer info se www.oaa-anaes.ac.uk).
Kostnad 185 GBP. Lokal: Church House Conference Centre.
Individuell anmälan till OAA.

Middag

Dag 2:

Torsdag 5 mars. Årligt möte SFAI:s delförening för obstetrisk anestesi och intensivvård – detaljerat program kommer i nästa nummer av SFAI tidningen.
Kostnad 2 500 SEK. Lokal: Savoy Place (www.savoyplace.co.uk).

Anmälan till Michael Rådström, Trollhättan (michael.radstrom@vgregion.se).

Deltagare bokar själv resa samt bostad.

Hotellförslag:

"London County Hall" (www.premierinn.com).
Detta hotell ligger på bekvämt gångavstånd till de bägge konferenslokalerna, alldeles vid "London Eye".

Delföreningens styrelse hälsar gamla och nya deltagare varmt välkomna!



PERFALGAN®

DEN FÖRSTA
INTRAVERNÖSA
LÖSNINGEN
AV PARACETAMOL



Perfalgan®
10 mg/ml paracetamol 1g infusion

Perfalgan®
10 mg/ml paracetamol 0.5g infusion

EFFEKTIV SMÄRTLINDRING

Ger signifikant bättre analgetisk effekt
än oralt paracetamol.¹

MINDRE ANVÄNDNING AV MORFIN

Reducerar behovet av morfin med 46%.²

1) O. JARDE AND E. BOCCARD, CLIN. DRUG INVEST, 1997 DEC. 2) PEDUTO VA, ET AL. ACTA ANAESTHESIOL SCAND 1997,42.

PERFALGAN® (paracetamol)

Perfalgan (paracetamol) infusionsvätska, lösning 10 mg/ml, 12x50 ml och 12x100 ml.

Indikationsområde: analgetika och antipyretika.

Ytterligare information: Rx. Ej förmånsberättigat. Baserad produktresumé: 2007-11-23.

För fullständig indikationstext och övrig produkt- och prisinformation, se www.fass.se



Bristol-Myers Squibb

BRISTOL-MYERS SQUIBB 167 15 BROMMA. TEL 08 – 704 71 00 WWW.BMS.SE

PEDIATRISK ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD

BARNANESTESISEKTIONEN VID BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUSET I LUND INBJUDER TILL SK-KURS, 4 – 7 MAJ 2009.



Innehåll: Kursen tar upp viktiga skillnader i andnings- och cirkulationsfysiologi hos barn jämfört med vuxna. Vätskebalans och blodersättning under anestesi och intensivvård till barn belyses liksom respiratorbehandling. Det vardagliga peroperativa förloppet med induktionsmetoder, smärtlindring och regionala blockader diskuteras. Kursen tar även upp akuta situationer samt ger en orientering om anestesi i nyföddhetsperioden samt anestesi till barn med hjärtsjukdomar.

Målgrupp: ST-läkare inom anestesi och intensivvård i slutet av sin specialistutbildning.

Kursledning: Per Westrin, Jan Gelberg

Anmälan: Använd "Anmälningssblankett till fria kurser för ST-läkare och specialister anordnade på uppdrag av SFAI 2008/2009". Sista anmälningsdatum 2008-12-01. Anmälan är bindande. Antalet kursdeltagare är begränsat. Antagningsbesked lämnas.

Ansökan skickas till Jan Gelberg, Barnanestesi, Barn- och Ungdomssjukhuset, 221 85 Lund. Kursavgift: 5 500,- exkl moms för SFAI-medlem, 6 500,- exkl moms för icke SFAI-medlem.

Kontaktperson: Jan Gelberg,
jan.gelberg@skane.se.

nytt läkemedel inom EU

bridion®
sugammadex

väntan är över

Bridion reverserar
neuromuskulär blockad
oavsett djup inom 3 minuter.

 Schering-Plough

BRIDION® (sugammadex). Injektionsvätska, lösning 100 mg/ml. Farmakoterapeutisk grupp: Övriga terapeutiska produkter, V03AB35. Bridion används för reversering av neuromuskulär blockad som har inducerats med rokuronium och vekuronium. För pediatrika patienter: sugammadex rekommenderas endast vid normalreversering av rokuroniumblockad hos barn och tonåringar. Förpackningar: 10x2 ml injektionsflaska. 10x5 ml injektionsflaska. Rx.
Datum för senaste översyn av produktresumé: 2008-07-25. För ytterligare information och pris, se www.fass.se.
Schering-Plough AB, Box 6185, 102 33 Stockholm. Tel 08-522 21 500. www.schering-plough.se, info@schering-plough.se

OBSTETRISKT ANESTESIMÖTE, *Nynäshamn, Maj 2008*

av Michael Rådström, Norra Älvsborgs Länssjukhus, Trollhättan, styrelseledamot i SFAI:s delförening för obstetrisk anestesi och intensivvård michael.radstrom@vgregion.se,

SFAI:s delförening för obstetrisk anestesi och intensivvård har hållit sitt årligen återkommande möte för obstetriskt intresserade anestesiloger samt obstetriskt intresserade gynekologer. Mötet, som i år hölls på Nynäs Havsbad 21 – 22 Maj, är ett sätt att presentera nyheter inom området, debattera samt att knyta band med kollegor, verksamma inom området.

Såväl den akademiska som den sociala biten brukar vara mycket uppskattad och skapar en plattform för fortsatta kontakter. I regel brukar vi vara totalt ca 40 deltagare, men i år hade ca 70 deltagare inkl. föreläsare samlats. Temat för årets möte var "säkerhet inom vården", och en särskild inbjudan hade riktats till SFOG – Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi – för att ta oss an de gemensamma problem, som vi kan ha olika sätt att värdera och angripa.

Vid lunchtid första mötesdagen gladdes vädergudarna med en klar, solig himmel, som lyckligtvis var närvarande under hela mötet. Patientsäkerhetstemat inleddes med, att ämnet omedelbart sectio behandlades ur såväl anestesilogisk, Gunnar Dahlgren, som obstetrisk, Ann Hjelm, synvinkel.

Vibeke Moen presenterade sin aktuella forskning om vätska under förlossning, och visade på, att s-natrium är korrelerat till vätsketillförseln. I en observationsstudie med rutinmässig vätsketillförsel fick 13 % av kvinnorna en hyponatremi på 130 mmol/l eller lägre, och andelen instrumentella förlossningar ökade.

Anette Hein tog upp Syntocinonanvändningen i landet. I samband med

kejsarsnitt bör man inte ge mer än 5 E som bolusdos, och med tanke på biverkningarna på hjärta-kärl ge det långsamt under flera minuter.

Under eftermiddagen redovisades och diskuterades också flera intressanta fallbeskrivningar. Efter en spännande första halvdag avnjöts under kvällen en gemensam underbar middag, och många nya och gamla kontakter knöts.

Som höjdpunkt hade vi åter lyckats få Martin Dresner, anestesilog från Leeds General Infirmary, till mötet. Han inledde andra dagen med två mycket uppskattade föreläsningar, dels om hjärtsjukdomar hos den gravida kvinnan, och dels en redogörelse för den senaste CEMACH-rapporten. CEMACH (Confidential Enquiries into Maternal and Child Health – tidigare CEMD; Confidential Enquiries into Maternal Death) är en brittisk nationell organisation, som nagelfar maternella dödsfall i hela landet för att klarlägga orsaker och ta lärdom.

Säkerhetstemat fortsattes sedan med Torsten Mossberg, Socialstyrelsen, som avhandlade, hur Socialstyrelsen kan vara med och utveckla säkerhetsarbetet i vården. Han poängterade, att det viktiga är att ha en säkerhetskultur – inte att hitta syndabockar.

Kaj Essinger från LÖF – Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag – visade, vad som händer, när en patient skadas i vården, och att man vid allvarligare skador bör göra en händelseanalys för att förhoppningsvis kunna förbättra rutiner samt minska risken för att samma sak händer igen.

Sissel Saltved visade i anslutning till

detta en intressant aktuell händelseanalys.

Förutom träning av HLR på gravida, Susanne Ledin-Eriksson, hölls också intressanta föreläsningar av Elisabeth Lindholm, som redogjorde för ett interventionsprojekt för obesa kvinnor på sitt sjukhus Danderyd, samt av Charlotta Grunewald, som gick igenom svensk mödradödlighet.

Konceptet med gemensamt möte med obstetrikerna blev mycket lyckat, och vi fick ett par gånger under anmälningstiden utöka antalet deltagarplatser för att få rum med alla, som önskade vara med. Antalet tillgängliga rum på konferensanläggningen satte till slut gränsen för deltagarantalet, som lyckligtvis överensstämde väl med det antal, som ville delta. Vi hade hoppats på ett högt deltagarantal från den obstetriska sidan och gladdes åt, att närmare hälften av deltagarna kom därifrån. Alla var överens om, att möteskonceptet är något att bygga vidare på, och med stor sannolikhet var det inte sista gången, som vi sammanstrålade under dessa former.

Nästa möte i delföreningens för obstetrisk anestesi och intensivvård regi är under planering och kommer att hållas i London 5 mars 2009. Tanken är, att Londonvistelsen inleds med, att man 4 mars, dagen före vårt möte, bevisar "Cases and Controversies in Obstetric Anaesthesia" i regi av den brittiska organisations Obsteric Anaesthetists Association, OAA. Boka in dessa datum i era almanackor.



Snabb & flexibel relaxering

Snabb

- Det snabbaste anslaget av alla ickedepolariserande muskelrelaxantia och det enda med indikationen rapid sequence induktion¹

Flexibel

- Bekväm dosering för olika operationer korta, medium eller långa²

Beprövad

- God hemodynamisk säkerhetsprofil, minimal histaminfrisättning^{3,4}

Referenser: 1. Carrol MT, Mirakhur RK, Lowry DW, McCourt KC, Kerr C, Neuromuscular blocking effects and train-of-four fade with cisatracurium: Comparison with other nondepolarising relaxants. *Anesthesia*, 1998;53:1169-1173. 2. Esmeron (SUMMARY OF PRODUCT CHARACTERISTICS). Roseland, NJ:Organon;2006. 3. Nagub M, Samarakandi AH, Bakhamees HS, Magboul MA, El-Bakry AK. Histamine-release haemodynamic changes produced by Rocuronium, vecuronium, mivacurium, atracurium and tubaocurarine. *Br J Anaesth* 1995;75:588-592. 4. Smith CE, Botero CB, Holbrook C, Pinchak AC, Hagen JF, Rocuronium vecuronium during fentanyl induction in patients undergoing coronary artery surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 13;567:573.

ESMERON® är ett komplement till generell anestesi för att underlätta trakealintubation under rutin- och snabbinduktion samt för att ge skelettmuskelavslappning under kirurgi. Som med andra substanser med neuromuskulär blockeringsseffekt, skall doseringen av Esmeron anpassas individuellt. För mer information, se www.fass.se

HUR DET VERKLIGEN FUNGERAR

En kurs i anesthesiologisk farmakologi
2 - 4 februari, 2009
Ersta Konferenscenter, Fjällgatan, Stockholm

En farmakologikurs skräddarsydd för anestesiloger, både ST och erfarna specialister.

Hur fungerar egentligen receptorer, jonkanaler, second messengers, inward rectifying potassium channels... Behöver jag kunna så mycket cellbiologi för att få mitt induktionsmedel att bita? Vad säger det oss att fentanyl har en terminal halveringstid på åtskilliga timmar? Vilka är de nyare farmakokinetiska begreppen som beskriver egenskaperna hos läkemedel i anesthesiologisk verksamhet? Är de rent av enklare än de traditionella?

Upprinnelsen till denna kurs var att initiativtagarna länge önskat att själva få gå en sådan. Karolinska Institutet, Karolinska Universitetssjukhuset och SFAI riktar sig till dig som är nyfiken på vad man idag vet om "HUR DET VERKLIGEN FUNGERAR". Ambitionen är att ge en djup insikt utan att det krävs omfattande förkunskaper och utan att det blir så torrt och tråkigt som klassisk farmakologi ibland framställs.

Dag 1: Basala farmakologiska principer för hur droger verkar
Dag 2: Anesthesiologisk farmakologi i perifera nervsystemet
Dag 3: Anesthesiologisk farmakologi i centrala nervsystemet

Anmälan före 1 december 2008

på www.hurdetverkligenfungerar.se.

Vid frågor kontakta Kristina Claesson, ANOPIVA-kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, 08-517 750 96 eller sekretariat@hurdetverkligenfungerar.se. Ytterligare information fås via lars.i.eriksson@karolinska.se, rolfs@ltkalmar.se, malin.jonsson.fagerlund@ki.se eller eva.sundman@ki.se. Pris inkl moms: 9000 kr SFAI-medlem, 9600 kr icke medlem. Logi ingår inte, utan bokas av varje kursdeltagare. Ett begränsat antal rum finns på konferenscentret, 08-714 63 41 (kod 24223). Kursen arrangeras utan kommersiell sponsring.

IPULS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se (IPULS-nr: 20080238).

Lars I Eriksson, Rolf Sandin, Malin Jonsson Fagerlund och Eva Sundman

www.hurdetverkligenfungerar.se

Tema: *Medicinsk Kvalitetsrevision*

Varför medicinsk kvalitetsrevision?



av Sigga Kalman, siggridur.kalman@karolinska.se och Thomas Nolin, thomas.nolin@skane.se

Det började med en begäran om revision från ett antal anesthesi- och intensivvårds-kliniker. Dåvarande SFAI-styrelse blev lite ställd. Vi hade inget strukturerat tänk kring, hur en sådan skulle gå till, beslöt att försöka åstadkomma en strukturerad revisionssituation och tog därför kontakt med Enheten för Medicinsk Kvalitetsrevision, som samägs av Svenska Läkaresällskapet och Läkarförbundet. Där fick vi kontakt med personer, som gjort liknade arbete inom andra specialiteter i Sverige.

Infektion, ortopedi, psykiatri, gynekologi/obstetrik och allmänmedicin har jobbat med medicinsk kvalitetsrevision. Det inspirerade, och den långa resan med målet att uppnå en välstrukturerad medicinsk kvalitetsrevision av anesthesi- och intensivvårdsverksamheter påbörjades.

Gruppen har bestått av Pia Essén, Hans Stiernstedt, Thomas Nolin, Greger Fransson, Eva Ohlsson, Lars Wiklund, Gunnar Enlund och Sigga Kalman (ordförande). Arbetet har återkommande rapporterats till SFAI:s styrelse och under verksamhetschefsmöten på Arlanda.

Bakgrund

Med "medicinsk kvalitetsrevision" menas en professionell granskning av medicinsk kvalitet. Professionell granskning innebär, att granskarna har genomgått en kortare utbildning, som ordnas av Enheten för Medicinsk Kvalitetsrevision, Sveriges läkarförbund.

Med "medicinsk" avses i första hand kärnan i kliniskt patientarbete: diagnostik, behandling och resultat. Med "kvalitet" avses, i vilken utsträckning vården uppfyller rådande kriterier och krav. En kvalitetsindikator är ett mått, som speglar kvaliteten och kan användas som underlag för verksamhetsutveckling samt för öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Medicinsk revision kan närmast jämföras med engelskans begrepp "medical audit" och avser en systematisk granskning av en verksamhet. Ordet klargör, att granskningen har en mer formell karaktär än ett kollegialt studiebesök. Information och slutsatser tolkas i samråd med berörda enheter. Revisionens resultat formuleras som utvecklings- och förbättringsbehov.

Utgångspunkten är, att den medicinska professionen välkomnar alla impulser till vidare kvalitetshöjningar, och att öppenhet måste vara en bärande princip i detta arbete. Att utföra en revision upplever vi som ett stort ansvar och ett förtroende.

MKR-gruppens förberedelse – Ting Tar Tid

Den medicinska kvalitetsrevisionen bygger på standardfrågor i enlighet med ett startdokument, på intervjuer samt journalgranskning enligt ett revisionsprotokoll.

En viktig grund för detta är de kvalitetsindikatorer, som redan är framtagna

inom anesthesi, postoperativ vård, intensivvård och smärtbehandling – nationellt och internationellt. Mycket av MKR-gruppens arbete har bestått i att välja bland befintliga eller skapa nya relevanta medicinska resultatindikatorer för vår disciplin. Här har gruppen arbetat enligt InfoVU-projektets modell.

Vi har medvetet valt att fokusera på resultatmått, ej på struktur- och processindikatorer. I valet av mått på kvalitetsvariabler har vi värderat egenskaper hos måtten, som gör, att de blir trovärdiga och praktiskt användbara. Måtten ska kännetecknas av vetenskaplig rimlighet/validitet, vikt/relevans, mätbarhet och tolkningsbarhet/entydighet. Samtliga dessa krav kan emellertid sällan uppfyllas fullt ut i samband med framtagningen av en indikator.

Vi har också försökt att specificera kvalitetsindikatorerna i en matris under rubrikerna mått, beskrivning, mätmetod, datakälla, felkälla, redovisning, målnivå och intressent.

Arbetet med att utveckla och förfinas kvalitetsindikatorer är essentiellt för revisionernas framtida värde. De är ej statiska eller en gång för alla huggna i sten. Indikatorerna kan ha en stor förmåga att normera vissa strukturer och processer på ett positivt sätt. När så har blivit fallet, kan det vara värdefullt att ta fram nya indikatorer, dock utan att förkasta de gamla. På så sätt kan kvaliteten på verksamheten i ett vidare perspektiv ständigt utvecklas och förbättras.

Tema: *Medicinsk Kvalitetsrevision*

”Äntligen har kvalitetsarbetet blivit användbart”



av Mats Erntell, Infektionskliniken, Halmstad. mats.erntell@lthalland.se

Infektionsklinikerna i Sverige har uppmärksammats nationellt och internationellt för att ha bedrivit ett mycket aktivt och brett kvalitetsutvecklingsarbete under senare år (2-7, 16). Vi har genomfört ett unikt arbete genom att ta fram medicinska kvalitetsindikatorer, startat kvalitetsregister och som en av de första specialiteterna infört medicinsk kvalitetsrevision.

