

Uppdukat

Nr 2 maj 2017 årgång 29

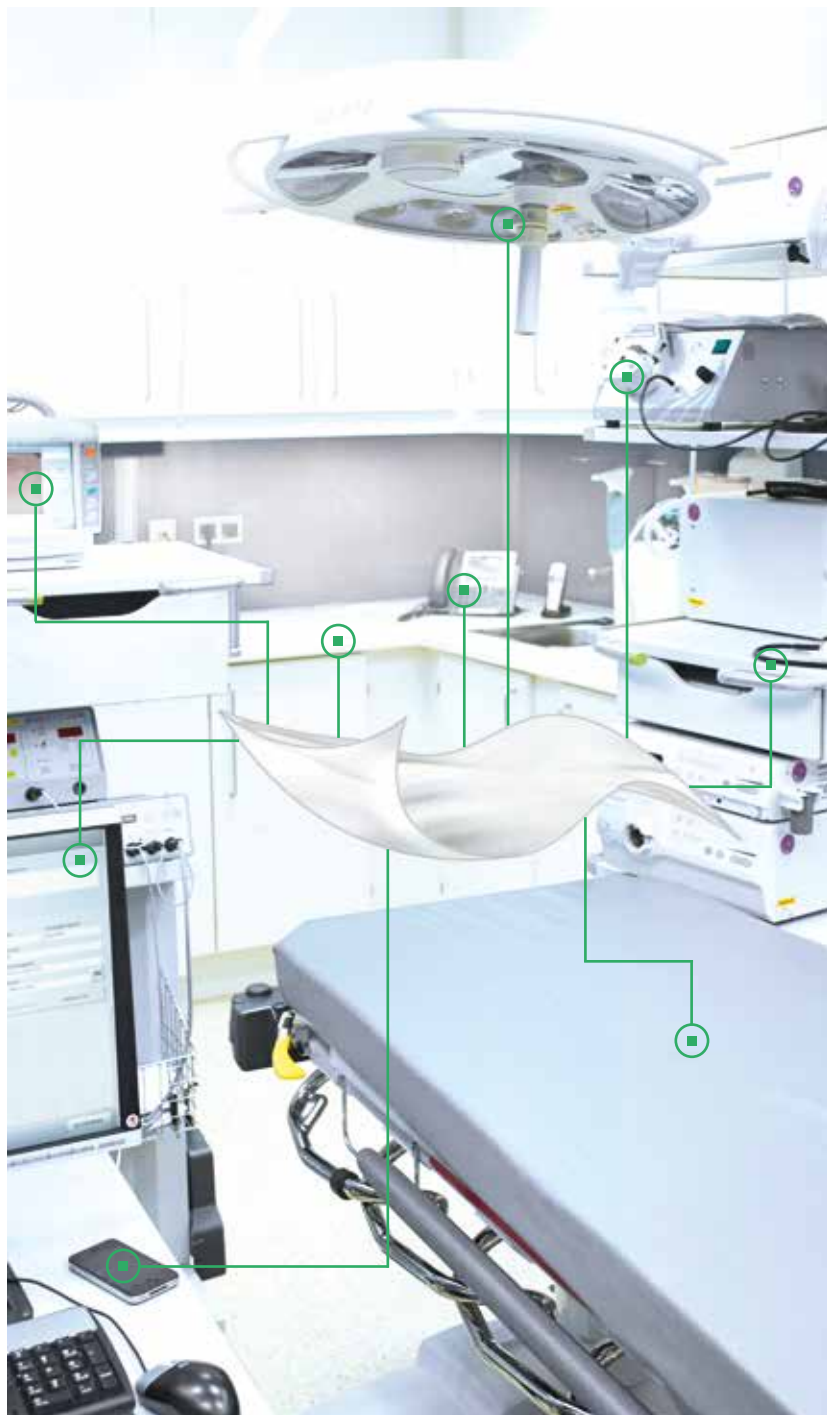


**Skonsam snabb
Effektiv desinfektion**

Bacillol® 30 Tissues

Färdig att använda,
alkoholbaserad snabb
desinfektion verksamt
mot MNV.

För alla ytor, även känsliga
ytor som t ex plast mm.



BODE Chemie GmbH

Forskning för infektionsskydd. www.bode-science-center.com



Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

1 800 exemplar. Tidningen
utkommer med fyra nummer
per år, till alla medlemmar
i riksföreningen och övriga
prenumeranter.

Prenumeration

Prenumerationskostnad är
350 kr per kalenderår. Sätt in
pengarna på postgironummer
70 80 08 - 8 adresserat till:
Riksföreningen för opera-
tionssjukvård. Ange namn
och adress på inbetalnings-
blanketten och märk med
Uppdukat. Adress och/eller
namnändring görs till:
Elisabeth Liljeblad
prenumeration@rfop.se

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild

Helsingborgs lasarett

Foto: Marie Afzelius

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

*Kristina Lockner
Inger Andersson
Marie Afzelius
Yvonne Törnqvist
Marie Månsson
Izabella Nordstrand*

**Om ni vill komma i kontakt
med oss i redaktionen
skicka då en e-post till:**
uppdukat@rfop.se

Eftertryck från tidningen utan
Riksföreningen för operations-
sjukvårds medgivande är
förbjudet.

Innehåll

Uppdukat nr 2 2017 årgång 29

Redaktionens ord...**sid 4**

Porträttet...**sid 6**

Banbrytande karriärväg
inom robotkirurgi...**sid 10**

Hygienfrågan...**sid 13**

Klinisk examination i simulerad
miljö för Specialistsjuksköterske-
programmet med inriktning
mot anestesioch operations-
sjukvård...**sid 14**

Min operationsavdelning....**sid 17**

Ny bendonationsverksamhets på
Östersunds sjukhus...**sid 18**

Hög ljudnivå på
operationssalen?...**sid 22**

Postoperativ komplikation kan
minskas...**sid 24**

Rapport från Projekt
Säker Traumavård...**sid 27**

Säkert teamarbete på
barnoperation...**sid 30**

Föreningsnytt...**sid 32**

sid 10



sid 18



sid 27



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

- Använd dator och skriv i Word. • Skriv rubrik, ingress, underrubrik och bildtexter i löpande text (använd ej tabbar eller gör egen layout).
- Redigera inte in dina bilder i texten. Bilder skickas digitalt i tiff, eps eller jpeg-format till uppdukat@rfop.se efter överenskommelse med redaktören. Har du inte digitala bilder, skicka pappersoriginalen till redaktören.
- Skriv alltid namn, adress och telefonnummer när du skickar dokument till oss.

Hör av dig till redaktionen med frågor! Vi förbehåller oss rätten att redigera och korta bidragen. För ej beställt material ansvaras ej.

Layout: MittKompetens AB, Nattviksgatan 6, 871 45 Härnösand **Tel:** 0611-243 46 **Tryckeri:** Hemströms Tryckeri, Härnösand

Foto: Peo Sjöberg



Först vill jag berätta att Svensk sjuksköterskeförening och vi (riksföreningen för operationssjukvård) kommer att driva del 3 i projektet Strak för kirurgi stark för livet. Ett rök- och alkoholuppehåll i fyra till åtta veckor i samband med kirurgi kan halvera antalet komplikationer och ett komplikationsfritt förlopp vid en operation är många gånger helt avgörande för ett lyckosamt resultat. Fast vad får personerna som ska genomgå kirurgiska ingrepp för information? Och av vem och när? Detta är några av frågorna vi ska ta reda på i kommande arbete. Följ projektet i Uppdukat och på kommande Höstkongress.

Arbetsmiljö är en mycket viktig del av våra liv och hur är det då med ljudnivån på våra operationssalar? Är den hög? Det är en fråga om vår arbetsmiljö och patientsäkerheten på våra operationsavdelningar. Att inte höra vad kollegor säger och upplevelsen av att missa i sitt yrkesutövande påverkar självförtroendet, fast det finns hjälpmedel att tillgå. Här får vi tips på hur man kan åtgärda det. Bendona-tionsverksamhets på Östersunds sjukhus, karriärvägar inom robotkirurgi, säker traumavård, kliniskexamination i simulerad miljö för Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi och operationssjukvård och föreningssidorna. Det finns något för alla i detta nummer av Uppdukat.

Kalendarium:

Årsmöte

17 maj

Hygienforum

18 - 19 maj

Höstkongress

30 november - 1 december

Chefkonferens med nätverk

30 november - 1 december

Till sist vill jag tacka alla som kontaktar oss med tips och idéer och skriver till Uppdukat, fortsatt gärna med det.

Läs mer om ljudnivån på våra operationssalar på sid 22



Företag som haft deltagare på Certifieringsutbildning för produktspecialister under år 2015, 2016 fram till april 2017.

Abbott/St. Jude Medical

ABIGO Medical

Baxter Medical AB

B.Braun Medical

Boston Scientific Nordic AB

Carl Zeiss AB

Cerner

Cook Sweden AB

Cook Medical

Covidien

Diaspec

Edwards Lifesciences

Elekta Instrument AB

Geringe Sverige

Johnson & Johnson

KEBOMED Sverige

Kungshusen Medicinska AB

LINK SWEDEN

Linvatec Sweden

Medela Medical

Medioplast

Medline International Sverige AB

Medtronic

Medtronic/MITG

Mölnlycke Health Care

NordicInfu Care

Novus Scientific

Olympus Sverige AB

OneMed Sverige AB

Senzime AB

Siemens Healthcare

Smith & Nephew

Solann

Steripolar

Stryker

Tieto Sweden Healthcare & Welfare

Toul Meditech

Vingmed AB

Zimmer Biomet





Laparoskopiska instrument

Allt du behöver i ett Mölnlycke® kundanpassat set

Våra specialister samarbetar nära er för att definiera och utvärdera de bästa lösningarna både med ett komplett bassortiment och med våra nya laparoskopiska instrument. Resultatet?
En laparoskopilösning som är specialanpassad helt efter era behov, med allt ni behöver för varje ingrepp i ett enda bekvämt och kostnadseffektivt paket.

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Tel 031 722 30 00.
Mölnlycke varumärken, namn och logotyper som är globalt registrerade av en eller flera företag
i Mölnlycke Health Care gruppen. ©2017 Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt.


Mölnlycke®



Porträttet

Mariana Säkkinen

Vad heter du och hur gammal är du? Mariana Säkkinen, 55 år.

Hur länge har du arbetat som operationssjuksköterska?

Jag blev operationssjuksköterska för ungefär 15 år sedan, men jag började arbeta på ögonoperation som ögonsjuksköterska redan några år innan (1998). Ögonsjuksköterskor har ett avsnitt med operationssjukvård vid ögonkirurgi under utbildningen och får därmed instrumentera vid ögonoperationer. Jag ville dock lära mig mer om operationssjuksköterskans kompetensområde och vidareutbildade mig efter ett par år. Senare intresserade jag mig också inom ledarskapsområdet och har gått ett flertal utbildningar som rör det. Idag arbetar jag som biträdande verksamhetschef på ögonoperation S:t Eriks ögonsjukhus men även kliniskt som operationssjuksköterska.

Har du haft något annat yrke än operationssjuksköterska under din karriär?

Förutom de extraknäck på varuhus som jag hade under skoltiden, är det inom sjukvården som jag har arbetat. Efter gymnasiet arbetade jag som undersköterska på vårdavdelning och på operation på Karolinska Sjukhuset i Solna. Jag har arbetat som allmänsjuksköterska på kirurgisk vårdavdelning på Sabbatsbergs sjukhus direkt efter sjuksköterskeutbildningen, som företagssjuksköterska på Arlanda flygplats och på Citytappen i Stockholm med plasmatappning för att framställa läkemedel till patienter med blödarsjuka. Hunnit med en kort period på mottagning på vårdcentral då mina barn var små.

Vad var anledningen till att du utbildade dig till operationssjuksköterska?

Jag gillar operationsmiljön för den känns ren och fräsch. Jag har nog lite bacillskräck egentligen..... Jag arbetade även som undersköterska på en operationsavdelning i början på 1980-talet innan jag blev sjuksköterska och trivdes väldigt bra med det (på c-op KS Solna). Jag gillar att operationssjuksköterskan får ha ett stort fokus på en patient i taget och att de omvårdnadsåtgärder vi utför är tydliga och genomtänkta. Jag gillar att hantera medicinskeknisk utrustning och gillar

problemlösning av olika slag och det är bra att kunna som operationssjuksköterska tror jag. På min nuvarande arbetsplats har vi mycket akut kirurgi som är spännande men utan att patientens liv står på spel, vilket är skönt. Däremot kan akuta operationer vara synhotande vilket är mycket traumatiskt för patienten.

Var gick du din utbildning?

Jag gick min grundutbildning på Röda Korsets Sjuksköterskeskola som den hette då. Numera heter det Röda korsets Högskola. Vidareutbildningen i operationssjukvård gick jag på Karolinska Institutet.

Hur såg utbildningen ut när du gick den?

Grundutbildningen var på 80 poäng (2 år) och var inkluderad inriktning i kirurgi och medicin. Jag gick sedan specialistutbildning inom ögonsjukvård 1995 (ej specialistutb idag) och sedan vidareutbildningen i operations-sjukvård 2001 som var 40 veckor och 40 poäng. Första terminen under utbildningen i operationssjukvård gick flera specialistutbildningar tillsammans, det var anesthesi, ambulans och IVA som läste med ett problembaserat upplägg. För min egen del tyckte jag att det var väldigt bra med gemensam repetition i fysiologi och patofysiologi och att läsa första terminen tillsammans. Jag tycker också att det var bra att få inblick i anestesins kunskapsområde så att vi tillsammans vid operationer i generell anesthesi skall kunna arbeta så patientsäkert och med rätta omvårdnadsåtgärder.

Hur såg arbetssituationen ut när du var klar med din utbildning?

Jag var redan anställd på ögonoperation på S:t Erik som ögonsjuksköterska och gick min vidareutbildning inom operationssjukvård efter ett par år. S:t Erik har under alla år satsat mycket på kompetensutveckling och har länge sett till sin egen försörjning av nya medarbetare, både operationssjuksköterskor och ögonsjuksköterskor vilket är mycket bra och nödvändigt.