En fortsättning blev satsningen på att med evidensbaserad metodik ta fram kunskapsunderlag inom fem medicinska områden. Nyckeln till, att vi lyckats, är ett systematiskt arbete med indikatorer samt en tidig och bred förankring i kåren. Revisionen efterfrågar och knyter samman de olika delarna i kvalitetsarbetet samt leder till fortsatt analys.

En viktig psykologisk faktor är också, att den granskade har fått full kännedom om sina resultat redan genom egengranskningen. Därigenom har vi lyckats göra kvalitetsarbetet användbart och spännande. Rubrikens citat – en kommentar från en reviderad klinik – är ett uttryck för detta.

Hur startade det?

Kvalitetssäkring blev ett begrepp inom svensk medicin i slutet på 80-talet. De flesta av oss hade svårt att ta till sig det abstrakta språkbruket för alldaglig utvärdering och tyckte, delvis med rätta, att detta hade medicinen genom forskningen alltid sysslat med – och på ett

bättre sätt dessutom. Själv blev jag engagerad bl.a. av detta skäl, samtidigt som jag insåg, att sjukvården självklart måste kunna beskriva och redovisa sin verksamhet i produktions- och kvalitetstermer på olika sätt. Analys av sådana data måste leda till förbättringar.

Till stora delar baserades de första försöken på Donabedians pedagogiska modell för kvalitetsvärdering, där kvalitet indelas i struktur-, process- och resultat-kvalitet. Länge handlade det om småskaliga projekt inom sjukvården – förhållandevis resurskrävande med begränsat resultat. Uppdelningen i struktur, process och resultat tillförde dock en intellektuell stringens och en ram att sortera ingående processer efter.

Ett centralt behov från huvudmännen var att få en bättre redovisning av verksamheten och en värdering av dess prestanda, innehåll och kvalitet. Det var tydligt, att inom de flesta områden fanns stora variationer mellan – och t.o.m. inom – verksamheter, hur olika metoder kom till användning. Resultaten av vårdinsatserna visste vi väldigt lite om. En irritation fanns över, att frågan över huvud taget ställdes.

Vården stod också inför en gigantisk strukturrationalisering under mitten av 90-talet. Kvalitetssäkring skulle vara ett sätt att följa och styra utvecklingen, sades det – men metoderna var varken utvecklade eller anpassade. Resurserna var inte heller tillräckligt givna för att kunna beskriva och säkra patienter-

nas vårdkvalitet, när reduktionerna var i storleksordningen 30 % under några få år. Neddragningar gav sämre vård sades det – men hur mycket sämre?

Medicinska Kvalitetsrådet – MKR

Medicinska kvalitetsrådet, MKR, är ett för Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund gemensamt organ, som skall samordna arbetet med kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården inom sektioner och specialitetsföreningar. MKR:s uppgift är att ta initiativ till utarbetande av kvalitetsindikatorer samt sprida nationella och internationella erfarenheter av kvalitetsarbete.

Första uppgiften blev att utveckla medicinska indikatorer för kvalitetsuppföljning. 1993 publicerades i Svensk Medicin nr 38 förslag till indikatorer för 11 specialiteter. Svenska Infektionsläkarföreningen hade inte engagerats i detta arbete.

AMKI

Infektionsläkarföreningens dåvarande styrelseordförande Ingrid Nilsson-Ehle initierade 1993 omgående en arbetsgrupp, som kom att kallas AMKI (Arbetsgruppen för Medicinsk Kvalitet inom Infektionssjukvården). Förutom Ingrid ingick i gruppen Sven Blomqvist, Börje Elgefors, Birgit Sköldenberg, Ingrid Uhnöo och författaren. Efter arbete i diagnosgrupper togs förslag fram till kvalitetsindikatorer för bakteriell meningit, endokardit, HIV/AIDS och pneumoni.

Det uttalade målet var också att starta kvalitetsregister. Diagnoserna endokardit och bakteriell meningit bedömdes mest lämpade för detta. Vi bestämde oss också för att utveckla gemensamma verksamhetsberättelser med förebild från Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Kraven i de olika landstingen på egna utformade berättelser gjorde, att vi istället satsade på verksamhetsenkäten. En enkät över HIV/AIDS-vårdens medicinska kvalitet kunde presenteras på Riksstämman redan 1994 (8). Föreningen hade därefter mer tillförlitliga siffror över omfattningen av HIV-vården via verksamhetsenkäten än övrig officiell statistik. Den stora pneumonienkäten presenterades 1996 (11, 12), och de första sammanställningarna av bakteriella meningiter respektive infektiös endokardit gjordes 1997 (9, 10) och 1998 (1, 14, 15, 17, 18).

Extern granskning – en bakgrund

Medicinsk revision har traditioner i bl. a. USA och Storbritannien. Som kvalitetsinstrument har den använts länge i England. Från slutet av 1980-talet ingår medicinsk revision (medical audit) som en fråga regeringens sida systematisk och understödd aktivitet i brittisk hälso- och sjukvård. Bland annat har samtliga regionala hälsomyndigheter utarbetade planer för, hur granskningarna genomförs. I USA ligger tonvikten mer på kontroll. Där används termen ackreditering och är i mindre utsträckning en angelägenhet för läkarkåren.

Extern granskning i Sverige

Under senare år har en rad olika granskningar, utförda av läkare, ägt rum inom den svenska hälso- och sjukvården. Fler-talet har utförts som enstaka uppdrag, d.v.s. granskningen har inte ingått i någon systematisk uppföljningsstrategi.

Infektionskliniker i Eskilstuna, Falun, Karlstad, Västerås och Örebro har bedrivit återkommande s.k. fempartsrevisioner med blandade personalgrupper, som granskat varandra med fokusering mot vissa överenskomna frågeställningar, en form av klinisk revision.

Systematiskt och dynamiskt kvalitetsarbete

Med ”medicinsk kvalitetsrevision” menas en professionell granskning av medicinsk kvalitet, avseende i första hand kärnan i klinisk patientvårdande verksamhet:

diagnostik, behandling och dess resultat (13). I viss omfattning ingår även vårdprocesser i vidare mening: omvårdnad, bemötande, ledning, organisation, resursutnyttjande, prioriteringar, samverkan, analys av enhetens uppdrag samt förebyggande insatser.

Medicinsk kvalitetsrevision är menad för dynamisk kvalitetsutveckling, avsedd att användas som ett led i utvecklingen inom en verksamhet – inte ett instrument för tillsyn. Revisionen är ett viktigt instrument för aktivt ledarskap, och klinikens interna kvalitetsarbete främjas genom en extern kvalitetsrevision. För att medicinsk kvalitetsrevision skall vara effektiv, krävs ett eget internt kvalitetsarbete, och att granskningarna utförs av sakkunniga med kritiska ögon. Revisorn är en samtalspartner med kompetens, och den väsentliga skillnaden gentemot en entydig kontrollansats är, att information och slutsatser tolkas i samråd med kliniken.

Revisionens resultat formuleras som utvecklings- och förbättringsbehov snarare än klander. Med en sådan revisionsetik blir också frågor om revisionsrapporternas offentlighet lättare att hantera. Öppenhet kommer att på sikt vara den bärande principen i detta arbete men har än så länge lämnats åt kliniken att avgöra.

Även vårdens sätt att organisera verksamheten blir belyst, liksom enhetens effektivitet. Ytterligare en aspekt av verksamhetens organisation rör kvaliteten i relationerna till vårdens omvärld, bl. a. till ”vårdgrannarna”. Hur ser t ex infektionsklinikens kontakter med IVA, medicinkliniken, akutmottagningen, primärvården och mikrobiologen ut? Hur fördelas ansvaret för att tillgodose olika vårdbehov?

Medicinsk Kvalitetsrevision

Det blev tydligt för MKR, att enbart framtagande av indikatorer inte räckte för att initiera kvalitetsutveckling inom svensk sjukvård. Visserligen startades kvalitetsregister, men intresset för kvalitetsfrågor påverkades marginellt.

1997 föreslog MKR, att indikatorarbetet skulle stärkas med medicinsk kvalitetsrevision. Behovet att fokusera mera på den medicinska kvaliteten – snarare än organisation och ekonomi – betonades. Sektionerna inom Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet inbjöds att delta i utbildning av medicinska kvalitetsrevisorer och framtagande av re-

sionsprotokoll. Sektionerna för psykiatri och infektion, följda av ortopedi, allmän medicin, hematologi och gynekologi har utvecklat specialitetsspecifika protokoll och genomför revisioner. Genomförandet av revisionerna kräver en organisatorisk bas, vilken har förlagts till Läkarförbundet. Utveckling och uppföljning av metoden har av MKR lämnats över till en styrgrupp – Enheten för Medicinsk Kvalitetsrevision, EMK – där specialitetsföreningarna är representerade

Vår styrelse med Seth-Olof Bergqvist i spetsen beslutade 1997, att föreningen skulle delta i försöket med medicinsk kvalitetsrevision. Erfarenheterna från SPUR-arbetet fick ligga till grund för revisionsansatserna: systematisk vidareutveckling av våra kvalitetsindikatorer, begreppet ”god revisors-sed”, val av kliniskt aktiva, respekterade revisorer med erfarenhet, integritet, smidighet och, som Seth-Olof betonade, humor – alltså ett hedersuppdrag! (Revisorer, Textruta 1).

Textruta 1

Medicinska kvalitetsrevisorer

Hans Beckman, Karlskrona
Börge Elgefors, Borås
Britt-Marie Eriksson, Uppsala
Mats Erntell, Halmstad
Aril Frydén, Linköping
Åsa Hallgårde, Lund
Bengt Hill, Sundsvall
Mats Karlsson, Stockholm
Susanne Stiernstedt, Stockholm
Ivan Vig, Falun
Tomas Vikerfors, Örebro

En mycket stor tillgång var, att revision var så tydligt förankrad i styrelsen. Pilotrevisioner gjordes i Halmstad, Karlskrona och Örebro hösten 1998. Tack vare de framsynta och intresserade cheferna Ragnar Norrby, Rolf Maller och Bo-Eric Malmvall inleddes de första egentliga revisionerna hösten 2000 i Lund och Linköping, följda av Jönköping våren 2001.

Metoden

Den medicinska kvalitetsrevisionen bygger på en rad standardfrågor i ett *Startdokument* och journalgranskning enligt ett *revisionsprotokoll* (13). Startdokumentet innehåller i en bilaga uppgifter för kliniken att besvara om våra specifika medicinska kvalitetsindikatorer. I de fall nationella kvalitetsregister finns för diagnosen, infogas utdrag ur dessa i revisionen. Intervjuer med klinikens per-

Tabell 1

Klinik	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Medel- värde %	Totalt antal patienter
Pneumoni																				
PM finns	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja		Nej	Ja	82	900
Mätning av andningsfrekvens	30	28	79	16	30	7	20	74		42	22	8	6	16	31	13			28	
Mätning av SaO2	92	100	89	100	70	73	80	96		86	86	84	83	90	100	40		83	85	
Endokardit																				
PM finns	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej		Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	72	685
Antal under 3 år	18	80	24	30	52	19	28	78	34	92	24	27	53	18	55	11	12	30	38	
Duke kriterier	89	99	79	83	69	79	71	83	100	80	58	85	72	94	82		50	77	79	
Etiologi känd	83	86	79	80	67	95	71	81	100	78	54	93	68	94	71		100	83	81	
Opererade	17	13	17	10	23	21	18	14	6	41	13	15	9	22	20	10	8	20	17	
Info antibiotika- profylax	61	31	29	63	82	21	36	37	83	20	13	22	22	56	11	29	25	31	37	
Avlidna	6	10	8	10	6	11	18	6	9	6	13	15	6	0	4	27	8	13	10	
Meningit																				
PM finns	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	89	284
Antal under 3 år	15	20	11	17	45	8	7	24	17	21	17	24	6	8	14	8	12	10	16	
Etiologi känd	82	100	82	82	87	82		83		67	70	71	73	100	79	88	11	100	79	
Tid angiven	70	60	18		47			83		38		58	67	50	36	67	75	60	56	
Malaria																				
PM finns	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	78	308
Antal under 3 år	4	27	9	5	52	4	7	90	7	30	1	6	15	3	36	3	4	5	17	
Diagnostik	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	94	

Tabell 1. Nya jämförelsetal baserade på klinikernas mätning av medicinska kvalitetsindikatorer, antal granskade journaler och nyckeltal (%).

sonal och personer i sjukhusledningen, primärvården och på andra kliniker har visat sig mycket viktiga för att rätt belysa den medicinska kvaliteten. Slutligen görs en avslutande professionell bedömning.

Revisionen beskriver struktur-, process- och resultat-kvalitet inom främst det medicinska området. Resultatet av revisionen återförs sedan muntligt och skriftligt till den granskade enheten. I återföringen ingår en jämförelse med andra reviderade kliniker (Tabell 1) och en diskussion om förbättringsområden som underlag för det egna utvecklingsarbetet.

Grundmaterial – basdata

Till det material, som revisorerna får tillgång till inför inspektionen, hör verksamhetsplan, årsberättelse, organisationsplan, befattningsbeskrivningar, beskrivning av kvalitetssystem, kvalitetsenkäter, sammanställning av incidentrapporter och av övrig adekvat statistik.

De dokument, som samlas in i förväg,

fyller flera behov. Det viktigaste är, att de skapar en inblick i väsentliga förhållanden, vilket möjliggör för revisorerna att formulera distinkta frågor på utvalda kritiska områden. Erfarenheterna från tidigare revisioner visar även, att själva dokumentens kvalitet och tillgänglighet säger mycket om kvaliteten på klinikens sätt att bedriva verksamheten. Denna fas i revisionsprocessen innebär ofta, att den reviderade kliniken direkt ser över och förbättrar egna rutiner, vilket i sig är en positiv effekt.

Journaldokumentation utgör en central del av revisionen, och därför ingår journalgranskning – utifrån en framtagen revisionsmall – i arbetet. Journalerna väljs ut slumpmässigt av revisorerna första revisionsdagen. Granskningen ger en möjlighet att se följsamhet till de kvalitetsindikatorer, som granskas, och följa vårdprocesserna. Sådan insyn kan inte enbart en sammanställning av kvalitetsindikatorerna ge.

Till revisionen hör också en bedöm-

ning utifrån allmänna observationer av patientmiljö, rutiner, lokalernas ändamålsenlighet, utrustningens skick och stämningen hos personalen.

Nationella kvalitetsregister

Alla infektionskliniker rapporterar fall av endokardit och purulent meningit till de nationella registren. Registerdata tas fram och jämförs med dem från revisionen.

Sedan 1990 omfattar databasen över verksamhetsdata allmänna vårddata som antal platser, vårdtillfällen, vård dagar, medelvårdtid, platsbeläggning och speciella data av särskilt intresse för specialiteten, t.ex. HIV-vården i Sverige. Statistiken har stor validitet, då alla kliniker, som sköter dessa patienter, inklusive hudmottagningar, rapporterar antalet HIV-patienter. Även vårdresurser i form av mottagningsbesök och vård dagar registreras för denna grupp.

MRSA-bakteriens betydelse för vårdbehoven i Sveriges har kunnat följas. Ett annat nyckeltal är antal vårdtillfällen,

vård dagar och medelvårdstid för utvalda tio-i-topp diagnoser.

Resultat/erfarenheter

Val och framtagande av medicinska kvalitetsindikatorer är en mycket viktig process. Indikatorerna måste vila på en evidensbaserad grund och vara Specifika, Mätbara, Accepterade, Relevanta och Tideller Trendvisande – SMART-termerna. Revisorsgruppen arbetade tillsammans med representanter för diagnosgrupperna för att precisera indikatorerna, så långt det bara var möjligt. Arbetsinsatsen vid egengranskningen fick inte heller bli för stor, varför antalet indikatorer och antalet journaler, som skulle granskas, måste begränsas. Vi valde ett fåtal strategiska och taktiska diagnoser och områden, som utgör indikatorer på kvalitet för större områden inom infektionsmedicinen (Textruta 2).

Sedan 1998 har 23 av landets 29 kliniker blivit medicinskt kvalitetsreviderade – en högst imponerande prestation, som har uppmärksammats och skapat goodwill på alla nivåer. Vid revisionsbesöken ingår att intervjua en person ur sjukhusledningen – i första hand sjukhuschefen. Dessa samtal används för att presentera revisionen och föra en diskussion, som visar på allvar och kompetens i genomförandet – ett sätt att förbereda mot-

Textruta 3 Resultat

- 23 av 29 infektionskliniker har granskats. Ytterligare 2 tillkommer i höst.
- Indikatorerna har accepterats och integrerats i verksamheten
- Indikatorerna har förnyats och utvecklats. Bra indikatorer är framtidsyttande och leder till nya frågeställningar.
- Endokarditregistret internationellt uppmärksammat och omfattar 2 300 fall.
- Registret för bakteriell meningit omfattar 779 fall.
- Verksamhetsdata används för verksamhetsjämförelser.
- Medicinsk Kvalitetsrevision har upplevts mycket värdefullt.
- Revisionerna initierar analys kring presenterade data inkl register.
- Nya jämförelsetal har tagits fram.
- Införande av indikatorer underlättas av system för jämförelse som register och kvalitetsrevisioner.
- Revisionerna belyser genom journalgranskning och intervjuer områden, svåra att nå med register.

tagandet av protokollet. Kollegor inom andra specialiteter har flera gånger blivit imponerade av, att läkarna på infektionskliniken vågat utsätta sig för revision!

Kvalitetsindikatorerna har blivit accepterade och snabbt integrerade i verksamheterna. Indikatorerna har varit kända sedan 1994, och därför ses ingen ökad anslutning till dem i sammanställningen. Nya indikatorer har successivt utvecklats, och äldre förnyats. Revision har av chölar, vars kliniker har reviderats, upplevts som en mycket värdefull metod (Textruta 3). Nya jämförelsetal har byggts upp, baserade på ett stort antal egengranskade

fall (Tabell 1). Systematiska brister, som inte kommit fram ur indikatorresultaten, har upptäckts vid journalgranskningen (Textruta 4).

Våra 18 avslutade revisioner har tydligt visat, att intervjuer och journalgranskning ger insyn i en kliniks medicinska verksamhet och kvalitet på ett annat och mera komplett sätt, än kvalitetsindikatorer och -register kan ge. Sammantaget visar sammanställningarna på en i huvudsak mycket god medicinsk kvalitet för t.ex. vård av endokardit, mätning av syremättnad vid pneumoni och uppföljning av HIV. Förbättringsbehov har påvisats inom flera områden – och får för vissa nog bedömas vara systematiska svagheter inom specialiteten. Det är tydligt, att många kliniker har liten träning i malariadiagnostik och -behandling. Vi har inte granskat andra tropikmedicinska diagnoser, men man kan misstänka, att erfarenheterna är begränsade även för övrig tropikmedicin. Det låga antalet registrerade malariafall per klinik – 8 av 18 kliniker har mellan 1 och 5 fall under en treårsperiod – tydliggör detta. Vi har t.ex. föreslagit deltagande i blindprovingar av utskickade malariaprover och eftergranskning vid tropikmedicinska laboratorier vid tveksamheter.

Journalgranskningen har visat behov av förbättrat omhändertagande vid purulent meningit, där registerdata visar hög förekomst av sequelae, fr. a. hörselnedsättningar. Dessutom efterkontrolleras relativt få patienter med audiogram. Vid flera revisioner har klinikerna uppmärksamats på de långa handläggningstiderna, efter att patienten kommit till akutmottagningen. Många timmars väntan på behandling har kunnat dokumen-

Textruta 2

Diagnoser och områden för revision

Bakteriell meningit	vårdas i princip på infektionsklinik en mer specifik diagnos än septikemi en strategisk diagnos för kritiskt sjuka patienter, som kräver omedelbar och korrekt infektionsdiagnos och behandling.
Endokardit	en strategisk diagnos för diagnostisk skicklighet, antibiotikakunnande, teknologisk utveckling och samarbete med andra specialiteter inklusive primärvården.
HIV	ett taktiskt val 1993, innan antiviral terapi etablerats en avancerad behandling idag, smittskyddsaspekter
Pneumoni	största diagnosgruppen med potential för utveckling av diagnostik, behandling och omvårdnad. infektionsspecialister är de ledande auktoriteterna, men vårdar en mindre andel av alla fall.
Malaria	en strategisk diagnos för tropikmedicinskt kunnande.
Hepatit C	under snabb utveckling av terapi och resurskrävande.
Vårdhygien och antibiotikaanvändning	trendvisande indikatorområden, allt viktigare uppgifter för infektionskliniker.

teras. Frågan om datortomografi före lumbalpunktion och behandling har varit återkommande. Det har inte kunnat utslutas, att fördröjningarna i några enskilda fall kunnat förvärra de resttillstånd, som kvarstått. Slutsatserna har ofta blivit uppdatering av PM och utbildning av nyttillkommande jourläkare.

Vi har också beskrivit, att 30 % av inlagda patienter på infektionskliniken primärt handläggs av andra än infektionsläkare. Purulent meningit är en indikator diagnos för våra urakuta och svåra sjukdomstillstånd som t.ex. sepsis. Sepsis är svårare att kvalitetsvärdera, då fallen är spridda på många specialiteter, och variationen i bakgrundsfaktorer, etiologi och definitioner är större. Erfarenheter från kvalitetsvärderingen av purulent meningit bör vi alltså ta tillvara, när det gäller alla de urakuta tillstånden.

Vi revisorer upplever arbetet mycket meningsfullt och stimulerande. Det är lärorikt och fascinerande att få inblick i en kliniks verksamhet med dess styrkor och svagheter – ett krävande uppdrag under tre dagars klinikbesök och fyra tillkommande dagar för inläsning och efterarbete. Men det positiva omdöme, som revisionerna fått av reviderade kollegor, och de framgångar, som registren fått, har övertygat oss om metodens styrka.

Specialitetens arbete med evidensbaserade kunskapssammanställningar har stimulerats av de sammantagna erfarenheterna av medicinsk revision i form av indikatorer, registerdata och revision. Särskilda programarbeten har initierats för diagnoserna endokardit, CNS-infektioner, led- och skelettinfektioner, pneumoni samt urinvägsinfektioner. Fyra av dessa kunskapsunderlag kommer inom kort att vara publicerade.

Infektionsspecialiteten har nu tre egentliga medicinska kvalitetsregister: endokardit, bakteriell meningit och biverkningsregister över HIV-läkemedel. Registret över endokardit har blivit världsledande och fått betydelse för internationella behandlingsrekommendationer. Sammanställningen av verksamhetsdata fyller en viktig funktion som register över struktur- och processkvalitet.

Kvalitetssäkring av kvalitets-säkringen

Genom samarbetet i EMK har vi tillsammans med övriga specialiteter utarbetat en enkät, som den reviderade kliniken och de intervjuade personerna får, när slutprotokollet har lämnats. Vi har efter

Textruta 4

Exempel på observerade kvalitetsbrister vid medicinska kvalitetsrevisioner.

Strukturkvalitet

- Resursbrist – för lite personal
- För lite personal på akutmottagning på jourtid
- Fysiska miljön behöver förbättras
- För långt till sjukhusets akutmottagning från infektionskliniken
- Medicinska kompetensen hos sköterskorna visar brister
- Medicinska PM saknas
- Akutjournal saknas helt

Processkvalitet

- Vårdtiderna är för korta
- Rondrutinerna behöver ändras
- Långa väntetider på akutmottagningen p.g.a. bristande organisation
- 30 % av patienterna handläggs primärt av andra läkare än infektionsläkare
- Infektionskliniken patienter måste läggas på andra kliniker
- Infektionsläkarnas insatser bör förbättras på akutmottagningen
- Samarbetet med läkare på andra kliniker bör förbättras
- Kontinuiteten av konsulterna på IVA bör förbättras
- Tid till insatt behandling kan inte utvärderas
- Erfarenheten att handlägga malariafall är relativt begränsad

Den medicinska resultatkvaliteten

- Pneumoni – indikatorerna har utvecklat och lett till förändringar
- Endokardit – indikatorerna har utvecklat och fokuserat vården
- Meningit – oväntade problem med förseningar till behandling har påvisats hög förekomst av hörselskador, audiogram görs i begränsad omfattning
- Malaria – granskning av journaler krävdes för att påvisa bristande erfarenhet av handläggning av en relativt ovanlig sjukdom
- HIV – revisionerna visar en mycket god handläggning

nio revisioner gjort en egen enkät till de reviderade klinikernas chölar. Värderingen blev hög för metoden och det utförda arbetet. Nästan alla ville ha en ny revision efter cirka fem år.

Kostnad

Kostnaden för medicinsk kvalitetsrevision inom infektionsmedicin är idag cirka 102 000. Summan kan låta hög men är lägre än årskostnaden för en enda behandling av kronisk hepatit C, även när klinikens egna arbetskostnader räknas med. Våra chölar har tagit ett gemensamt beslut, att varje klinik skall bära kostnaden för sin revision. Ingen klinik med revisor ville subventionera arbetstid för revision på annan klinik. Detta är också i överensstämmelse med Kvalitetsförfattningen – att kvalitetsuppföljning ingår som ett ansvar för verksamheten.

I kostnaden ingår sju arbetsdagar för två erfarna revisorer, ofta på verksamhetschefnivå, jämte lönekostnadspåslag, administrationskostnader för EMK, resor, övernattnings och möjligheter för reviso-

terna att mötas för utveckling och sammanställning av indikatorerna – oftast en gång per år i samband med annat möte.

Svenska och internationella trender

De svenska specialitetsföreningarna har valt olika vägar i kvalitetsarbetet, styrda av storlek, klinikorganisation och engagemang i kvalitetsregister. Svensk sjuksköterskeförening, SSF, har presenterat en Strategi för Kvalitetsutveckling av Omvårdnad, vilken innefattar utbildning och ett tvärprofessionellt samarbete kring kliniska riktlinjer, kvalitetsindikatorer, register och extern revision (19). SSF presenterade 2004 en policy för kvalitetsrevision av omvårdnad (20). Detta kan öppna för klinisk revision på sikt.

Flera svenska sjukhus har i perioder visat intresse att bli ISO 9000-certifierade, men ingen har ännu tagit steget fullt ut. I det system för sjukvårdsfinansiering, som används i Sverige i dag, finns knappast några marknadsmotiv för att ta kostnaden med certifiering eller ackre-

Textruta 5 Sammanfattning

- Kvalitetsarbetet har gynnsats av det breda angreppssätt, som medicinsk kvalitetsrevision innebär.
- Efterfrågan, utvärdering och sammanställning av indikatorer är viktigt för motivationen
- Den egna granskningen och sammanställningen av data gör, att delar av resultatet är känt vid den externa granskningen.
- Sammanställning av egen och extern granskning, extern journalgranskning samt intervjuer ger en mer komplett bild av verksamhetens medicinska kvalitet, än vad enbart indikatorer ger.
- En revision kan bättre belysa den patientupplevda kvaliteten, än vad registerdata kan.

ditering. Det blir först vid en tydligare konkurrensutsättning, som sjukvårdsproducenter vill ta de kostnader och merarbete, som ackreditering eller certifiering innebär. Det är därför ytterst marknadskrafterna och de politiska besluten, som styr. Beställare av vård skall inte bara efterfråga kvantitativa mått i vården utan också ställa kvalitetskrav.

ISO-systemen är mycket formalistiska och stela och har hittills saknat verktyg för sådan dynamisk kvalitetsutveckling, som t ex Medicinsk Kvalitetsrevision och QUL eftersträvar. Fördelen är, att det är ett välordnat system för bedömning och granskning, som gör, att kvalitets-tänkandet måste hållas igång under långa tidsperioder.

Sakta men säkert tar också ISO-systemen till sig dynamiska komponenter. Detta har inneburit, att den nya standarden ISO 9000:2000 har betydligt fler sådana komponenter än den gamla.

Ytterligare en stark påtryckningskraft för den svenska sjukvården är, att EU avser att allt mer använda internationella standarder för att gynna konkurrenskraft på kontinenten. Sammantaget pekar detta mot, att vi inom den svenska hälso- och sjukvården skall ha beredskap för att arbeta inom ramen för internationella kvalitetssystem, såsom ISO.

Medicinsk kvalitetsrevision i relation till ackreditering och certifiering

Sammanfattningsvis bedömer jag, att efterfrågan, sammanställning och analys är viktiga faktorer för att motivera till medicinskt kvalitetsarbete. Egengranskningen ger kännedom om det egna resultatet. Kvalitetsarbetet gynnas definitivt av bredden i medicinsk kvalitetsrevision. Detta har gett en mer komplett bild av den medicinska kvaliteten och stimulerat till systematiskt programarbete. Revision

som metod gör, att vi kommer närmare i att kunna beskriva och utvärdera patientupplevd medicinsk kvalitet. "Varför har vi inte gjort detta tidigare?" blev en spontan kommentar vid en muntlig avrapportering.

MKR och EMK har diskuterat frågan om, hur Medicinsk Kvalitetsrevision som instrument kan förhålla sig till ackreditering och certifiering. MKR har fortlöpande kontakter med SWEDAC, då bland annat dessa frågor diskuteras. Den kvaliteten, som är i fokus för Medicinsk Kvalitetsrevision, låter sig bäst fångas, genom att en samlad professionell bedömning görs av diagnos, behandling och resultat utifrån de kvalitetskriterier, som professionen själv har satt upp.

Referenser

1. Alestig K, Høgevik H, Olaison L. Infective endocarditis: a diagnostic and therapeutic challenge for the new millennium. *Scand J Infect Dis.* 2000;32(4):343-56.
2. Erntell M. Minisymposium - Kvalitetsindikatorer och medicinsk revision. Utbildning av revisorer - Praktisk modell. Svenska Läkaresällskapets Handlingar. *Hygiea* 107: 1, 76, 1998.
3. Erntell M. Symposium - Medicinsk kvalitetsrevision - praktiska exempel. Erfarenheter av medicinsk kvalitetsrevision inom infektionsspecialiteten. Svenska Läkaresällskapets Handlingar. *Hygiea* 108: 3, 1999.
4. Erntell M. Föredrag: Hvordan vi gjennom medisinsk revisjon gjør bruk av både de nasjonale kvalitetsregistre og medisinske kvalitetsindikatorer. NSH, Norsk sykehus- og helsetjenesteforening, 2004. www.nsh.no
5. Erntell M. Föredrag: Medicinsk kvalitetsrevision inom infektionsmedicin. Socialstyrelsens Kvalitetsregisterdagar 2004.
6. Erntell M, Beckman H, Elgefors B, Eriksson BM, Frydén A, Hallgärde Å, Karlsson M, Vig I, Vikerfors T. A protocol for medical audit and peer review in infectious diseases - and experiences of the method. ECCMID, Milano 2002 och ISQua, Paris 2002.
7. Erntell M, Bengtsson A, Beckman H, Elge-

fors B, Eriksson BM, Frydén A, Hallgärde Å, Karlsson M, Vig I, Vikerfors T. Poster: Hur kvalitetsregister kommer till användning vid medicinsk kvalitetsrevision av infektionskliniker. Socialstyrelsens Kvalitetsregisterdagar 2003.

8. Giesecke J, Hagberg L, Lekås G, Lidman K, Jungberg B, Sköldenberg B. HIV/AIDS-vård vid 29 infektionskliniker: Resultatet av en kvalitetssäkringsenkät. Riksstämman 1994.
9. Granert C, Lindquist L, Sjölin J, Sköldenberg B. Kvalitetssäkring av bakteriella meningiter. Riksstämman 1997.
10. Granert C, Lindquist L, Sjölin J. Ett svenskt 10-årsmaterial av bakteriell meningit hos vuxna - en sammanställning av infektionsläkarföreningens kvalitetsregister. Riksstämman 2004.
11. Hedlund J, Thomas Ahlqvist T, Braconier JH, Frolow I, Frydén A, hall L, Jorup C, Kjellberg C, Lidman C, Montelius H, Steinum O, Stenlund G, Widerström M, Åkeson Å, Örtqvist Å. Vård av pneumoni vid svenska infektionskliniker - en kvalitetsanalys. Riksstämman 1996.
12. Hedlund J, Örtqvist A, Ahlqvist T, Augustinsson A, Beckman H, Blanck C, Burman LA, Claesson B, Qvarfordt I, Elbel E, Erntell M, Follin P, Gosinski G, Holmberg H, Hofer M, Jorup C, Lidman C, Lindhusen E, Rensfeldt G, Rosenkvist E, Stenlund G, Ståhlberg Å, Vergren K, Vig I, Wendahl S; Swedish Infectious Diseases Society Pneumonia Study Group. Management of patients with community-acquired pneumonia treated in hospital in Sweden. *Scand J Infect Dis.* 2002;34(12):887-92.
13. Medicinsk Kvalitetsrevision, 2002, Ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten. www.sl.se
14. Olaison L, Alestig K, Schadewitz K. Infektiös endokardit i Sverige 1995 - 97 rapport från kvalitetssäkringsstudie. Riksstämman 1998.
15. Olaison L, Schadewitz K, Alestig K. Infektiös endokardit i Sverige 1995 - 99. Epidemiologi och behandlingsresultat. Riksstämman 2000.
16. Olaison L, Schadewitz K. Föredrag: Svenska endokarditregistret - värdet av ett nationellt kvalitetsregister för en relativt sällsynt sjukdom. Socialstyrelsens Kvalitetsregisterdagar 2003.
17. Olaison L, Schadewitz K; Swedish Society of Infectious Diseases Quality Assurance Study Group for Endocarditis. Enterococcal endocarditis in Sweden, 1995-1999: can shorter therapy with aminoglycosides be used? *Clin Infect Dis.* 2002 Jan 15;34(2):159-66.
18. Olaison L, Alestig K. Endokarditregistret kan ge ökad kunskap och höjd vårdkvalitet? *Läkartidningen* 2004;101:3255-58.
19. SSF. Strategi för kvalitetsutveckling av omvårdnad, 2000
20. SSF. Kvalitetsrevision av omvårdnad, 2004.

SFAI:s Forskningsforum

Sigtunahöjden 5-6 februari 2009

Även med vårt tredje Forskningsforum vill vi i SFAI erbjuda Dig som är eller funderar på att bli doktorand och Din handledare möjligheter att på Sigtunahöjden torsdagen den 5 februari kl 12.00 till fredagen den 6 februari kl 13.00 i lugn och ro under informella och öppna former diskutera forskningsprojekt i olika utvecklingsstadier som alla har anknytning till vårt breda och fascinerande ämnesområde.

Detaljerade anvisningar för anmälan hittar Du på vår hemsida. Föreningen bekostar gärna helpension på Sigtunahöjden för Dig som vill presentera Din forskning, men kom ihåg att antalet platser är begränsat.

Varmt välkommen!

Jonas Åkeson
Vetenskaplig sekreterare

Sista anmälningdag
30 november
www.sfai.se

Sjöö, Karlshamns skärgård

Tema: *Medicinsk Kvalitetsrevision*

Att genomgå en revision, verksamhetschefer berättar!

Hans Stiernström, Uppsala.
hans.stiernstrom@akademiska.se



Redan vid ifyllande av startdokumentet insåg vi, att ambitionsnivån i revisorsgruppen var hög – i vissa sammanhang lite för hög, när det gällde att ta fram basdata, då

man ej har något enhetligt system inom landstingen för att registrera t.ex. närvarotid. Det var ej heller helt lätt att räkna ut jourbelastningen för läkare i relation till antalet läkare på en universitetsklinik, då den faktiska kliniska tjänstgöringstiden för universitetsanställda varierar. Det tog därför ganska lång tid att fylla i denna upplaga av startdokumentet, och en hel del omräkningar krävdes för att presentera data i önskat format. (Startdokumentet har därefter successivt reviderats, och för revisionen onödiga uppgifter har tagits bort)

På vår klinik påvisade revisionen stora brister, när det gällde ffa uppföljning av IVA-patienter, då vi endast kunde ta fram data till en av tre kvalitetsindikatorer. Skälet till detta är, att vi saknade verktyg, och resultaten från revisionen har sedan kunnat användas som argument i budgetprocessen för att få medel till ett IVA-system för registrering och uppföljning.