Hur många olika sjukhus har du arbetat på?

Innan min nuvarande arbetsgivare har jag arbetat på två andra sjukhus

i Stockholm, Karolinska Sjukhuset i Solna och på Sabbatsbergs sjukhus. Jag har haft min anställning som operationssjuksköterska på S:t Erik hela tiden och medarbetare hos oss deltar även i ögonoperationer på barn under ett år på Astrid Lindgrens barnsjukhus (nu NKS). Där utförs ett hundratal ögonoperationer per år. Jag har även under åren följt med ögonbakjouren till flera av Stockholms operationsavdelningar under jourtid. Jag gillar att vara flexibel och lösningsorienterad som operationssjuksköterska, men det kan vara en utmaning att delta i ögonoperationer när man konsulter på en annan operationsavdelning.

Har du alltid arbetat inom samma specialitet? Om ja, vilken? Om nej, inom vilka olika?

Jag har enbart arbetat med ögonkirurgi som operationssjuksköterska. Den är dock väldigt subspecialiserad och den är bredare än vad man kan tro. Det utförs operationer i alla ögats delar av olika specialiserade kirurger och som operationssjuksköterska skall du behärska alla dessa områden. Det utförs operationer bland annat i ögats främre segment (katarakt, glaukom och hornhinna) bakre segment (nätinnan), oculoplastik (orbita, tårvägar, tumörer och ögonlock- dock ej estetisk), ögonmuskler mm. Vi opererar flest vuxna men många patienter är barn. Barn med retinoblastom som är en cancerform i ögat kommer för undersökning och behandling under flera år. Vi bedriver även rikssjukvård inom flera av specialiteterna.

Har du gått några utbildningar efter din specialistutbildning?

Jag har gått handledarutbildning 5 poäng som var väldigt bra och lärorik. Jag har även gått ett flertal ledarskapsutbildningar då jag mer och mer intresserat mig i ledarskaps- och organisationsfrågor. Mitt arbete idag är mer administrativt men jag arbetar en viss del kliniskt ändå vilket är väldigt givande för mig och ger mig en nödvändig inblick i hur patientsäkerheten ser ut på avdelningen och hur arbetsmiljön ser ut för medarbetarna.

Hur gör du för att hålla dig uppdaterad inom ditt yrke?

Jag deltar på ögonkongresser och håller mig uppdaterad med vad som

händer inom hygien och patientsäkerhet och operationssjukvård i allmänhet. Deltar gärna på Riksföreningen för operationssjukvårds Höstkongress och chefsnätverk. Forum som rör hur morgondagens operationssjukvård och hur operationsavdelningar utformas tycker jag är högtintressant just nu när S:t Erik bygger nya "Eye hospital of Excellence" i Hagastaden vid NKS.

Vad är det bästa med att vara operationssjuksköterska?

Jag gillar yrket främst för att jag känner att jag gör väldigt stor nytta för patienten. Teamarbetet runt patienten tycker jag också är roligt då det avspeglar sig i hur arbetet utförs och framskrider på operationssalen. Det bästa är även att vi lär oss så mycket annat också förutom att instrumentera och operationsteknikerna, t.ex. patientsäkerhet, hygien, ventilation, steril teknik, medicinsk-teknisk utrustning, material, instrument och förband mm. Det är också väldigt stimulerande att vara med och utveckla sin verksamhet för det finns alltid stor utvecklingspotential inom alla områden på operationsavdelningen. Det finns

karriärvägar om man ser sig omkring. Det går att fördjupa sig inom ett visst kunskapsområde eller specialisera sig inom en annan del som behövs för att bedriva högspecialiserad vård.

Finns det några nackdelar med att vara operationssjuksköterska?

Det är att arbetet som operations-sjuksköterska inte har fått den status som den förtjänar tycker jag. Där ingår också förstås också bristen på operationssjuksköterskor och att operations-sjuksköterskor väljer andra arbeten än de utbildat sig till. På ögonoperation där många operationer utförs i mikroskop finns naturligtvis också risken för problem vid statiskt stillasittande arbete. Därför är det extra viktigt att medarbetarna roterar på avdelningen och att arbetsgivaren stimulerar och erbjuder friskvård på arbetsplatsen vilket man gör på S:t Erik.

Är det någon särskild yrkesfråga du "brinner" för? Om ja, vilken och varför?

Att bevaka patientsäkerhetsfrågorna och hur hygienområdet utvecklas.

Operationsplanering är också väldigt roligt och viktigt att arbeta med. Även att bevaka professionen i sig och dess utvecklingspotential förstås.

Hur ser framtidens operationsavdelning ut?

Jag hoppas att framtidens operationsavdelning kommer att vara anpassad till den verksamhet som skall bedrivas där. Den skall vara genomtänkt i design och utformning och dessutom utformas i samråd med de som skall arbeta. Logistik och flöden är väldigt viktiga liksom materialval ur hygienisk synpunkt.

Vad skulle du vilja rekommendera andra operationssjuksköterskor att göra inom sin yrkeskarriär?

Jag tycker att de skall testa flera olika operationsverksamheter och gärna engagera och fördjupa sig inom operationssjuksköterskans kunskapsområde som är väldigt brett. Jag skulle också gärna se mer omvårdnadsforskning av operationssjuksköterskor. •



MEDI PLAST®

För en säker och effektiv operationsmiljö

- Operationslampor
- Kundanpassade set, bäddset och operationsdraperingar
- Sugsystem
- Säkerhetsprodukter
- Operationsrockar, munskydd och handskar
- Dränage och dränagesystem

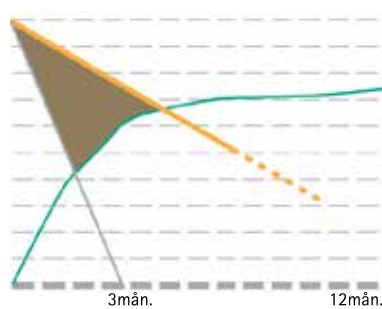
Kunskap gör skillnad – kontakta oss för mer information!

Medioplast AB • Tel 020-78 80 35 • mediplast.info@mediplast.com

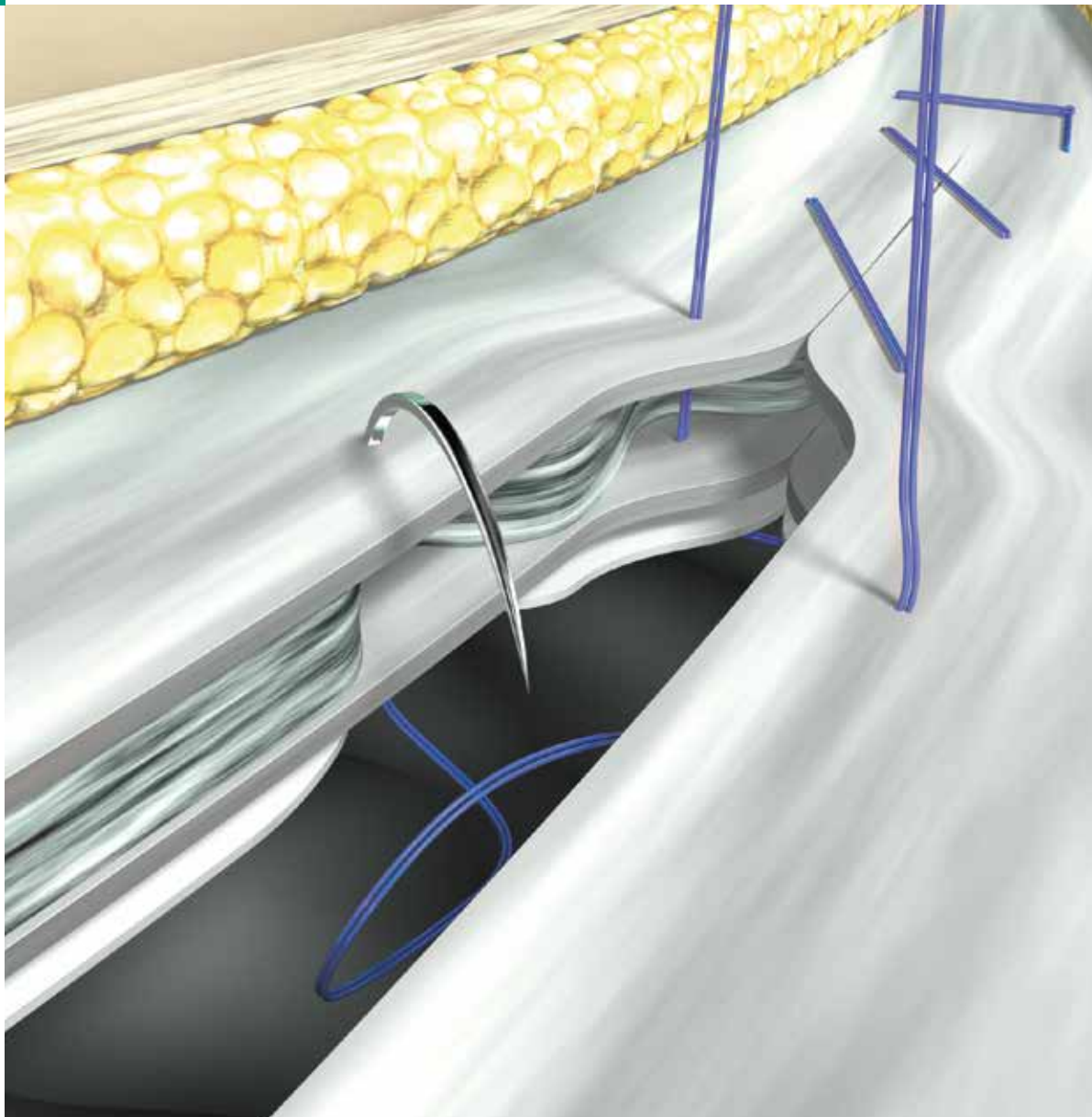
MONOMAX®

SPECIFIKT UTVECKLAD FÖR BUKFÖRSLUTNING

- ✓ Två gånger mer stöd i såret¹
- ✓ Minskning av postoperativa komplikationer⁴
- ✓ Lägre risk att utveckla ärrbräck³
- ✓ Säker och effektiv för bukförslutning²



- Återhämtad styrka i buken (% av normalt) över 12 månader
- Monomax nedbrytning
- Polydioxanone nedbrytning



B. Braun Medical AB | www.bbraun.se
(0)8 634 34 00 | info.sverige@bbraun.se

Referenser

- 1 Monomax Instructions for Use.
- 2 Albertsmeier M, Seiler CM, Fischer L, Baumann P, Hüsing J, Seidlmayer C, et al. Evaluation of the safety and efficacy of Monomax Suture material for abdominal wall closure after primary midline laparotomy – a controlled prospective multicentre trial: ISSAAC. *Langenbecks Arch Surg.* 2012 Mar;397(3):363–71.
- 3 Diener MK, Voss S, Jensen K, Büchler MW, Seiler CM. Elective midline laparotomy closure: The INLINE systematic review and meta analysis. *Ann Surg.* 2010 May; 251(5):843–56.
- 4 Millbourn D, Cengiz Y, Israelsson LA. Effect of stitch length on wound complications after closure of midline incisions: a randomized controlled trial. *Arch Surg.* 2009 Nov;144(11):1056–9.

Banbrytande karriärväg inom robotkirurgi

Universitetssjukhuset i Linköping investerade under hösten 2015 18 miljoner kronor i robotkirurgi. Ska Region Östergötland kunna utöka antal robotassisterade ingrepp i framtiden och attrahera operationssjuksköterskor, bör man investera i professionens utvecklingsmöjligheter. Jag antog utmaningen att subspecialisera mig till Registered First Nurse Assistant (RNFA) och följa med i robotutvecklingen.

Men vi börjar från början. I slutet av vårterminen 2014 blev jag legitimerad operationssjuksköterska vid Lunds universitet och under sommaren började ett nytt och spännande arbetskapitel som anställd vid Anestesi- och operationskliniken på US i Linköping. Under inskolningsperioden på hemmaenheten som innefattar kirurgi, gynekologi, urologi samt robotkirurgi väcktes ett intresse och nyfikenhet för minimalinvasiv avancerad laparoskopisk kirurgi. Under hösten 2015 investerade Region Östergötland ytterligare inom robotkirurgi, då roboten Ebbe ersattes mot det senaste robotsystemet på marknaden, Da Vinci Xi, och robotutbildning blev ett faktum.

Godkänd e-learning och studiebesök

Som förberedelse inför robotbytet gavs möjligheten att erhålla grundläggande information om det nya robotsystemet via engelska e-learningmoduler på Da Vinci Surgery Communitys hemsida. Denna e-learning är obligatorisk om man skall bli huvudoperatör eller certifierad first assistant efter godkänd våtlabbsutbildning, utformat av Da Vinci Off-site träningsprogram.

Efter godkänd e-learning gjorde jag studiebesök hos Sveriges första



Andrea Martinez Espinoza

certifierade RNFA, Linda Söderkvist, på urologsektionen vid Karolinska sjukhuset i Solna. Studiedagarna bjöd på inspiration, ny kunskap och en inblick om hur det framtida arbetet kommer att se ut som first assistant. Linda delade med glädje med sig från sin resa och rekommenderade varmt att söka till RNFA-utbildningen på Minimal Invasiv Utvecklingscenter (MIUC) vid Ålborgs universitetssjukhus i Danmark.

Utbildning

Hemkommen från studiebesöket i Stockholm berättade jag med entusiasm för min arbetsgivare och för colorektalkirurger inom mitt ansvarsområde, om operationssjuksköterskors nya karriärvägar inom robotkirurgi. De var väldigt stöttande och positiva till förslaget om att jag önskade vidareutbilda mig till RNFA och första steget togs under våren 2016.