Eva Ohlsson, Falun.
eva.ohlsson@ltdalarna.se



Alla sjukhus arbetar med patientsäkerhet. Vi måste garantera en säker vård med god medicinsk kvalitet. Ett sätt att arbeta med medicinsk kvalitet är att bli reviderad

av en specialitetskollega, som genomgått en revisorsutbildning inom MKR. Detta, dvs revisioner av den egna verksamheten (tex. inom infektion, gynekologi), har

flera specialiteter genomfört sedan några år tillbaka.

Att reflektera över sin egen verksamhet är viktigt. Jämför med regelbundna SPUR-inspektioner. En förändring på en klinik kan vara svår att genomföra, men kan få stöd genom en revision.

Revisorerna införskaffade före revisionen mycket bakgrundsfakta om kliniken, t. ex. hur många anställda, vilken verksamhet/produktion, patientkaraktäristika och forskning/utveckling. Under revisionen fokuserade revisorerna på, hur journalföringen sköts, hur uppföljning av patienter sker, avvikelshanteringssystem, fysisk arbetsmiljö mm. Revisorerna gjorde en rundvandring på kliniken. En bild säger mer än ord, och det är bra, att revisorerna fotograferade arbetsmiljön. Bilder på förrådslösningar, läkemedelsförråd, monitorering kring patienten mm var givande.

Uppföljningen – muntlig och skriftlig efter två dagars revision – blev en tid för reflektion och utbyte av tankar kring medicinsk kvalitet med utgångspunkt från den reviderade kliniken. Uppföljningen bör äga rum i nära anslutning till själva revisionen, för att det ska kännas aktuellt, och inget ska falla i glömska.

Olof Wikstrand, Kristianstad.
olof.wikstrand@skane.se

Vi ville gärna visa upp vår välordnade klinik och såg fram mot revisionen med stor spänning Efterfrågade data var



Falu lasarett – där Eva Ohlssons klinik reviderades.

adekvata, men några var inte tillräckligt tydligt definierade. Vi hade inga större problem att få fram dem.

Revisorerna var mycket engagerade, kunniga och väldigt nitiska.

Vad vi vill klargöra:

I startdokumentet frågas efter ålder på flera ställen, men det står inte, om det skall vara medel eller median. Borde man inte också dela upp det på män/kvinnor?

Termen collumfraktur var inte definierad.

Listor med vissa ingrepp/diagnoser för senaste året skulle också produceras. Det hade varit av värde, att vi fått reda på, vilka patienter man valt ut för revision, så att deras pappersjournaler hade kunnat tas fram. Som det nu var, gavs anmärkning på avsaknad av postoperativa ordinationer, eftersom dessa finns i pappersjournalen.

Vi fick också anmärkning på, att det inte fanns signatur för, vem som står för bedömningen vid utskrivning från postop. Kliniken har tydlig PM för utskrivningskriterier, och ansvarig sjuksköterska dokumenterar i Melior. Anestesiolog konsulteras således inte alltid.

Tema: *Medicinsk Kvalitetsrevision*

Att genomföra en revision – erfarenheter från fyra provrevisioner

Thomas Nolin



Samma journalsystem har olika versioner och olika upplägg på olika enheter. Det finns flera olika journalsystem.

Samma operationsplaneringssystem har olika versioner och används olika på olika enheter. Det finns olika operationsplaneringssystem.

Bakteriologiska laboratorier har olika system med olika grad av tillgänglighet på olika enheter.

Kemiska laboratorier har olika system med olika grad av presentationer i journalsystem.

I denna diversifierade IT-värld är olika enheter olika långt utvecklade, med olika grader av kvarvarande pappershantering och specifika blanketter.

Av ovanstående har vi lärt, att det för MKR-gruppen är viktigt att från början få introduktion eller hjälp med de olika systemen, för att vi ska finna, vad vi söker, så optimalt som möjligt.

I rapporten "Nya krav på information vid IT-samverkan inom vård och omsorg" från SKL och SoS, 2005, konstateras, att "Erfarenheterna av att hämta och sammanställa uppgifter ur olika befintliga IT-system är nedslående. Det är genomgående svårt att sammanställa information/data från olika register/system".

I rapporten "Nationell IT-strategi för vård och omsorg" från Socialdepartementet 2006 är visionen, att ansvariga för vård och omsorg har ändamålsenliga IT-stöd för att följa upp patientsäkerheten och vårdens kvalitet samt för verksamhetsstyrning och resursfördelning.

Det är en bit kvar till den måluppfyllelsen. För att resultatet av den nationella IT-strategin ska underlätta vardagsarbe-

tet, är ett engagemang från professionens sida viktigt i denna utveckling.

Eva Ohlsson

– Reflektioner kring genomförandet av en revision



Startprotokollet ger bra information om, hur kliniken ser ut i siffror – antalet anställda, upptagningsområde, produktion, utbildning, forskning mm. Detta

hade revisorerna tagit del av redan vid ankomsten till kliniken. Ett rundvandringssprotokoll fylldes i under guddad tur på kliniken, där bl. a. lokalerna och deras funktion studerades. Protokoll stödde oss också, när kvalitetsindikatorer för de valda diagnoserna undersöktes.

Min erfarenhet av de fyra revisioner, som gjorts under perioden, är, att kollegor på den klinik, som revideras, är mycket intresserade av att få synpunkter på den egna verksamheten

1. Revisorerna ska införskaffa så mycket bakgrundsfakta som möjligt om kliniken före revisionen.
2. Det bör vara tre revisorer per klinik, gärna med olika bakgrund dvs anestesiriiktning, intensivvård och smärtbehandling. Minst en av dessa bör vara förtrogen med olika IT-system.
3. Antalet personer, som ska intervjuas på kliniken om arbetsmiljö, utbildning mm, kan vara tre per revisor. Man får ganska snabbt en uppfattning om, hur kliniken fungerar ur medarbetarsynpunkt. Vid de första revisionerna intervjuade vi fler medarbetare.
4. Eftersom journaler fortfarande finns på papper och digitalt, en ansvarig person på kliniken i god tid förberedas på, vilka fakta vi är ute efter, då

det gäller journaler. Detta ska vara framtaget, när revisorerna kommer, eftersom det tar tid att få fram arkiverade journaler.

5. Revisorerna gör en rundvandring på kliniken. Då är det bra, om revisorerna fotograferar arbetsmiljön. En bild säger mer än ord. Bilder – på förrådslösningar, läkemedelsförråd, monitorering kring patienten mm – ger en trevlig redovisning av klinikkens arbetsmiljö.
6. Valet av diagnoser/operationer, utifrån att de finns på de flesta sjukhus. Valet av diagnoser på IVA, utifrån att generella riktlinjer finns för, hur dessa patienter ska handläggas.
7. En revision blir offentlig handling, då den skriftligen överlämnas till verksamhetschef på kliniken.

Greger Fransson,

greger@otimo.se:

Efter flera års diskussioner



Flera års diskussioner skall nu omsättas i praktisk handling. Vad vet egentligen de, som skall revideras, om vad som skall ske? Varför vill man ha en medicinsk kvalitetsrevision?

Sverige är ju inte större, än att som medarbetare i Svenska Intensivvårdsregistret sedan grunden har jag tidigare hört något om – och besökt – flera intensivvårdsavdelningar. Det gäller alltså, att det utarbetade revisionsprotokollet verkligen söker efter objektiva, reproducerbara uppgifter, som kan säga något om den medicinska verksamheten – inte bara ekonomi och organisation.

Jag får ta del av det mer eller mindre ifyllda startdokumentet, vars syfte är att

ge en grundläggande bild av verksamhetens storlek, och träffar revisorskollegorna kvällen innan för att prata lite om upplägget de kommande dagarna.

Så är det dags att sätta igång. Mycket kort introduktion på morgonmötet (vilket som vanligt skall avhandla såväl patient- som personalsituationen på kort tid). Det är nog inte så många i personalen, som verkligen har funderat över, vad det här går ut på.

Går tillsammans med "guide" runt i lokalerna. Alla sinnen på helspänn. Jag jobbade en sommar som guide, vilket lärt mig, hur man kan försöka rikta turisternas uppmärksamhet åt ett håll för att därmed minska uppmärksamheten åt ett annat. Tur att vi i förväg har diskuterat, vad vi skall titta efter och bedöma samt bokföra i ett protokoll med i förväg gjorda definitioner.

Lyssnade en gång i tiden på en redogörelse inom medicinsk informatik, som beskrev en vanlig collumfrakturs väg genom sjukhuset via journalen. Det tar en stund att få en överblick över, hur dokumentationen på detta sjukhus går till – blandad information på papper och i dator. Dessutom olika system beroende på, vilken moderklinik patienten tillhör.

Känns lite som en säkerhetsrisk i sig, när man kommer utifrån, men för den vana medarbetaren är det förstås självklart, var man hittar vilken uppgift. Undrar hur det är att vara vikarie...

Med alla tillgängliga uppgifter försöker vi revisorer organisera arbetet, så att en av oss blir "expert" på att hitta i översiktsskärmar och övriga pappershandlingar, en blir "expert" på att söka upp rätt patient och rätt vårdtillfälle i rätt datajournal/IT-stöd, samtidigt som den tredje revisorn systematiskt noterar alla iakttagelser i den medhavda datorn – för kommande bedömning, värdering och återföring.

Enskilda intervjuer med olika medarbetare följer också en systematisk mall, även om vi gör, vad vi kan, för att få öppna, spontana svar. De flesta är riktigt pratglada, trots att tiden är knapp. En och annan fråga uppfattas inte, som vi förväntat oss, men även detta är ett viktigt moment för att kunna få en relativt snabb ögonblicksbild av, hur kliniken fungerar, sett ur ett medicinskt kvalitetsperspektiv.

Efter två intensiva dygns insamlande av objektiva iakttagelser är det dags att ge en första muntlig återkoppling. Det finns onekligen ett lite större intresse för, vad

vi kommit fram till nu, än när vi anlände. Våra iakttagelser blandas med en kort bakgrund till, varför vi tittat på just det vi tittat på. Mycket av det presenterade möts med igenkännande, men inte många på kliniken följer rutinmässigt helheten på det här viset. På det hela taget fungerar verksamheten mycket bra, men ett antal förbättringsmöjligheter går helt klart att hitta även på så här kort tid.

En viktig lärdom för oss revisorer är dock, att mycket är färskvara. Hela tiden sker en utveckling, varför det gäller att följa "nya" vårdtillfällen och inte gräva för djupt i historien. Samtidigt är ju det en av de viktigare anledningarna till systematiskt, medicinskt kvalitetsarbete. Det gäller att använda nya och gamla metoder på rätt sätt i varje enskilt patientfall.

Revisionen avslutas med en skriftlig sammanfattning. Även här har diskuterats mycket kring "för vem", "vilken status", samt inte minst hur vi ska formulera oss för att väcka lusten till fortsatt och t o m utökad förbättringsarbete utan att få effekten, att man bara vill lägga locket på.

Det har tagit några års diskussioner men visst är vi på rätt väg!

Succé!Även i Sverige och Europa



Ranger = Anpassar sig omedelbart till alla Era vätskevärmningsbehov.

Ranger = Klarar stora flödesintervall från 0–30 l/timme.

Ranger = Mycket enkel och användarvänlig metod.

Ranger = Torr metod utan något vattenbad eller slangar som skall lindas.

Ranger = Från rutin till trauma på några sekunder.

För en gratis test av detta universella nya vätskevärmningssystem vid namn Ranger™ kontakta:

Medicvent AB Tel: 090-12 75 00



Tema: *Medicinsk Kvalitetsrevision*

Så här går det till!

Faktaruta 1

Dokument till stöd för medicinsk kvalitetsrevision hittas på www.sfai.se. Dokumenten är

- Introduktionsbrev
- Startdokument
- Schema för revisionsdagarna
- Tidsplan för lämnande och insamlande av uppgifter
- Patientintervjuprotokoll
- Rundvandringsprotokoll
- Medarbetarintervju
- Journalgranskningsmall för
 - Anestesi
 - Elektiva ingrepp: Vä hemicolectomi
 - Höftprotesoperation
 - Fetmaoperation
 - Akuta ingrepp: Höftfraktur
 - Ileus
- IVA
 - Sepsis/septisk chock
 - Hjärtstopp
 - Ventilatorassocierad pneumoni
- Smärtvård
 - 6 slumpvisa journaler, oavsett diagnos
 - postoperativ epidural smärtlindring
- Mall för utdatarapport

Så här går det till!

För revisorerna börjar arbetet några veckor före det fysiska besöket, med att information om kliniken ramlar ner i brevlådan. Se vidare Pia Esséns text nedan.

Kvällen före tre dagars besök på kliniken möts revisorerna för diskussion, avstämning och middag. Huvudsyfte med revisionen på plats är att granska journaler, följa upp kvaliteten på inrapporterade

data och att skaffa information om kliniken genom observation och intervjuer. Vi undersöker, hur medicinsk kompetens upprätthålls, hur avvikelshantering sköts, om lokaler är funktionsdugliga samt utrustningens standardisering, ålder och skick. Denna information används för att förstå det sammanhang, som kliniken verkar i, och ger större möjlighet till kvalitativ återkoppling till kliniken.

Första kontakten med kliniken är på

läkarnas morgonmöte. Därefter följer en snabb rundvandring. Under den fokuserar vi på hygien, hur arbetet sker runt patient, ordning vid läkemedelshantering, medicinteknisk utrustning och lokaler. Som stöd för minnet finns ett protokoll, där det vi ser poängsätts.

Därefter görs några korta, strukturerade intervjuer. En bred spridning av intervjuoffren eftersträvas; undersköterska, specialistsjuksköterskor, ST-läkare, specialister och överläkare. Inga chefer ingår i denna intervjuomgång.

Härefter påbörjas en djupdykning i klinikens journaler. Därtill åtgår halva första dagen och hela andra dagen. Till detta behövs numera en lokalt IT-kunnig person på plats för att guida oss igenom journal- och planeringssystem. För att få ett bra urval av journaler har redan före det fysiska besöket ett urval gjorts med hjälp av listor, som vi fått oss tillskickade, och som beskriver det senaste årets vårdtillfällen för preciserad diagnos på IVA (septisk chock, septiskt syndrom och hjärtstopp), på operation (collumfraktur, ileus, något för kliniken adekvat elektivt ingrepp), för postoperativ smärtlindring och på smärtmottagningen. Av dessa väljs 10 tillfällen i vardera diagnosgruppen ut, granskas och poängsätts enligt mall.

Sista dagen ägnas åt att skriva rapport. Muntlig rapport lämnas tredje dagens eftermiddag till beställande verksamhetschef och klinikledning. Skriftlig rapport skickas till kliniken efter besöket.



Sigga Kalman

Förarbete på kliniken

När en överenskommelse om revision har nåtts, skickar ordförande i revisionsgruppen ut ett introduktionsbrev, som innehåller detaljerad beskrivning av vilken information och hjälp, som gruppen behöver före och under revisionsbesöket. Brevet innehåller beskrivning av information, som skall skickas till revisorerna före besök. Viktigt här är verksamhetsberättelse, organisationsplan, PM-översikt och ett ifyllt startdokument. *Introduktionsbrevet* och *startdokumentet* finns på www.sfai.se.

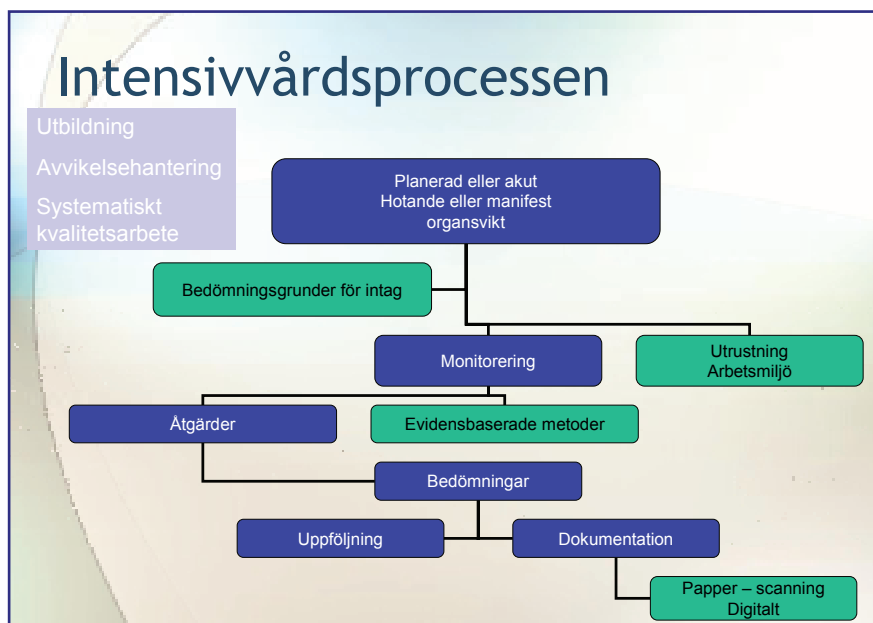
Startdokumentet skall fyllas bl. a med resultat på kvalitetsindikatorerna. Indikatorerna för anestesi kräver uppföljning av patienter efter anestesi. Som stöd i det arbetet skickas ett *patientintervjuformulär*. I brevet finns även ett förslag till *tidsplan* för arbetet på kliniken. Lista på de diagnoskoder, som vi kommer att vilja granska, finns i *introduktionsbrevet*, så också förslaget *schema* för dagarna.

De dokument, som är kursiverade ovan, kan ses på www.sfai.se.

Erfarenheten har visat, att det är klokt, att verksamhetschefen i enlighet med tidsplanen tidigt bildar en arbetsgrupp på kliniken. Arbetsgruppen kan exempelvis bestå av medicinskt ansvariga för anestesi, IVA och smärtmottagning samt vårdutvecklare, ekonom och en läkarsekreterare.



Pia Essén



Kvalitetsindikatorer

Valet av kvalitetsindikatorer har styrts av, att de skall uppfattas och accepteras som relevanta. Data för dessa skall även kunna tas fram med en rimlig arbetsinsats. Kan man dessutom hitta indikatorer, där man kan anta, att det finns en icke obetydlig förbättringspotential, är det en fördel, då indikatorerna på sikt kan verka styrande.