Tillsammans reste jag och tre colorektalkirurger på tjänsteresa till IRCAD Training center i Strasbourg, Frankrike, för att delta i en våtlabbsutbildning utformat av European Academy of Robotic Colorectal Surgery (EARSC) i samarbete med Intuitive Surgical. Kursen fokuserade på generell robotutbildning primärt på gris och kadaverlabb med fokus på colorektal kirurgi. Efter utbildningen blev jag certifierad first assistant av Da Vinci Off-site träningsprogram och vidare på hemmaenheten fick jag teoretisk och praktisk handledning av erfarna colorektalkirurger inom det robotkirurgiska teamet – då RNFA utbildningen på MIUC rekommenderade intern praktisk utbildning före kursstart.

Deltagande i internationell robotkurs vid MIUC i Ålborg, Danmark ägde rum i höstas och utbildningsbeviset landade därefter tacksamt i mina händer som certifierad RNFA. Kursen var informationsrik, lärorik och utmanande på så vis att handhavande av laparoskopiska instrument, anatomikunskaper och ansvar ställs på sin spets.

Kursen består av två block som fokuserar på laparoskopiska färdighetsövningar på black box och gris. Emellertid har jag haft förmånen att simulera och färdighetsträna på Clinicum, som är en verksamhet integrerad med den medicinska fakulteten vid Linköpings universitet, samt hemlån av black box. Avslutningsvis avslutas varje utbildningstillfälle med ett teoretiskt och ett praktiskt prov samt omdöme från kursansvariga lärare.

Arbetsbeskrivning

RNFA-arbetsbeskrivningen är självständigt utarbetad av mig i samråd med mina handledare och utgör ingen nationell plattform, utan är anpassad



Anders Kald och Andrea Martinez Espinoza

efter min erfarenhet gemensamt med opererande kundkliniker och lokala riktlinjer på arbetsplatsen.

Arbetsdagen initieras med att läsa patientjournalen och operationsanmälan, samt preoperativt gå igenom förväntade operationssekvenser med huvudoperatören, vilket kan förhindra många utmaningar under operation. Gemensamt tar operationsteamet emot patienten på robotsal och säkerhetsfrågor ställs för säkerhet vid operationer enligt WHO:s checklista. Efter att patienten blivit sövd och sedvanliga omvårdnadsåtgärder vidtagits, är nästkommande steg att utföra de preoperativa förberedelserna tillsammans med ansvarig operationssjuksköterska.

Vidare består mina nya arbetsuppgifter att markera, portplacera, incidera hud och sätta portar med huvudoperatör eller assisterande operatör. I nästa steg docka robotarmar, införa endoskop och robotinstrument intraabdominellt under optisk syn. Nästkommande moment är att hantera och byta robot- och laparoskopiska instrument, inklusive sug och spol,

hem-o-lock clips, vessel sealer samt Da Vinci Stapler 45. Vidare införa och avlägsna laparoskopiska suturer och operationsdukar samt införa Sangustop/Tachosil och Endobag.

Givetvis är det av vikt att optimera de operativa villkoren för konsolkirurgen genom att tillhandahålla tension av vävnad intraabdominellt samt att exponera operationsområdet för kirurgen genom att evakuerar kirurgiskt rök, blod och vätska. Under pågående operation är det viktigt som first assistant att agera som ”kirurgens högra hand” och aktivt förebygga, förhindra och kontrollera patientens hudstatus, tryckändring, kollision av robotarmar, lokalisation av gasläckage och så vidare. Dessutom ska RNFA besitta grundläggande kunskaper om Da Vinci Xi-robotens möjligheter och begränsningar, samt agera snabbt och korrekt vid avvikelser från standardprocedurer och operativa nödsituationer. Det är viktigt att alltid ha en beredskapsplan vid konvertering. Avslutningsvis avlägsna portar under optisk syn, suturera huden samt administrera lokalbedövning.

Fördelar

RNFA frigör en kirurg som kan utföra andra arbetsuppgifter som exempelvis mottagningsarbete, avdelningsarbete, remisshantering eller forskning. Dessutom kan en erfaren konsolkirurg fokusera på sin funktion och erbjuda handledning till nya konsolkirurger. RNFA kan även bidra med kvalificerad assistans, då nystartade konsolkirurger kan fokusera på sin funktion och i mindre utsträckning som bedside assistant. Kontinuitet och regelbundenhet ökar samarbetet mellan konsolkirurg och RNFA vad gäller roller, arbetsmetoder och ansvar. Vinsten med att ha en RNFA på robotsal är att assistenten arbetar med noggrann och snabb instrumenthantering, vilket minskar operationstiden, reducerar blödning och ökar patientsäkerheten. Sammanfattningsvis ger det en ökad trygghet för både kirurgen och operationsteamet, då RNFA:n har inarbetade rutiner av exempelvis robotsal, medicinsk teknisk utrustning, patientpositionering osv. Likaså är det ekonomiskt fördelaktigt för arbetsgivaren att erbjuda ovanstående service till opererande kundkliniker för att kostnadseffektivt uppnå tillgänglighetsmålen för behandling. →



Andrea Martinez Espinoza

Nackdelar

Socialstyrelsen saknar nationella riktlinjer, rekommendationer och kompetensbeskrivning för certifierade RNFA. I Sverige finns 7 stycken certifierade RNFA sedan vårterminen 2014 enligt kursansvarig på MIUC Ålborg, Danmark. Vore intressant att veta vilka som finns?

Liten volym. Mängdträning krävs för att upprätthålla kunskap, rutin

och laparoskopisk färdighetsträning. Vidare assisterar RNFA:n tills operationsingreppet avslutas, vilket innebär måltidsuppehåll och lunchavlöser därmed inte operationssjuksköterska på robotsal.

Framtid

Vision för Region Östergötland är att effektivisera och utöka robotverksamheten inom elektiv kirurgi. Operationsprogrammet kommer i framtiden

planeras av en robotkoordinator, som vidare samordnar möjligheten för olika specialiteter att via robotassisterad teknik operera under samma dag. Min ambition och målsättning är att ro hem RNFA-konceptet hos alla opererande kundkliniker, då kraven på operationssjuksköterskans subspecialiserade roll och ansvar i det robotkirurgiska teamet kommer förändras och se annorlunda ut i framtiden. De nya förutsättningarna kräver en ny kompetens för att vi ska kunna arbeta utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Vår yrkesprofession står inför nya utmaningar och vi behöver följa med i utvecklingen. •

Fakta: Andrea Martinez Espinoza, operationssjuksköterska och RNFA, Anestesi- och operationskliniken, Universitetssjukhuset Linköping **Ålder:** 27 år **Familj:** Föräldrar från Bolivia och fyra syskon **Bor:** Med sambo i lägenhet i centrala Linköping **Yrke:** Legitimerad operationssjuksköterska sedan 2014 **Intresse:** Resor och träning. Dans i allmänhet och zumba i synnerhet!

Kunskap in, bakterier ut.



Enklaste sättet att få ner CFU-nivåerna till 5? Den här och ett eluttag.

Dopair är ett mobilt recirkulationsaggregat som rensar luften mycket effektivt. Våra mätningar visar regelbundet nivåer under 5 CFU/m³. Aggregatet fungerar lika bra i operationssalen som i uppdukningssrummet eller sterilenheten. Och det krävs ingen tidsödande installation. Det är bara att stoppa kontakten i närmaste uttag. Vill du veta mer om fördelarna med Dopair och se de senaste mätresultaten, ring Marcus Ragnarsson på 0705-89 63 32 eller skriv till marcus.ragnarsson@crcmed.com

www.crcmed.com



Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Hej, jag har en fråga ang. Descutan-rengöring efter man har tagit bort gipset inför op. Har tidigare arbetat där man sköljer bort Descutanrester med NaCl, men jobbar nu där man enbart torkar bort Descutan med papper. Min fråga är vilket är rätt metod när det gäller Descutan-tvätt i samband med operation och om det finns evidens på rekommendationen.

Svar: Då inverkningsstiden är avslutad och tvålrester avlägsnats, dvs huden är torr, kan den preoperativa hud-desinfektionen med klorhexidinsprit påbörjas. Företaget för Descutan-svampen har inte givit ut evidensdokumentation för den ena eller andra metoden.

Fråga: Min fråga gäller användande av plastad rock vid artroskoper: jag

är "uppfostrad" att använda plastad rock vid våta ingrepp. Jag räknar artroskopier till detta. Men jag har kollegor som inte vill använda det vid "korta" knäskopier med hänvisning till att det "inte behövs" / blir för varmt. Vad rekommenderar ni? De används ju t.ex. vid sectio även om det inte alltid innebär att fostervatten rinner över.

Svar: Tillverkare av den sterila operationsrocken anger genomsläpplighet för fukt med vattenpelartryck för sin produkt. Förmågan att avvisa fukt

ska också anges. Utifrån det får ni bedöma hur mycket vätska som ni får på rocken vid respektive ingrepp och roll i operationslaget. Släpper rocken igenom fukt finns risk att patienten kontamineras och vise versa ni som personal. Så lämpligen använd en tät rock vid våta ingrepp.

Fakta: Gunnar Hagström, Hygiensjuksköterska, Folkhälsomyndigheten svarar på frågor.

Nu finns alla hygienfrågorna som publicerats i Uppdukat att läsa på vår hemsida: www.rfop.se

Cecilia Brenander



Postgraduate-utbildning för specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård

Kursen bygger på operationssjuksköterskans kunskaper och kompetens. Utbildningen syftar till en ökad kunskap och fördjupning inom generella, men även specifika temaområden. Föreläsare är disputerade och/eller specialister med kompetens inom de aktuella områdena. Krav innan utbildningstillfällen är förstudier inom aktuellt ämne. Instruktioner distribueras i god tid före utbildningstillfället.

Utbildningen hålls i Linköping, dock kan eventuellt kurstillfälle ske på annan ort. Utbildningen består av 7 seminarietillfällen, tre under höstterminen, fyra under vårterminen. Den förläggs som heldag på fredagar.

Första tillfället är den 15 september 2017.

Detaljerat program och information skickas innan kursstart.

Kursavgiften är 15 000 kr per deltagare, kaffe och lunch ingår. Resor och eventuell litteratur ingår ej.

Sista dag för anmälan är 1 juni 2017. Deltagarantalet är begränsat. Intagningsbesked samt schema skickas ut efter sista anmälningsdag.

För att anmäla dig, skicka e-post till postgraduateop@regionostergotland.se

Anna Lachan, kursansvarig, anna.lachan@regionostergotland.se

Louise Almström, kursansvarig, louise.almstrom@regionostergotland.se

Cecilia Brenander, kursansvarig, cecilia.brenander@regionostergotland.se



Klinisk examination i simulerad miljö för Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anesthesi- och operationssjukvård

Vid Umeå universitet, Institutionen för omvårdnad, utbildas specialistsjuksköterskor med inriktning mot anesthesi- och operationssjukvård. Utbildningarna är distansutbildningar med ett fåtal campusträffar. Studenter som antas till utbildningarna har en geografisk spridning från Gällivare i norr till Helsingborg i söder. Kliniska examinationer i befintlig verksamhet har varit problematiskt att genomföra. Svårigheten har varit att ge studenterna likvärdiga förutsättningar och standardiserade och rättvisa bedömningar. Den geografiska spridningen

är också ett hinder för att fysiskt besöka alla operationsavdelningar. Ändringar i operationsprogrammet har lett till avbokade operationer och mycket pussel med tider med förseningar och ibland mindre bra examinationstillfällen till följd. Examination av VFU, ska ge en rättvis bedömning av studenter och för att möjliggöra detta krävs så likvärdiga förutsättningar som möjligt. Vid examination i pågående verksamhet finns alltid risk för krockar mellan verksamhetens produktionsmål och studentens behov av att få den tid

uppgiften kräver. Andra svårigheter är att hitta lämplig typ av operation, att operationstiden inte stämmer med handledarens schema och att kriterierna i bedömningsunderlaget inte är utformade att passa alla typer av operationer. Vid examination i pågående verksamhet ute på operationsavdelning finns också risken att studenten inte hinner visa sin handlingsberedskap vid oväntade situationer eftersom handledare redan utfört handlingen för att värna patientsäkerheten.

Operationsstudenter



Examination anesthesi





Sandra Kollberg

Redan år 2011 började anestesiprogrammet examinera studenter genom en simulerad klinisk slutexamination. Utvärdering från de studenter som examinerats har varit positiva och sedan år 2014 examineras anesthesi- och operationsstudenter samtidigt i simuleringsmiljö. Innan student tillåts att delta i den kliniska slutexaminationen ska verksamhetsförlagd utbildning vara fullgjord och bedömd som godkänd.

High-Fidelity Human Patient Simulators (HPS) till svenska översatt som

verklighetstroga fullskaliga patient-simulatorer, är datorstyrda dockor vilka möjliggör att studenter interagerar i en kontrollerad simulerad klinisk övning eller examination. Vidare får studenten helt självständigt utföra avancerade moment från start till slut utan att någon handledare ger råd och anvisningar. Detta ges prov på under de kliniska examinationerna där studenten inte har någon handledande sjuksköterska med sig och därför själv måste lösa problemen de ställs inför. Studenten initierar och har möjlighet att ringa och fråga ansvarig anestesio-log för eventuella ordinationer.

Examinationen består av standardiserade händelser och varje student bedöms med ett standardiserat protokoll. Att använda sig av standardiserade protokoll ökar möjligheten att bedömningen blir likvärdig. Efter genomgången examination går lärare och student igenom bedömningsprotokollet och studenten får återkoppling på vad som gick bra och vad som kan förbättras. Studenten ges även möjlighet att muntligt komplettera om något inte är genomfört. En samlad bedömning görs med betygen godkänd eller underkänd. Ett urval av kriterier som alla ska uppnå är att visa förmåga att planera, samarbeta, leda och fördela arbetet inom arbetslaget. Studenten ska även initiera eller vara delaktig i användandet av WHO's checklista, visa förmåga till



Pia Hedberg

handlingsberedskap, visa förmåga att prioritera åtgärder och disponera tiden väl samt överrapportera enligt SBAR till uppvakningsavdelning.

Studenter inom anestesiprogrammet ska därutöver visa kunskap att iordningställa och kontrollera utrustning och läkemedel samt visa ett gott förhållningssätt till patienten. Operationssjuksköterskestudenter ska visa kunskap i instrumentering, aseptiskt förhållningssätt samt preparathantering.

Examination operationsstudent



För betyget godkänd ska studenterna erhållit bedömningen tillfredställande nivå i >70% av momenten. Ett antal bedömningspunkter är stjärnmärkta vilket innebär att de är sådana vikt att om studenten inte godkänns på dessa blir studenten underkänd och erbjuds omexamination inom 3 månader.

Genom att examinera i simuleringsmiljö blir den kliniska examinationen både student- och patientsäker, om studenten gör misstag kan examinerande lärare och student identifiera och analysera det inträffade samt reflektera över hur de eventuella missagen kan förebyggas och undvikas detta utan att orsaka komplikationer och/eller vårdskador på patienten. •

Referenser

Bassendowski, S.L., 2007. Educational innovations: Nursing-Quest. Supporting an analysis of nursing issues. *Journal of Nursing Education* 46, (2), 92-95.

Bearnson, C.S., Wiker, K.M., 2005. Human patient simulators: a new face in baccalaureate nursing education at

Brigham Young University. *Journal of Nursing Education*, 44 (9), 421-425.

Freeth, D., Ayida, G., Berridge, E. J., Mackintosh, N., Norris, B., Sadler, C., & Strachan, A. (2009). Multidisciplinary obstetric simulated emergency scenarios (MOSES): Promoting patient safety in obstetrics with teamwork-focused interprofessional simulations. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29, (2), 98-104.

Kardong-Edgren, S., Adamson, K. A., & Fitzgerald, C. (2010, January). A review of currently published evaluation instruments for human patient simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, (6), 25-35.

Lewis, R., Strachan, A., & Smith, M. M. (2012). Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? A review of the current evidence. *The Open Nursing Journal*, (6), 82-89.

Okuda, Y., Bryson, E. O., DeMaria, S., Jr, Jacobson, L., Quinones, J., Shen,

B., & Levine, A. I. (2009). The utility of simulation in medical education: What is the evidence? *The Mount Sinai Journal of Medicine*, New York, 76(4), 330-343.

Salas, E., Wilson, K. A., Burke, C. S., & Priest, H. A. 2005. Using simulation-based training to improve patient safety: What does it take? *Journal on Quality and Patient Safety*, 31, (7), 363-371.

Skiba, D.J., 2007. Nursing education 2.0: second life. *Nursing Education Perspectives*, 28 (3), 156-157.

Fakta: Sandra Kollberg. Universitetsadjunkt, kursansvarig för operationssjuksköterskeutbildningen på Umeå universitet. Utbildad operationssjuksköterska med examen 1997. Medicine Master i Omvårdnad. Pia Hedberg, Anestesisjuksköterska, Medicine Doktor. Universitetslektor, programsamordnare anestesi, Institutionen för omvårdnad, Umeå Universitet. Harriet Söderström, Universitetsadjunkt



Vingmed är sedan februari i år leverantör av Halyards produkter för kirurgi och sterilisering på den nordiska marknaden. Du kanske inte känner igen oss men chansen är stor att du redan använder våra produkter till exempel munskydd och packskyvnen, då vi även tagit över avtal med flera landsting.

Effektiva barriärer mot smittspridning och säker infektionskontroll. Halyard draperingar, uppdukningssat, munskydd och operationsrockar bidrar aktivt till att förhindra spridning av smittämnen. Halyard var tidigare en del av Kimberly-Clark, men är sedan 2014 ett separat bolag och idag marknadsledande inom olika produktområden för infektionsprevention.

Kontakta oss för mer information.
Vi finns alltid nära dig.

Nu är vi på plats i din
operationsavdelning
och sterilcentral.



Västmanlands sjukhus, Västerås

Vad heter du? Lena Moen

Vilken operationsavdelning jobbar du på? Centraloperation/Dagkirurgen Västmanlands sjukhus Västerås

Hur länge har du jobbat på avdelningen? Sedan 1989 (förutom sex år då jag jobbade inom industrin som produktspecialist)

Hur länge har operationsavdelningen funnits till? Sedan 1973

Hur många operationssjuksköterskor jobbar på din arbetsplats? 42 stycken

Vilka yrkeskategorier har ni på din operationsavdelning? Operationssjuksköterskor, anestesijuksköterskor, undersköterskor, anestesiläkare och steriltekniker.

Hur många operationssalar har ni på avdelningen? 18 stycken

Vilka opererande kliniker är representerade på operationsavdelningen? Det finns sex stycken specialiteter representerade på avdelningen. Det är kärl-, kirurgi-, urologi-, gyn-, öron- och ortopedkliniken.

Använder ni WHO:s checklista för säker kirurgi? Ja, det gör vi.

Praktiserar ni fika- och lunchavlösning under pågående operation? Endast lunch- avlösningar och vi försöker göra det i samband med byten om det går. På ortopediken sker lunch- eller fikaavlösningar endast i samband med byten av operationer.

Har ni nedskrivna rutiner för nedräkning av framtaget material? Ja, det finns nedskrivna rutiner i vårt ledningssystem.

Brukar ni som rutin följa med och rapportera patienten till postoperativa avdelningen? Inte som rutin men i vissa speciella fall.

Vad är det bästa med din operationsavdelning? Gott samarbete mellan alla i operationsteamet. Vi har 37 timmars veckoarbetstid om man jobbar

helger och kvällar. Vi lägger schema i åtta veckorsperioder med timbank upp till 30 plus och 30 minus timmar. Fönster på alla op. salar. •



Fr. v. Jessica Hedvall, Ulrika Synnerborn, Lena Moen, Siw Svennson, Flora Freschi-Penneborn

Ny bendonationsverksamhets på Östersunds sjukhus

Benbanken vid Östersunds sjukhus startades 1988 med tillvaratagande av höftkolor i samband med höftprotesoperationer. Bentransplantat behövs för att kunna utföra rekonstruktion av bendefekter i samband med protesrevisioner. De flesta större ortopedkliniker som utförde revisionsoperationer hade tidigare sin egen benbank och förvarade höftkolorna i frys i anslutning till operationsavdelningen. Dokumentationen fördes manuellt efter egen upparbetad rutin. EU kom 2004 med ett vävnadsdirektiv för att försöka få ett anpassat och likadant regelverk gällande donation och hantering av organ och vävnad i hela EU. Detta innebär ett mycket omfattande arbete att utarbeta nödvändiga metodbeskrivningar enligt dessa direktiv. I samband med detta bildades Vävnadsrådet och dess arbetsgrupper för olika vävnadsslag. VOG (VävnadsOmrådesGrupp) Ben bildades för att utarbeta mallar och rutiner för verksamhet avseende ben och senor.

Bakgrund

I Sverige antogs en ny vävnadslag 2008. Den innebär att all hantering av vävnad skall ske inom en vävnadsinrättning. Verksamheten inom vävnadsinrättningen styrs i huvudsak av Socialstyrelsens författningssamling 2009:30 och 2009:31 som handlar om hantering av vävnad samt lagring av vävnad. Grundtanken i vävnadslagen och Socialstyrelsens författningssamlingar är att varken donator eller mottagare får skadas. Vävnaden skall också ha en dokumenterat full spårbarhet i 30 år efter tillvaratagandet. Från 2009 krävs godkännande från Socialstyrelsen för att ha en vävnadsinrättning och den skall också inspekteras av IVO vartannat år. De metodbeskrivningar, mallar och formulär som VOG Ben har utarbetat är utlagda på Vävnadsrådets hemsida. Varje vävnadsinrättning som hanterar

ben och senvävnad kan där hämta hem mallar och metodbeskrivningar och lokalanpassa dem för eget bruk. VOG Ben har också tagit fram ett IT-baserat arkiv för vävnad. Det ingår som ett tillägg i blodcentralernas system Prosang och planeras tas i drift i de flesta landsting och regioner i landet under den kommande tre-årsperioden. Säkrare provtagningsrutiner för överförbar smitta genom införande av PCR-provtagning har också utarbetats av VOG Ben.

I region Jämtland-Härjedalen har vi en hög förekomst av både artros och osteoporosfrakturer. Denna kombination har medfört att vi också har en hög förekomst av protesnära frakturer, vilket i likhet med osteoporos och proteslossning kan utgöra riktiga ortopediska utmaningar att åtgärda. När vi fick godkännande som vävnadsinrättning öppnades möjligheterna att inte bara tillvarata höftkolor utan även rörben och senor

från avlidna donatorer. Rörben kan användas i samband med tumörkirurgi där delar av skelettet måste resecteras och ersättas för att bibehålla gångfunktion och belastningsförmåga. Rörben kan även användas uppsågade till plattor, s.k. "strut grafts" dvs. sågade benplattor som förstärkningar på utsatta partier. Det går även att använda stora benbitar, exempelvis från femurkondyler som utfyllnad vid stora defekter i bäckenet. Donerade senor har ett stort användningsområde vid omfattande rekonstruktioner av knäets ligament samt defekter i andra större senor. Denna verksamhet kräver särskilt tillstånd från Socialstyrelsen och 2011 var alla metodbeskrivningar och formulär klara och Östersunds vävnadsinrättning fick godkännande för denna verksamhet. Det första tillvaratagandet gjordes 2012 och sedan dess har vi levererat strukturella graft och senor till ett stort antal kliniker i landet. Rörben och senor har tidigare importerats



Steriltvättad och draperad donator precis före opstart



Sal 14, vår nybyggda operationssal för bendonationer

från utlandet. Rörben har främst importerats från en vävnadsinrättning i Belgien. Senor importeras vanligtvis från USA. Fördelen med en svensk vävnadsinrättning som tillvaratar dessa vävnader är att vi här i landet har en låg prevalens av överförbara, smittsamma sjukdomar. Det går också att ha direkt kommunikation mellan sjukhus och vävnadsinrättning samt korta transporter och ledtider.

Tillvaratagande

De flesta tillvarataganden av rörben och senor har skett i samband med en multidonation. När en patient konstateras hjärndöd utförs en donationsutredning. Transplantationsteam kommer tillresande, vanligtvis från Göteborg och tillvaratar tillämpliga organ. När deras tillvaratagande är avslutat, steriltvättas och kläs donatorn och tillvaratagande av rörben och senor sker på operationssal med hygienkrav motsvarande kraven för ledprotesingrepp.

Ben och senor rensas från mjukdelar och spolas med pulslavage. Därefter tas odlingar för bakterieprov. Bengraften paketeras i benbanksburkar alternativt i 3 lager tarpåsar som läggs på operationslakan som tejpas igen och märks. Detta läggs sedan i en plaststrumpa som också tejpas.

Efter en ny kontroll att prover och märkningar stämmer överens tas preparaten till frys med -80 grader där det kan förvaras upptill 5 år efter frisläppandet, vilket innebär att odlingar och prover är kontrollerade och godkända. 5-årsgränsen gäller om man tagit PCR-prov i samband med tillvaratagandet.

Operationslaget

För operationslaget innebär donation av rörben och senor nya utmaningar. Arbetet är tidskrävande och operationstiden hamnar ofta runt 6 timmar. Ingreppet görs i två seanser där höger och vänster sida tvättas och kläs var för sig med ny uppdukning för varje sida. Ingen narkospersonal behövs på operationssalen under ingreppet. Proceduren med provtagning, paketering och märkning är krävande. Vi skulle önska att det fanns förpackningar motsvarande caputburkar i långa längder där långa rörbensbitar skulle passa. Det skulle underlätta mycket. Operationen avslutas med att skelettersättning återställer anatomisk stabilitet och utseende hos donatorn. En speciell skelettersättning tillverkas för nedre extremiteterna. Verksamheten måste ske med största möjliga respekt för donatorn.

Efter att proceduren med tillvaratagande är klart på operationssal, tas de urtagna graften till en speciell benbanksfrys där det ligger i karantän till dess att provsvar anlänt. Vid minsta misstanke om kontamination av bakterier kasseras vävnaden. Vävnad som har godkända prover kan frisläppas och flyttas över till en annan frys. Enheter som behöver vävnad kan kontakta våra vävnadssamordnare och vi kan då i samråd med beställare välja ut lämplig vävnad för transplantationsändamål. Vävnaden paketeras efter särskild rutin i transportboxar som är validerade för att klara temperaturkraven i minst 24 timmar. Med i transportboxen följer nödvändiga dokument och instruktioner. Det är mycket noga att spårbarheten upprätthålls och medföljande dokument måste därför fyllas i noga och återsändas till Östersunds vävnadsinrättning.

Verksamheten har nu förärats titeln Nationell Vävnadsinrättning för rörben och senor av VOG Ben. Vi har precis invigt en ny operationssal i Östersund dedikerad helt till donationsverksamhet. Operationssalen är uppförd med fullt stöd och finansiering från Vävnadsrådet, som anser att denna funktion och verksamhet är viktig att ha inom landets gränser. →



Efter donationen ser det ut så här

Framtid

I takt med att verksamheten blir mer känd ser vi en snabbt ökande efterfrågan. Vi tillvaratar nu ben från överarm, underarm samt nedre extremitet och fot. Vi säger plattor från tibia och femur vilket har visat sig vara väl ägnade för att förstärka benstrukturer. Vidare har vi hela

rörben som används vid tumörkirurgi och senor för knäligamentkirurgi. Då antalet multidonationer är begränsat vid vårt lilla sjukhus har vi också börjat tillvarata ben och senvävnad från donatorer som avlidit i hjärtstopp. Nödvändig provtagning måste vid dessa tillfällen utföras inom 24 timmar, helst tidigare. Det är önskvärt

att själva tillvaratagandet skall kunna startas inom 24 timmar och vara slutfört inom 48 timmar efter tidpunkten för dödsfallet.