Data, som rapporterats till Svenskt Intensivvårdsregister, SIR, är relativt enkla att ta fram för de kliniker, som är anslutna till registret. Inom intensivvården har vi valt svensk riskjusterad mortalitet (SRM), CVK-relaterad infektion, återinläggning på IVA inom 72 timmar, och om kliniken har dokument

för begränsning i medicinsk behandling, samt hur dessa i så fall efterlevs.

Kvalitetsindikatorer för anestesi bygger på information i klinikernas befintliga anestesiregister, men kräver också samkörning med befolkningsregister och uppföljande intervju av patienter. Delta-gående i Svenskt Anestesiregister (SAR) underlättar framtagande av en del av data.

Hans Stiernström/Lars Wiklund



Faktabuta 2

Anestesi

30 dagars mortalitet hos patienter 80 år och äldre (collumfraktur) (per år)
Andel oplanerad postoperativ IVA-vård (av antal opererade patienter per år)
Andel av öppenvårdspatienter som följs upp inom 7 dagar efter anestesi (per år)
Andel av slutenvårdspatienter som följs upp efter anestesi inom 7 dagar (per år)
Andel oplanerad postoperativ slutenvård efter öppenvårdskirurgi av antal opererade i öppenvård (per år)

IVA

Svensk Riskjusterad Mortalitet
CVK-relaterad infektion
Återinläggning samma IVA < 72 timmar
Finns dokument för begränsad behandling / i vilken utsträckning används de?

Smärtvård

Smärtmottagning: Förändring i vilo-VAS förändring (första besöket vs efter 1 mån el avslutad behandling)
Smärtmottagning: Livskvalitet. SF36 alt EQ50 förändring (ingång vs efter 1 mån el avslut behandling)

Medarbetarintervju

Syftet med intervjun är att undersöka medicinsk kvalitet. Fyra personer plockas slumpvis ut av varje revisor, varvid kategorierna specialisläkare, ST-läkare, nar-kossjuksköterska, intensivvårdssjuksköterska och undersköterska representeras. Samtliga bör vara utan ledningsansvar. Totalt görs 8 – 12 intervjuer, som var och en tar max tio minuter. Svaren behandlas konfidentiellt.

Följande sju frågor ställs (för mer information se www.sfai.se)

1. Har Du haft undervisning om den medicinsktekniska apparatur, som Du använder i Ditt arbete?
2. Har Du fått återkoppling på avvikelserapporteringen senaste året? Vet Du, var Du kan hitta rapporterna?
3. Kan Du få ut den information från Ert IT-system, som Du behöver?
4. Får Du den medicinska fortbildning, som Du behöver för Ditt arbete?
5. Jobbar Ni gemensamt för att förbättra vården på avdelningen?
6. Varför är Du på jobbet? (genomslag av verksamhetsidén)
7. Vad vill Du berätta för mig?

Sigga Kalman



Intervju och journaler smärtarbete

- Verksamhetsupplägg
- Patientupplevd förändring efter 1 mån behandling
- Livskvalitetsförändring efter 1 månads behandling
- Postoperativ EDA

Journalgranskning Slumpmässigt urval

Utifrån en preciserad tidpunkt ber vi att få alla vårdtillfällen inom perioden (som interna ID-nummer, ej personnummer), och från denna lista väljs slumpmässigt tio vårdtillfällen för journalgranskning.

Relevanta handlingar

För varje valt vårdtillfälle behövs olika journalhandlingar beroende på kvalitetsindikator, som ska undersökas. Handlingarna finns oftast i olika elektroniska system samt i pappersformat (ibland på olika ställen). Detta kräver viss IT-kunskap hos granskare och hjälp av på kliniken kun-nig person, som vet, var svaren på våra frågor finns att hämta.

Två revisorer per journal-granskning

För att minimera olika bedömningar av samma sak mellan olika granskare är till-räckligt tydlig, precis och mätbar täljare och nämnare i kvalitetsindikatorn mycket viktig. Två par ögon ser mer än ett. Vid tveksamheter, som alltid uppstår, behövs en dialog med olika synsätt.

Strukturerat formulär

MKR-gruppen har arbetat fram ett struk-turerat formulär i Excelformat, som underlättar systematiken och minimerar fel i granskningen. Till inmatningsbla-den har kopplats olika rapporter i form av diagram och tabeller, som automa-tiskt skapas, allt eftersom data från jour-nalgranskningen matas in. Dessa dia-gram och tabeller används sedan dels i PowerPoint-, dels i Worddokument för återkoppling och rapport till granskad klinik.

Grundtanken har varit att börja ”baki-från”. Vi har utgått från det diagram eller den tabell, som vi vill visa för att belysa utfallet för en kvalitetsindikator. Därefter har vi preciserat de mätbara variablerna i täljare och nämnare och skapat ett inmat-ningsformulär med masker för orimlig inmatning. Avslutningsvis har detta for-mulär ordnats så, att det passar arbetspro-cessen vid granskningen. Hjälpstexter för gränsvärden och defini-tioner har vi lagt in som ”pop-up”-menyer.

Thomas Nolin



Journalgranskning anestesi

- Underlag för operationsanmälan
- Preoperativ bedömning
- Perioperativ dokumentation
- Postoperativ dokumentation
- Adekvat anestesiform?

Kommentar till valda diagnoser vid journalgranskning IVA

Det medicinska kvalitetsbegreppet innefattar även, att medicinsk behandling ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. För att detta inte skall vara ett utslag av revisorernas personliga uppfattningar, har vi valt att titta på några relativt frekventa sjukdomstillstånd inom intensivvård, där internationella riktlinjer för behandling finns. Vi har här valt att granska, i vilken utsträckning kliniken följer riktlinjer vid behandling av patienter med septisk chock, hjärtstopp och förebyggande av ventilatorassocierad pneumoni (VAP).



Hans Stiernström

Presentation av medicinsk kvalitetsrevision – Utrapport

För att snabbt kunna skapa en utrapport på plats har en grundmall arbetats fram i PowerPoint. Den kan delas in i följande områden:

Summering

- Klinik med ordning och reda!
- God arbetsmiljö
Tyst arbetsklimat
- Goda vådrutiner
- Förbättringspotential finns inom enstaka områden varav en del redan är utförda

- Vad är ”God vård” och ”Öppna jämförelser”?
- Schematisk beskrivning av anestesirespektive intensivvårdsprocessen och möjliga mätområden
- Medicinska kvalitetsindikatorer, som vi vill belysa underlaget för
- Vad vi har tittat på rent konkret

- Iakttagelser
- Vår bedömning
- Sammanfattning

Greger Fransson



Karolinska Institutet och

Olof Norlanders Minnesstiftelse ledigförklarar härmed ett Resestipendium om SEK 100.000

Resestipendiet utdelas för att stödja en lovande eller etablerad nordisk forskare inom ämnesområdet Anestesiologi och Intensivvård under forskningsvistelse vid utländskt, medicinskt lärosäte.

Ansökan skall åtföljas av meritförteckning inklusive förteckning över publicerade skrifter respektive föredrag samt innehålla en noggrann redogörelse för forskningsprojektets innehåll och finansiering samt en motivering av valet av utländskt lärosäte.

Ansökan (1 original och 4 kopior), ställd till Olof Norlanders Minnesstiftelse, skickas till Anestesi-, Operations- & Intensivvårdskliniken (ANOPIVA-kliniken), Karolinska Universitetssjukhuset Solna, 171 76 Stockholm. Ansökan kan också skickas via e-mail till kerstin.staffansson@karolinska.se.

Sista ansökningsdag: 27 oktober 2008

Upplysningar lämnas av Sekreterare Kerstin Staffansson, tfn +46-(0)8-517 73116 kerstin.staffansson@karolinska.se

Professor Lars Eriksson, tfn +46-(0)8-517 72340 lars.i.eriksson@karolinska.se



Airway Management for Anaesthesiologists –

a SSAI (Scandinavian Society for Anaesthesia and Intensive Care Medicine) approved course



Time: December 4-5, 2008

Place: Rigshospitalet, University hospital of Copenhagen, Denmark

Price: 4.600 DKK (approx. 620 EUR), including course material, lunches and working-dinner on the evening of the 4th.

Background: Problems with managing the airways are primary causes of serious complications and death in relation to anaesthesia. The course will provide you with tools to prevent this to happen to your patients.

Course content

Theory/lectures:

- Preoperative evaluation of the airway made useful
- Have a plan!
- Awake intubation – making it a pleasant experience!
- Fiberoptic intubation made easy!
- The "cannot-intubate-cannot-ventilate"-situation. Recognition. Management choices.
- Safe extubation and "warning the next"
- The paediatric airway
- Airway techniques and equipment– what is new and what do I really need?
- Bronchoscopy and BAL in the ICU
- Separating the lungs
- Frontline - what next?



Practical/workshop:

- Chricothyrotomy on larynxes from pigs
- Fiberoptic airway management
- On full-scale simulators, SimMan: Managing the "cannot-intubate-cannot-ventilate"-and the "cannot-intubate-can-ventilate" situation and other
- Retrograde intubation and various devices (ILMA, LMA-proseal, Macintosh, Miller, glidescope, McCoy, Henderson-, Retromolar, Easy-Tube, C-trach, Levithan, McGrath etc.)
- lung separation and bronchial blockers
- The paediatric airway



Arranged by: Department of Anaesthesia, 4231, Centre of Head and Orthopaedics, Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, Copenhagen. Telephone: +45 3545 3474. Homepage: www.airway.rh.dk

Faculty: Anaesthesiologists, pulmonologist and ORL-surgeon with expertise in airway management

Guest lecturer: **Dr. Tim Cook, U.K. who will share his huge knowledge on supraglottic airway devices with us**

Course Director: Michael Seltz Kristensen M.D., Michael.seltz.kristensen@rh.regionh.dk

Registration: To secretary Gitte Blom: gitte.blom@rh.regionh.dk. Deadline is October 24th. The number of participants is limited due to the workshop.

Notice:

1. The course language is English
2. All participants are asked to bring along an airway-management patient-case (or question) for the discussion and workshop

NYHET
NYTT LÄKEMEDEL REGISTRERAT

Confidex®

Prothrombin Complex Concentrate



Confidex® stoppar blödningar i tid!



- Ett balanserat komplex för snabb korrigering av koagulationsdefekten
- Återställer koncentrationerna av koagulationsfaktorer inom 5 minuter¹⁾
- Minimerar tiden från diagnos till återställd hemostas
- 20 års klinisk erfarenhet^{*}
- Enkelt att dosera och snabbt att administrera

Confidex 500 IE (humant protrombinkomplexkoncentrat innehållande koagulationsfaktorer II, VII, IX, X), pulver och vätska till injektionsvätska, lösning. Confidex används för att förebygga (under kirurgi) och behandla blödningar orsakade av förvärvad eller medfödd brist på de vitamin K-beroende koagulationsfaktorerna II, VII, IX och X.

En förpackning Confidex 500 IE innehåller: 1 injektionsflaska med torrsustans, 1 injektionsflaska med 20 ml vatten för injektionsvätskor, 1 överföringsset med filter 20/20.

För ytterligare information och pris se: www.fass.se Confidex är receptbelagt och ej subventionerat (R,EF)

Referenser:

1. Ostermann H, Haertel S, Knaub S, Kalina U, Jung K, Pabinger I. Pharmacokinetics of Biperplex® P/N prothrombin complex concentrate in healthy volunteers. Thromb Haemost. 2007 Okt; 98(4): 3-10.

^{*}Inklusive föregångsprodukten Biperplex® HS.

Biotherapies for Life™ **CSL Behring**

Box 712, SE-182 17 Danderyd, Tel: +46 8 544 966 70
info@cslbehring.se, www.cslbehring.se

Tema: *Medicinsk Kvalitetsrevision*

Senaste nytt från SIR



Av Thomas Nolin, Kristianstad. FoU, SIR. thomas.nolin@skane.se

En revision av Svenska Intensivvårdsregistrets (SIR) alla riktlinjer har gjorts under 2007 och 2008. Till dessa dokument har specifikationen av, hur data ska skickas till SIR, också uppdaterats till SIRXML 5.1 under hösten. Allt finns fullt tillgängligt för alla på SIR:s hemsida, www.icuregsw.se, som dessutom har förbättrats betydligt under hösten.

Huvudsyftet med SIR är att stödja lokalt kvalitets- och utvecklingsarbete och stimulera till jämförelser mellan de deltagande intensivvårdsenheterna.

Fokus för datafångsten är en uppsättning viktiga frågor, som speglar intensivvårdsavdelningens verksamhet, och där en snabb återkoppling (SIR:s utdataportal) av egna data i jämförelse med andra enheters data kan skapa incitament till förbättringar.

Exempel på sådana frågor är behov av intensivvårdsplatser, förekomst av avvikelser (komplikationer) inom vården, förekomst av sjukhusförvärvade infektioner, resursförbrukning och kostnadseffektivitet för olika sjukdomar och terapi, förekomst av tillbakahållande resp. avbrytande av behandling, frekvensen av dödsfall, där organdonation är möjlig men ej genomförts, patientupplevd hälsorelaterad livskvalitet och funktionellt status efter intensivvården. Denna inriktning av datafångsten avspeglas i intensivvårdens 10 nationella kvalitetsindikatorer. Till varje indikator har fogats en registreringsrutin och en mall för utrapporten.

Nedan följer några aktuella förändringar av indikatorerna.

Uppföljning av livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård

Uppföljning av intensivvårdspatienter är stimulerande, samtidigt som kunskapen om, hur dessa patienter mår, kan leda till en utveckling av intensivvården och förbättra dessa patienters situation. Den utlovade webbversionen kommer snart!

Svensk riskjusterad mortalitet

Svensk riskjusterad mortalitet beskriver den förväntade dödligheten med hänsyn tagen till sjukdomens typ och svårighetsgrad. Denna förväntan jämförs sedan med den observerade dödligheten via veckovisa datakörningar mot Statens Personadressregister, SPAR. Kvoten mellan förväntad och observerad dödlighet benämns standardiserad mortalitetsrat (SMR). Vi beräknar SMR på utfallet levande/avliden 30 dagar efter ankomsten till IVA.

I årsrapporten 2007 har SIR redovisat den riskjusterade mortaliteten som SMR med 95 % konfidensintervall. Riskjustering enligt APACHE-systemet har på många enheter ersatts med det mer aktuella SAPS3, en utveckling som stöds aktivt. I SIR:s utdataportal är arbetet med SAPS3 prioriterat under hösten för att dels kunna beskriva SAPS3-poängen, dels redovisa SMR samt också kunna

redovisa missade/saknade fysiologiska data.

Bakteriell multiresistens upptäckt på IVA

Har bakteriell multiresistens, upptäckt under intensivvårdstillfället, förekommit under det aktuella vårdtillfället? Här har inga förändringar av riktlinjerna gjorts.

Ventilator-associerad pneumoni (VAP)

Med SIR:s riktlinje för registrering av ventilatorbehandling inom intensivvård (från 25/8 2006), kommer preciseringen av invasiv ventilatortid att bli mycket bättre. Från 1/1 2009 kommer kriterierna för VAP att ändras till: Patient som har haft invasiv respiratorbehandling i ≥ 48 timmar med ett nytillkommet eller progredierande lunginfiltrat på röntgen pulm eller CT, i kombination med antingen positiv mikrobiologisk diagnostik, verifierad VAP, eller kliniska tecken på VAP, suspekt VAP. Samtliga preciserade kriterier ska infalla 48 timmar före/efter det dokumenterade nytillkomna eller progredierande lunginfiltratet.

Central venkateter-(CVK-)relaterad infektion

Definition på central venkateter-(CVK-)relaterad infektion ändras från och med 1/1 2009 till klinisk misstanke om kateterrelaterad infektion tillsammans med positiv odling från kateterspets *eller*

odlingar med fynd av samma bakterie i kateterblod och perifert blod och tid till växt (så kallad omslagstid) för kateterblod minst 120 min kortare än tid till växt för perifert blod.

Indikatorn speglar emellertid så mycket mer, än vad intensivvården råder över eller kan följa upp, varför det under hösten diskuteras att ta bort den – inte för att den inte är viktig, utan kanske snarare för att bereda plats för ett nationellt CVK-register.

Transport av patient till annan IVA pga egen resursbrist

Regional samordning av sjukvård är viktig för optimalt utnyttjande av begränsade intensivvårdsresurser. När en IVA-enhets samlade resurser överstigs, kan det bli nödvändigt att av resursskäl överföra patient till annan IVA-enhet. Men att flytta intensivvårdspatient, av resursskäl, har många negativa konsekvenser. Därför diskuteras f.n. att införa denna variabel som en kvalitetsvariabel i SIR.

Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar

Återinläggning på IVA anses allmänt kunna spegla, att patienten blivit utskrivnen för tidigt, innan hon/han blivit tillräckligt återställd. Orsaken till för tidig utskrivning kan bl. a. vara resursbrist inom intensivvården, men också bristande rutiner och omhändertagande inom och utanför IVA. Det är väl känt, att patienter, som återkommer till IVA kort efter utskrivning (inom 72 timmar), löper en ökad risk att dö. Det bekräftas av SIR-data för åren 2005 – 2006, där återinläggning inom 72 timmar är förenad med en ökad dödlighet (Riskjusterad oddskvot är 1.60. I vardagliga termer ökar risken för en 75-årig patient att dö inom 30 dagar från 15 % till 23%).

I årsrapporten 2007 har SIR redovisat andelen återinläggningar inom 72 timmar per IVA-enhet, kompletterat med medelandelen återinläggningar under 2007 (3.2 %) samt 95% respektive 99% konfidensintervall kring detta medelvärde.

Avlidna på IVA – uppföljning

Organdonation är en del av intensivvårdens arbete i Sverige. När en patient under pågående intensivvård utvecklar total hjärnfark, är det intensivvårdens uppgift att möjliggöra organdonation. I Sverige råder stor brist på organ, och fler än 600 personer väntar just nu på ett eller

flera nya organ. I den allmänna debatten har vi under flera års tid uppskattat antalet möjliga donatorer till mellan 250 och 300 per år – utan att alltid precisera innebörden i begreppet 'möjlig organdonator'.