Med den efterfrågan som hittills funnits har vi kunnat leverera vävnad till ett ökande antal ortopedkliniker i landet. Vårt sjukhus upptagningsområde är dock litet och framtiden får utvisa hur stor efterfrågan på benvävnad blir. Vi vet redan idag att vi inte kan tillhandahålla det behov av senvävnad som finns i landet. Vi levererar dock efter tillgång. Vårt långsiktiga mål är att utveckla ett samarbete med övriga sjukhus i landet för att öka möjligheten till tillvaratagande av ben och senvävnad. Vi arbetar också för att sprida information till alla i samhället om donation och vilka möjligheter det kan ge till bättre funktion och livskvalitet för många av våra patienter. •

Fakta: Åke Hamberg, Överläkare, Medicinskt ansvarig Vävnadsinrättningen i Östersund, Maria Möller, Operationssjuksköterska, sektionsansvarig för ortopedi C-op Östersund, Andreas Tullsson, Operationssjuksköterska, C-op Östersund, Distriktsamordnare Jämtland.

Kom ihåg att boka in Den 53:e Höstkongressen, 30 nov – 1 dec 2017, på Stockholm Waterfront.



TOGETHER WE CAN IMPROVE PATIENT OUTCOMES

Through innovation and collaboration,
we continue to improve the lives and health
of millions of people each year.



Clearify™ Visualization System

- Warms in 5 minutes
- Cleans in 5 seconds
- Lasts for 5 hours



Veriset™ Haemostatic Patch

- 100 % free of
human or animal
components¹



Valleylab™ FT10 Energy Platform

- With improved LigaSure™
vessel sealing technology
and expanded
electrosurgical features.



Reliatack™ Articulating Reloadable Fixation Device

- Articulates to **65°**
to deliver perpendicular
tack deployment and
minimize mesh shift²³⁴

Learn about how **we're taking healthcare
Further, Together** by visiting
www.medtronic.com/covidien/products

©2016 Medtronic. All rights reserved. Medtronic, Medtronic logo and Further, Together
are trademarks of Medtronic. All other brands are trademarks of a Medtronic company.
16-eu-ast-advert-norden-820549

1. Veriset™ haemostatic patch Instructions for Use and Product Specifications (2012).
2. In comparison to AbsorbaTack™ fixation device. 3. Mesh Overlap Claims Testing Report R0054140
P-Value= 0.007 (March 2014). 4. Design Verification – Articulation
Angle Engineering Report 2165-050 (March 2014).

Medtronic
Further, Together

Hög ljudnivå på operationssalen?

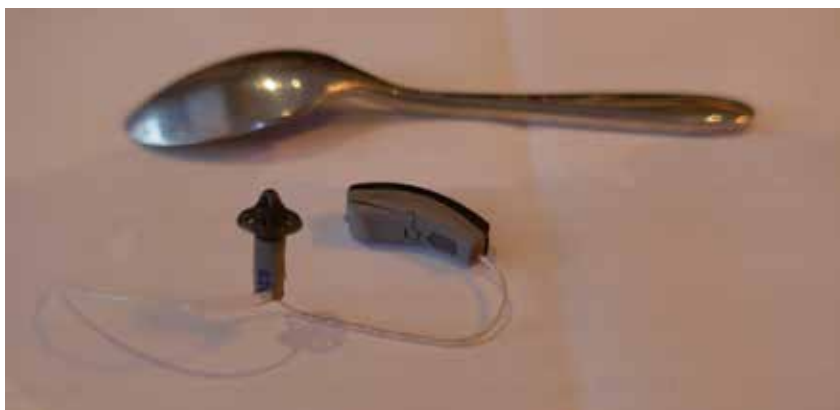
En fråga om Arbetsmiljö och Patientsäkerhet på våra operationsavdelningar? Här är tips på hur man kan åtgärda det.

Johanna upplevde att hon hade svårt att höra vad kirurgerna sa ibland. Det här att hon hörde illa upplevde hon bara på jobbet. Vilket kanske inte är så konstigt, vi har hjälmössa, munskydd, står bredvid varandra inte mitt emot och det finns en hel del operatörer som mumlar. Vi har även mycket teknisk apparatur som låter. En del svagt men alla känner väl igen känslan när sugen stängs av; den tystnaden som uppstår, nästan som ett slags vacuum. En del kan också bero på hur många personer som är "i såret" och hur många personer som förövrigt är på salen.

Johanna vill göra ett bra jobb tyckte det var jobbigt att ge operatörerna fel saker bara för att hon kanske hörde fel och beställde tid hos en öronläkare som skickade henne på hörselkontroll som visade en liten försämring framförallt på vänster öra, det högra örat är helt normalt. Efter hörselkontrollen blev hon hänvisad vidare till en audionom. Audionomen sa att det var vanligt att man hade problem att höra vissa vokaler vilket gav en aha upplevelse då hon ibland hörde fel bland annat på sug, sutur, pincett och peang. Man blandar ofta i, e, u till exempel.

En liten hörapparat

Johanna fick en liten hörapparat som gett henne ett nytt liv på jobbet. Den är liten och lätt att hantera. Kostnaden var 600 sek som tyvärr inte arbetsgivaren ville betala. Johanna vill ändå uppmuntra andra att kontrollera hörseln. Hon har haft bra diskussioner med kollegor och operatörer som också hör dåligt på jobbet och har stor förståelse för problemet. Det påverkar självförtroendet om man upplever att man missar i sitt yrkesutövande.



En del äldre kollegor upplever det som ett nederlag att skaffa hörhjälp och yngre att "jag är inte riktigt där än". Men det är inte pinsamt att ha hörapparat. Dels är de så små att de knappast syns sen är det faktiskt mer pinsamt att inte höra. Dessutom kan det bli helt fel om vi inte uppfattar vad som sägs under en operation. Kommunikation är ju oerhört viktig i vårt arbete för patientsäkerheten och att höra bra är ju en viktig del i det. Bullrig arbetsmiljö är kanske något som borde diskuteras mer med skyddsombud, fackliga företrädare och närmaste chef i utvecklingssamtal. Vi tenderar ju alla oavsett specialitet att få mer och mer teknisk utrustning på operationssalarna. Johannas hörapparat fungerar bra men hon vill vilja att audionomen kunde komma och vara med en arbetsdag för att kontrollera ljudnivån. Man kan också begära att Försäkringskassan kommer och gör en bedömning av arbetsmiljön. I Johannas fall var det inte aktuellt då det blev så lyckat med hörapparaten så audionomen tyckte inte att det var nödvändigt. Johanna har även en fjärrkontroll som hon kan sterildrapera och justera ljudnivån vilket kan vara en fördel.

Miljön på ortopediska ingrepp

Izabellas problem var att hon upplevde miljön på ortopediska ingrepp som jobbig med mycket ljud. Miljön på en operationssal kan vara rätt så högljudd på ortopediska ingrepp där hammare och borr används tillsammans med annan utrustning, sugar etc. Det är rätt så mycket apparatur som går samtidigt och ibland hör man knappt vad andra på salen säger. Näs-





tan all apparatur ger ifrån sig något ljud och många bäckar små. Till slut kände Izabella att hon fick svårt att koncentrera sig. Hon blev så trött och irriterad på allt ljud runt om sig och det kändes mer och mer påfrestande mot slutet av arbetsdagarna.

Så började hon började fundera på om hon skulle kunna hitta ett hörselskydd mot buller, någonting som kunde få ner ljudvolymen i öronen men där man fortfarande hör vad andra säger. Internet är ett bra hjälpmedel där man kan hitta det mesta, bland annat individanpassade gjutna hörselskydd. Izabella googlade med sökorden hörselskydd, gjutna hörselskydd och individanpassade hörselskydd och hittade ett företag som tillverkade sådana i närområdet så jag fick proffshjälp på en gång. De här hörselskydden används inom andra yrkeskategorier också så på firman visste de exakt vad Izabella

pratade om och hon fick exakt det hon drömde om. Hon beställde tid hos firman för utprovning. De stoppar in ett mjukt material som formar sig och stelnar efter hand och antar de egna örongångarnas exakta form. Det tog cirka tre veckor och kostnaden var 2300 sek. Det finns tyvärr ingen returrätt. Arbetsgivaren var inte villig att betala då Izabella beställt dem på eget bevåg och frågade om finansiering först efter att de var klara. Ett tips är alltså att prata med arbetsgivaren innan och med skyddsombuden för att göra en mätning på arbetsplatsen om man upplever att man har en mycket bullrig miljö.

Smidiga, lätta och knappt synliga

Smidiga, lätta, knappt synliga och sådana som går att ta med sig i fickan. Man behöver inte använda dem hela

tiden om man inte vill det, man kan ta dem ut ur örat då och då under dagen. Men vilken skillnad! Efter en arbetsdag med hörselskydden upplever Izabella inte alls att hon är lika trött som tidigare.

Hörselskydden filtrera bort lagom mycket ljud beroende på vilket filter man har i dem och man slipper huvudvärk och brus i huvudet efter en lång arbetsdag. Känslan att ha de i örat är som att ha ett par hörlurar. Det är enbart filtret som filtrera bort ljudet i olika grader som man kan ändra på. Detta innebär att man fortfarande hör vad alla säger. Man kan använda dem i andra sammanhang också till exempel musikevenemang.

Rekommenderar varmt hörselskydden för de som har känsliga öron! Hörselkontroll för alla i framtiden? •



Kallelse till årsmöte

Riksföreningen för operationssjukvård
håller årsmöte den 17 maj 2017

Plats: Stockholm Waterfront Congress Centre

Tid: Kl. 15.00

Välkommen!

Postoperativ komplikation kan minskas

Historiskt sett har fetma ansetts som något positivt, under perioder till och med som ett ideal. Med start i Charles Dickens tid på 1800-talet har idealen dock gradvis förändrats och synen på fetma har allt mer övergått till något fult och i viss mån skamligt. Fetma är dock i första hand varken ett estetiskt eller moraliskt bekymmer utan ett stort och växande folkhälsoproblem. Idag uppskattas 700 miljoner människor världen över vara feta ¹. Att lida av fetma ökar risken för allvarliga följdsjukdomar så som diabetes, hjärtsjukdom, depression och vissa former av cancer ². Den enda behandling som på gruppnivå kunnat ge god och långsiktig viktneigång samt minskad risk för följdsjukdomar är överviktskirurgi, och kanske i synnerhet gastric bypass ³.

Under 1900-talets senare hälft utvecklades överviktskirurgin och blev allt säkrare. På 1990-talet genomfördes de första gastric bypass operationerna med titthålsteknik ungefär samtidigt i Sverige och i USA ^{4,5}. Med utvecklingen av titthålstekniken och rapporterna om de goda långtidsresultaten kom operationen att bli allt mer efterfrågad. Idag opereras ca 500 000 individer årligen globalt sett. Av dessa sker lite knappt 7 000 operationer i Sverige ^{6,7}. Även om operationen idag anses vara mycket säker är den ändå en stor operation på individer som måste räknas som riskpatienter. Med det stora antal individer som opereras årligen kommer fortfarande ett relativt stort antal drabbas av en allvarlig komplikation med risk för långvariga följder. I en ny avhandling från Örebro Universitet i

samverkan med Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOREg) har vi försökt finna faktorer som kan påverka risken för allvarlig komplikation efter överviktskirurgi ⁸.

Tidiga komplikationer

Under åren 2007 till 2012 opererades 25 038 individer med en primär laparoskopisk gastric bypass operation. Risken för att drabbas av en allvarlig komplikation inom 30 dagar efter operationen var låg (3,4 %), liksom risken för att avlida inom 90 dagar efter operationen (0,04 %). Internationellt sett är dessa mycket bra siffror och visar att den svenska överviktskirurgin står sig mycket väl. Även om ökad ålder var förenad med en viss riskökning så var faktorer som har med operationen i sig och den



Foto: Mikael Ekvall, Lindsberg

Operationssjuksköterskan har en viktig och aktiv roll vid överviktskirurgi

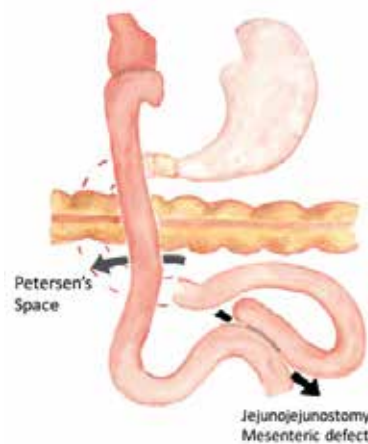
opererande enheten långt viktigare. Att drabbas av en komplikation under operationen samt om operationen konverterades till en öppen operation var de starkaste riskfaktorerna för att drabbas av en allvarlig postoperativ komplikation. Hur många operationer som gjordes per år vid kliniken samt erfarenheten av operationen vid kliniken var också viktiga ⁹.

Från SOReg identifierades vidare 12 850 individer som inte hade någon farmakologisk behandling för diabetes samt hade ett registrerat HbA1c värde inför operationen. Förhöjda HbA1c-nivåer hos dessa individer (även på nivåer som inte betraktas som diabetes) var förenat med en ökad risk i samband med operationen. Denna riskökning kvarstod även om hänsyn togs till andra patientspecifika riskfaktorer ¹⁰. Mer specifikt ökade risken för tarmläckage och lungkomplikationer.

Slitsförslutning

Den närmast explosionsartade ökningen av antalet överviktopperationer med laparoskopisk teknik som skedde under mitten av 2000-talet har gjort att operationen kunnat komma fler till godo. Men en tidigare ovanlig komplikation där tarmen kläms in under sin egen upphängning, s.k.

inre herniering eller slitsileus, har blommat ut till ett enormt kliniskt problem. Inre hernieringar som orsak till tarmvred beskrevs första gången i mitten av 1800-talet och har under 1900-talet återkommande beskrivits som en ovanlig komplikation till andra magsäckoperationer. Bristen på sammanväxningar efter laparoskopisk kirurgi och den kraftiga viktnedgång som sker efter operationen har bidragit till att så många som 10 % drabbas av tarmvred om inget görs för att förhindra utvecklingen.



Skiss över inre herniering/slitsileus efter laparoskopisk gastric bypass

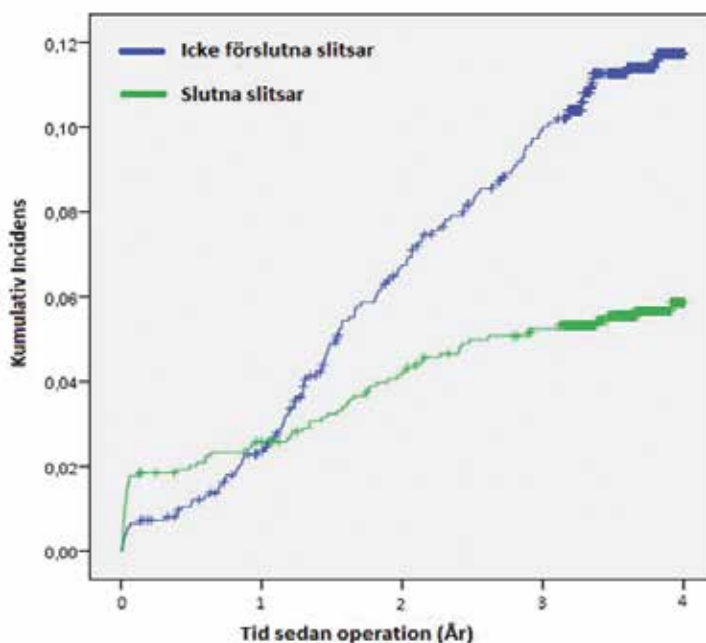


Erik Stenberg

Under perioden maj 2010 till november 2011 ingick totalt 2507 patienter opererade vid 12 svenska kliniker inom ramen för slitsstudien. Under operationen lottades mellan slutning av öppningarna i tarmens upphängning (slitsar) och icke-förslutning (vilket var standardbehandling vid den här tiden). Huvudmålet med studien var att utvärdera om metoden kunde utföras säkert (mätt som tidig allvarlig komplikation) och med gott resultat (mätt som reoperation för tarmvred inom 3 år efter operationen).



Kumulativ incidens av reoperation för tarmvred vid slitsförslutning i jämförelse med icke-slitsförslutning



Individer under risk

Icke förslutna slitsar	1248	1203	1131	1079	363
Slutna slitsar	1259	1222	1198	1176	394

Slitsförlutning ökade risken något för att drabbas av en allvarlig komplikation inom 30 dagar efter operationen. Mer specifikt var denna riskökning orsakad av en knickbildning vid enteroanastomosen vilket i många fall direkt orsakades av förlutningen i sig. I viss mån kan detta förklaras av en inlärningseffekt av metoden, men i viss mån får detta anses som priset man betalar för slitsförlutningen. Vinsterna kommer däremot över tid. Vid 3 år efter ursprungsoperationen sågs en kraftigt minskad risk för att drabbas av tarmvred (5.6% risk vid slitsförlutning mot 10.2% om slitsarna inte förlöts) ¹¹.

Studieupplägg

När ny teknik som studerats i randomiserade studier når klinisk verksamhet visar sig inte sällan effekten av behandlingen vara mindre än i studien. En orsak kan vara att studien utförs vid enstaka starkt dedikerade center där tekniken är väl etablerad. Ett annat skäl kan vara att man väljer effektmått som är av mindre betydelse i kliniken. En annan invändning man kan ha mot randomiserade studier är kostnaden. Randomiserade studier kostar i medeltal 10000 kr/patient ¹². Genom att utnyttja befintliga register av hög kvalitet som bas för studien kan kostnaden dock avsevärt minskas. Slitsstudien som beskrevs ovan är en av de första registerbaserade randomiserade studierna som genomförts. Kostnaden för studien kan uppskattas till 200 kr/patient, vilket är en avsevärd ekonomisk besparing i jämförelse med traditionella randomiserade studier.

I en fjärde studie jämfördes resultaten från den randomiserade studien med samtliga individer som opererats i Sverige under samma tidsperiod. På så vis kunde resultatet från en randomiserad studie jämföras med resultatet från en observationsstudie under samma tidsperiod. Förlutning av slitsarna minskade risken för tarmvred både i den randomiserade studien såväl som i observationsstudien 4 år efter ursprungsoperationen även om skillnaderna, som förväntat, var något mindre i observationsstudien än i den randomiserade studien ¹³.

Registerforskning

De studier som presenterats ovan baseras på data från det Skandinaviska Obesitaskirurgiska Registret, SOReg och i viss mån från Nationella Patientregistret. För att register skall kunna användas inom forskningen krävs att registren speglar den popula-

tion som man vill studera – gärna att de är heltäckande – samt att de registreringar som görs i registren stämmer med verkligheten, dvs är valida. I Sverige finns flertalet högkvalitativa nationella register och därmed goda förutsättningar för att utföra såväl stora registerbaserade observationsstudier av hög kvalitet liksom registerbaserade randomiserade studier. Idag rapporterar samtliga kliniker som utför obesitaskirurgi till SOReg och den data som registreras håller hög kvalitet tack vare en bred acceptans för registret och väl och idogt utfört arbete av alla som är involverade i denna verksamhet.

Slutsatser

Den laparoskopiska gastric bypass kirurgi som utförs i Sverige idag är förenad med låg risk för allvarlig komplikation. Detta är ett resultat av en standardiserad och hög kvalitativ kirurgi, men också en god perioperativ vård, något som alla som omhändertar dessa individer bidrar till och skall känna en stolthet över. Riskerna kan dock minskas ytterligare genom en medvetenhet om faktorer som ökar risken för postoperativa komplikationer. Även om högre ålder och HbA1c nivåer hos icke-diabetiker är en riskfaktor för allvarlig komplikation så är faktorer som är kopplade till operationen i sig och erfarenheten vid den klinik som utför operationen av större betydelse. Slutligen kan slitsförlutning markant minska risken för senare tarmvred. Detta resultat står sig även utanför den randomiserade studie som beskrivits här. Således är det nu hög tid att rekommendera slitsförlutning som standard vid laparoskopisk gastric bypass kirurgi. •

Referenser

1. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9945):766-781.
2. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*. 2008;371(9612):569-578.
3. Sjostrom L, Peltonen M, Jacobson P, et al. Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. *JAMA*. 2012;307(1):56-65.

4. Lonroth H, Dalenback J, Haglund E, Lundell L. Laparoscopic gastric bypass. Another option in bariatric surgery. *Surg Endosc*. 1996;10(6):636-638.

5. Wittgrove AC, Clark GW, Tremblay LJ. Laparoscopic Gastric Bypass, Roux-en-Y: Preliminary Report of Five Cases. *Obes Surg*. 1994;4(4):353-357.

6. Registry SOS. Annual Report 2015. <http://www.ucr.uu.se/soreg>

7. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obes Surg*. 2015;25(10):1822-1832.

8. Stenberg E. *Preventing complications in bariatric surgery*, Örebro University; 2016.

9. Stenberg E, Szabo E, Agren G, et al. Early complications after laparoscopic gastric bypass surgery: results from the scandinavian obesity surgery registry. *Ann Surg*. 2014;260(6):1040-1047.

10. Stenberg E, Szabo E, Naslund I, Scandinavian Obesity Surgery Registry Study G. Is glycosylated hemoglobin A1c associated with increased risk for severe early postoperative complications in nondiabetics after laparoscopic gastric bypass? *Surg Obes Relat Dis*. 2014;10(5):801-805.

11. Stenberg E, Szabo E, Agren G, et al. Closure of mesenteric defects in laparoscopic gastric bypass: a multicentre, randomised, parallel, open-label trial. *Lancet*. 2016;387(10026):1397-1404.

12. Johnston SC, Rootenberg JD, Katrak S, Smith WS, Elkins JS. Effect of a US National Institutes of Health programme of clinical trials on public health and costs. *Lancet*. 2006;367(9519):1319-1327.

13. Stenberg E, Szabo E, Ottosson J, Naslund I. Outcomes of laparoscopic gastric bypass in a randomized clinical trial compared with a concurrent national database. *Br J Surg*. 2017. E-pub Feb 27.

Fakta: Erik Stenberg, Specialistläkare, Medicine Doktor, Kirurgkliniken Lindesbergs lasarett och Universitetssjukhuset Örebro

Rapport från

Projekt Säker Traumavård

Projektet Säker Traumavård fortsätter sitt arbete genom Sverige och som den fjärde delen av projektet var vi i början av mars på sjukhusen i Södra regionen. I denna del av projektet var vi fyra representanter för Riksföreningen för operationssjukvård och jag vill gärna förmedla vad vi tillsammans med andra yrkesgrupper arbetar med för att öka säkerheten och kvaliteten i svensk traumasjukvård.

Projektet Säker Traumavård genomförs i samarbete mellan 18 professionella organisationer och tre nationella kvalitetsregister med ekonomiskt och administrativt stöd av Lanstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Detta innebär att LÖF betalar vår arbetsgivare ersättning för de dagar som vi deltar i projektet samt resor och logi.

Syftet med projektet är att höja kvalitet och säkerhet vid omhändertagande av traumapatienter. Omhändertagandet, vård och behandling sträcker sig

från det prehospitala omhändertagandet till rehabilitering. Inför varje delprojekt har sjukhusen i den aktuella delen av Sverige fått information om projektet och lämnat in en självvärderingsrapport där man svarat på hur sjukhusets organisation arbetar vid tre olika traumapatientfall.

Granskningsteamet

I granskningsteamet i denna del av projektet var vi 46 personer som representerade våra yrkesorganisationer och vi var fördelade på 9 sjukhus. Teamen som besöker sjukhusen har olika sammansättningar av yrkesprofessioner beroende på hur många som anmäler sig från respektive yrkesorganisation. Arbetet som vi i granskningsteamet/projektet gör är att hjälpa sjukhuset och även regionen att få stöd att hitta styrkor och svagheter och med det möjligheter i förbättringsarbetet av traumavården.

När självvärderingsrapporterna från sjukhusen har kommit in startar vårt

arbete i teamen. Vi har då redan via mailinformation fått reda på vilket team som vi ska ingå i d.v.s. vilket sjukhus vi ska besöka. På hemmaplan får jag förbereda mig genom att läsa sjukhusets självvärdering och skaffa mig en uppfattning om styrkor och brister. Några veckor senare träffas vi två dagar i Stockholm för att träffas i våra team och med administrativ ledning av LÖF få information om vad som förväntas av oss. Teamen består av fyra till sex personer. Det är två intensiva, intressanta dagar där vi gör oss en uppfattning på hur traumavården fungerar.

Besök på sjukhusen

Nästa del är att resa till respektive sjukhus för besök i två dagar. Denna gång var jag med i Team Helsingborg.

Första dagen innefattar korta intervjuer med olika grupper av medarbetare som arbetar med traumapatienten för att vi exempelvis ska få svar på frågor som inte framkommit när vi



Team Helsingborg



I Operationssalen under traumaövning. Patienten förbereds inför operation.

läst självvärderingsrapporten. Denna dag samlas mycket information in och jag tycker personligen att jag som operationssjuksköterska får en bredare syn på traumapatienten och hans behov i hela vårdkedjan. Under den andra dagen av besöket genomförs en halv dags traumaövningar. I varje granskningsteam finns en van traumaövningsledare som tillsammans med representanter för det besökta sjukhuset ansvarar för traumaövningarna. Traumaövningarna är uppdelade i tre olika övningar där bl.a. en övning är transport till operationsavdelningen och i operationssalen. Det är där vi som representanter för vår förening är experter och har möjlighet att se styrkor och svagheter för traumapatienten. Under traumaövningarna får vi i granskningsteamet se hur det praktiska arbetet med traumapatienten utförs, kommunikationen mellan personal och olika avdelningar samt följsamheten jämfört med ex. PM. Det två dagar långa platsbesöket avslutas med att vi i granskningsteamet träffar ledning och medarbetare för att återge vårt första intryck.

Det fortsatta arbetet som vi i teamet sedan gör, är att sammanställa en skriftlig rapport där vi återger en samlad bedömning av styrkor och förbättringsområden. Ur innehållet av rapporten kommer det granskade sjukhuset att välja ut ett antal förbättringsområden att arbeta med och dessa områden följs upp av teamet ca sex månader senare.



Traumarummet, Helsingborgs lasarett.

I detta projekt ingår även en sammanställning för att lyfta fram styrkor och förbättringsområden för hela regionen. Detta gör vi dagen efter våra respektive två-dagars platsbesök på sjukhusen. Representanter för regionen samlas och får ta del av en sammanställning av styrkor och förslag på förbättringsarbeten att tillsammans genomföra inom regionen.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis är mitt deltagande som granskare i projektet Säker

Traumavård väldigt intressant och lärorikt eftersom jag ser traumapatienten i hela vårdkedjan. Intensiva och roliga två dagar vid platsbesöket där vi i teamet träffar många kollegor, diskuterar erfarenheter och utveckling, observerar traumaövningarna och får nya kontakter både i granskningsteamet och på sjukhusen. Ett projekt jag hoppas att fler av oss alla operationssjuksköterskor vill vara med och delta i. •

Vill Du läsa mer om detta projekt så finns mer information på www.lof.se.

Ytterligare frågor kan ställas till saker.trauma@lof.se.

Vill Du dessutom vara med som granskare d.v.s. representant för Riksföreningen för Operationssjukvård i projektet anmäl dig på vår hemsida www.rfop.se.



Granskningsteamet på operationssalen. Väntan i traumaövning.

Säkert teamarbete på barnoperation

Vårdskador är en allvarlig kvalitetsbrist inom svensk sjukvård. Majoriteten av alla skador och missöden som drabbar patienter i vården beror på brister i kommunikation och i samarbetet mellan vårdpersonal. För en säker vård är det viktigt att personalen vågar och kan lyfta och hantera säkerhetsproblem i arbetet på ett strukturerat sätt.

För att förbättra kommunikation och samarbete införde Astrid Lindgrens barnsjukhus på Karolinska Universitetssjukhuset Crew Resource Management, CRM, som syftar till att förändra kulturen till en högsäkerhetskultur där säkerheten kommer i första hand och förståelse finns för att alla kan göra misstag oavsett kompetens eller erfarenhet. För att åstadkomma detta

behövdes utbildning men framförallt ett långsiktigt förbättringsarbete för att påverka attityder och säkerhetsverktyg som stöttar arbetet. Arbetsätt behöver tränas regelbundet vilket vi gör i simulatorverksamheten på CAMST-barn, Karolinska.