Donationsrådet och SIR genomförde tillsammans en kartläggning av antalet möjliga organdonatorer i Sverige oktober – december 2007. Denna visade färre medicinskt lämpliga och möjliga donatorer (uppskattningsvis 224 per år). Vid en sådan jämförelse måste dock hänsyn tas till, att den aktuella studieperioden varit kort, och att andra urvalskriterier använts för definitionen av möjlig donator.

Ett annat intressant fynd i undersökningen var identifieringen av en grupp av avlidna intensivvårdspatienter med svår hjärnskada och respiratorbehandling, där döden inte fastställdes efter utveckling av total hjärnfark utan med indirekta kriterier – en grupp som bör undersökas närmare i en kommande, fördjupad studie.

Nattlig utskrivning från IVA

Utskrivning från intensivvården nattetid har vanligen en av två orsaker: Utskrivning av medicinska skäl för specialistvård (t ex. neurokirurgi), alternativt utskrivning till vanlig vårdavdelning pga. platsbrist på IVA. Eftersom bemanningen ofta är begränsad nattetid, betyder överflyttning till vårdavdelning, att patienten måste klara sig själv i större utsträckning än inom intensivvården. Detta kan vara orsaken till, att nattlig utskrivning från IVA är förknippad med ökad dödlighet, vilket motiverar, att nattlig utskrivning (mellan 22.00 och 06.59) är en av SIR:s kvalitetsindikatorer.

En definitiv målnivå är svår att identifiera. SIR väljer istället att utgå från förekomsten under 2005 och 2006, samt att beskriva förekomsten under 2007 i relation till medelandelen under samma år, med angivandet av 95 % respektive 99 % konfidensintervall kring medelandelen 2005 – 2006.

Avstå respektive avbryta medicinsk behandling på IVA

Ökade medicinska resurser i form av kompetens och teknik leder till, att allt sjukare och allt äldre patienter blir föremål för såväl elektiva som akuta vårdinsatser. Detta medför en risk för, att omfattande vårdinsatser leder till ett förlängt lidande för patienten – i stället för återgång till ett liv med en kvalitet, som patienten själv kan acceptera.

Olika intensivvårdsavdelningars följsamhet avseende SIR:s riktlinjer försvårar emellertid jämförelser. Så kan t ex 7 av 46 enheter inte ange behandlingsstrategi enligt SFAI:s riktlinjer.

Beläggning på IVA

Beläggning och optimalt antal disponibla intensivvårdsplatser per IVA-enhet eller per region är en fråga, som arbetas med på olika håll i landet. SIR har i årets rapport för första gången kunnat redovisa siffror för antalet belagda intensivvårdsplatser per IVA-enhet.

Nästa steg i utvecklingen är att kunna få fram siffror på disponibla intensivvårdsplatser, som antingen är upptagna eller lediga, och därmed kunna närma oss frågan om optimalt antal intensivvårdsplatser.

Revision av kvalitetsindikatorerna

Dokumentet SIR:s nationella kvalitetsindikatorer för intensivvård revideras för närvarande. Många synpunkter har kommit till SIR från medlemmarna. Under hösten planeras därför ett första utkast till revision att gå ut till medlemmarna för synpunkter och förslag till ändringar.

Utkast till översiktlig, systematisk och sammanfattande redovisning

Ett sammanvägt "kvalitetsindex" kan bidra till, att styrkor blir tydliga, samt att svagheter och brister lättare identifieras och därmed åtgärdas snabbare. Därför har SIR i årsrapporten för 2007 komponerat en översiktlig och sammanfattande redovisning, sammansatt av SIR:s tio kvalitetsindikatorer samt två moment, som speglar datakvaliteten. Se fig. 1.

Öppna jämförelser 2008

SIR kommer att bidra med två kvalitetsindikatorer i årets tredje rapport om "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet", som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gemensamt publicerar. Det blir riskjusterad mortalitet och oplanerad återinläggning till samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, vilka kommer att redovisas per landsting. Vi förbereder också en tredje indikator till nästa år.

SIR:s webb

Vi är stolta över att kunna presentera SIR:s nya webb under SFAI-veckan i höst och hoppas, att medlemmarnas förväntningar ska infrias.

Fig.1.
Teckenförklaring kvalitetsindex:

Livskvalitet efter intensivvård	Nattlig utskrivning
■ Data saknas. Webbaserad datafångst inledd under 2008.	■ 95 % konfidensintervall inkluderar referensmedelvärde (2005-2006).
Riskjusterad mortalitet	■ Nedre 95 % konfidensintervall över referensmedelvärde (2005-2006).
■ 95 % konfidensintervall inkluderar årsmedelvärde.	■ Data saknas.
■ Nedre 95 % konfidensintervall över årsmedelvärde.	Avstå och avbryta behandling
■ Data saknas.	■ Registreras
Bakteriell multiresistens	■ Registreras ej
■ Målvärde saknas.	Beläggning
Venilator-associerad pneumoni	■ Data saknas. Webbaserad datafångst förbereds.
■ Målvärde saknas.	Komplett riskjustering
CVK-relaterad infektion	■ Över 90 % av vårdtillfällena är kompletta
■ Målvärde saknas.	■ Mindre än 90 % av vårdtillfällena är kompletta
Åter in inom 72 tim	■ Riskjustering saknas
■ 95 % konfidensintervall inkluderar medelvärde för 2005-2006.	Komplikationsregistrering
■ Nedre 95 % konfidensintervall över medelvärde för 2005-2006.	■ Registreras för mer än 95 % av vårdtillfällena.
■ Data saknas.	■ Kan registrera, men görs ej.
Avlidna på IVA uppföljning	■ Kan inte registrera.
■ Alla komplett granskade av DAL/DAS *	
■ Alla ej komplett granskade av DAL/DAS	

* DAL Donations Ansvarig Läkare

DAS Donations Ansvarig Sjuksköterska

Exempel – Södra Regionen

Region Södra 2007	Livskval efter IVA	Riskjust mortalitet	Bakt multiresistens	VAP	CVK-relat infektion	Återinläggn ? 72 tim	Avl på IVA uppfölj	Nattlig utskrivning	Avstå/avbryta beh	Beläggning	Komplett riskjustering	Komplikationsreg
Växjö	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ljungby	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Halmstad	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Karlskrona IVA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kristianstad	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Helsingborg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Lund IVA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Lund BIVA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Lund TIVA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Malmö IVA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Malmö Inf 2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ystad	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

ocplex®

Protrombin-
komplekxkoncentrat

Brist på K-vitaminberoende koagulationsfaktorer?

Intracerebrala blödningar

Gastrointestinala blödningar

Allvarliga blödningar

Akut kirurgi

Akut bakteriell meningit

Höftfrakturer

ocplex® ger snabb och säker korrigeringsav koagulationsrubningen¹⁾

- Snabb effekt
- Liten volym
- Fysiologiskt innehåll av koagulationsfaktorer och -hämmare
- Minimal aktivering av koagulationsfaktorer



1) Riess HB et al. Prothrombin complex concentrate (octaplex®) in patients requiring immediate reversal of oral anticoagulation. Thrombosis Research 2007; 121(1):9-16.

ocplex® är ett virusinaktiverat protrombinkomplekxkoncentrat för behandling av blödning och perioperativ blödningsprofylax vid brist på protrombinkomplexets koagulationsfaktorer. Innehåller koagulationsfaktorerna II, VII, IX och X. Frystorkat och löses i 20 ml sterilt vatten. Receptbelagt. Ej förmån. För pris och ytterligare information se www.fass.se

Octapharma Nordic AB, 11275 Stockholm, www.octapharma.se

octapharma

For the safe and optimal use of human proteins

Välkommen till 2009 års SFAI-möte i Umeå.

Utbyte - Utveckling - Ledning - Samverkan

Mötet genomförs på Nolia Konferens i Umeå 16 - 18 september.

Mer information på www.sfaiveckan.se



foto: Leif Karlsson

För information och frågor,
kontakta utställningssekretariatet:

MCI - Gothenburg Office
Karin Forsberg eller
Bodil Kronstam-Brattö
sfai@mci-group.com

Lokal arrangör:
Operationscentrum vid
Norrlands Universitetssjukhus

Ansvariga för org. kommittén:
Peter Sjöstedt
TF Verksamhetschef
Ola Winsö
Professor



**Svensk Förening för
Anestesi och Intensivvård**

Tema: *Medicinsk Kvalitetsrevision*

Senaste nytt från Svenskt anestesiregister (SAR)

av Lena Nilsson, Linköping (lena.nilsson@lio.se) och
Lars Wiklund, Uppsala (lars.wiklund@surgsci.uu.se)



Utan produktionskontroll är kvalitetskontroll omöjligt, det vet nog alla vid det här laget!

Vi har nu utvecklat ett internetbaserat anestesiregister (<http://noname.doneit.se/sfai/default.php>), där data börjat samlas in. Hittills domineras inkomna data av c:a 280 000 anestesier från Uppsala läns landsting. Dessutom håller vi på att lägga in en ungefär lika stor post från Landstinget i Östergötland. Därmed tror vi, att en tillräcklig referensdatabas finns, som är stor nog för de flesta jämförelser. Den kommer att omfatta i princip samtliga genomförda anestesier under perioden 2000 till 2007 från dessa två landsting. Eftersom dessa data omfattar även den vanliga länskirurgin, och inte bara regionvården, kan man räkna med, att även de statistiska uppgifterna väl täcker de rutiningrepp, som förekommer vid alla sjukhus i landet. Till detta kommer de färskaste data, som nu kontinuerligt kommer in från ett antal sjukhus, där man under avgränsade perioder om cirka två veckor registrerar utfallet av sitt arbete. Just nu håller vi på att förfina det automatiska statistikgenererandet från databasen. Erfarenheterna från Uppsala och Linköping gör också, att vi numera vet, att automatisk statistiköverföring är möjlig från de flesta sjukhus.

Anestesiregistret är uppbyggt, så att man som rapporterande sjukhus kan jämföra sina egna data mot databasen av alla inrapporterade data. I registret är sjukhusen kategoriserade efter typ av sjukhus, och man kan därför välja att jämföra egna data mot samlade data från sjukhus av samma kategori.

Klassifikation av anestesityper, anesthesiologiska åtgärder samt kirurgiska koder i SAR är anpassat till Socialstyrelsens klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Några kommentarer till registrets kvalitetsindikatorer:

Mortalitet inom 30 dagar efter operation/anestesi för patienter över 80 års ålder, speciellt de med höftfraktur.

Preliminära siffror tyder på, att mortaliteten ligger mellan 5 och 10%, vilket inte överraskar. Höftfrakturer drabbar ofta äldre, när de av andra skäl får en vacklande hälsa. Det finns skillnader i mortalitet mellan sjukhus, som kanske kan förklaras av sociala faktorer, men möjligen bidrar olika rutiner på sjukhusen. Kvalitetsindikatorn synes vara intressant att följa. Registrets uppsatta målvärde är < 3%, möjligen ett realistiskt mål.

Incidensen av oplanerad intensivvård efter operation/anestesi.

Här har vi än så länge dåligt med data, eftersom än så länge praktiskt taget inga sjukhus rutinmässigt registrerar denna variabel. Förhoppningsvis kan allt fler sjukhus ta in data för att belysa detta problem. En annan möjlighet är att samköra med SIR, där intensivvården redan registrerar denna variabel.

Incidensen av neurologiska skador efter ryggbedövning.

Efter vad vi nu vet, är incidensen låg och verkar stå i motsats till en relativt hög incidens av symptom från de perifera nerverna under de första veckorna efter operation/anestesi. De senare symptomen har inte med ryggbedövningar att göra utan beror sannolikt på långvarigt stillaliggande på operationsborden.

Andel av patienter, som följs upp efter kirurgi, speciellt dagkirurgi.

Vi vet, att detta varierar inom vida mar-

ginaler, allt från praktiskt taget 0 till nästan 100%. För dem, som följer upp sina patienter postoperativt, finns här möjligheten att samla data om flera av de andra kvalitetsindikatorerna. Av detta skäl måste vi se denna variabel som viktig.

Oplanerad slutenvård efter öppenvårdskirurgi/-anestesi.

Denna variabel är ett sammansatt mått, som speglar kedjan från ställningstagande till öppenvårdskirurgi, valda metoder samt tidiga postoperativa komplikationer. Denna variabel följs lätt, om patienterna följs upp efter öppenvårdskirurgi.

Patientens egen bedömning av postoperativ smärta, illamående och neurologiska komplikationer.

Den postoperativa uppföljningen inom 5-7 dagar ger möjligheter att just registrera patientens egna upplevelser och få ta del av patientens bedömning av graden av hans/hennes besvär. Dessutom är det omöjligt att utan postoperativ uppföljning få någon uppfattning om de mindre neurologiska besvär, som patienterna uppenbarligen har efter operation/anestesi.

Patientens inställning till att genomgå samma typ av anestesi igen, om behov skulle uppstå.

Genom denna variabel, som lämpligen efterfrågas i samband med den postoperativa uppföljningen, kan vi få en uppfattning om patienternas egentliga personliga preferenser.

Registret planerar att, så fort vi fått ordning på historiska data från Linköping/Uppsala, ordna en träff för intresserade kollegor.

Handledarutbildning för anestesiloger

Del 1: 4 – 5 februari 2009

Del 2: 14 – 15 oktober 2009

Syfte: Att stärka ST-handledarens identitet. Ge handledaren ökad kunskap om kommunikation, återkoppling samt bedömning av kompetens. Fokusera på verktyg ...

Innehåll

- ❖ Handledaren som mentor och klinisk instruktör
- ❖ Konstruktiv kommunikation (återkoppling)
- ❖ Handledarrollen
- ❖ Mätning ST-läkarens kompetens
 - ST-portfölj
 - Specialistläkarkollegium
 - ST-läkarkollegium
 - Medsittning

- ❖ Erfarenhetsutbyte
- ❖ Rollspel



Kursledning och undervisare:

Pia Strand, logoped och utbildningskonsult i kommunikation och samtalsteknik, MedCUL, Lunds Universitet

Anne Gro Egeberg, ST-ansvarig anestesi, Örebro, ordförande KVA

Åsa Rudin, specialistläkare, Lund

Sonja Sundqvist, specialistläkare, Skellefteå

Kursavgift 8 000:- + moms för 2 x 2 kursdagar

Kursgård kommer att annonseras på hemsidan.

Anmälning senast 1/11 till ing-marie.dimgren@orebroll.se. Antagningsbesked v 45.

Frågor kan riktas till

Åsa Rudin, Anestesi, Lund, 046-17 19 49 asa.rudin@skane.se

Anne Gro Egeberg, Anestesi, Örebro, 019-602 51 51 anne-gro.egeberg@orebroll.se

Sonja Sundqvist, Anestesi, Skellefteå, 0910 77 10 00 sonja.sundqvist@vll.se

Tema: *Medicinsk Kvalitetsrevision*

Avslutande reflektioner och framtidsperspektiv

Offentlighet och sekretess

Medicinsk Kvalitetsrevision berör två frågor om sekretess eller offentlighet. Det ena fallet rör själva revisionsrapporten (revisionsresultatet), och det andra rör de patientuppgifter, som revisorn tar del av.

Sjukhus är offentliga myndigheter. De handlingar, som inkommer till myndighet eller upprättas där, är allmänna handlingar, och revisionsrapporter är inga undantag. Underlag, utkast och rapportförslag är dock arbetsmaterial och som sådant inte allmänna handlingar. Om arbetsmaterialet tas till vara (arkiveras), när ärendet är slutbehandlat – dvs. i detta fall när den slutliga revisionsrapporten är sammanställd – blir dock även arbetsmaterialet allmän handling.

I princip har alla rätt att ta del av allmänna handlingar, som inte är belagda med sekretess. För revisionsrapporter finns inte någon sekretessregel, som generellt medför, att de är hemliga. Patientuppgifter i form av journaldata är däremot som huvudregel skyddade av sekretess, om det inte står klart, att uppgiften kan röjas utan skada för patienten eller någon honom/henne närstående. Utlämnande av journaler till andra än till enheten knuten personal är omgärdat av betydande restriktioner, angivna i patientjournallagen, sekretesslagen och, i förekommande fall, personuppgiftslagen. Utlämnande av sekretesskyddad handling kan dock alltid ske, om patientens samtycke har inhämtats, eller om uppgifterna har avidentifierats.

Patientjournaler är en väsentlig informationskälla för medicinsk revision. Revisorn kan, genom att granska väl definierade data avseende en bestämd diagnos

eller sjukdomsgrupp i slumpvis utvalda journaler, fånga in relevanta aspekter av det arbete, som bedrivs vid enheten. Den medicinska revisorn kan under uppdraget betraktas som knuten till enheten och omfattas av rådande sekretessregler enligt samma villkor som andra anställda. Revisorn betraktas alltså i det här fallet inte som utomstående, och det blir därmed inte fråga om ett ”utlämnande” i lagens mening.

Thomas Nolin

Vad ger det att vara revisor

Du lär Dig mycket om att organisera en anesthesi- och intensivvårds klinik, när Du ser lösningar på problem, som många anestesikliniker brottas med. Ditt eget tänkande, vad gäller medicinskt kvalitet, utvecklas, och Du träffar och diskuterar med många engagerade anestesiläkare.

Sigga Kalman

Framtida utveckling

Kunskap är färskvara. Det gäller givetvis också kunskap om den egna medicinska kvaliteten.

Extern revision kan nu utföras av SFAI:s medicinska revisorer men kanske inte på fler än fyra kliniker per år. I termer av objektivitet har det naturligtvis sitt värde, att revisionen görs med andra ögon än de, som ser verksamheten varje dag.

Inom allt fler verksamheter (utanför sjukvården) införs nu begreppet egenkontroll. Flertalet kliniker har redan idag

någon form av verksamhetsuppföljning, men det finns ingen nationell systematik eller samordning. Ibland görs det på papper och ibland med hjälp av dator.

Ett nationellt pionjärbete har bedrivits i de två kvalitetsregistren SIR och SAR, när det gäller att ta fram nationella kvalitetsindikatorer. Motsvarande diskussion finns inom smärtområdet.

Hur skulle alla goda initiativ kunna förenas?