Hur gjorde vi på barnoperation?

Först fick all personal och chefer en utbildning i CRM konceptet, "skapa team", "känna igen risksituationer", "hur man kommunicerar effektivt", "beslutsfattande och erfarenhetsbearbetning". Genom att träna ett gemensamt arbetssätt där uppgiften som ska utföras är tydlig och definierad, alla i teamet vet vem som gör vad och när samt att teamet har ett strukturerat sätt att kommunicera skapas en gemensam mental bild/modell.

Vi identifierade situationer där vi inte arbetade så patientsäkert som vi ville. Vi såg att sättet att rapportera varierade och det fanns risk för att information uppfattades fel eller inte alls. Rutinmoment skedde olika varje gång och det var risk för att viktiga moment tappades bort. Ofta hade vi inte en tydlig och uttalad gemensam plan i arbetsgruppen.

I en tvärprofessionell grupp på barnoperation utvecklades, anpassades och infördes ett antal CRM verktyg som WHO checklistan och standardiserad strukturerad kommunikation med hjälp av SBAR, men även checklistor för olika situationer. I samband med att säkerhetsverktygen infördes genomfördes baslinjemätningar där vi observerade de situationer där verktygen

Foto: Peo Sjöberg



Gunilla Henricsson



Fotograf: Christer Löf, Uppsala

Irini Antoniadou

skulle användas. Det gjorde vi för att kartlägga hur beteendet såg ut innan införandet av de nya arbetssätten. Sedan genomförs uppföljningsmätningar för att mäta följsamheten till de nya arbetssätten och för att utvärdera effekterna, blev det förbättrad kommunikation och samarbete.

Erfarenheter från införandet

En plan för hur arbetet följs upp är utarbetad och utvärderingen av CRM görs med stöd av en forskargrupp från Medical Management Centrum på KI. Erfarenheterna hittills visar att det med ett strukturerat införande går att föra in nya arbetssätt för bättre samarbete och kommunikation och därmed relativt snabbt få avsevärt förbättrad kvalitet på informationsöverföring samt teamsamarbetet. Vi ser också att den kultur som skapas i den tvärprofessionella personalgruppen som arbetar med att utveckla och

ändra arbetssätt/rutiner i vår verksamhet och där alla är viktiga tillsammans, upplevs som relativt naturlig i arbetsvardan. Men vi ser behov av återkommande genomgångar av CRM i samband med utbildningsdagar på vår operationsavdelning samt simuleringstillfällen ett flertal gånger per termin. Detta har sammanlagt en mycket viktig betydelse för att upprätthålla kunskapsnivån. Sammanfattningsvis har det nya arbetssättet fått stor genomslagskraft och mottagits positivt i verksamheten, men det finns utrymme för ytterligare förbättringar.

Hur fortsätter vi?

En avgörande faktor för framgång är ledningens engagemang och kunskap om förändringsarbetet. CRM-arbetet är en långsiktig satsning för att utveckla ett nytt patientsäkert arbetssätt. För att införandet av CRM ska bli ännu mer lyckosam behöver den systema-

tiskt användas vid det dagliga organiserande av arbetet så att praxis speglar såväl evidens kring teknisk (medicinsk) kunskap, icke-tekniska färdigheter som ändamålsenligt och patientsäkert utnyttjande och samordning av de resurser teamet har till förfogande. Ökad kunskap behövs även om hur kliniskt arbete faktiskt utförs, vilka är säkra arbetssätt, som vidare kan stödja tillämpningen av icke-tekniska färdigheter som kan omsättas i praktiken i det vardagliga patientarbetet. Ytterligare ett annat område vi behöver arbeta med i framtiden är att ännu mer ta in patienten till teamet där patientens/närståendes roll blir synlig. •

Fakta: Gunilla Henricsson vårdenhetschef, BarnPMI/Karolinska Universitetssjukhuset. Irini Antoniadou omvårdnadschef Barnoperation, BarnPMI/Karolinska Universitetssjukhuset

5th NORNA congress 29 – 30 november 2018 in Stockholm, SWEDEN

Call for Abstracts

NORNA invites perioperative nurses to submit abstracts to be considered for presentation at the 5th NORNA Congress in Stockholm, Sweden.

Abstracts from colleagues from countries outside NORNA are also welcome.

The theme of the congress is: **Come together – Building Bridges in Perioperative Nursing.**

The aim of the conference is to share initiatives in perioperative nurses caring for the perioperative patient.

Abstracts in general subject areas relevant to the congress theme and aim are welcomed for oral or poster presentation:

- Scientific research
- Improvement knowledge/quality projects

Congress language is English. Abstract can only be submitted and presented in English.

Abstracts submission: Submit and see submission Guidelines www.rfop.se.

Deadline: October 30th 2017. All Abstract will be evaluated by representative from the scientific committee.



Congress President

AnneMarie Nilsson, annemarie.nilsson@rfop.se





Perioperativa sjuksköterskans dag

15 februari 2017
KS, Huddinge
och Solna

Traditionsenligt brukar vi alltid uppmärksamma den "perioperativa sjuksköterskans dag" den 15 februari på Karolinska, och även detta år förberedde vi event för denna dag. Temat 2017 är "Control Surgical Plume – Keep Safe", vilket i praktiken innebär att vi förhoppningsvis blir medvetna om kirurgisk rök och dess risker. Posterbilden har fotats av fotograf och operationssjuksköterska Bodo Götze, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.

I år laddade vi lite extra, och just nu består Karolinska Universitetssjukhuset av tre "sjukhus"; Karolinska Huddinge, Gamla Karolinska Solna och Nya Karolinska Solna. Initiativt hade vi marknadsfört dagen på sjukhusets interna webbsida. Postersattes upp på sjukhuset och närliggande högskola/universitet, för att uppmärksamma studenter, kollegor från vårdavdelningarna samt andra yrkeskategorier och allmänheten att besöka utställningen.

Vi ser "European Perioperative Nursing Day" som en möjlighet att visa upp våra professionsspecifika kunskaper tillsammans med anestesijuksköterskorna. Flera av våra kollegor på olika operationsavdelningar brukar vara med och delta. Upplägget skildes åt på våra olika "sajter".

Detta hände på Huddinge-siten

Tidigt på morgonen samlades alla som skulle vara delaktiga till en lyxig frukost som sponsrades av vår Riksförening. Det blev en väldigt lyckad start på dagen! TACK! Sen gick vi i gemensam trupp till Birke-aulan. Utanför aulan skapade vi tillsammans

en autentisk perioperativ miljö. Nar-kosapparat, intubationsutrustning, operationsbädd med "draperad patient", diatermi och sug med innehåll bestående av lingonsylt för att få den perfekta koagelkänslan.

ÖNH hade cochlea-implantat och mikroinstrument uppdukade. Benjamin dvs skelettet från ortopedoperation var närvarande hela dagen och fick även ha på sig ortopedisk hjälm. Olika ortopediska proteser samt ett gastroskop med stapel fick också hänga med. Medan utställningen var igång pågick under dagen korta föredrag med varierande ämnen. Moderator för dagen var distriktsamordnare Johanna Fahlén, Stockholm som öppnade med att berätta om dagens konkurrent. Den 15 februari är det nämligen även "Geléhallonens dag"! Mycket passande var att alla föreläsare fick varsin påse geléhallon efter sina presentationer.

Annika Sandelin, utbildningsledare, informerade kort om Riksföreningen för operationssjukvård och om European Operating Room Nurses Association (EORNA) samt årets tema som är kirurgisk rök och prevention. Oili Dahl, intensivvårdssjuksköterska och funktionsenhetschef PMI samt även styrelseledamot i Svensk sjuksköterskeförening fortsatte att tala om ledarskap för omvårdnad utifrån "Magnetisk dragningskraft på sjuksköterskor" som kommer från USA och kallas Magnet Hospitals. Birgitta Å Gustafsson tog sen vid och talade varmt och engagerande om operationssjuksköterskans profession. Hon föreläste även om patienters levnadsvanor inför kirurgi. Därefter höll May-Lena Färnert, utbildningsledare och anestesijuksköterska, en

presentation om LÖF's projekt om säker bukkirurgi, hon talade även om den redan kända WHO Checklista för säker kirurgi.

Dagen fortsatte med Päivi Kylmänen, expertsjuksköterska i hygien och operationssjuksköterska, hennes föredrag handlade om basala hygienrutiner och patienters hudförberedelser inför kirurgi. Temat hygien fortsatte med Martin Rundström, anestesijuksköterska, som föreläste om hygien utifrån anestesijuksköterskans perspektiv. Sedan, med buller och bång och med hammarslag gör Piritta Hermansson, operationssjuksköterska och omvårdnadsansvarig transplantationskirurgi, en oförglömlig entré. Hon hackar is i en balja och berättar om hennes roll vid levertransplantationer. Sist men inte minst föreläste Marianne Birke Englid, smärtsjuksköterska,





om postoperativ omvårdnad och smärtlindring för patienter som har genomgått pancreasoperation. Avslutningsvis "Grand finale" kommer vår egen primadonna Johanna in, iklädd operationsmössa och långklänning. Hon avslutar "European Perioperative Nursing Day" med sin operastämma "I could have danced all night" från My Fair Lady och en och annan i publiken viftade på sina höfter!

Detta hände på Solna-siten

Tidigt på morgonen tågade vi mot Nanna Svartz aula på Karolinska Solna med en karavan med utrustning. Vi hade med oss både ventilator, operationsbädd med docka, assbord, instrumentbord och diatermi. Utanför aulan dukade vi därefter upp till en bukoperation samtidigt som kollegorna iordningsställde instrumentbord med neurokirurgiska ingrepp (inklusive kranium för borrar), plastikkirurgiska ingrepp (med exempelvis bröstproteser i olika storlekar) och ortopediska ingrepp (höftproteser, stag etc.). I år hade vi många besökare, främst patienter och deras anhöriga. Vi fick ta del av många patientberättelser, men också svara på frågor från patienter som skulle opereras. Efter lunch fick vi dessutom "finbesök" av landstingsrådet Anna Starbrink som var på visit på sjukhuset. Hon fick se och känna på våra instrument och passade på att lära sig intubera också,

vilket gick galant! Vi som höll i detta evenemang var operationssjuksköterskorna Britt Askling, Jenny Persson, Terttu Mustonen, Veronica Eriksson, Sarah Andersson, Lisa Kinbom, Pia Stehager, Veronica Ramirez Johansson och anestesisjuksköterskorna Carina Surell, Anna Björne och Elisabeth Liljeröth.

Vi ville i år prova att iscensätta en operation, så Carina (anestesisjuksköterska) och Veronica (operationsjuksköterska) iordningsställde även en operationssal på KTC (kliniskt träningscentrum) på Karolinska Solna, där vi draperade en simulator-docka som var kopplad till en ventilator. Vi bjöd på godsaker, hängde upp blodiga dukar och hade riggat upp sug och diatermi, där besökarna skulle få prova att diatermera på mandariner. Dessvärre hade vi inget rökutsug och det blev ganska snabbt rökigt inne i rummet med en pikant doft av grillad mandarin, så vi var tvungna att snabbt öppna alla fönster för att evakuera röken innan brandkåren kom. Det hade visserligen varit ganska trevligt om de hade dykt upp, för särskilt många besökare hade vi inte. Det var ingen studentverksamhet på KTC just den här dagen, endast en handfull nyfikna kom förbi KTC. Nästa år ska vi skylta lite bättre så att folk hittar dit!



Även i vår nya fina sjukhusbyggnad Nya Karolinska Solna firades dagen. Det var tårtkalas i personalrummet, och barnoperation och thoraxoperation hade demonstration på plan 4 för allmänheten. Även här kom det många nyfikna besökare, stora och små, som ville bekanta sig lite med anestesi och operation. Det visades stort intresse för klaffimplantat, men även för att prova hjärtlungräddning på den barnHLR-docka som vi hade med oss. Operationssjuksköterskorna Susann Edvinsson-Larsson och Sofia Jansson arrangerade "Perioperative nursing day" på Nya Karolinska.

I stora drag blev det en uttrevlig dag på Huddinge och Solna, med mycket skratt, innehållsrika föreläsningar och tid för frågor för besökarna. Tack för en härlig dag allihop! •





Ny redaktör

Mitt namn är Izabella Nordstrand och jag har varit specialistutbildad operationssjuksköterska sedan våren 2012. Detta spännande yrke har varit en dröm att förverkliga sedan jag läste min grundutbildning.

Min karriär som operationssjuksköterska började på Universitetssjukhuset i Örebro, där jag jobbade på Kirurgoperation. Något år senare flyttade jag och min man norr om Örebro där jag sökte tjänst på Lindesbergs Lasarett. Som operationssjuksköterska på Lindesbergs Lasarett har jag ett varierande arbete som gör att jag trivs. Variationen är stor då vi har fem olika sektioner. Från ögonoperationer till en hel del tithålskirurgi, gynekologi, öron-näsa-hals patienter

och inte minst mer och mer växande proteskirurgi inom ortopedi. Utmaningar finns gott om inom operationssjukvård och det mest spännande med det är att här behövs det både hjärna, hjärta och kropp för att allt ska fungera till patientens bästa.

Läsande och skrivande har alltid varit en del av mitt liv. Jag älskar att läsa och lära mig nya saker, se världen från olika perspektiv, resonera. Skrivandet blir en naturlig del av läsandet, tycker jag. Att skriva ner det man läser om speglar ens tankegång och att man har tagit del av det man har läst. På detta sätt lever kunskapen vidare.

Jag tackade ja till utmaningen att vara en del av Uppdukats redaktion just för att redaktionsarbete innebär en del läsande och skrivande samt letande efter kunskap. Min ambition är att göra min del i att föra kunskapen vidare. •



Izabella Nordstrand

Kunskap och Inspiration – posterutställning under Höstkongressen 2017

Varmt välkommen att delta med en poster vid Höstkongressens posterutställning Kunskap och Inspiration! Postern ska handla om ett projekt eller utvecklingsarbete från operationssjuksköterskans perspektiv, exempelvis utveckling av rutiner för säkrare vård, vårdmiljö, kvalitetsuppföljning, infektionsregistrering, dokumentation, handledning, utbildning, ledarskap, personcentrerad vård m fl områden. Observera att det inte behöver vara avancerade forskningsprojekt som presenteras, kvalitetsarbeten och utvecklingsprojekt är varmt välkomna.