Allt fler kliniker har såväl journaluppgifter som intensivvårdsrelaterade uppgifter i digital form. Det möjliggör på ett annat sätt en regelbunden data-sammanställning, under förutsättning att datajournaler, labrossystem, PDMS och intensivvårdsstatistikprogram har strukturerat sina databaser på ett lokalt tolkningsbart sätt.

Det revisionsprotokoll, som tagits fram, håller nu på att digitaliseras utifrån idén att mata in i ena änden och få en korrekt sammanställning i den andra. Detta skulle kunna utvecklas till ett verktyg eller en modell för dem, som själva vill jobba med sina medicinska data regelbundet och systematiskt.

Greger Fransson

Återväxt

Gruppen behöver vara större! Vem vill vara med och sätta fokus på medicinsk kvalitet samt vara delaktig i fortsatt utveckling av den medicinska kvalitetsrevisionen? Hör av Er!

Sigga Kalman

Ung i SFAI:s vårsmöte 2008-08-25

Av Markus Falk, Östersund. markus.falk@jll.se

I maj var det återigen dags för Ung i SFAI:s årliga vårsmöte, vilket var förlagt till Öland och vackra Halltorps gästgiveri. Efter mindre bekymmer med försenade tåg kunde vi till slut välkomna 41 deltagare, från Sveriges alla hörn, till 2008 års vårsmöte för ST-läkare och yngre specialister. Temat var "Sött, salt och surt – Vätska, nutrition, elektrolyter och syrabas", och dessa ämnen hanterades såväl i föreläsningsform som i grupparbeten.

Efter incheckning och intagen lunch startade mötet med en genomgång av Ung i SFAI:s historia, syfte samt dess status som delförening i moderföreningen SFAI. Därefter hade vi nöjet att inleda det vetenskapliga programmet med vår förste föreläsare Johan Persson från Lunds universitetssjukhus. Vi blev guidade genom pre-, peri- och postoperativ vätskebehandling på ett strukturerat och lättförståeligt sätt. Föreläsningen, som var uppdelad på två pass med avbrott för kaffe, täckte såväl det teoretiska med skillnaderna på en kolloid och kristalloid, som det praktiska med hur de olika vätskorna

används på bästa sätt samt deras för- och nackdelar.

Efter att vi hört det mesta om vätskor, fortsatte mötet med Annika Hedins första pass med syra-bas som ämne. Den omfattande teoretiska genomgången visade på ett effektivt sätt, hur mycket man glömt av Na-/K-pumpar, joner och annat, och det var mycket nyttigt att damma av dessa kunskaper. Den andra delen, som hölls på torsdagsmorgonen, var även den intressant och diskuterade mer, hur man skall tolka och dra slutsatser av sina blodgaser, och de metoder som finns till hands.

Redan första kvällen var det dags för gruppaktivitet. På schemat stod naturvandring i Halltorps hage, ett naturreservat i anslutning till Halltorps gästgiveri. I två olika grupper blev vi guidade i blomornas värld av duktiga biologer från trakten. Det var fascinerande att höra om de olika släktskapen och framförallt se den mångfald, som fanns på den begränsade ytan.

Efter promenaden fanns utrymme för mötets deltagare att koppla av, innan middagen serverades. God mat och dryck förgyllde kvällen, som till slut mynnade ut i prat, bastubad och biljardspel.

Mötets andra dag präglades mest av de grupparbeten, som hade förberetts av såväl föreläsarna som Ung i SFAI. Både Annika Hedin och Johan Persson höll uppskattade falldiskussioner där gårdagens kunskaper sattes i sina sammanhang och befastes. De fall, som presenterades, var till stor del tagna ur vår vardag och



Föreläsare Lena Gamrin

handlade om bekymmer som vi dagligen hanterar.

Det tredje grupparbetet hölls av Ung i SFAI och handlade om loggbok samt vårt symposium under SFAI-veckan. Diskussionen handlade dels om, huruvida man bör ha en loggbok eller ej, men det gavs också möjlighet att förmedla tips och råd om hur man kan logga sin vardag på bästa och mest effektiva sätt. En stor brist i dagens "mallar" för loggbok är, att IVA-delen sällan loggas. Detta beror säkert till stora delar på, att det är svårare att logga en hel IVA-patient med alla etiska och terapeutiska frågeställningar, som genomsyrar en dag på IVA. I slutet av dagen sammanfattades alla grupparbeten, och vi diskuterade en eventuell nationell loggbok.



Föreläsning med Annika Hedin



Nina Kjellqvist avtackas från styrelsen

Mötets deltagare fick även lägga förslag till tema för det symposium, som skall hållas under SFAI-veckan i Uppsala. Meningen är, att vårt inslag skall vara relevant för Ung i SFAI:s medlemmar men även intressant för alla andra.

Tiden går fort när man har roligt, och andra dagen närmade sig sitt slut. Innan vi skulle bjudas på ytterligare en delikat middag, passade vi på att besöka det intilliggande Vida museet. Här fick vi dels se de stående konstnärerna Bertil Vallien och Ulrika Hydman-Vallien utställningar, men även andra konstnärers verk fanns för beskådan. Konsten vi såg fick en större innebörd, då vi fick ta del av konstnärernas historia och tankar bakom verken, berättat av föreståndarinnan för museet.

Maten under mötet är säkerligen något, som mötets deltagare kommer ihåg ett tag framöver. Utöver den trevliga och professionella stämningen minns vi alla goda rätter med lokala inslag - såsom remslök, sparris och örter från den egna trädgården. Personalen med den excent-

riske restaurangchefen Fikret i spetsen gav oss utöver de komiska inslagen även anledningen till att det smakade så gott; "Allting lagat med mycket kärlek!"

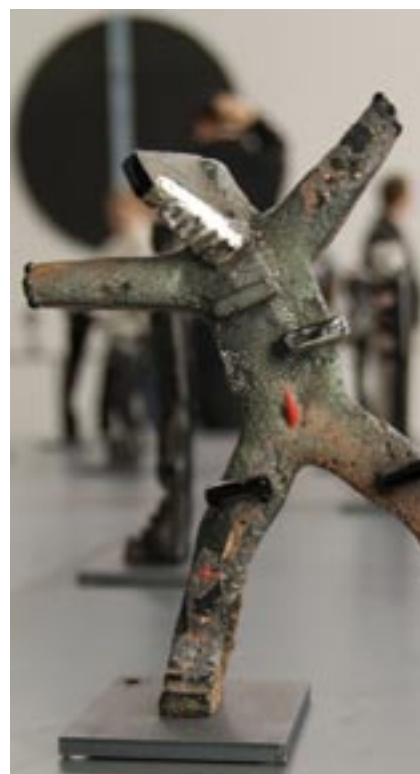
Fredagens morgon avhandlades nutrition med Lena Gamrin som föreläsare. Vi fick lära oss vikten av nutrition och rätt sammansättning av den näring vi tillför patienten.

Resten av fredagen ägnades åt årsmöte för Ung i SFAI, där bland annat Jenny Seilitz, ST-läkare från Mora, valdes in i styrelsen. Vi enades också om temat för SFAI-veckans symposium; "Vägen till framgång - Metoder för lärande", och detta kommer bland annat att ta upp simulering, som är en del av den nya, kommande målbeskrivningen. En arbetsgrupp skapades av mötets deltagare, med uppgift att ordna med alla förberedelser som krävs för symposiet.

Styrelsen vill tacka alla deltagare och föreläsare för ett trevligt och givande möte och hälsar samtidigt välkommen till nästa års möte med ny spännande plats och nytt tema!



Föreläsare Johan Persson



Glasskulptur av Bertil Vallien på Vida museum



Naturvandring

Rekommendationer från SFAI för procedurrelaterad propofolsedering



av Jan Wernerman, ordförande, SFAI

Detta dokument avser procedurrelaterad propofolsedering

- som bedrivs utanför anestesiklinik
- av patienter, som genomgår medicinska procedurer med planerad tidsåtgång högst 45 min
- utan tillägg av analgetika eller andra sederande läkemedel
- till elektiva patienter äldre än 18 år

All personal, som medverkar i procedurrelaterad propofolsedering, arbetar på eget yrkesansvar.

Kompetensnivå

- Procedurrelaterad propofolsedering skall genomföras och dokumenteras av för endast den uppgiften särskilt avdelad legitimerad läkare eller legitimerad sjuksköterska med vidareutbildning i anesthesi eller reell klinisk kompetens att adekvat tolka och snabbt åtgärda avvikande övervakningsvärden under såväl sederings- som uppvakningsförloppet.
- Ansvarig läkare skall vara identifierad och närvarande samt ha reell klinisk kompetens att inför sedering adekvat värdera patientens hälsotillstånd och luftvägsproblematik samt adekvat tolka och snabbt åtgärda avvikande övervakningsvärden under och efter sedering.

Förberedelse, genomförande och uppföljning

- Aktuell hälsodeklaration skall vara dokumenterad och tillgänglig samt godkänd av ansvarig läkare (se ovan).
- Patient skall vara helt frisk eller ha lindrig sjukdom utan system- eller organpåverkan (ASA II). Planerad procedur skall inte innebära ett hot mot patientens luftväg.
- Fasterutiner enligt SFAI:s riktlinjer skall tillämpas.
- Utrustning enligt nedan skall finnas på plats.
- Etablerade larmrutiner för att snabbt nå anestesilog skall finnas och vara kända. Larmanordning skall vara nåbar från patientens huvudända (se utrustningslista).
- Anestesilog (om vederbörande ej genomför sederingen) skall under pågående sedering och efterföljande övervakning vara identifierad, informerad samt kunna vara på plats inom tid förenad med adekvat patientsäkerhet.
- Oxygen skall tillföras under och efter sederingen.
- Tillförda läkemedel, doser och tidpunkter skall dokumenteras.
- Klinisk bild, blodtryck, hjärtfrekvens, transkutan syremättnad, andningsfrekvens och sederingsgrad (Ramsay-skala

Nödvändig utrustning vid procedurrelaterad propofolsedering

Tippbart patientbord
Bra allmänljus
Punktljus vid huvudändan
Utrymme och utrustning (bräda) som tillåter hjärtlungräddning
Larmknapp direkt nåbar från huvudändan
Sugutrustning
Utrustning för oxygentillförsel under såväl spontan som kontrollerad ventilation
Självpanderande andningsblåsa
Ansiktsmasker av olika storlekar
Svalgtuber av olika storlekar
Larynxmasker av olika storlekar
Utrustning för endotrakeal intubation
Pulsoximeter
Blodtrycksmanschett
Stetoskop
Kardioskop (EKG)
Tillgång till defibrillator
Bricka/motsv med akutläkemedel

enl. nedan) skall övervakas kontinuerligt och dokumenteras minst var femte minut. Målnivå för sederingsgrad under aktuell sederingsprocedur skall vara Ramsay grad 2-3, dvs patienten skall reagera på tilltal.

- Avvikande övervakningsvärden skall omedelbart åtgärdas.
- Patienterna skall observeras, tills de är fullt vakna enligt SFAI:s kriterier för uppvakningsverksamhet.
- Patienterna skall informeras om att under behandlingsdygnet inte utföra handlingar, som kräver koncentration, t ex köra bil, hantera motorredskap, ta hand om spädbarn eller underteckna viktiga handlingar.

Verksamheten skall fortlöpande följas upp genom avvikeleregistrering och verksamhetssammanställning, deltagande i nationellt kvalitetsregister och uppföljning av morbiditet.

Dokumentation av sederingsgrad

Sederingskala (enl Ramsay)

Nivå 1: Klarvaken

Nivå 2: Dåsigt, lätt sederad

Nivå 3: Sederad, men väckbar genom normal samtalston

Nivå 4: Sederad, men väckbar genom höjd samtalston eller kraftig omrussning

Nivå 5: Medvetslös, svarar ej på fysisk stimulering (=anestesi)

Referenser

Ramsay MAE, Savage TM, Simpson BRJ, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. Br Med J 1974; 2: 256.

Knape JT, Adriaensen H, van Aken, H et al. Guidelines for sedation and/or analgesia by non-anaesthesiology doctors. European Union of Medical Specialists (UEMS). Eur J Anaesth 2007; 24: 563-7.

Kurs i obstetrisk anestesi v 41 2009 på Danderyds sjukhus

Danderyds Sjukhus är Sveriges största centrum för förlossningsvård, med två förlossningsavdelningar och två neonatalavdelningar.

Boka redan nu 6-8 oktober 2009 för denna ST-kurs.

Fullständigt schema kommer att publiceras på SFAI's hemsida jan 2009.

Ur Innehållet:

Smärtlindring vid förlossning: EDA spinal eller något annat? Neurologiska bortfall efter partus, hur göra? Hantering av mammor med pre-eklampsi och HELLP. Det asfyktiska barnet - workshop. Akut sectio - hur akut är det? Hantering av koagulationsrubbningar. Socialt program.

Kursansvarig Anette Hein
Anette.hein@ds.se



Kommentar till SFAI:s riktlinjer för procedurrelaterad propofolsedering

av Jan Wernerman, ordförande, SFAI

Bakgrund

Eftersom procedurrelaterad sedering med propofol har blivit vanlig bland icke-anestesipersonal, har SFAI funnit det viktigt att tydliggöra föreningens uppfattning i frågan. En arbetsgrupp inom föreningen har lagt fram förslag, dels om 'Riktlinjer för procedurrelaterad propofolsedering', dels om 'Förslag till utbildningsplan i procedurrelaterad propofolsedering för legitimerad sjukvårdspersonal, som saknar anestesiuutbildning'.

Det första dokumentet definierar vilken typ av sedering, som är lämplig, då propofol används av icke anestesipersonal. Maximalt acceptabelt sederingsdjup, maximal tid samt kraven på patientens allmänmedicinska status finns definierade. Vidare klargörs, hur en verksamhet, som använder procedurrelaterad propofolsedering utanför anestesiverksamheten, bör vara organiserad, samt att en systematisk kvalitetsregistrering är nödvändig.

Det senare dokumentet föreslår, hur legitimerad sjukvårdspersonal (läkare och sjuksköterskor), som saknar anesthesiuutbildning, kan få tillräcklig färdighet för att praktisera procedurrelaterad propofolsedering. Detta föreslås ske genom en såväl teoretisk som praktisk utbildning, bl.a innefattande ett antal korrekt utförda sederingar under kompetent handledning.

Varför en fråga för SFAI?

Våra patienter har under senare år erbjudits sedering med morfin och midazolam i samband med procedurer, som kräver sedering. Denna 'sedering' administreras oftast utan medverkan av anestesipersonal. Bägge läkemedlen har en kinetik, som inbjuder till överdosering, varför många av dessa 'sederingar' väl uppfyller kriterierna för narkos. Sederingen med morfin och midazolam sker oftast, utan att särskild personal övervakar patienten, utan att patientens underliggande medicinska status är utvärderat och utan systematisk uppföljning. Vi är nog alla överens om, att denna ordning inte är förenlig med modern patientsäkerhet. En annan klar nackdel med sedering med morfin och midazolam är dessa läkemedels långa halveringstid, som ofta kräver lång observationstid efter ingreppet. Slutligen kan operatören, pga kvarstående läkemedelsinverkan, inte informera patienten om undersökningsresultat eller ordinationer, utan detta får ske vid ett separat tillfälle. Det är naturligtvis svårt att i nuläget börja diskutera, hur administrering av morfin och midazolam skall ske, eftersom det är två värdefulla läkemedel med utbredd användning inom sjukvården.

Propofol är ett läkemedel med potential att ersätta kombinationen morfin och midazolam, med många potentiella fördelar för patient och operatör. Problemet

med propofol är det snabba anslaget och den stora interindividuella variationen i känslighet. Detta är rutin för personal med anesthesiuutbildning, men kan det hanteras säkert av kollegor, som saknar anesthesiuutbildning? Socialstyrelsen har ingen uppfattning i frågan och de företag, som tillverkar propofol, anger ej regelmässigt i FASS-texten, att användningen är förbehållen anestesipersonal – som t. ex. anges för användande av muskelrelaxantia.

Eftersom användningen av propofol av icke anesthesiuutbildad personal redan förekommer, synes det angeläget, att SFAI uttalar, vad den anesthesiologiska professionen anser i frågan. Förslaget 'Riktlinjer för procedurrelaterad propofolsedering' tar därvidlag hänsyn till nödvändigheten att öka säkerhet och dokumentation, samt att ange vilka patienter och ingrepp, som ej lämpar sig för propofolsedering utanför reguljär anesthesiologisk verksamhet. Beträffande förslaget till utbildning måste arbetsgruppens förslag mer ses som ett möjligt utbildningspaket. Här måste hänsyn till lokala förhållanden få stort utrymme. SFAI måste dock trycka på två viktiga frågor; att en eventuell utbildning måste ha väldefinierade praktiska moment, samt att den för sederingen ansvariga ordinerande läkaren själv bör ha tillräcklig praktisk kompetens.

Eftersom genomströmningen av en skopimottagning, där procedurrelaterad

propofolsedering tillämpas, kan ökas, finns skäl att tro, att anestesijuksköterskor kan tänkas bli rekryterade till sådan verksamhet. Detta höjer självklart kompetensnivån på sköterskesidan, men även här finns anledning till att se betydelsen av de framlagda riktlinjerna. De ramar, som riktlinjerna anger, ger en sådan anestesisköterska trygghet i att inte behöva bli 'gisslan' i en situation, där skopist/operatör önskar dosökning, utöver vad som är rekommenderat.

Beslutsprocessen inom SFAI

Skall SFAI ge riktlinjer, som främst riktar sig till andra kollegor än föreningens egna medlemmar? Ja, våra patienter efterfrågar vår sakkunskap, antingen på så sätt att vi finns på plats, eller eljest att vi anger, hur ett potentiellt fördelaktigt men även farligt läkemedel skall hante-

ras. Genom de riktlinjer, som arbetsgruppen arbetat fram, har vi tagit det ansvaret. Beträffande förslaget till utbildning har några medlemmar av föreningen reagerat negativt. Huvudargumentet synes vara, att SFAI inte skall medverka till och legitimera en 'halvsulning'. På den punkten kommer föreningens medlemmar sannolikt aldrig att kunna bli eniga. Därför är det bättre att se utbildningsrekommendationerna som ett förslag. I något fall, då en utbildning snarlik den, som rekommenderas, gavs, blev reaktionen från de icke-anestesiologiska kollegorna att ej fullfölja planerna på att själva ta över ansvaret för den procedurrelaterade propofolsederingen. Här måste lokala förutsättningar avgöra, hur verksamheten organiseras, och om någon form av utbildning skall komma ifråga.

Sammanfattning

SFAI anger, hur procedurrelaterad propofolsedering bör gå till. Detta är till gagn för patienter och till stöd för de icke-anestesiologiska kollegor och sjuksköterskor, som blir engagerade i sådan verksamhet. De icke-anestesiologiska kollegorna bör skaffa sig kompletterande utbildning, om de inom ramen för sin legitimering avser att ordinera och/eller utföra propofolsedering. Här har en arbetsgrupp inom SFAI lagt fram ett tänkbart förslag. Lokala förutsättningar bör avgöra, hur sådan utbildning kan utformas, för att reell kompetens skall uppnås. SFAI kan som förening vare sig legitimera sådan utbildning eller de icke-anestesiologiska kollegor, som genomgår sådan utbildning.

Läkare Utan Gränser

är av självklara skäl intresserade av kontakt med SFAI:s medlemmar. Den, som vill veta mer om denna organisations verksamhet, kan gå in på

www.lakareutangranser.se

och bland mycket annat läsa den till Port Harcourt, Nigeria, nyligen utreste Henrik Jörnvalls blogg under rubriken 'På gång'."

Organisationen kan också nås via

Catherine Johnsson

Head of Communications

Läkare Utan Gränser/Médecins Sans Frontières, Sweden
Gjörwellsgatan 28, 4 tr, Box 34048, 100 26 Stockholm



08-55 60 98 07
0709 32 18 72
Fax: 08-55 60 98 01
catherine.johnsson@msf.org



SFAI:s kurser för ST-läkare 2009

Här presenteras beskrivningar av SFAI:s kurser för ST-läkare. Som tidigare ordnas andra kurser för ST-läkare, bland annat reguljära SK-kurser i IPULS' regi. För mer information om dessa, se www.ipuls.se.

För SFAI:s kurser gäller följande:

1. anmälan görs direkt till kursgivaren på särskild blankett.
2. en kursavgift om 1000 – 2000 kr per kursdag debiteras ST-läkarens klinik. Kursdeltagare, som inte är medlemmar i SFAI, kan debiteras en högre avgift.
3. vissa kurser vänder sig till ST-läkare i början och andra till ST-läkare i slutet av sin specialistutbildning.
4. kurserna kan också sökas av nyblivna specialister, som vill förkovra sig ytterligare.

Björn Bark

Kurskoordinator och sammankallande i SFAI:s styrgrupp för ST-läkarnas kurser
Verksamhetsområde anestesi och intensivvård
Universitetssjukhuset i Lund
221 85 Lund
Tel 046-17 19 49 Fax 046-17 60 50
bjorn.bark@skane.se

Pediatrisk anestesi och intensivvård

Datum: 4 – 7 maj 2009

Kursledare: Per Westrin, Jan Gelberg

Kontaktperson: Jan Gelberg, jan.gelberg@skane.se

Adress: Barnanestesi, Barn- och Ungdomssjukhuset, 221 85 Lund

Tel: 046-17 82 18

Innehåll: Kursen tar upp viktiga skillnader i andnings- och cirkulationsfysiologi hos barn jämfört med vuxna. Vätskebalans och blodersättning under anestesi och intensivvård till barn belyses liksom respiratorbehandling. Det vardagliga peroperativa förloppet med induktionsmetoder, smärtlindring och regionala blockader diskuteras. Kursen tar även upp akuta situationer, ger en orientering om anestesi i nyföddhetsperioden samt anestesi till barn med hjärtsjukdomar.

Målgrupp: ST-läkare i slutet av sin specialistutbildning

Sista anmälningdag: 2008-12-01 på SFAI:s anmälningssblankett för fria SK kurser skickas till Jan Gelberg.

Kostnad: 5 500:- exkl moms för SFAI medlem, 6 500:- exkl moms för icke SFAI medlem.

Grundläggande intensivvård

Datum: 4 – 7 maj 2009

Plats: Akademiska sjukhuset, Uppsala

Kursledare: Sten Rubertsson

Kontaktperson och anmälningar till:

Akademiska sjukhuset, Katja Andersson, Anestesi och intensivvård, 751 85 Uppsala.

Tel: 018-611 48 94, Fax: 018-51 46 21

e-post: katja.andersson@akademiska.se

Innehåll: Kursens målsättning är att ge grundläggande kunskaper inom modern intensivvård. Föreläsningar med genomgång av bakomliggande fysiologi, diagnostik och behandling varvas med interaktiva diskussioner kring patientfall.

Målgrupp: För ST-läkare i början av, eller som ännu inte har påbörjat, sin specialistutbildning i anestesilogi. Intresserade från andra specialistutbildningar är också välkomna.

OBS! Sista ansökningsdag 090201.

Grundläggande anestesi

Datum: 11 – 15 maj 2009

Plats: Åkerby Kursgård, Örebro

Kursledare: Mikael Jansson

Kontaktperson: Ing-Marie Dimgren

Adress: Anestesi- och intensivvårds-kliniken, Universitetssjukhuset, 701 85 Örebro

Tel: 019-602 10 00, Fax: 019-12 74 79

e-post: ing-marie.dimgren@orebroll.se

Syfte: Kursen skall ge ST-läkaren kunskap i grundläggande anestesi, så att förutsättningar finns för att bedöma patienter preoperativt och härvid identifiera riskpatienter, planera lämplig anestesiform och ge anestesi vid enklare kirurgiska ingrepp samt adekvat postoperativ vård.

Innehåll: Kursen består av basala teoretiska föreläsningar (preoperativ bedömning, farmakokinetik, inhalationsanestesi, intravenös anestesi, lokalanestesi/blockadteknik, muskelrelaxantia), som varvas med problembaserat grupparbete kring patientfall (preoperativbedömning, postoperativt illamående, smärta), praktiska övningar med fokus på den svåra luftvägen och kärlaccess ex. CVK, intra-ossös infart, intubation, fast-track.

OBS! Sista ansökningsdag 090201.

"Fria" kurser för ST-läkare anordnade på uppdrag av SFAI: 2009

Kurslistan uppdateras löpande och finns även på www.sfai.se.

Ansökan på särskild blankett skickas till respektive kursansvarig senast 1 februari för kurser, som hålls våren 2009 (kursgivare kan dock kontaktas för ev. restplats). Anmälan är bindande, dvs vid återbud äger kursgivare rätt att debitera kursavgift!

Titel	Plats	Kursdatum	Anmälan senast	Kursledare och kontaktpersoner
Grundläggande intensivvård (För ST-läkare i början av eller som ännu inte har påbörjat sin specialistutbildning)	Uppsala	4 – 7 maj	090201	Sten Rubertsson Akademiska sjukhuset katja.andersson@akademiska.se
Pediatrisk anestesi och intensivvård	Lund	4 – 7 maj	081201	Jan Gelberg Universitetssjukhuset i Lund jan.gelberg@skane.se
Svåra luftvägen	Göteborg	5 – 8 maj 2009	081001	Per Nellgård, Gunnar Nordberg Sahlgrenska universitetssjukhuset per.nellgard@vgregion.se , gunnar.l.nordberg@vgregion.se
Grundläggande anestesi (För ST-läkare i början av eller som ännu inte har påbörjat sin specialistutbildning)	Örebro	11 – 15 maj	090201	Mikael Jansson Universitetssjukhuset, Örebro ing-marie.dimgren@orebroll.se

Övriga kurser för ST-läkare 2009

Traumatologi : för blivande specialister inom opererande specialiteter samt anesthesiologi.	Linköping	2009	Egenfinansierad SK-kurs. www.lio.se/kmc
Avancerad hjärt-lungräddning, A-HLR. Instruktorutbildning i internatform.	Marstrand	Flera	www.hlr.nu
Advanced Trauma Life Support	Flera	Flera	www.atls.nu
Pre-Hospital Trauma life Support	Flera	Flera	www.phtls.nu
Advanced Pediatric Life Support	Göteborg Stockholm Lund	Flera	anne-marie.engstrom@vgregion.se

Ansökningsblankett till "fria" kurser för ST-läkare och specialister anordnade på uppdrag av SFAI 2008

TEXTA TYDLIGT

Kurs	Kursbeteckning		
	Kursansvarig	Kursdatum	
Person-uppgifter	Personnummer		
	Efternamn och tilltalsnamn		
	Utdelningsadress (arbetsplats)		
	Postnummer	Postort	E-mail
	Telefonnr till bostaden (även riktnr)		Telefonnr till arbetet (även riktnummer)
ST-läkare/ Vik underläkare	Specialitet		
	Antal aktiva tjänstgöringsmånader efter legitimationsdatum månader		Varav inom anestesi- och intensivvård månader
Övriga uppgifter			
Underskrift	Datum	Ort	
	Sökandes namnteckning		

Kursavgift 1.000 – 2.000 kr per kursdag + moms, faktureras efter antagning.
Kursdeltagare som inte är medlem i SFAI debiteras en högre kursavgift. Anmälan är bindande, det vill säga även vid återbud äger kursgivaren rätt att debitera kursavgift!

Ansökan skickas till respektive kursansvarig senast **1 oktober 2008** för vårens kurser. Antagningsbesked skickas ut senast 1 månad efter detta datum.

Godkännes	Verksamhetschef eller motsvarande	Namnförtydligande Viktigt!
------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Fakturaadress:

Blanketten får kopieras

SFAI:s styrgrupp för ST-läkarnas kurser
maj 2006

Ny postoperativ smärtbehandling!



Enklare

IONSYS® innebär en enklare smärtlindring vid akut postoperativ smärta av måttlig till svår intensitet, jämfört med IV PCA¹⁻⁴. IONSYS är en unik nålfri patientkontrollerad analgesi. När patienten aktiverar systemet transporteras fentanyl transdermalt med jontofores-teknik. För patienten innebär det en snabb och bekväm smärtlindring. För behandlande personal är IONSYS-systemet enkelt att applicera, övervaka och hantera.

IONSYS är förprogrammerat och förfyllt med läkemedel.

Mer information finns på www.ionsys.se



Referenser: 1. Hartrick CT et al. Reg Anesth Pain Med. 2006;31:546-554. 2. Minkowitz H et al. Pain Med. 2007;8:657-668. 3. Grond S et al. Br J Anaesth. 2007;98:806-815. 4. Viscusi ER et al. JAMA. 2004;291:1333-1342.

Indikation: Behandling av akut postoperativ smärta av måttlig till svår intensitet. Skall endast användas inom slutenvård. Beroendeframkallande läkemedel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. Jontoforetiskt transdermalt system (ITS). 40 mikrogram fentanyl per dos. IONSYS påverkar kraftigt förmågan att framföra fordon och använda maskiner. ATC-kod: N02AB03. Rx. Förpackning: 1 system/förpackning.

För fullständig produktinformation och aktuellt pris, se www.fass.se

KONGRESSER & SYMPOSIER

inom Anestesi och Intensivvård

(ytterligare information på www.sfai.se, "kalendarium")

2008

2008-11-12 - 14: Referensgruppens för intensivvård tolfte årliga möte, Sigtuna. (Hänvisning saknas. www.sfai.se.)

2008-11-20 - 21: IVAN, Stockholm. (Referens saknas. www.aniva.se?)

2008-11-26 - 28: Riksstämman, Göteborg. www.riksstammangoteborg.se

2008-12-01 - 03: Thoraxanestesi och -intensivvård, Stockholm. sten.samuelsson@karolinska.se

2008-12-12 - 16: 62nd PGA, New York. <http://nyssa-pga.net>

2008-12-04 - 05: Airway Management for Anaesthesiologists, Köpenhamn. gitte.blom@rh.regionh.dk

2009

2009-01-23 - 25: Nordisk barnanestesi-kurs, Köpenhamn. www.boerneanaesthesi.dk

2009-02-02 - 04: Hur det verkligen fungerar. www.hurdetverkligenfungerar.se

2009-02-02 - 04: Complications of Chronic Liver Failure; New Paradigms, Oslo. www.congrex.no/ica2009
zbigniew.konopski@medisin.uio.no

2009-03-13 - 16: 5th World Congress of Pain, Geneve. www.kenes.com/wip/
wip@kenes.com

2009-03-13 - 17: 83rd Clinical and Scientific Congress of the International Anesthesia Research Society, San Diego. www.iars.org

2009-03-24 - 27: International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, Bryssel. www.intensive.org

2009-04-23 - 24: 11th SCCM/ATS/ERS/ESICM/SRLF, International Consensus Conference in Intensive Care Medicine. "Therapeutic Hypothermia - To Cool Or Not To Cool?", San Juan, Puerto Rico. (hänvisning saknas)

2009-04-29 - 05-03: 41st Annual Meeting of the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology (SOAP), Washington. www.soap.org/

2009-05-07 - 08: Riksföreningen för anestesi och intensivvård, studiedagar. Malmö. (hänvisning saknas)

2009-05-13 - 15: Svåra luftvägen, Hven. rose-marie.stiller@skane.se

2009-05-20 - 22: Obstetric Anaesthesia 2009, Jersey. www.oaa-anaes.ac.uk

2009-06-06 - 09: Euroanaesthesia 2009, Milano. www.euroanaesthesia.org/

2009-06-14 - 16: Perioperative Care for the Geriatric Patient, Prag. www.geriatric09.cz

2009-08-21 - 09-01: 10th Congress of the World Federation of Societies of Intensive & Critical Care Medicine, Florens. www.world-critical-care.org

2009-09-12 - 17: 4th All Africa Anaesthesiologists Congress, Nairobi. Theme: Anaesthesia, Intensive Care and Pain Management in Africa; past, present and future. Sub-themes: Palliative Care, Geriatric Anaesthesia, HIV/AIDS, Traditional Medicine. penny@libertyafrica.com, alt. info@anaesthesiakenya.org, alt. info@aaackenya2009.org, alt. www.aaackenya2009.org.

2009-09-16 - 18: SFAI, Umeå. www.sfaiveckan.se

2009-10-11 - 14: ESICM, Wien. www.esicm.org

2009-10-17 - 21: ASA, New Orleans. www.asahq.org.

2009-12-11 - 15: 63rd PGA, New York. www.nyssa-pga.net

2010

2010-06-04 - 07: International Federation for Nurse Anaesthetists, Haag. (Referens saknas.)

2010-10-16 - 20: ASA, San Diego. www.asahq.org.

Nästa nummer utkommer i december 2008

Vid utebliven tidning –
maila Birgitta Nehlin, sfai@swipnet.se



Inga misstag tillåtna

Ibland har man inte råd att misslyckas

Ett effektivt antibiotikum ger ett snabbare tillfrisknande vid svår infektion, kortare tid på sjukhus och därmed också en kostnadsbesparing. Studier visar att antal dagar på sjukhus utgör en övervägande andel av behandlingskostnaden för inlagda infekterade patienter.^{1,2} Meronem har med sitt ultrabreda spektrum god effekt mot såväl grampositiva, gramnegativa, aeroba som anaeroba bakterier. Många av de mest förekommande bakterierna hos sjukhusvårdade patienter är känsliga för Meronem.³

MERONEM[®]
meropenem

NÄR BARA SEGER RÄKNAS

Indikationer: Vuxna: Akut bakteriell meningit. Allvarlig pneumoni. Intraabdominella infektioner samt postpartum infektioner. Allvarliga infektioner som utgår från lungorna, urinvägar eller tarm. Initial behandling av infektioner hos neutropena patienter. Luftvägsinfektioner hos patienter med cystisk fibros. Barn: Akut bakteriell meningit, allvarlig bakteriell pneumoni och intraabdominella infektioner. Initial behandling av infektioner hos neutropena patienter. Infektioner hos patienter med cystisk fibros. **Förpackningar:** Pulver till injektions-/infusionsvätska, lösning (vit) 10 x 500 mg och 10 x 1 g injektionsflaska, glas. **Referenser:** **1.** McKinnon, PS et al. Clin Infect Dis, 1997. 24(1): 57–63. **2.** Paladino, JA et al. Ann Pharmacother, 1994. 28(3): 384–9. **3.** Verwaest, C. Belgian Multicenter Study Group. Clin Microbiol Infect, 2000. 6(6): 294–302.

Styr smärtblockaden efter patientens behov vid Anestesi och Intensivvård



Ultiva®, remifentanil är en högpotent opioid. Halveringstiden är kort och distributionsvolymen liten vilket ger en hög styrbarhet. Ultiva elimineras oberoende av patientens lever- och njurfunktion. Med Ultiva kan patienten få en effektiv smärtblockad utan förlängd återhämtning.

- Tack vare god synergieffekt reducerar Ultiva behovet av hypnotika/sedativum.
- Halveringstiden för Ultiva är 3-4 minuter oberoende av behandlingens längd.
- Ultiva kostar 60 kr/mg, vilket vid normal dosering räcker till ca 1 timmas narkos eller två timmar vid intensivvård.

Rx. Indikationer: Analgetikum vid induktion och/eller underhåll av generell anestesi under assisterad andning vid kirurgiska ingrepp för vuxna och barn från 1 år, induktion och/eller underhåll av generell anestesi under assisterad andning vid hjärtkirurgi hos vuxna samt för smärtlindring och sederings vid intensivvård av mekaniskt ventilerade patienter.

Ultiva ges som intravenös lösning via sprutpump. Det kan administreras under förutsättning att fullständig utrustning för övervakning och assistans av hjärt-lungfunktion finns tillgänglig. Personalen skall vara väl förtrogen med potenta opioider och vara tränad i hjärt-lungräddning, upprätthållande av fria luftvägar och assisterad andning. Då remifentanil har en snabbt avklingande effekt med utebliven smärtlindrande effekt cirka 5-10 minuter efter avslutad tillförsel, är bedömning och planering av patientens omedelbart post-operativa behov av smärtstillande medel viktig.

Förpackningar: pulver till injektions-/infusionsvätska 1, 2 och 5 mg. Pris: 60 kronor per mg. EF, utan förmån. Datum för översyn av produktresumé: 2007-09-18. För ytterligare information se www.fass.se.