Om du/ni vill delta, börja med att skriva ett abstrakt (med bakgrund, syfte, metod, resultat & slutsats om ca 200 ord) som beskriver arbetet du/ni vill presentera. Abstrakt mailas till Vetenskapliga rådet, Gudrun@rfop.se före den 15 augusti.

Vetenskapliga rådet granskar därefter alla inkomna abstrakt och meddelar när ni kan gå vidare och utforma postern. I år förenklar vi processen genom att använda oss av e-poster, du/ni kommer alltså inte att behöva trycka upp postern innan. Postern kommer istället att presenteras muntligen och på skärm. Tydliga instruktioner för e-poster meddelas efter att abstrakt godkänts och kommer också att läggas ut på rfop.se.

En kongressdeltagare/poster som presenterar sin e-poster vid höstkongressen betalar reducerad anmälningsavgift. Pris för bästa e-poster kommer att utses.

Riksföreningen för operationssjuksjukvårds Styrelse och Vetenskapliga rådet.





Stipendiater

Höstkongressen 2016

Annett Ekman Persson arbetar på Ögonoperation på Skaraborgs Sjukhus i Skövde och tilldelades Riksföreningen för operationssjukvårds stipendium för att delta i Höstkongressen 2016.

Jag vill tacka för ett par intressanta, roliga och innehållsrika dagar, skriver Annett, och ge ett stort beröm till er som arrangerade allt. •



Annett Ekman Persson

NORNA-kongressen i Köpenhamn

Jag vill tacka så mycket för att jag fick möjlighet att vara med på NORNAs kongress i Köpenhamn, skriver Barbro Frykholm, operationssjuksköterska på Operationsavdelningen, Capio Läkargruppen i Örebro.

Det var två intensiva dagar med ett intressant program, många bra föreläsningar och intressanta utställare. En del var nytt och annat kände jag igen, vissa saker gör vi, och det är roligt att få svart på vitt att vi hänger med i utvecklingen. •



Barbro Frykholm

I slutet av november 2016 avled en av våra hedersmedlemmar Kerstin Persson, Jönköping, i en ålder av 79 år.

Hon växte upp i Tyringe utanför Hässleholm i Skåne och utbildade sig till sjuksköterska 1960 - 1963. Hon utbildade sig senare till vårdlärare och arbetade som lärare på Hälsohögskolan i Jönköping, där hon också bodde. Kerstin Persson var en av författarna till "Grundläggande operationssjukvård" och "Allmän- och specialkirurgisk operationssjukvård" som har använts flitigt i utbildningen till operationssjuksköterska.

Den sista gången vi träffade Kerstin var under Riksföreningen för operationssjukvårds Jubileums-kongress i november 2014.

Styrelsen i Riksföreningen för Operationssjukvård.

Marie Afzelius

Boktips från redaktionen

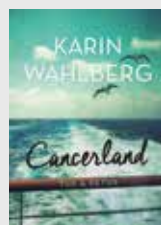
Yvonne Törnqvist har läst och rekommenderar följande böcker



Johan von Schreeb Katastrofdoktorn

Brombergs förlag

För alla som är sugna på att arbeta för hjälporganisationer utomlands. En inblick i hur livet i fält kan vara. Visserligen från ett doktorsperspektiv, men han beskriver väl de mödor som drabbar alla. Han berättar i boken om sin första resa ut. Johan var en av de som var med och startade "Läkare utan gränser" i Sverige. Finns i pocket.



Karin Wahlberg Cancerland – tur och retur

Wahlström & Widstrand

Tankar om livet och sjukdomserfarenheter från att drabbas av cancer i tjocktarmen "fulcancer". En av de vanligaste cancerformerna, men som det inte pratas så mycket om. Karin är gynekolog och författare. Att ta del av patientperspektivet hjälper oss i bemötandet av våra patienter även på operation. Dessutom är det ju något vi själva eller nära och kära kan drabbas av.



Nätverksträffar

Skaraborg 17 november 2016

Text: Monika Briggner, distriktssamordnare Skaraborg

Vi samlades efter jobbet på Skaraborgs sjukhus i Falköping. I år fick Falköpings operationssjuksköterskor vara värdar för nätverksträffen. Vi som deltog kom från de tre sjukhusen i Falköping, Lidköping och Skövde.

Temat för kvällen var Organ-donation

Vi startade med en god salladsbuffé och information om Riksföreningen för operationssjukvårds verksamhet. Jag informerade om RFop's "Anser och rekommenderar"; bl.a. den om "Operationssjuksköterskans specialistkompetens". Berättade om projektet, "Stark för kirurgi – stark för livet", samt om "Certifieringskursen för medicintekniska produktspecialister" som genomförts några gånger.

Inbjudna föreläsare att berätta om organ donation var Annika Edvinsson, IVA- sjuksköterska och Camilla Jansson, operationssjuksköterska från Skövde. De ingår båda två i organ donationsteamet, som finns på IVA respektive på operationsavdelningen på Skaraborgs sjukhus.

Annika började att informera om hjärndödsbegreppet. Hon visade en del statistik om vilka som blir donatorer, hur många donatorer/år vi har i Sverige samt hur många som väntar på att få organ.

Hon gick igenom hur hjärndödsdiagnostiken genomförs på IVA, hur och när man samtalar med de anhöriga. Hon beskrev att det är ett omfattande arbete på intensivvårdsavdelningen inför ev. donation. Som stöd i sitt arbete har de tydliga riktlinjer att följa.

Camilla fortsatte med att berätta hur förberedelserna går till på operationsavdelningen inför organ donation. Det inplaneras ett extra operationslag för ofta sker själva uttagsoperationen nattetid, pga. logistiken med väntande organmottagare etc. på övriga sjukhus.

När teamet ringts in startar förberedelserna. Det är en mängd förberedelser innan donatorn kan hämtas in från IVA och därefter förberedas för uttagsoperation på operationssalen.

Transplantationsteamet från Sahlgrenska anländer lagom till att patienten är klar för själva uttagsoperationen.

Camilla redogjorde om hur arbetet fortlöper och hur organen tas om hand av transplantationsteamet inför vidare transport till väntande mottagare. De beskrev att hela arbetet genomsyras av respekt och värdighet inför donatorn och dennes anhöriga.

Vi alla som fick lyssna till denna intressanta genomgång av Annika och Camilla tackar så mycket!!

Och ett varmt tack till Falköpingsgänget som ordnat så att vi fick möjlighet att träffas denna kväll! •

Skåne SUS 15 februari 2017

Text: Eva-Lena Isaksson, distriktssamordnare Skåne SUS

Nätverksträffen hölls på Skånes Universitetssjukhus i Malmö onsdagen den 15 februari 2017.

I Skåne har vi sedan många år valt att ha nätverksträffen på den perioperativa sjuksköterskans dag. Våra olika operationsavdelningar har säkert valt att uppmärksamma dagen på olika sätt.

Tänk vad tiden går fort, redan ett år sedan vi hade träff senast, alltid lika roligt att ses igen och att det är några nya personer som kommer är positivt. Vi samlades i en av Universitetssjukhuset i Malmös lokaler. Trots att det är nära mellan Lund och Malmö, gjorde trafiken att det tog tid för mig att ta mig dit och som tur var jag fick hjälp med lokal och mottagande av mat, samt att ta emot produktspecialisten.

Under tiden som jag höll information från Riksföreningens styrelse och gick igenom en del från vår hemsida, passade vi på att få lite i magen. Vi pratade mer om vad som händer i år när det gäller Riksföreningen, t.ex. Hygienforum, när höstkongressen är och NORNA-kongressen nästa år. En av deltagarna på nätverksträffen kommer att åka på EORNA-kongressen i vår – så roligt! Gick också igenom de olika projekt som Riksföreningen har varit och är med i. Visade var på hemsidan vi hittar Riksföreningen anser och rekommenderar. Ja, med andra ord lite av varje.

Kvällen fortsatte med suturer, både teori och praktiska övningar med Angela Odin från Ethicon. Häftigt att det är något man lär sig vid varje tillfälle. Efter en hel dags arbete är man ju inte alltid piggelin, men jag tyckte nog att vi var bra med på spåret. Dagens sista programpunkt var att själva prova att





suturera, vi har provat startknut och stoppknut, däremellan var det fortlöpande suturer. Visst ser det lätt ut när man får undervisning och när de som kan gör det, men vad man kan bedra sig, alltså det är inte alltid så lätt som det ser ut. Men om jag får säga det själv, så lyckades vi bra allihop.

Även denna dag hade sitt slut och jag säger tack till er som kom, ni gjorde att det blev en nätverksträff på SUS i Skåne.

Tack också för hjälp med allt runt omkring, kaffe, toalett och inte minst hissen, det kunde slutat där, inte i den men utanför, man behövde ha ett rsid

kort för att kunna ta sig in i lokalen och det har man ju inte när man kommer från Lund!

Vi ses igen om ett år! •

Välkommen att söka

Riksföreningen för operationssjukvårds eget stipendium 2017



Riksföreningen för operationssjukvård kommer att dela ut två stipendier som avser resa, en hotellnatt och kongressavgift för deltagande vid höstkongressen i Stockholm den 30 november – 1 december 2017. Stipendiaten meddelas under september 2017.

Stipendiet erbjuder en möjlighet till ny kunskap, erfarenhetsutbyte, nya tankar och idéer som kan stimulera till utvecklingsarbete och personlig utveckling.

Förutsättningar

- Stipendiet kan sökas av dig som är operationssjuksköterska och medlem i Riksföreningen för operationssjukvård sedan minst två år tillbaka.
- Riksföreningens eget stipendium kan endast erhållas en gång vart fjärde år.

Ansökan

- Skriv en ansökan och motivera varför just du vill delta på kongressen.
- Ansökan ska vara anonym vilket innebär att den ej får innehålla några personuppgifter eller uppgifter om arbetsplats.
- Skriv dina personuppgifter och e-postadress separat och lägg i ett slutet kuvert som bifogas ansökan. Skriv inget på kuvertet.

Skicka Din ansökan senast den 25 augusti 2017 till; Catarina Augustsson, Karlstorpögatan 2, 372 36 Ronneby

Vid frågor kontakta: Catarina Augustsson, catarina.augustsson@rfop.se



Chefnätverket för chefer på Sveriges operationsavdelningar

Text: Kristina Lockner

Nätverket träffades den 16 mars 2017 i Stockholm och det var många som deltog från hela Sverige.

Dagen startade med en intressant föreläsning av Kristina Blombäck som berättade om *"ett jonglerandeledarskap eller konsten att öka din förmåga att fokusera på rätt saker"*. Hålla många bollar i luften", känns det igen? Att vara mentalt på flera ställen samtidigt, prata med medarbetare, fatta beslut delta i utvecklingsarbeten etc. En utmanande vardag gör det extra viktigt att se och fokusera på din egen situation och hälsa och hitta de verktyg som är bra just för dig. Kristina gav oss en introduktion av ämnet som var mycket intressant att lyssna på.

Efter lunch var det dags för nätverkande och samtal. Ämnena som var på dagordningen var, personalsituationen/arbetsmiljön, sommarplanering och ledarutbildning för chefer på operation.



Kristina Blombäck

Dagen avslutades med att vi pratade om Chefskonferensen 2017, där många önskade att den skulle vara i två dagar fast första dagen ska vara i ordinarie Höstkongressprogram. Det kom även förslag på att avdelningar/



Foto: Peo Sjöberg

Veronica Dahlgren, kontaktperson och ansvarig för nätverket

sjukhus ska få möjlighet att ha en egen rekryteringsmonter i ett separat "arbetsgivarhorn" i utställningslokalen. •

Stark för kirurgi - stark för livet - Levnadsvanor i samband med operation, Del 3

Text: Kristina Lockner

Utifrån tidigare genomförda projekt har områden där vi vill gå vidare med aktiviteter identifierade. Då operations- och anestesijukssköterskornas, dvs. den perioperativajukssköterskans roll inte har varit tydlig och inte heller identifierats i arbetet med levnadsvanor kommer vi i del 3 att genom en pilotstudie undersöka både de båda professionernas roll i arbetet med levnadsvanor inför kirurgi och följa upp, sammanställa och utvärdera den information som är given till den person som har genomgått ett kirurgiskt ingrepp.

Specialistsjuksköterskor inom operation och anestesi, perioperativa sjuk-



sköterskor, har en självklar plats för att informera och undervisa patienter och närstående om levnadsvanornas betydelse för att nå målet med det kirurgiska ingreppet. Mot bakgrund av att en sund livsstil i tiden kring det kirurgiska ingreppet i bemärkelsen regelbunden fysisk aktivitet, goda kostvanor, sparsamt med alkohol och framför allt ingen rökning och god hygien minskar risken för komplikationer är det av stor vikt att den perioperativajukssköterskan finns med i det arbetet. Hur ges patienten idag möjligheten att få kunskap om levnadsvanors påverkan inför operationen och under återhämtningstiden? •

Nyhet

Teleskopisk diatermipenna

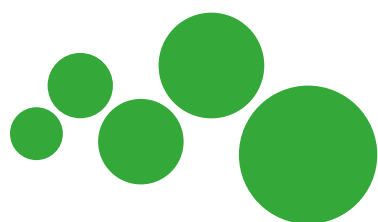


KEBOMED

Din partner
för kirurgisk
rökevaktering

www.kebomed.se
info@kebomed.se
Tel. 040 305 105

 **afeAir[®]**
Surgery without smoke



Mölnlycke®



KEBOMED

Johnson & Johnson **MEDICAL
DEVICES
COMPANIES**

MEDI PLAST®

VINGMED

Medtronic
Further, Together

CRC
medical

BERNER
Medical

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE