

Uppdukat

Nr 3 september 2014 årgång 26

1964-2014



Riksföreningen för
operationssjukvård

RIKSFÖRENINGEN FÖR OPERATIONSSJUKVÅRD



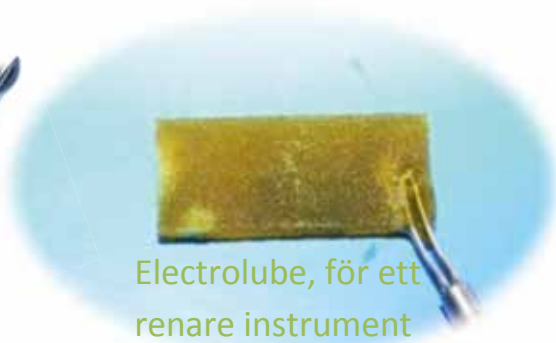


Elektrokirurgi utan rök är möjlig
med SafeAir diatermipenna och
SafeAir rökutsug

KEBOMED ett nordiskt, modernt och
miljömedvetet medicinsktekniskt företag som
förknippas med bästa sortiment och service



Fascia
skalpel



Electrolube, för ett
renare instrument

Vi har
utrustningen ni
behöver!

Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

2 200 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

Hygienforum, Stockholm

Foto:

Kristina Lockner

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Ingela Pirttilä
Inger Andersson
Marie Afzelius
Ingrid Andersson

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

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

Innehåll

Uppdukat nr 3 2014 årgång 26

Redaktionens ord...**sid 4**

Operationssjuksköterskans
intraoperativa omvårdnad...**sid 6**

Hygienfrågan...**sid 10**

WHO:s checklista för säkerhet
vid operationer...**sid 12**

Rengöring av
da Vinci-armar...**sid 14**

Boktips...**sid 17**

Berätta för omvärlden –
gör en poster!...**sid 18**

Jubileumssidor...**sid 19**

Porträttet...**sid 26**

Färre vårdskador med en
bra arbetsmiljö...**sid 30**

Vårt sätt att arbeta som
operationssjuksköterskor...**sid 32**

Patientsäkerhetsarbetet är
drivkraften i Christines
forskning...**sid 34**

Föreningsnytt...**sid 38**

sid 6



sid 14



sid 26



sid 30



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@seorna.com 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



Nu närmar vi oss vår förenings födelsedag, den 26 november 1964 bildades Rikssektionen för operationssjukvård och hade det året 175 medlemmar. Syftet med föreningen var att operationssjuksköterskor från hela landet skulle träffas för fortbildning och erfarenhetsutbyte.

Syftet gäller än idag och vårt främsta mål och uppgift är att bevaka och gagna operationssjuksköterskornas gemensamma utbildnings- och yrkesintressen samt att främja utvecklingen av den perioperativa omvårdnaden. Idag är vi ca 1 700 medlemmar som leder, undervisar, forskar/utvecklar och praktiserar perioperativ omvårdnad.

Har du möjlighet, kom och var med och fira på vår Jubileumskongress (Höstkongress) den 27 – 28 november i Stockholm. Där kommer vi att fokusera på Operationssjuksköterskans profession och kompetens i ett framtidsperspektiv.

Vi kommer även att få lyssna till Staffan Landin som hjälper oss att förstå, "Hur ser egentligen utvecklingen ut på global nivå, går det åt rätt eller fel håll? Det är viktigt att vår bild av världen stämmer någorlunda överens med sanningen."

Samt Claes Schmidt/Sara Lund om det positiva med mångfald och oliktkänkande hur det utvecklar och rent av är livsnödvändigt för ett levande samhälle.

Förutom kongress bjuder hösten och vintern på nya "Riksföreningen anser och rekommenderar" om åtgärder vid anläggning av blodtomtfält och om kirurgisk rök. Vi kommer även att jobba vidare med det statement vi skrivit tillsammans med Riksföreningen för anestes- och intensivvård och försöka få en debattartikel publicerad. Två nationella patientsäkerhetsprojekt vi finns med i är Säker bukkirurgi och Säker traumavård, där vi ständigt söker nya revisorer mer om detta dock i nr 4.

I det nummer du just nu läser har vi en hel del populärvetenskapliga artiklar, ett porträtt på en av föreningens grundare och åter en historisk tillbakablick med Barbro Fribergs tidigare publicerade artikel "Från tygförkläde till engångsrock". Vi får även en inblick i Christine Leo Swennes vardag som disputerad.

Nu gör jag som vanligt, önskar dig en härlig stund med Uppdukat.

1964–2014



Riksföreningen för
operationssjukvård

Den 50:e Höstkongressen 27 – 28 november 2014

1964–2014



Riksföreningen för
operationssjukvård

JUBILEUMSKONGRESS
STOCKHOLM WATERFRONT

Riksföreningen för operationssjukvård • www.rfop.se

Föreläsningar

Perioperative Nursing A humane Profession, Caroline Higgins

Operationssjuksköterskans profession och kompetens, Birgitta Åkesdotter Gustafsson

Operationssjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av teamarbete för säker kirurgi, Annika Sandelin

Evidensbaserad praktik – vad är det, hur gör man och varför behövs det på operation? Ann-Christin von Vogelsang

Hybridsjuksköterska – en "ny" och efterfrågad operationssjuksköterskekompetens, Ann-Mari Fagerdahl

Kvinnor, män och alla vi andra Claes Schmidt/Sara Lund

Vad krävs av framtidens högteknologiska vårdmiljöer? Maria Berezeck

Hybridsalar och högteknologiska vårdmiljöer - krävs nya utbildningar och kompetenser? Ingegerd Bergbom

Practicum Clinical Skills Centre Mikael Ekelund

Sustainability/hållbarhet i operationssalen, Geert Driessens

Kvalitetsrådet informerar

Laparoskopisk obesitaskirurgi - då nu och i framtiden, Mikael Ekelund

Global utveckling med fokus på mänsklig utveckling, Staffan Landin

Nyhet!

Nu lanserar vi Operio sterilzonsaggregat!

- skapar en steril zon kring sårområde och instrument

Operio är ett mobilt sterilzonsaggregat med integrerat och fällbart assistansbord, avsett för användning i den sterila operationszonen. Med ett riktat ultrarent* luftflöde skyddar Operio både sårområde och sårnära sterila instrument mot luftburen smitta och bakteriebärande partiklar.



Operio kan användas i alla typer av operationssalar och vid alla typer av kirurgiska ingrepp.



Operio ersätter assistansbordet i operationszonen och tar ingen ytterligare plats.

* <5 cfu/m³ luft

Vid större kirurgiska ingrepp, komplettera med sterilbordet **SteriStay** för ett komplett skydd för all steril utrustning.

SteriStay
- säkra ditt beslut



Se filmen om luftburen smitta i operationssalen - och hur du skyddar din sterildukning:



www.toulmeditech.com

Operationssjuksköterskans intraoperativa omvårdnad

– ett vakande öga för patientens välbefinnande och säkerhet

Populärvetenskaplig sammanfattning av originalartikel Kelvered M, Öhlen J, Gustafsson BÅ. Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2012 Sep;26(3):449-57.

Kontakt Monica Kelvered Leg. Sjuksköterska, Operationssjuksköterska, Master i omvårdnad & Universitetsadjunkt, Monica.Kelvered@fhs.gu.se

Svensk sammanfattande text Birgitta Å Gustafsson Leg. Sjuksköterska, Operationssjuksköterska, Vårdpedagog & Med. Dr.

Inledning

När en operationssjuksköterska betraktas vid patientens operation framstår hon som fokuserad och uppgiftscentrerad med sina instrument intill en sterildraperad osynlig patient. Patienten framträder i sammanhanget genom det synliga operationssåret. Scenariot inspirerar till reflektion kring hur operationssjuksköterskor genomför patientnära intraoperativ omvårdnad.

Begreppet perioperativ omvårdnad är resultatet av amerikanska operations-sjuksköterskors utvecklingsarbete för att synliggöra yrkesrollen och omvårdnadens innehåll genom originalmodellen för perioperativ omvårdnad från 1985¹. Modellen visar hur operationssjuksköterskor genomför omvårdnadsprocessen genom att möta patienten för samtal pre-, intra- och postoperativt och samtidigt etablera en omvårdnadsrelation med kontinuitet genom den perioperativa perioden. För den intraoperativa omvårdnaden beskrevs i modellen patientsäkerhet med fokus på aseptisk miljö, positionering, kontroller av medicinteknisk

utrustning och hur patients emotionella och fysiska behov tillgodosågs samt om teamarbete och ledarskap¹.

Operationssjukvården är en högteknologisk och effektiv vårdmiljö som fortlöpande ställer nya krav på dagens operationssjuksköterskor. Forskningsresultat visar att operationssjuksköterskor har en gedigen kompetens som utöver tekniska färdigheter utmärks av skicklighet i teamarbete och ledarskap, förmåga till situationsmedvetenhet för säker vård och en praktisk visdom som kännetecknas av att göra det som är gott för patienten^{2,3,4}. Idag är också de sex kärnkompetenserna⁵ och WHO:s checklista⁶ ett stöd för operationssjuksköterskans intraoperativa omvårdnad. Professionen beskrivs som en utmaning och att den valts på grund av fascination trots att andra sjuksköterskor menar att specialinriktningen saknar omvårdnad. Operationssjuksköterskorna själva vet att deras första prioritet i arbetet på operationsrummet är patientens välbefinnande^{7,8,9}. Operationssjuksköterskors intraoperativa omvårdnad är inte uppenbar för patienter och omgivning. Den här artikeln handlar därför om operationssjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av intraoperativ omvårdnad inom svensk operationssjukvård¹¹. Operations-sjuksköterskor ombads berätta utifrån uppmaningen *"Vill du vara snäll och berätta om en situation då du kände att du gjorde något gott för patienten intraoperativt"*. Analysen av deras berättelser¹² gav ett resultat med tre motiv till grund för omvårdnaden och 15 övergripande intraoperativa omvårdnadshandlingar (de övergripande omvårdnadshandlingarna består givetvis av ett omfattande antal detaljerade handlingar som inte beskrivs i studien).





Intraoperativ omvårdnad

Omvårdnadshandlingar för en tillförlitlig relation och situationsbundet välbefinnande

Operationssjuksköterskans omvårdnadshandlingar motiverades av att vilja skapa och bevara en tillförlitlig relation och ett situationsbundet välbefinnande för patienten. Att *Skapa tillförsikt hos patienten* visades genom att patienten hälsades välkommen till operationsavdelningen/rummet. Genom ögonkontakt, närhet, sin röst och utvalda ord ville hon visa att hon fanns där för patienten med insikt om dennes sårbarhet i situationen. Att möta patienten innebar att få *Dela en medmänniskas tankar* som kunde handlade om oro för vad som skulle kunna hända vid operation. Vikten av att vara lyhörd för patientens kroppsspråk krävde inlevelse och ett empatiskt förhållningssätt för att försöka trösta och lindra rädsla när det behövdes. Möten med patienter i kris som visade sin dödsångest inför operationen skildrades. Att bli berörd av sådana möten gav upphov till känslor av otillräcklighet. "Att bry sig om", dvs. omtanken om patienten visades t.ex. också genom att precis innan sövningen vara närvarande och lyssna när patienten ville prata om det som var viktigt för dem just då.

Operationssjuksköterskan ville erbjuda omvårdnad med respekt och *Låta patienten som person ta plats vid operationen* och vara i fokus på operationsrummet. När patienten markerade att få behålla sin integritet respekterades det. En önskan uttrycktes om att patienten skulle kunna känna deras närvaro trots sterila kläder och faktiska distans och lita på att överenskomna beslut för vården företrädde vid operationen. Att *Måna om en god atmosfär* i operationsrummet ansågs viktigt för patientens välbefinnande. Det var ofta många personer i rörelse inför operationsstarten på operationsrummet och operationssjuksköterskan eftersträvade samordning för att skapa en positiv atmosfär och trygghet i situationen för patienten. Sterila instrument och annan utrustning förbereddes och täcktes över innan patienten kom in på operationsrummet för att inte skapa obehag. Villkoret för att kunna skapa och upprätthålla en positiv atmosfär i operationsrummet var att operationssjuksköterskan själv haft möjlighet att förbereda sig inför ingreppet med kunskap om patientens förutsättningar, planerat ingrepp och utrustning

för kontroll över hur ingreppet skulle genomföras.

Omvårdnadshandlingar för en tillförlitlig intraoperativ omvårdnad

Ett andra motiv för operationssjuksköterskans omvårdnadshandlingar var att skapa och bevara tillförlitlig intraoperativ omvårdnad. Operationssjuksköterskan beskrev vikten av att *Vara förberedd inför samarbetet med kirurgen*. Att ha operationsteknisk kunskap om ingreppet via litteratur, diskussion med kollegor eller vid oklarheter i dialog med ansvarig kirurg var nödvändigt för en omsorgsfull planering av utrustning för säker vård. Att vara väl förtrogen med ingreppets art och förlopp ansågs vara ett måste för att kunna samarbeta med kirurgen på ett skickligt sätt och "vara steget före" i instrumenteringen och bidra till att patientens förväntade operationsresultat skulle uppnås. Att *Skapa säker vila för patienten vid operationen* genom korrekt positionering på operationsbädden skulle ske på ett värdigt sätt och i samråd med patienten. Förmågan att kunna improvisera ansågs helt nödvändig för att kunna säkra bästa möjliga position på operationsbädden för varje patient. Hänsyn togs till patientens förutsättningar och genomförd riskbedömning för att förhindra postoperativa komplikationer och samtidigt skapad åtkomlighet för operationsteamet att kunna utföra vårdhandlingar effektivt och säkert. Operationssjuksköterskan *Förverkligade säker omvårdnad vid operationen* genom att vara väl förtrogen med patientens förutsättningar via journaluppgifter som kompletterades i dialog med patienten i samband med identitetskontrollen. Säkerhetskontroller av utrustningen som användes vid operationen utfördes kontinuerligt och ansågs vara en övergripande essentiell omvårdnadshandling för patientens säkerhet. Operationssjuksköterskor beskrev sitt ständigt vakande öga över allt material som användes vid ingreppet. Säkerhetskontroller av patientens positionering utfördes också fortlöpande för att förhindra vårdskada. Suturmateriell anpassades till respektive patients förutsättningar och typ av ingrepp för att gynna sårsläkning. Omtanken om patienten visades också genom att *Tillvarata patientens rätt till professionell vård*. Operationssjuksköterskans erfarenhet av professionellt utförd kirurgi visade ibland att en kirurg inte var tillräckligt skicklig för att klara ut situationen. Om kirurgen inte vill ta emot



erbjudande om hjälp av en kollega, gav hon en person i teamet uppdraget att tillkalla en mer erfaren kirurg för att patienten skulle få operationen professionellt slutförd mot målet. Operationssjuksköterskor beskrev att omvårdnad också är *att Leda arbetet genom operationen* på operationsrummet i samverkan med kollegorna i operationsteamet och med ett ständigt vakande öga över det som utspelade sig kring operationssåret och i operationsrummet. T.ex. påminnes kirurgens assistenter om att inte hänga på patienten med sin kroppstyngd eller att flytta armbordet ur läge för att skaffa sig ett större utrymme vid operationsbordet eftersom ett sådant beteende medförde överhängande skaderisk för patienten. Att *Värdera omvårdnadens kvalitet* bestod t ex av att försäkra sig om att patienten vilade skönt i sin säng, att huden var ren, förbandet rent och ändamålsenligt och att dränering och urinkateter fungerade innan patienten överlämnades till nästa ansvariga sjuksköterska efter operationen. Operationssjuk-

sköterskor visste lite om hur den genomförda omvårdnaden påverkade patienten. För att få vetskap och för att ge patienten en känsla av att vara betydelsefull besöktes därför patienten ibland postoperativt, även om det inte ingick i klinikens arbetsorganisation.

Omvårdnadshandlingar för säker vårdmiljö som främjar sårhäkning och återhämtning

Ett tredje motiv för operationssjuksköterskans omvårdnadshandlingar var att åstadkomma en säker miljö som främjar sårhäkning och återhämtning genom att *Garantera en hygienisk och aseptisk vårdmiljö* genom operationen. Att tillgodose hygien och aseptik vid patientens operation och minska risken för postoperativ sårinfektion ansågs som en essentiell övergripande omvårdnadshandling. Operationssjuksköterskor återkom till sitt ständigt vakande öga över allt sterilt material på operationsrummet och om de åtgärder som vidtogs för att steriliteten inte skulle äventyras av personerna runt operationsbordet

eller i operationsrummet. Förberedelsen av patients hud var en avgörande omvårdnadshandling för att förhindra sårinfektion. Den preoperativa huddesinfektionen beskrevs som en konst att utföra, särskilt när patienten opererades akut på grund av trauma med trasig hud och kontaminerad vävnad i operationsfältet. Att inte tillfoga ytterligare skada poängterades, liksom betydelsen av att skapa bästa möjliga förutsättningar för att gynna sårhäkning och återhämtning efter operationen. Att *Arrangera en tät barriär mot kroppsfrämmande ämnen* åstadkoms genom drapering för en steril arbetsyta kring patientens operationssår. Draperingsteknik och material valdes utifrån patientens förutsättningar som t.ex. skör hud pga. cortisonbehandling eller strålskada. Att *Bevara vävnaders renhet* genom operationen ansågs viktigt. Vävnaderna i operationssåret hölls kontinuerligt rena från suturrester, intorkade blodflakor, benbitar etc. för att gynna sårhäkningen. Strikt aseptik med handsbyte och ren utrustning

vid implantering av kärlgraft och ledproteser beskrevs, liksom strikt avskiljandeteknik vid tarmkirurgi där rena och kontaminerade instrument hölls åtskilda för att förhindra att tarmsekret kontaminerade ren vävnad. Förfaringssättet användes även vid tumörkirurgi för att inte sprida tumörceller till omgivande vävnad och patientens blodbana. Att *Bevara vävnaders fuktighet* genom att spola med koksaltlösning och använda fuktiga kompresser motiverades av att cellerna inte skulle torka ut och dö med försämrad sårsläkning som följd och skölja bort blod samt för att t.ex. skapa ett glatt underlag som underlättade knytning av suturer i hjärtat. Att *Tillgodose normal kroppstemperatur* genom operationen var ett viktigt omvårdnadsmål och vid t.ex. desinfektion av stora kroppsytor utfördes omvårdnadshandlingen på ett välplanerat och effektivt sätt för att minska tiden och risken för avkylning. Värmebevarande hjälpmedel användes under den sterila draperingen anpassat till situation och patientens behov.

I artikeln diskuterades avslutningsvis den genuina omtanke om patienten som framkom från operationssjuksköterskornas berättelser och deras perspektiv på kontinuiteten i vårddandet mellan sjuksköterska och patient genom ingreppet, oavsett om patienten var sövd eller inte. Ett andra fokus var på operationssjuksköterskans omvårdnadsansvar för patientens

välbefinnande och säkerhet genom ett ständigt vakande öga intraoperativt. Det vakande ögat kan ses som uttryck för den praktiska visdom operations-sjuksköterskor tillägnat sig genom erfarenheter i sitt vårdande.

En slutsats är att de motiv och de övergripande intraoperativa omvårdnadshandlingar som beskrivits i studien kan underlätta för operations-sjuksköterskor att kommunicera omvårdnadshandlingar sinsemellan och med andra sjuksköterskor samt med patienter och deras närstående. •

Referenser

1. Tollerud L, Botsford J, Hogland MA, Price JL, Sawyer M, Bradley JM. A model for perioperative nursing practice. *AORN J* 1985; 4: 188–96.
2. Mitchell L, Flin R. Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *J Adv Nurs* 2008; 63(1): 15–24.
3. Dávøy GM, Eide PH, Hansen I (RED *Operasjonssykepleie* (Perioperative Nursing), 2009, Gyldendals forlag, Oslo, 66–83.
4. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Chang HY, Werder H. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *J Adv Nurs* 2009; 65(5): 1019–28.

5. *Quality and safety education for nurses*, Competency KSAs (Graduate) knowledge, skills and attitudes 2010, http://www.qsen.org/ksas_graduate.php.

6. World Health Organisation (WHO). *Patient safety, safe surgery saves lives*. 2009. <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>.

7. Mardell A. How theatre nurses perceive their role: a study. *Nurs Stand* 1998; 13(9): 45–47.

8. Sigurdsson HO. The meaning of being a perioperative nurse. *AORN J* 2001; 74(2): 202–17.

9. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Stahlberg MR, Lertola K. Comparing patient and nurse perceptions of perioperative care quality. *Appl Nurs Res* 2003; 6(1): 29–37.

10. Helsinki Declaration. *World Medical Association Declaration of Helsinki*, 1964. Ethical principles for Medical Research. Involving Human Subjects, <http://www.cirp.org/library/ethics/helsinki/>.

11. Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health* 1997; 20(2): 169–77.

Tabell 1. Motiv och övergripande omvårdnadshandlingar

Motiv till omvårdnadshandlingar	Omvårdnadshandlingar
Omvårdnadshandlingar för en tillitsfull relation och situationsbundet välbefinnande	Skapa tillförsikt hos patienten Dela en medmänniskas tankar Låta patienten som person ta plats vid operationen Måna om en god atmosfär
Omvårdnadshandlingar för betryggande intraoperativ omvårdnad	Vara förberedd inför samarbetet med kirurgen Skapa säker vila för patienten vid operationen Förverkliga säker omvårdnad vid operationen Tillvarata patientens rätt till professionell vård Leda arbetet genom operationen Värdera omvårdnadens kvalitet
Omvårdnadshandlingar för säker miljö som främjar sårsläkning och återhämtning	Garantera en hygienisk och aseptisk vårdmiljö Arrangera en tät barriär mot kroppsfrämmande ämnen Bevara vävnaders renhet Bevara vävnaders fuktighet Tillgodose normal kroppstemperatur

Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Manlig operationspersonal på OP/AN med skägg (olika längder). Håret måste vara innanför mössan när vi vistas på operationsavdelningen. Men skägg är också hårväxt, hur ska vi tänka/förfara?

Svar: Skägg ska täckas på operations-salen och i uppdukningsrum samt packrum inom operationsavdelningen (vardhandboken.se). Hjälmmössan med ett munskydd är ett tänkbart alternativ även då munskydd inte är obligatoriskt. På marknaden finns också speciella skäggskydd.

Fråga: Vilka riktlinjer gäller för planering av operationsprogram ur ett hygieniskt perspektiv på operationsavdelningar idag?

Svar: I vårdhandboken finns ett avsnitt om arbetsrutiner vid operation av patient med känd smitta och kan de där angivna smittförebyggande åtgärderna följas ska inte några andra riktlinjer behövas. Vid känd obe-handlad öppen lungtuberkulos och vid infektion med vattenkoppor samt mässling är det extra viktigt att luften renas och därför kan det vara en fördel att lägga en sådan patient sist i operationsprogrammet. Diskutera med den lokala vårdhygieniska enheten för eventuella lokala riktlinjer. Behovet av städning påverkar också operationsplaneringen. Mellanstädningen mellan operationer ska utföras på ett säkert sätt så att det inte föran-

leder risk för nästkommande patient och i vårdhandboken finns ett avsnitt även om detta.

Fråga: I vårt nätverk för operations-sjuksköterskor kom frågan upp hur gör vi vid förbandsläggning vid operationens slut. En del torkar av operationsområdet med NaCl och en del med Klorhexidinsprit och andra med 70 % sprit. Finns evidens i frågan? Vad gäller?

Svar: Blod behöver avlägsnas för att minska bakterietillväxt under förband. Det finns i dagsläget inte tillräckligt med forskningsresultat som visar på evidens för den ena eller andra metoden, vilket bidrar till att det inte finns en enhetligt rekommenderad metod. Det bästa är att kontakta er lokala vårdhygieniska enhet för diskussion.

Extra fråga sommaren 2014

Text: Inger Andersson, redaktionen

Som kompletterande fråga till övriga Hygienfrågor har det diskuterats på flera forum i sommar och det är flera som undrat över operationsavdelningarna och sterilcentralernas ventilations kapacitet när det har varit så extremt varmt.

Exempel: Extremt hög luftfuktighet på salarna, närmare 100 %. På en sal

är golvet plaskblött och det är imma på alla ytor. Känns ju inte ok ur ett hygieniskt perspektiv. Är det någon som har några rutiner kring detta? Hur gör ni? Opererar ni ändå?

Svar: Det anges ett värde i SIS-TS 39:2012 (6.8) gällande operationsrum på att luftfuktigheten inte ska, mer än i undantagsfall, överstiga 70 % RH (relative humidity, rekommendation $\leq 70\%$ RH)

Tekniker ska kontaktas för eventuell justering av ventilationsfilter och kontroll av luftflöde. Verksamhetschefen ska göra riskanalys och ta ansvar för vilka åtgärder som kan erfordras i samverkan med Vårdhygienläkare och ventilationstekniker

Litteraturreferens: SIS-TS 39:2012 Mikrobiologisk renhet i operationsrum - Förebyggande av luftburen smitta - Vägledning och grundläggande krav

Fakta: Inga Zetterqvist, rikshygien-sjuksköterska, Smittskyddsinstitutet, ansvarig för Uppdukats hygienfrågespalt, svarar på frågor.

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



Missa inte att anmäla er till
Jubileumskongressen
 27-28 november 2014
 Stockholm Waterfront
 Anmäl er på www.rfop.se

Ägnar du för mycket tid åt material och för lite tid åt patienterna?



Förenkla din hantering av produkter genom att färgkoda ditt lager och dina ProcedurePak® operationsset, så att du kan ge bättre vård till fler patienter.

Fördelar:

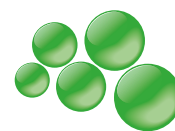
- Gör det lätt att identifiera rätt operationsset
- Effektiviserar hantering och påfyllning av lagret
- Hjälper sjukvårdspersonalen att plocka och förbereda mer effektivt
- Effektiviserar användningen av operationssalarna tack vare kortare tid för iordningställande och övergångar mellan operationerna



Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg
Tel. 031 722 30 00. Fax 031 722 34 01. www.molnlycke.se

Namnen Mölnlycke Health Care och ProcedurePak samt deras respektive logotyper är globalt registrerade och tillhör företagen inom Mölnlycke Health Care -koncernen. Copyright (2013)

 **ProcedurePak®**

 **MÖLNLYCKE
HEALTH CARE**

Operationssjuksköterskors beskrivningar av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer

Uppsatsens abstract:

Titel (svensk) på uppsatsen:

Operationssjuksköterskors beskrivningar av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer.

Titel (engelsk): Surgical nurses descriptions of working with WHO's surgical safety checklist to achieve safety during surgery.

Arbetets art: Självständigt arbete

Program/kurs/kurskod/kursbeteckning: Examensarbete för magister i omvårdnad OM 5130 VT 2014

Arbetets omfattning: 15 Högskolepoäng

Sidantal: 26 sidor

Författare: Bodil Lindgren, fil. mag

Handledare: Susann Strang

Examinator: Eva Jakobsson Ung



Bodil Lindgren

ner i 3-16 % av utförda kirurgiska ingrepp. För att förebygga detta har WHO tagit fram en checklista med säkerhetskontroller så att operationslaget får ett tillfälle till en sista kontroll av att allt blivit rätt. Operationssjuksköterskans arbete fokuserar framförallt på patientsäkerhet relaterat till hygien och sterilitet.

Syftet: Syftet med studien var att undersöka och beskriva operationssjuksköterskans inställning till WHO:s checklista.

Metod: För att testa metoden gjordes en pilotstudie där tre operationssjuksköterskor intervjuades och data analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Fyra kategorier kom fram; Ökad patientsäkerhet, förstärkt teamkänsla, god planering, stärkt yrkesroll.

Diskussion: Resultatet från pilotstudien visade på en positiv inställning till checklistan vilket stämmer väl överens med tidigare forskning.

Slutsats: Resultatet av pilotstudien visade att operationssjuksköterskan hade gott stöd i sitt arbete då WHO:s checklista användes.

I Sverige utförs varje dag flera tusen kirurgiska ingrepp. Vården förväntas vara effektiv, lönsam och säker. Medlemmarna i operationslaget fokuserar på patienten så att han/hon ska få en god och säker vård och att patientflödet till och från operationssalen blir effektivt. Världshälsoorganisationen (WHO) rapporterar att i den industrialiserade världen uppstår komplikationer i 3-16 % av utförda kirurgiska ingrepp. I hälften av fallen hade dessa komplikationer kunnat förebyggas. I syfte att förbättra patientsäkerheten inom kirurgin har WHO tagit fram ett förslag till en checklista att användas i samband med operativa ingrepp (WHO, 2008). År 2009 kom den svenska översättningen av denna (Världssalliansen för patientsäkerhet, 2009). Användningen av checklistan samt tolkningen av dess innehåll varierar mellan olika kliniker (Girard, 2009). Ett av målen med checklistan var att öka handlingsberedskapen inför eventuella svårigheter under operationen (Ahlberg & Antoniadou, 2008). En sjuksköterska inom perioperativ vård har god handlingsberedskap och bemödar sig om att vara väl förberedd inför den operation som hon/han ska delta i (Lindwall & Von Post, 2008). För att testa metoden genomfördes en pilotstudie i syftet att testa intervjuguidens validitet.

De frågor som ställdes var Vad finns det för fördelar med checklistan? Vad finns det för nackdelar med checklistan?

Operationssjuksköterskan Bodil Lindgren, Göteborg har i sin D-uppsats intervjuat några operationssjuksköterskor gällande WHO:s checklista.

Mer information om resultatet i uppsatsen kan erhållas av Bodil Lindgren, operationssjuksköterska, fil.mag epost adress: bodillindgren@hotmail.com

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige utförs varje dag flera tusen kirurgiska ingrepp. Vården förväntas vara effektiv, lönsam och säker. Trots det uppstår komplikatio-

I resultatet framkom fyra kategorier med åtta subkategorier som beskriver operationssjuksköterskans inställning till WHO:s checklista, se tabell 2.

Slutsats

Resultatet av pilotstudien visade att operationssjuksköterskan hade gott stöd i sitt arbete då WHO:s checklista för säkerhet vid operationer användes. Checklistan förde med sig en trygghet även för erfarna operationssjuksköterskor. Genom att använda checklistan minskade felkällorna och i de fall där fel upptäcktes, fanns en chans att åtgärda dessa, innan de orsakat någon skada. Checklistan förhindrar också fel orsakade av den mänskliga faktorn. Som människa löper man alltid en risk att missa, missuppfatta eller missförstå information. Resultatet av pilotstudien bekräftar tidigare forsknings positiva resultat för checklistan. Som operationssjuksköterska försöker man alltid vara steget före kirurgen med material och ha beredskap för oväntade händelser. Trots det kunde checklistan föra med sig ytterligare information som respondenterna var tvungna att förhålla sig till. Sist men

Tabell 2. Kategorier och subkategorier.

Kategori	Subkategori
Ökad patientsäkerhet	Kontroll av patientdata Avstämning
Förstärkt teamkänsla	Personalkännedom Samma information Teamavstämning
God planering	Vara förberedd
Stärkt yrkesroll	Dokumentation av arbetsuppgifter Synliggör operationssjuksköterskans profession.

inte minst visar resultatet att genom att använda WHO:s checklista, får patienten en god och säker vård under ett operativt ingrepp. Fokus ligger på vårdandet och inte i var och ens specifika arbetsuppgifter. Tillsammans bidrar teammedlemmarna med sina specifika kunskaper och tillsammans löser teamet eventuella problem. Studien som Vårdförbundet och Riksföreningen för Operations-sjukvård (2006) har genomfört visade

att operationssjuksköterskorna ibland känner sig underordnade andra kompetenser och därmed inte blir respekterade. I föreliggande pilotstudie påpekade något oväntat en av respondenterna, att hon som operationssjuksköterska blivit synlig på ett annat sätt i teamet och inte bara som servicepersonal till kirurgen. Men ytterligare forskning behövs för att ge stöd i och stärka operationssjuksköterskorna i sin profession. •



Corium & Element



Puderfria operationshandskar i polyisopren

Finessis



Meteko

Ditt självklara val av operationshandske...

för att uppnå maximal komfort och känslighet genom alla kirurgiska ingrepp. Ny design med unik Scan-fit teknologi för fantastisk passform, precision och känsla. **Corium & Element** är designade för att både kunna användas som enkelhandske eller som dubbelsystem.

För mer information: Meteko AB, Fågelviksvägen 9, 145 84 Stockholm, Tel. 08-88 03 60, www.meteko.se

lucenxia®

Rengöring av da Vinci-armar

Da Vinci-systemet började utvecklas under 1990-talet av Intuitive Surgical Inc. som en vidareutveckling av minimalinvasiv kirurgi/laparoskopisk kirurgi. Runt år 2000 började olika typer av ingrepp med da Vinci-systemet att godkännas både i USA och i Europa. Utvecklingen har gått snabbt och man har 2013 sålt över 2000 enheter till sjukhus över hela världen. Mer än 1,5 miljoner operationer har idag utförts och allt fler sjukhus visar intresse för systemet trots ett högt pris (ca 1500 000 USD per enhet) och höga drifts- och underhållskostnader. En arm som kan användas 10 gånger kostar i snitt 20 000 kr.

De vanligaste ingreppen som idag utförs med da Vinci är framför allt prostatektomi men även hysterektomi. Flera ingrepp där da Vinci används finns och nya tillkommer allteftersom systemet och metoderna utvecklas. Syftet med da Vinci-systemet är att ge operatören en god arbetsställning, god precision även vid långa operationer samtidigt som man erhåller de fördelar som minimalinvasiv kirurgi innebär.

Under en operation med da Vinci-systemet används en optik samt flertalet armar med olika funktioner. Ofta används 3 armar där operatören har möjlighet att själv välja vilken eller vilka han använder samtidigt. Typiska armar har funktioner som att klippa eller att med diatermi skära, hålla fast och sy i vävnaden. De flesta typer av armar till da Vinci-systemet har 10 s.k. "liv". De kan användas 10 gånger innan de är förbrukade.

Varje arm är ca 50-60 cm långt och består av en bas där kontakter och fyra styrhjul som kopplas till roboten

sitter. Kring basen sitter en plastkåpa. Inne i basen sitter styrvajrar kopplade till hjulen som styr armens rotation samt instrumentspetsens rörelser. Flertalet vajrar löper inuti armen ända ut till spetsen. Vajrarna är skyddade inne i armen och framträder genom små hål först längst ut på armen där själva instrumentspetsen sitter.

Bakgrund

Den medicintekniska utrustning som används inom sjukvården och som är avsedd för återbruk måste på något godkänt sätt genomgå en effektiv rengöringsprocess med efterföljande sterilisering. Armarna på da Vinci-roboten är avsedda för flergångsbruk. Det måste gå att genomföra en godkänd rengörings- och desinfektionsprocess. Det ska gå att syna instrumenten för att se att de blivit rena. Vidare måste de klara att genomgå någon form av steriliseringsprocess.



Syfte

Studiens syfte var undersöka om armarna i da Vinci-systemet blir

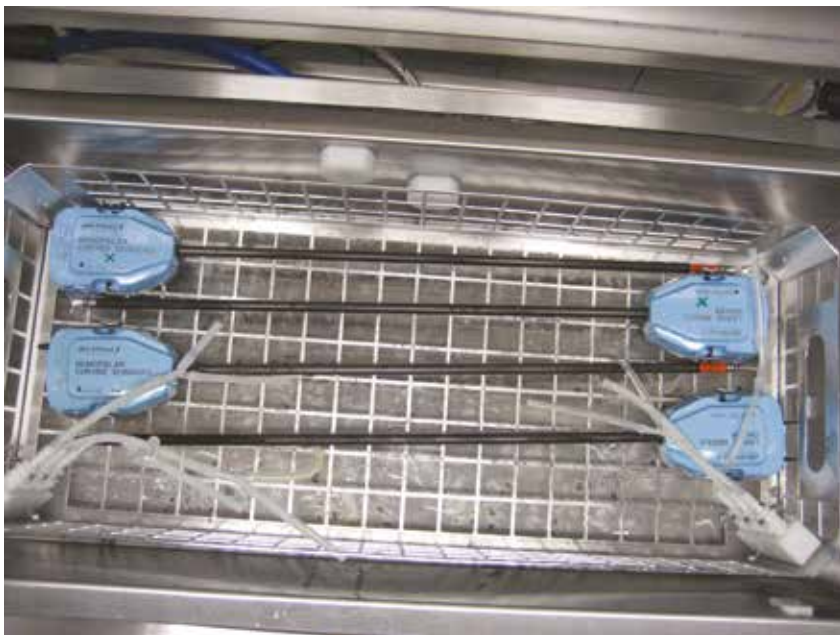
helt rena vid de rengöringsmetoder som tillverkaren rekommenderar, men också att se i vilken utsträckning resultatet av rengöringen kan variera beroende på hur noggrant rengöringsrutinerna följs. En kontroll av renhetsgraden efter genomgången diskprocess i diskmaskin godkänd av Intuitive Surgical skulle också vara intressant för att se om det är någon skillnad. Utsidan av en da Vinci-arm kan efter rengöring synas på ett tillfredsställande sätt. På insidan är betydligt svårare. Huvudsyftet var att ta reda på om det även blir rent på insidan av instrumentet genom att försöka återskapa så verklighetstroga omständigheter som möjligt.

Rekommenderad rengöringsmetod av da Vinci-armar

Manuell metod - Den metod som tillverkaren rekommenderar innefattar en rad manuella moment. Man ska efter användning spola igenom instrumentet med trycksatt vatten. För ändamålet finns det på da Vinci-armen två stycken spolportar på basens kortsida. Dessa är numrerade 1 och 2. Det förekommer även armar med en tredje spolport. Utsidan av armen rengörs med en mjuk nylonborste och ett neutralt diskmedel måste användas.

Under operationen rör sig vajrarna fram och tillbaka, vilket bidrar till att det tränger in blod och vävnadsvätska. Spolport 1 är anslutet till en plastslang och vattnet når vajrar och instrumentspets. Huvuddelen av spolvattnet och rengöringsvätskan rinner ut vid basen, men små mängder tränger även ut kring vajerhålen vid instrumentspetsen. Spolport 2 är kopplat till basen och vatten och rengöringslösningar rinner ut kring styrhjulen. Efter genomspolande av vatten i ordningen först port 1 sedan 2, samt skrubbande av utsidan ska instrumentet genom spolportarna fyllas med en neutral rengöringslösning innan det läggs i ett ultraljudsbad. Efter avslutat program i ultraljudsbad spolas återigen armarna med vatten i spolportarna.





I instruktionsfilmer som beskriver manuell rengöring framhålls vikten av att under genomspolning samtidigt röra på styrhjulen för att exponera styrvajrarnas hela längd för vattnet. Spolportarna är av typen Luer-slip där porten och anslutningen är något koniska, men låser inte på något annat sätt än av den friktion som uppstår när spolmunstycket skjuts in i spolporten. Detta innebär att det inte finns några garantier att kopplingen hålls på plats vid spolning. Samtidigt som man håller i instrumentet och anslutningen ska man röra på styrhjulen. Att få detta att fungera bra är därför svårt.

Tillverkaren anger inte tydligt vikten av att samtidigt röra på styrhjulen fullt ut, utan enbart- "rör leden". Efter genomspolning torkas armarna genom att genomblåsas av tryckluft. Därefter kan armarna torkas i torkskåp så att kvarvarande fukt avlägsnas. Efter torkningen ska armarna avsynas och ska då vara för ögat rent. Alla ledmekanismer smörjs med godkänt smörjmedel och instrumentens funktionalitet undersöks för att säkerställa att det är helt. Efter kontroll och underhåll packas armarna i sterilemballage och steriliseras med ånga i 134°C.

Denna rengöringsmetod som rekommenderas innefattar inget desinfektionssteg. En manuell rengöringsprocess är svår att få repeterbar utan blir annorlunda varje gång den utförs.

Automatisk metod med diskdesinfektor - Många tillverkare av diskdesin-

fektorer har sedan da Vinci-systemet introducerades på marknaden försökt anpassa dessa till att klara av de krav



som omger da Vinci-systemet. Kopplingar, fästnanordningar och rengöringskemikalier måste vara avpassade så att instrumentet inte skadas. Idag finns det ett antal diskdesinfektorer som är godkända och används på flertalet sjukhus och sterilenheter. Dessa medför visserligen en merkostnad, men medger å andra sidan en mekanisk process som även innefattar en desinfektionsfas.

Vid validering av processen för diskdesinfektor för da Vinci-systemet, förefaller det som om medicinteknisk personal i många fall kontrollerar rengöringsresultatet genom att ta isär

instrumentet. Hur denna förändring av instrumentet påverkar rengöringsförmågan är oklart men helt klart är att instrumentet därigenom förändrats kraftigt.

Metod

För testerna används fyra stycken representativa da Vinci-armar, två stycken saxar och två stycken nålförare. För att få en bild av testets tillförlitlighet genomfördes testet vid två tillfällen.

Först smutsades armarna ned med testsmuts från Browne. Smutsen hölls upp i en skål och armarnas spets doppades ner. Därefter rörde de olika hjulen för att på så vis flytta alla leder för att efterlikna en användning. Varje instrumentspets fick jobba i testsmutsen i en minut för att sedan avlägsnas. Instrumentet fick sedan vila i ca 1,5 timmar innan diskningen för att motsvara en sannolik intorkningstid. Armarna rengjordes och instrumenten

torkades helt enligt instruktioner från tillverkaren. De fyra armarna monterades vertikalt i en ställning. Fyra nydiskade rostfria skålar placerades under var och en av armarna så att instrumentspetsen hamnade ca 2 cm från skålens botten. 2,5 ml sterilt vatten sprutades långsamt in i spolport 1. Det sterila vattnet fick sippra genom instrumentet och ut genom instrumentspetsens vajerhål. Efter 30 minuter drogs vätskan från varje skål upp i sprutan som tillhör den armen och sprutades återigen in i spolport 1. Denna procedur upprepades totalt fyra gånger.



Slutligen genomfördes ytterligare ett test där da Vinci-armarna för rengjordes med mjuk borste samt förbehandlades med Mucapur som är ett enzymbaserat pH-neutralt diskmedel. En 3 % lösning med Mucapur och vatten spolades genom spolport 1 och drogs sedan ut igen. Detta upprepades tills vätskan som drogs ur var klar. Sedan fylldes armarna med lösningen och fick vila i 30 minuter. Därefter monterades de i Miele-insatsen avsedd för da Vinci-armor och kördes i programmet anpassat för robotarmar. Efter avslutad körning torkades armarna med tryckluft samt torkskåp.

För att mäta eventuella proteinrester användes Clean Trace-tester. En rengjord rostfri skål med sterilt vatten testades även som negativ kontroll. Som positiv kontroll användes 100 ml vatten där Brownes testsmuts tillsattes. Clean Trace testpinnarna inkuberades i 15 minuter. En vit testpinne indikerar att inga mätbara halter av protein förekommit. Om en lila färgton framträtt visar detta att man fått protein på pinnen. Hur kraftigt lilafärgad testpinnen blivit påvisar omfattningen av de uppmätta proteinresterna.

Resultat

Test 1

Resultatet av det första testet påvisade proteinrester i ett av de testade exemplaren. Nålföraren där styrhjulen inte hade rörts under genomspolning gav ett måttligt utslag av proteinrester. Den nålförare där styrhjulen hade snurrats visade inga tecken på att innehålla proteinrester. På saxarna syntes inga spår av proteinrester oavsett om styrhjulen hade rörts eller inte. De negativa och positiva kontrollerna gav förväntat resultat med inget utslag på den negativa och kraftigt utslag på den positiva. Skålarna som används förefaller att från början ha varit rena och testpinnarna reagerar på testsmutsen.

Test 2

Resultatet av det andra testet som utfördes på samma sätt som det första blev i det närmaste identiskt med det första. Återigen var det endast på nålföraren där styrhjulen inte rörts som proteinrester kunde påvisas efter rengöring. Negativa och positiva kontrollerna gav även här det förväntade resultatet.

Test 3 efter rengöring i diskdesinfektor
Slutligen mätresultatet av rengöring i diskdesinfektor med insats avsedd för da Vinci-armor. Här påvisades inga proteinrester i någon av armarna.

Eftersom vi har kunnat påvisa spår av proteiner undrar man om det inte skulle vara ett krav från tillverkaren att alla sjukhus som utför da Vinci-operationer, även måste köpa en diskdesinfektor som är anpassad

Testobjekt	Testpinne OK	Inga tecken på nedsmutsning	Svagt nedsmutsat	Måttligt nedsmutsat	Kraftigt nedsmutsat
Sax	X	X			
Sax X	X	X			
Nålförare	X	X			
Nålförare X	X		X		
Negativ kontroll	X	X			
Positiv kontroll	X				X

Tabell 1: Test 1

Testobjekt	Testpinne OK	Inga tecken på nedsmutsning	Svagt nedsmutsat	Måttligt nedsmutsat	Kraftigt nedsmutsat
Sax	X	X			
Sax X	X	X			
Nålförare	X	X			
Nålförare X	X		X		
Negativ kontroll	X	X			
Positiv kontroll	X				X

Tabell 2: Test 2

Testobjekt	Testpinne OK	Inga tecken på nedsmutsning	Svagt nedsmutsat	Måttligt nedsmutsat	Kraftigt nedsmutsat
Sax	X	X			
Sax X	X	X			
Nålförare	X	X			
Nålförare X	X	X			

Tabell 3: Test 3

Diskussion

Både det första (1) och det andra (2) testet påvisade proteinrester i den ena nålföraren där styrhjulen inte hade rörts. Hos saxarna verkar det som om det skulle vara mindre viktigt att röra på styrhjulen under rengöring då båda dessa förefaller varit rena i testet. Saxen är annorlunda på så vis att det finns ett hål nära instrumentspetsen där det mesta av vattnet spolrar igenom vid rengöring. Det kan tänkas att detta underlättar rengöringen av instrumentets insida även nära instrumentspetsen samt vid vajrarnas genomföring.

för att diska armarna i. Rödde man på styrhjulen under den manuella rengöringen kunde inga proteinrester påvisas. Detta förfarande borde då understrykas i instruktionerna från tillverkaren.

Att armarna blev rena vid körning i diskdesinfektor kan ses som väntat då detta är en validerad process. Det som skulle kunna påverka här är hur noga man genomför förbehandlingen innan disk i diskdesinfektorn. Under rengöring i diskdesinfektor rörs inte styrhjulen, men det förefaller som om bearbetningen vid denna process är så omfattande att det ändå blir helt rent.

Egna reflektioner

Vi har alltid varit misstänksamma mot om da Vinci-armarna blir ordentligt rena eftersom man använder sig av manuell rengöring och att människor arbetar på olika sätt. Nu har även våra tester påvisat att det finns spår av proteiner kvar, dock inte på alla. Man ifrågasätter också rengöringssättet som tillverkaren rekommenderar. Testerna visar att den mänskliga faktorn kan ha en väldigt stor betydelse vid rengöring av en da Vinci-arm. Det räcker sannolikt med att missa att röra styrhjulen fullt ut för att en da Vinci-arm inte ska bli ren.

Vår önskan är att man vid utformning av nya kirurgiska instrument i större utsträckning tar hänsyn till rengöringsförfarandet redan från start. Vidare bör den rengöringsmetod som tillverkaren väljer att rekommendera vara säker, i den mån det är möjligt, så att inte en enda människas misstag allvarligt kan påverka det slutgiltiga resultatet.

För att läsa hela studien se www.solleftealarcenter.se/sterilteknikerutbildningen •

Referenser:

Company – Past, present and future, Intuitive surgical, 2013

Upparbetning Instruktioner, Intuitive surgical, 2009

Bilagor – Rengöring och sterilisering, Intuitive surgical, 2013

ISO 15883-1:2006 Disk- och spol-desinfektorer - Del 1: Allmänna krav, definitioner och provningsmetoder

ISO 594-1:1986 Conical fittings with a 6 % (Luer) taper for syringes, needles and certain other medical equipment -- Part 1: General requirements

ISO 594-2:1998 Conical fittings with 6 % (Luer) taper for syringes, needles and certain other medical equipment -- Part 2: Lock fittings

Bilder, Henrik Liesegang, 2013

Fakta: Henrik Liesegang och Carola Magnusson Projektarbete för Sterilteknikerutbildning, Sollefteå Lärocenter 2013.

TEMA BOKTIPS



Text: Redaktionen

En ny bok **Att bli specialistsjuksköterska eller barnmorska - utbildningar för framtiden** som beskriver specialistsjuksköterskors utbildning och yrke har under våren getts ut av Studentlitteratur. Redaktörer är Lena Nordgren och Sofia Almerud Österberg.

I boken presenteras tolv utbildningar som leder till en examen som specialistsjuksköterska eller barnmorska. Vidare ger boken en inblick i vad de olika yrkena innebär. Boken presenterar arbetsplatser och karriärvägar och ger också konkreta exempel på vad specialistsjuksköterskor eller barnmorskor kan komma att möta en vanlig dag på jobbet. Därutöver presenteras högskoleverkets examensmål för respektive inriktning samt länkar till fastställda kompetensbeskrivningar.



Boken, som är skriven av sjuksköterskor med mångårig klinisk erfarenhet av respektive specialområde, riktar sig i första hand till grundutbildade sjuksköterskor som funderar på att gå en specialistutbildning. Bokens innehåll riktar sig också till elever i gymnasieskolan för insikt om sjuksköterskors karriärmöjligheter inför kommande yrkesval. •

Abstrakt välkomnas till Höstkongressens posterutställning

Vid Höstkongressen i år hoppas vi att många operationssjuksköterskekollegor vill presentera pågående och genomförda projekt med en poster. Projekten kan handla om allt inom operationssjuksköterskans kompetensområde som utveckling av rutiner för säkrad vård och vårdmiljö, kvalitetsuppföljning, infektionsregistrering, dokumentation, handledning, ledarskap, personcentrerad vård och perioperativ omvårdnadsprocess m fl områden.

Ett abstrakt som beskriver projektet ni vill presentera i postern skickas till, birgitta@rfop.se före den 25 oktober.

Instruktion för abstrakt

Abstraktets text ska innehålla maximalt 250 ord med teckensnitt Times New Roman 12 och enkelt radavstånd.

Abstraktet ska vara utformat med; titel, författares namn, bakgrund med beskrivning av problemområdet, syfte, metodbeskrivning samt preliminära resultat. Om projektet är genomfört ges en sammanfattning av resultatet och rekommendationer för vård.

Vänliga Hälsningar
För Riksföreningens Vetenskapliga råd
Birgitta Å Gustafsson



Berätta för omvärlden – gör en poster!

Riksföreningen för Operationssjukvård vill gärna att medlemmarna presenterar kvalitets-/utvecklingsarbeten, resultat från examensarbeten på grund- eller avancerad nivå, eller forskningsresultat på kongresserna. Ett väldigt bra sätt att nå ut är att göra en poster! Hittills har intresset från medlemmarna att presentera på poster varit ganska svalt, därför vill Riksföreningens Vetenskapliga råd uppmuntra till och ge några tips, om hur en poster kan konstrueras. Exemplet på poster som presenteras på omstående sida fungerar väl för en poster till Riksföreningens höstkongresser och Hygienforum.

Allmänt om posterkonstruktion

En poster kan ha olika format; liggande ("landskapsformat") eller stående ("porträttformat"). Olika konferenser och kongresser vill ha olika format och storlek (beroende på vilka skärmar de har för att sätta upp dem). Börja därför med att kontrollera vilket format och vilken storlek du får använda innan du börjar.

När du vill presentera din poster på en konferens brukar organisationen som organiserar konferensen först efterfråga ett abstract. När detta blivit antaget får du meddelande om att du kan gå vidare med att konstruera postern och vilket format och storlek som gäller. Kostnaden för att trycka upp en poster brukar ligga runt cirka 500 SEK, oftast är verksamheterna villiga att ta den kostnaden om du blivit antagen att presentera resultat av arbete som utförts på kliniken.

Det finns inga egentliga "måsten" för layout på en poster. Du kan



exempelvis ha en bild som tonad bakgrund över hela postern, eller så kan du ha en mer konventionell indelning i textfält. Posterexemplet på omstående sida har en konventionell indelning.

Om du ska göra en poster första gången är det lättast att ha en mall att utgå ifrån. Många sjukhus och lärosäten har egna postermallar, med logotype, som kan laddas ned från interna sidor. Dessa mallar är oftast i Power Point-format, en programvara som de flesta har tillgång till.

Lycka till med posterkonstruktionen! Vetenskapliga rådet hoppas nu att fler vill presentera spännande arbeten som pågår i landet, kanske redan till nästa kongress? •

Några tips

(utöver dem i posterexemplet)

- Blanda inte olika teckensnitt, använd ett teckensnitt utan fonter (exempelvis Arial) som är lättare att läsa.
- Om du använder grafer (t.ex. diagram), särskilj olika data/grupper med olika färger. Försök se till att färgerna harmonierar med övriga färger i postern (framför allt om du använder postermall från sjukhus/lärosäte där profilfärgerna inte får ändras)
- Ange en tydlig avsändare, med kontaktuppgifter, så att den som vill kontakta dig efteråt kan nå dig. Hänvisa gärna till var läsaren kan hitta mer information, exempelvis på hemsida eller Facebook. Inkludera gärna en porträttbild.
- Du kan söka bilder som är fria att använda på Internet (exempelvis hos www.freeimages.com), följ noga de regler som gäller om du använder bilder du inte själv har upphovsrätt till.

FRÅN TYGFÖRKLÄDE TILL ENGÅNGSROCK

— Barbro Friberg —

I en artikel "From apron to gown" dvs från förkläde till rock publicerad i den amerikanska tidskriften för operationssköterskor "AORN" (1) beskrivs de hygienregler som gällde för operationssköterskor i slutet av 1800-talet. Så här beskrivs den amerikanska operationssköterskans förberedelser.

Före varje operation måste hon om möjligt ta ett bad. Hon skulle bära ett rent förkläde med ärmor och händerna skulle tvättas omsorgsfullt med tvål och vatten och därefter i karbollösning, särskilt naglarna skulle uppmärksammas. Vid laparatomier måste hon ta ett karbolbad och tvätta håret ordentligt samt ta på rena kläder och en ren hätta. Dessutom måste hon bära tysta skor.

Jag undrar vad dagens operations-sjuksköterskor skulle säga om en sådan instruktion.

Titeln inspirerade mig till att något omgjord bli namnet på denna artikel. Artikeln inspirerade mig också till att beskriva den svenska operationssjuksköterskan ur ett historiskt perspektiv samt följa utveckling av hygienrutiner och operationsklädsel från 1800-talet och fram till modern tid.

Operationssköterskans entré i sverige

Den svenska sjuksköterskan gjorde entré på operationssalen under senare hälften av 1800-talet. Exakt när är inte klarlagt men man vet att operationssköterskans uppgift är en av de äldsta specialiteterna inom sjuksköterskeyrket (2). Redan 1866 fick Emmy Carolina Rappe (1835-1896) vara den som för Svenska röda korsets räkning fick åka till Nightingale Training School for Nurses vid St Thomas Hospital i London 1866. Hon var sedan med vid planeringen av Akademiska sjukhuset i Uppsala som öppnades 1867. Hon var bland annat översköterska på kirurgiska avdelningen under 10 år (2,3). Det kan i detta sammanhang nämnas att de första operationerna på gallblåsa och tarm utfördes i Sverige redan år 1889 (2).

Från allra första början var det översköterskans uppgift att åta sig operationsarbetet eftersom det var hennes uppgift att biträda läkaren i allt hans arbete. På mindre ställen saknades ofta underläkare. Karin Elfverson, vice ordförande i Svensk sjuksköterskeförening, rektor m.m arbetade som operationssköterska vid Kalmar lasarett 1911.

Där fanns då bara en kirurg - överläkaren, och om han hade vikarie kunde hon bli ombedd att lägga ett snitt som krävde en säker hand

(4). I Helsingborg år 1912 definierades sjuksköterskor till grupp A eller B. Till grupp A hörde översköterskor, avdelningssköterskor och operationssköterskor. Grupp A-sköterskor hade tjänsteansvar direkt inför vederbörande läkare. Grupp A-sköterskor var de som hade genomgått en fullständig sjuksköterskeskola. En A-sköterska fick 500 kronor per år, var hon dessutom operationssköterska var lönen 600 per år (6)

Operationssköterskans åliggande vid sekelskiftet

I en av de första läroböcker för sjuksköterskor i Sverige "Föreläsningar för Sofiahemmets elever" vars första upplaga utkom 1899 kan man i avsnittet "Sjuksköterskelära" av instruktionssköterskan Valborg Nordin läsa följande (6) (sid 75):

Med kännedom om våra fiender, de varbildande bakterierna, och den roll de spela vid de operativa ingreppen, måste sköterskan vid operationer och deras förberedelse iakttaga den noggrannaste renlighet och försiktighet, såväl vad henne själv och patienten beträffar, som och vad angår operationsrum och alla de artiklar, som där behövas. Operatören måste kunna lita på sköterskan, och hennes omutliga noggrannhet och lydnad, och därtill fördras, att sköterskan kän-

ner sitt stora ansvar samt äger en grundlig kunskap uti och en klar uppfattning av aseptikens och anti-septikens vikt och betydelse.

I kapitlet beskrivs olika desinfektionsmetoder, suturmateriel, operationsrummet, dess utrustning och vården av patienten. I läkares och sjuksköterskors "utrustning" vid operationer (sid 80) ingår bland annat:

Operationsrockar, operationsförkläden, vaxduksförkläden, mössor, munskyddare, gummihandskar, steril talk och fingertutor.

Steriliseringsmetoder

Allt material som användes till operationen var sterilt. Lakan, handdukar, filter, rockar, förkläden, mössor och munskydd steriliserades i autoklav i 20 minuter sedan ångan hade gått upp till 116 C (6).

Robert Kock utvecklade metoden att sterilisera med strömmande vattenånga 1881. Sedan metoden noga utprovats togs den i bruk 1886.

Man räknar detta som aseptikens stora genombrott (7). Tidigare var det Listers karbolsyra som gällde (antiseptisk era). Instrument förvarades i karbolsyra och luften sprayades med karbolsyra. Florence Nightingale kommenterade karbolsyran och hoppades att det skulle lukta så illa att de blev tvugna att öppna fönstren. Helsingborgs lasarett fick t.ex sin första autoklav enligt Becks patent 1888. Två år senare inköptes ytterligare en autoklav för förbandsartiklar och en instrument kok (5).

Handdesinfektion

Handdesinfektionen beskrivs i detalj och tvättiden är 5 min i stillastående såpvatten. Detta för koncentrationens skull. Efter torkning på handduk ytterligare 10 minuter såpborstning med de sista minuterna under rinnande vatten. Därefter några minuters desinfektion i 95% spritlösning. Av texten kan man förstå att det inte är så vanligt att operationssköterskan bär handskar då hon uppmanas att använda instrument för att göra i ordning suturer m.m. I texten sågs också att även om handskar

används ska hela handdesinfektionen genomföras då handsken kan gå sönder.

Det är tydligt att Ignas Philipp Semmelweis principer har nått Sverige. Redan 1847 upptäckte han problemet med överförandet av smitta från obduktionssalen till barnbördssalen och införde handdesinfektion med klorkalk. Trots att dödligheten sjönk från 11,5% till 1,3% trodde ingen på honom.

Vetenskapsmännen på den tiden ansåg studien inte tillräckligt vetenskaplig. Han dog 1865 bortglömd på ett sinnessjukhus (6).

Operationsrockens

1894 publicerade Dr Hunter Robb vid John Hopkins Universitet en lärobok med namnet Aseptic Surgical Techniques där han rekommenderade att förutom den personliga hygien ska speciella rockar som går lätt att sterilisera bäras av personal vid operationer. Materialet kan vara av tvinnad muslin och rockarna ska helst tvättas på sjukhuset då han inte litade på den allmänna tvättinrättningen. Efter tvätt ska rockarna steriliseras efter att de först lagts i handdukar eller speciella påsar av linne. Han rekommenderar att all klädsel skall bytas, man ska inte bara dra den sterila rocken utanpå den vanliga klädseln (1).

Redan 1893 rekommenderade första svenska kirurgen Professor Karl Gustaf Lennander vita mössor och långa rockar som omsluta hela kroppen med knäppning på ryggen för alla som assisterade vid operationer (8). Professor Lennander var

bl.a verksam vid Akademiska sjukhuset i Uppsala (9).

Operationsförkläden

Förklädet var på den tiden liksom det är i dag ett plagg som används för att klädet under inte skulle smutsas ned. Under åren 1867-1891 bar Röda korsets sjuksköterskor hellånga krinolinklänningar i ylle. Till detta bar man ett vitt förkläde utan fastställd modell, troligtvis i bomull eller linne vilket gjorde det enkelt att tvätta (3). Ernst Almqvist, författare till avsnittet hygien i "Föreläsningar för Sofiahemmets elever" skriver så här om kvinnors klädesdräkt (6) (sid 28-29). Kvinnans vanliga dräkt ger anledning till flera anmärkningar.

Dels fördelar den värmen ojämnt över kroppens olika delar. Dels hoptryckes bröstorgen, och slutligen släpar den i marken. Sistnämnda missförhållanden har till följd att smuts drages in i rummen. Det är osnyggt och ej utan sin sanitära våda att släpa kjolarna i smutsen.

Sjuksköterskans dräkt bör kunna tvättas, den bör och kunna med lätthet hållas ren. Därvid är att märka att luckra tyger med ojämn yta äro svåra att hålla rena. Bäst i detta fall är glatta tyger av bomull och linne. Ljusa tyger föredragas, emedan fläckar framträda tydligt.

Av hygieniska skäl infördes bomullsklänningar i början av 1900-talet. Den var fortfarande hellång med specialsnoad längs kjolfällen så att den inte skulle slitas ut. Till klänningen bars ett vitt förkläde



Figur 1. Sköterskorna utför konstgjord andning på en patient i operationssalen. Lägga märke till klänning och förkläde. Källa (6)

(Figur 1). Varje skola kom att utforma sina egna modeller på förklädet. Som framgår i sammanställningen av sjuksköterskan Thora Björkegrens brev hade röda korsets sjuksköterskor tidigt ett rött kors på sina förkläden (3). Thora Björkegren gick sin sjuksköterskepraktik i Uppsala år 1900-1901. Den 2 september 1900 assisterar hon vid sin första större operation och berättar att det är 7 till 8 sköterskor och att alla är vitklädda. Hon tycker att det är "både roligt och stiligt" att se på. Hon får också se professor Lennander operera.

I sammanställningen över Thora Björkegrens brev finns ett foto från förbandsrummet på Akademiska sjukhuset år 1900 (Figur 2). Här sitter Thora med sina kolleger i vita långa bakåtknäppta rockar med ärm till armbågen. Utanpå rockarna kan man skymta förkläden med bröstlapp. På huvudet bär de vita små hättor.

På ett foto taget någon gång mellan 1898 och 1919 på operationsavdelningen i Helsingborgs lasarett assisterar en operationssköterska två läkare (5) (Figur 3). Sjuksköterskan har mössa med hakband som täcker håret väl, munskydd under näsan, bakåtknäppt vit rock med halvlång ärm. Hon har ett tunt band i midjan som ser ut att vara fästade i ett tygstycke framtill. Kan det vara det sterila



Figur 3. Bild tagen troligen mellan 1898 och 1919 eftersom operatören är Mathias O Franzen. Källa (2).

förklädet? Sjuksköterskan har inga handskar. Det har däremot operatörerna, men handskarna når inte upp på armen. De har vita tygmössor, munskydd under näsan och den som står upp har även han något som ser ut som ett tygskynke framtill

Mössor och munskyddare

Till långt in på seklet var en ren

sjuksköterskehätta den vanligaste operationsmössan. Modellerna varierade från sjukhus till sjukhus. Kirurgerna var från början barhuvade, men så småningom spreds professor Lennanders läror och den vita mössan blev alltjämt accepterad.

Munskyddet som bestod av några lager gasväv täckte från början endast munnen. Det blev inte alltjämt accepterat förrän på 1920-talet. 1937 kom en studie som visade att även näsan borde täckas (1). På ett foto från Enköpings sjukstuga år 1921 där två operationssköterskor deltar har dessa båda långa sterila vita rockar med lång ärm och handskar. Den som passar på salen har en vit bakåtknäppt rock med halvlång ärm. Alla tre bär en vit huvudbonad och operationsköterskorna och operatören bär munskydd som täcker både näsa och mun. Operatören och vaktmästaren som sover patienten har ingen huvudbonad alls (Figur 4) .(2

Gummihandskar, steril talk och fingertutor

Desinfektionsmedlen i slutet av 1800-talet orsakade svåra eksem och andra hudproblem hos operationssköterskorna och som vi alla minns från vår historia så var Carolin Hampton den första opera



Figur 2. Operationssalens förbandsrum på Akademiska sjukhuset år 1900. Thora Björkegren nr 2 från höger. Källa (3).



Figur 4. Klädsel år 1921 vid Enköpings sjukstuga. Källa (2).

tionssköterskan som fick ett par gummihandskar av kirurgen Dr William S Halsted.

Goodyear Rubber Company tillverkade dessa på Dr Halsteds begäran. Syster Carolin hade svåra hudbesvär och eftersom hon var Dr Halsteds bästa sköterska ägnade han sin dyrbara tid för att lösa hennes problem. Tilläggas kan att hon strax därefter blev hans hustru (1).

Halsteds assistenter var de första som använde handskar rutinmässigt vid kirurgiska ingrepp. Han har fått äran för operationshandskens upptäckt, men handskar hade använts långt tidigare, mest då av obducenter.

Det rådde stor skepsis under lång tid om handsken var effektiv för att förebygga infektioner. En kirurg uttryckte att han trodde att fler patienter hade dött av att man använt handskar än de som räddats från infektioner på grund av att man använt handskar (1).

På den här tiden var handskar för flergångsbruk och de tvättades i såplösning och torkades. Fanns det hål lagades dessa med flytande gummi (erhölls i sportaffär) och små lappar som sattes på insidan. Gaskompresser las inuti och runt om handsken som därefter packades i filterpapper och autoklaverades i 20 minuter med vadd runt paketen. Omedelbart efter att ångan avstängt skulle de tas ut. Även nagelborstarna steriliserades.

Fingertutor som omtalas användes troligtvis om handsken gick sönder (6).

Sjuksköterskelära 1936, 1959

1936 utkom den 8:de upplagan av "Föreläsningar för Sofiahemmets elever". Den kallades nu "Grållan" efter sina grå pärmar (10). Greta Giertz har omarbetat sjuksköterskeläran. Texten är dock i stort sett densamma som i början på 1900-talet. Det sterila förklädet finns med i uppdukningslistan. Handdesinfektionen har inte förändrats och handskarna rengörs på samma sätt, fast nu läggs de i kanistrar.

I kapitlet Kirurgi som är omarbetat av J P Strömbäck finns nu noggranna instruktioner att vid ren operation som t.ex bräckoperation ska operationssköterska, assistenter och operatör efter handdesinfektion ta på lång rock med långa ärmar och sterila gummihandskar. För att förhindra luftinfektion ska lämplig mössa och munskydd användas. 1937 publicerades en studie som visade att munskyddet bör även täcka näsan (1). Strömbäck påpekar vidare att vid mindre polikliniska operationer som t.ex suturering av sår och borttagande av våra krävs inte lika sträng aseptik. Här kunde operationssköterskan räkna instrument med steril tång.

1945 utkom Greta Giertz med sjuksköterskelära som egen bok (11). 1959 när jag påbörjade min utbildning kom 3:e omarbetade upplagan. Man blir förvånad över att innehållet förändrats så lite. De små förändringarna är att det sterila förklädet finns inte omnämnt. Mössor och munskydd steriliseras inte längre. Handdesinfektionen sker under rinnande vatten och handborstning står inom parentes. Gummihandskar ska bytas om de går sönder under operationen. I J.P Strömbäcks bok kirurgi (12) rekommenderas samma klädsel till operationen som i 1936 års upplaga

Operationsrocken

Redan 1948 visade Duguid och Wallace i en studie (13) att sterila operationsrockar i bomull var ett dåligt skydd mot bakteriekontamination. Utan rock var kontaminationen 837 Cfu/ft³ luft, med steril rock 493 Cfu/ft³ dvs ungefär hälften. I en steriliserad overall av ett mycket tätvävt linnematerial (segelduk) med dragkedja i stället för knappar och hela huvudet övertäckt sjönk bakteriehalten drastiskt till 32 Cfu/ft³. Man vet nu genom studier att porstorleken i bomull kan variera mellan 50-100 u beroende på antalet tvättningar. Detta ska då jämföras med storleken på en bakteriebärande partikel som varierar mellan 5-60 u med ett medelvärde på 12 u (14). Man kan här likna effektiviteten av bomullstyg mot bakteriekontamination som att försöka stoppa mygg med hönsnät. Denna kunskap leder nu till att man börjar utveckla allt tätare material för operationsklädsel.

1969 visade Dineen att bakterier sugts från huden via våta textilier och Grondin fann att detta tog ungefär 60 sekunder (15). Charnley J och Eftekhar odlade på utsidan av operationsrocken på kirurgteamet och fann att 90 av 200 rockar bar smittämnen, vilket skulle betyda att bakterier var kapabla att penetrera den sterila operationsrocken och givetvis också klädsel på patienten (16). Ett tätare vävt material (Ventile) med en porstorlek på c:a 9u utvecklade, den s.k Charnleys helkroppsdress. Denna dress som är mycket tät har fått rykte om sig att vara obekvämlig (17).

Dineen jämförde 1973 bakteriehalten i luften i två identiska operationssalar vid jämförbara operationer. I den ena salen använde man engångsmaterial och i den andra bomull. Han fann en 90% reduktion av antalet luftburna bakterier när engångsmaterial användes (18).

Därmed började en snabb utveckling av engångsmaterial med och utan plast i operationsrockar och uppdukningsset. Alltsedan den tiden har operationspersonalens klädsel undersökts och utvecklats. Trots att man redan på 1940-talet visste att effektiviteten av bomullsrockar var begränsad kom den sterila rocken i bomull fortfarande att användas av all operationspersonal och den används än i dag vid operationer där infektionsrisken bedöms som minimal.

Arbetsdräkten

Den bakåtknäppta vita rocken kom att bäras av all operationspersonal till långt in på 60-talet. Längden varierade med modet oftast med hjälp av tejp. Under rocken bar man från början sin uniformsklänning, senare en uniformskjol i bomull (Figur 5).

På 60-talet kom den vita V-uringade operationsklänningen som bars under den sterila gröna bomullsrocken. I och med klänningens intåg försvann den bakåtknäppta vita rocken (Figur 6).

På 70-talet kom studier som visade att från kvinnor i operationsklänningar iförda trosor och knästrumpor föll 4 gånger så mycket bakterier som från de som hade strumpbyxor eller byxor med muddar (19). Detta ledde till att operationsklänningen försvann och ersattes av operationströja eller blus och byxor med muddar i bomull i grön färg. En arbetsklädsel som fortfarande finns kvar.

Mössa och munskydd

På 30-talet blev gasvävsturbanen den huvudbonad som vanligen användes av operationssköterskor. Turbanen användes en bit in på 50-talet. På ett fotografi från en operation från Skellefteå lasarett 1952 kan vi se operationssköterskorna i sina vita gasvävsturbaner



Figur 5. Tidigt 60-tal vid instrumentbordet På Skellefteå lasarett, operationssköterskorna Britta Linderwall, Rakel Lundmark och eleven Elna Karlsson. Personen närmast kameran är ej känd.

(Figur 7 (20)). Doket av vitt bomullstyg var en annan populär huvudbonad som användes under 40- och 50-talet (2). På 60-talet kom den gröna tygmössan som fortfarande finns kvar och numera används under engångsmössan av framförallt allergiska personer.

Efter gasvävsmunskyddet kom tygmunskyddet som användes under min utbildningstid på 50- och tidigt 60-tal. Engångsmunskyddet introducerades i början på 60-talet och har därefter övertagit marknaden.

Handskar

Handskarna introducerades inom operationssjukvården för att skydda personalens händer. Under en lång period användes sedan handskarna för att skydda patienten mot infektioner. Tjockare flergångshandskar har fått vika för dagens engångshandskar (1).

Dagens problematik

När man studerar litteraturen och försöker finna sammanhang för klädsel och dess utveckling upptäcker man att klädseln i operationsrummet varierade mellan olika sjukhus lika mycket förr som nu.

I dag kan den till och med variera

inom en operationsavdelning. Vad vi behöver för att förstå variatio-



Figur 6. Fikarast på ortopedoperationsavdelningen i Umeå 1965. Operationssköterskorna Ulla Ingerlund, Barbro Friberg och Juliann Norberg.

nerna är kunskap om effektiviteten av olika typer av operationsklädsel.

Vad är rätt klädsel i dag och hur effektiv är nu engångsklädsel, vart är vi på väg? Mot egna personligt utformade kläder? Är nya färger och mönster på väg? Kanske är förklädet på väg in till operationssalen igen. Detta tänker jag diskutera i nästa artikel.



Figur 7. Dr A. Kaijser opererar diskbräck med assistans av operationssköterskorna Britta Linderwall och Elia Mäkima. 1952. Källa (20).

Referenser

- Schrader ES. From apron to gown: a history of OR attire. *Aorn J* 1976;24:53-67.
- Dillner E. Åtta decennier och en del år därtill. Svensk sjuksköterskeförenings förlag Stockholm 1965.
- Bäckskog M. Att bli sjuksköterska vid se kelskiktet. Bearbetning av Thora Björkegrens brev 1899-1901. Röda korsets sjuksköterskeskola Stockholm 1990.
- Bohm E. Okänd, godkänd, legitimerad. Svensk sjuksköterskeförening 1961.
- Aspwall G. Lasarettet i Helsingborg. En återblick. Direktionen för Helsingborgs sjukvårdsdistrikt till 100-års jubileet 1979.
- Almqvist E. Fossner H. Nordin W. Föreläsningar hållna för Sofiahemmets sjuksköterskeelever. V Hygien. 111 Kirurgi. V1 Sjuksköterskelära PA Norstedt & Söners förlag 4:de upplagan 1916.
- Kock W. Medicinhistoriens grunddrag. Natur och kultur Stockholm 1955.
- MFR och SPRI. Konsensuskonferens 16-17 nov 1988. Sårinfektioner efter operation-sjukhushygieniska rutiner. Konsensusuttalanden och sammanfattning av föredragen. Spri tryck 175 och 179. Stockholm 1988.
- Wolfram K. Svensk kirurgi- historisk rapsodi. Raben & Sjögren 1978.
- Nordin V. Giertz G. Strömbäck JP. Föreläsningar för Sofiahemmets sjuksköterskeelever. PA Norstedts & söners förlag. Stockholm 1936. V1 Sjuksköterskelära. 111 Kirurgi
- Giertz G. Lärobok för sjuksköterskeelever. V. Kirurgi. Svenska bokförlaget Norstedts. 3:e upplagan. Stockholm 1959
- Strömbäck JP. Lärobok för sjuksköterskeelever. V. Kirurgi. Svenska bokförlaget Norstedts. 5:te upplagan. Stockholm 1958.
- Duguid JP, Wallace AT. Air infection with dust liberated from clothing. *Lancet* 1948;845-849.
- Noble WC, Lidwell OM, Kingston D. The size distribution of airborne particles carrying micro-organisms. *J Hyg Camb* 1963;61:385-391.
- Hoborn J. Litteratursammanställning över användandet av olika material i operationssalen. Mölnlycke Health Care AB Mölnlycke.
- Charnley J, Eftekhari N. Penetration of gown material by organisms from the surgeon's body. *Lancet* 1969;172-173.
- Ross I, Clark RP The ergonomics of ventilated operating theatre clothing. *Ergonomics* 1988;31:1103-1113.
- Dineen P. The role of Impervious Drapes and Gowns in preventing Surgical infection. *Clin orthop* 1973;96:210-212.
- Nachemson A. Bättre hygien och teknik behövs på operationsavdelningarna. *Läkartidningen* 1974;71:3781-3785.
- Skellefteå Lasarett 1869-1990. Sjukhusdirektionen, Skellefteå lasarett

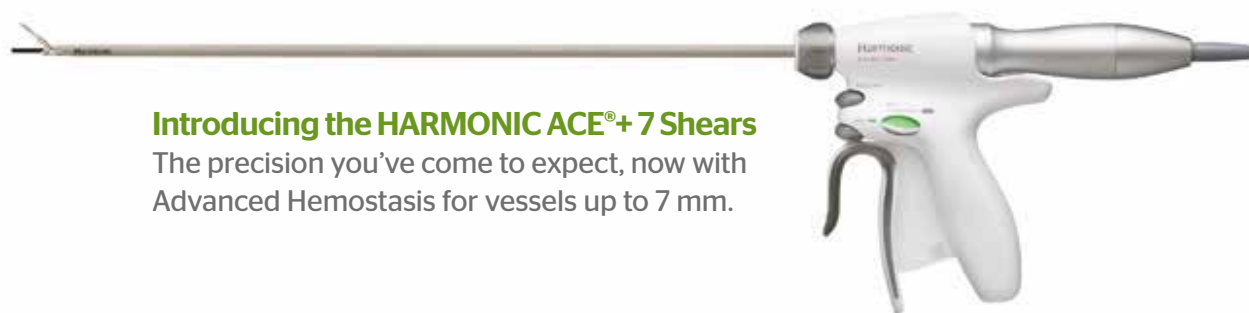
NOW, AN ADVANCED ENERGY DEVICE THAT'S BREAKING BOUNDARIES...

WIN

The precision
you trust

WIN

Now with powerful
large-vessel sealing



Introducing the HARMONIC ACE®+7 Shears

The precision you've come to expect, now with
Advanced Hemostasis for vessels up to 7 mm.

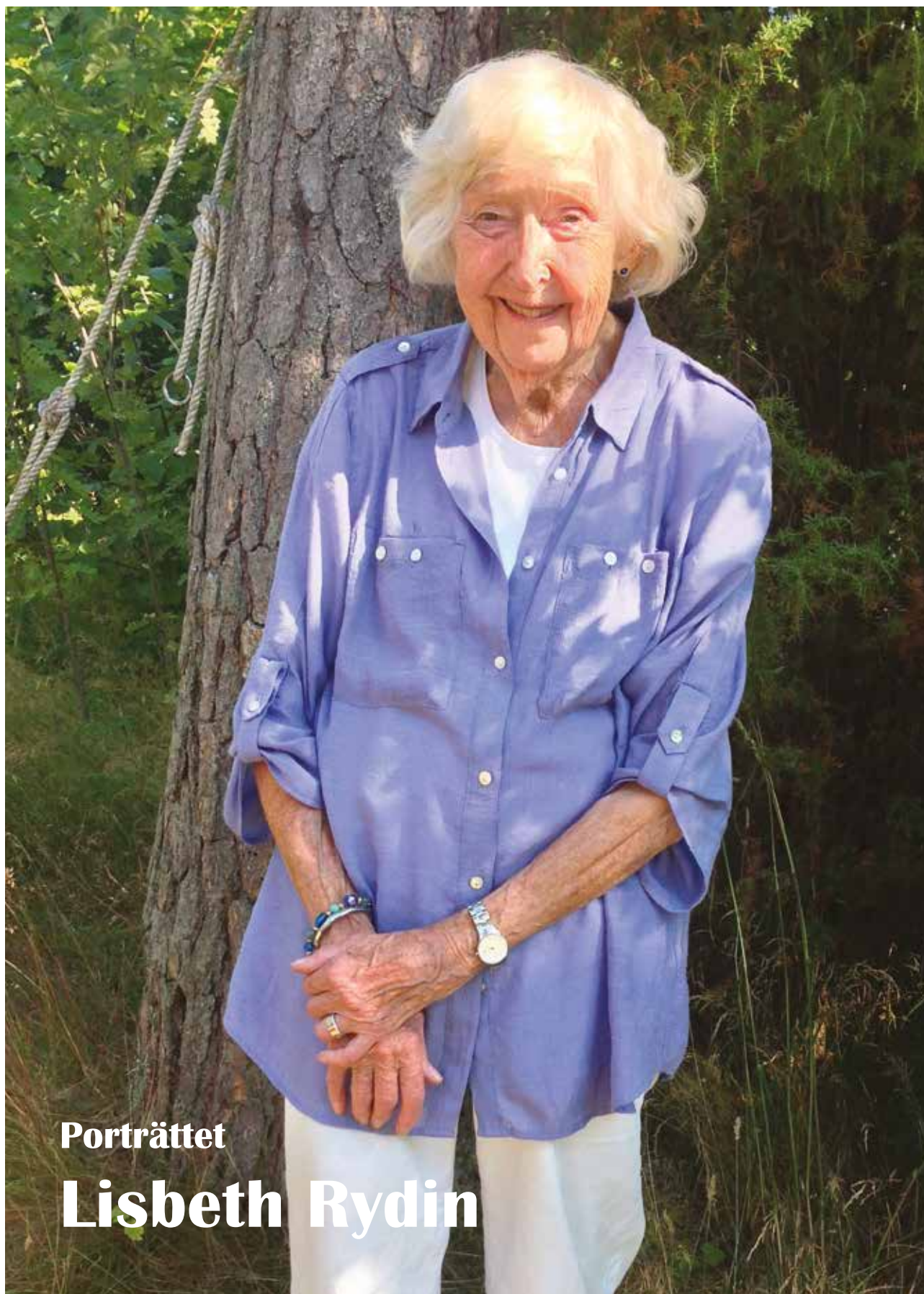
ETHICON
PART OF THE JOHNSON & JOHNSON FAMILY OF COMPANIES

Better surgery for a better world

For more information on this breakthrough in advanced energy,
please speak with your sales representative or visit **ethicon.com**

Harmonic

PO 245 © 2014 Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH
Please refer always to the Instructions for Use / Package Insert that come
with the device for the most current and complete instructions.



Porträttet
Lisbeth Rydin

Det var inte lätt bestämma vad man skulle bli i livet. Då föreslog min kloka pappa "Lär dig sy kläder"! Det fastnade jag för efter studentexamen och hamnade på FEMINA, där jag blev kvar i nästan två år. Den tiden har jag aldrig ångrat och haft glädje av kunskaperna i alla år. Men då träffade jag min mammas väninna som var sjuksköterska. Hon kunde inte nog beskriva vilket underbart yrke det var. Jag blev så övertygad att jag genast sökte mig till Röda Korsets Sjuksköterskeskola. Efter några månader var jag antagen! Den 1 juni 1950 började jag som provelev på Sabbatsbergs sjukhus. Ett helt annat liv började, men jag blev så väl omhändertagen och lärde mig att sköta patienter, både medicin och kirurgi, gamla och unga, och godkändes!

Utbildningsbakgrund

Man började med två månaders läskurs och lärde sig praktisk sjukvård t.ex. bädda sängar och lägga förband men också ETIK. Skolans rektor Ulla Beck-Friis föreläste. Min första placering på sjukhuset var Öronoperation. Där fanns en mycket sträng och fordrande översköterska. En dag sa hon: "Vem har städad professorns mottagning idag?" Jag som var den skyldiga fick en reprimand. "Det kallar jag inte för städad, det låg en vaxpropp i vasken!" Hon assisterade professorn vid operationerna, stod vid huvudändan med sin sug - mycket respektingivande och elegant och såg ut att vara den viktigaste vid operationen. Då tänkte jag: En sån vill jag bli! Jag blev operationssjuksköterska. Det har jag aldrig ångrat!

Arbetslivserfarenhet

Efter drygt tre års utbildning med tjänstgöring på olika avdelningar i tremånaders pass och sex månader på en operationsavdelning, som var min specialitet, var jag färdig sjuksköterska och blev utskickad i landet på ett assistent-år. Jag hade valt Norrland, där jag bott i Medelpad som barn. Jag gillade snön och den härliga naturen. Morgonen efter jul 1954 vaknade jag på tåget i Gällivare. Nu var jag i Norrland vid foten av Dundret som jag önskat och där fanns snö. Jag fick uppleva vinter med sträng kyla och mörka dagar så när som på någon timme mitt på dagen och vår och sommar med ljusa nätter, som inbjöd till härliga fisketurer vid de många vackra älvarna. Arbetet på operation med en chefskirurg som inte hade mycket tålamod med mig, som var helt nyutbildad var inte så lätt! Instrument och blodiga torkar flög runt på

salen! Men efter mitt halvår med honom skrev han i betyget att han utbildad mig till en mycket duktig operationssjuksköterska! Nästa placering var Strömstad. Dit kom jag mitt i sommaren, vilken kontrast! Där var så ont om personal att om man fick ledigt några timmar mitt på dagen och åkte ut till närmaste ö, gällde det att hålla ögonen på sjukhusets balkong. Där hissades ett lakan om något hänt och man måste då komma tillbaka genast. I november var mitt assistent-år slut och jag fick välja vad jag ville. Sabbatsberg lockade. Där hade Viking Olov Björk startat lungkirurgi och Björg Modig var hans operations-sjuksköterska. Där behövdes en till. Jag sökte och fick den tjänsten. Bra ställe att jobba på hos gamla bekanta! Efter ett år kom en doktor Harald Janson, också lungkirurg, som reste runt i Sverige och opererade tuberkulos. Det lät lockande. Där blev jag kvar tills Thoraxkliniken öppnade på Karolinska sjukhuset 1957. Den var byggd för professor Clarence Crafoord, hjärt- och lungkirurg.

I november 1957 började jag arbeta där och skulle göra så tills jag gick i pension 1994 med en del avbrott. En mycket rik och spännande arbetsplats. Där gjordes lungkirurgi varje dag och en del "mindre" hjärtkirurgi som t.ex. mitralisstenoser. Vål så spännande när man förde in ett finger i mitralisklaffen för att vidga den. Man höll andan!

Snart gjordes den första operationen i hjärt-lungmaskin. Det var hela tiden mycket spänning i verksamheten. Det var en ny metod, som fordrade mycket av kirurgen och alla hans medarbetare. Vi hade en operationssal med rund läktare och många intresserade åskådare. Det var ju en nyhet att kunna se vad som gjordes. Professor Crafoord hade redan lärt upp mycket duktiga kirurger, som opererade med hjälp av hjärt-lungmaskinen. Hösten 1958 gjordes den första pacemakerimplantationen i världen. Doktor Åke Senning, som ganska snart därefter blev professor och kirurg i Zürich, höll i samarbete med Elema Schölander på att utarbeta en pacemaker som skulle testas på djur. En man som ätit musslor hade blivit sjuk, hans hjärta fungerade inte som det skulle. Hus-trun, som var mycket orolig, försökte påverka de två viktiga personerna att sätta in den på hennes man i stället för att testa den på några försöksdjur. De lyssnade till slut på henne och en höstkväll gjordes ingreppet. Genom en medial sternotomi anslöts elektroden till hjärtat, kablarna togs ut genom incisionen och anslöts till pacemakern. En sommarkväll efter 40 år träffade

jag patienten och kirurgen hos doktor Ingvar Karlöf som valt pacemaker som sin specialitet. Det var en fin upplevelse som jag var mycket tacksam att få uppleva.

Thoraxkliniken med professor Crafoord och medarbetare blev en mötesplats för läkare från hela världen som kom för att lära sig. Speciellt många kom från Sydamerika. Från Mendoza, en stad på Andernas sluttning i Argentina, kom en kirurg som genom mycket idogt arbete med sin arbetsgivare Universitetssjukhuset lyckades förmå sin arbetsgivare att bjuda in specialister från Sverige. Hösten 1965 reste professor Crafoord med ett team på sju personer till Mendoza. Universitetssjukhuset låg mitt i staden i en gammal ganska sliten byggnad. Våningen som vi, det svenska teamet, skulle arbeta på var nyrenoverad, ljus och fräsch. Personalen vi skulle samarbeta med var till största delen spanstalande. Vi hade försökt lära oss spanska före avresan. Somliga klarade sig skapligt. Där fanns några på plats som kunde tolka till engelska. Ett stort äventyr började. Det visade sig bli mycket lyckosamt. De två första veckorna var en föreläsningsserie för de inbjudna doktorerna från den sydamerikanska kontinenten: anesthesiologi, cardiologi, fysiologi, röntgenologi och kirurgi som senare demonstrerades under fyra veckor. Vi hade all utrustning med från Sverige. De flesta operationerna gjordes med hjälp av hjärt-lungmaskin. I några fall användes hypotermi då patienten kyldes ner i kallbad, med isbitar. Det blev en intensiv tid. På operationssalen fanns en liten läktare där det alltid var intresserade åskådare. Operations-sjuksköterskorna gjorde allt för att vara med och så småningom lära sig att instrumentera. Innan vi började vår operativa verksamhet, och allt vi skulle använda skickades för sterilisering på sterilcentralen, skickade jag med prover som skulle visa att autoklaverna fungerade som de skulle, d.v.s. proverna testades att de var sterila. Ryktet om den åtgärden vandrade ända upp till guvernören, som berättade för professor Crafoord hur imponerad han var! Vårt team från Sverige var känt i staden som "Mission Crafoord" och det kom rapport i tidningarna om vi varit bortresta under en helg. Vi var mycket väl omhändertagna under fritiden och ofta inbjudna till någon av alla vingårdar och bodegor som fanns i omgivningen. Mendoza var ju redan då ett känt vindstrikt. Ingen dålig fritid, kan tyckas! När vår ordinarie tid var slut var det några av oss i det

kirurgiska teamet som stannade kvar några månader för att ge personalen tid till ytterligare träning. Det hade ju inte varit några lätta saker att komma in i på den korta tiden.

Professor Crafoords assistent Stig Ekeström var tillbaka många gånger under åren som gick. Jag var tillbaka en gång efter många år och de visade mig mycket stolta hur de vårdat instrument och annan utrustning vi haft med en gång för länge sen. Det var ju instrument från Stille Werner. Tiden i Mendoza 1965 – 66 var en tid jag aldrig kommer att glömma!

Hemma igen gällde det att planera för tiden framåt. Ganska snart tog jag beslutet att läsa vidare på universitetet. Specialkurs i psykologi var lockande att börja med. Den gick på kvällstid och var mycket givande. Under åren som följde fortsatte jag med pedagogik och sociologi, fortfarande på kvällstid. Det visade sig vara en bra början för att kanske söka sig till USA och läsa Master degree i Nursing. Det måste bli mitt mål. 1971 var jag på väg till San Francisco till USCF. Jag lyckades komma in på Mastersprogrammet. Det var mycket givande och fordrade otroligt mycket arbete. Engelska var ju inte mitt modersmål. I augusti 1972 reste jag hem igen med min Master degree, mycket stolt och tillfredsställd. På den tiden var det nämligen inte vanligt att svenska sjuksköterskor kom in på Mastersprogrammet. Det var nödvändigt att läsa vidare som jag gjorde, för att få en Bachelor degree, som de amerikanska sjuksköterskorna hade.

Åter på Thoraxkliniken på Karolinska. Professor Crafoord gick i pension 1966 och efterträddes av Viking Olov Björk från Uppsala. Bland hans specialiteter var korrektion av svåra hjärtfel hos små barn, Fallots tetrad var en typ. Det blev intensiva år och många barn fick hjälp. Han utvecklade också en ny typ av hjärtklaff tillsammans med ett amerikanskt företag. 1984 efterträddes professor Björk av Bjarne Semb från Oslo. Det blev så småningom en mycket dynamisk verksamhet med förändringar som det gällde att förstå och anpassa sig till. Plötsligt en påskhelg hände det. Jag hade på känn att något stort var i görningen men det förnekades. Tidigt påskdagens morgon ringde kirurgen som var bakjour upp mig och berättade att operationsavdelningen var låst. Han fick inte komma in. Efter några timmar blev han dock insläppt. Man berättade att ett konstgjort hjärta höll på att sättas in. Det fick ABSOLUT inte komma ut. Eftersom jag skulle arbeta från

annandagens morgon ringde min kollega som var i tjänst och berättade. Jag måste vara beredd! Mycket riktigt, hårt arbete väntade. Operationen höll på hela dagen och natten. Tisdag morgon kunde vi föra in patienten till intensivvårdsavdelningen. Det var ju helt fantastiskt! Patienten vaknade så småningom, han fick ett liv med ypperlig vård, två med.kand. som skötte honom. Han kunde kopplas till ett mindre eldrivet hjärta och komma ut från sjukhuset under kortare perioder, och leva ett ganska bra liv. Han levde ungefär ett halvår och var mycket tacksam för den tid han fick. Försättning följde som inte alltid var så lätt att förstå. Det kändes som det var läge att ta en paus från thoraxkliniken igen. Det öppnades en möjlighet att få ett arbete med hjärtkirurgi i Abu Dhabi i Förenade Arabemiraten. Några vänner från kliniken hade samma möjlighet och jag tog chansen. Med så tryggt sällskap behövde jag inte tveka. Det blev en annorlunda tillvaro på många sätt. Övervägande positiv vill jag understryka. Men att förstå den arabiska administrationen var inte lätt. T.ex. att skriva under sitt anställningskontrakt, som man nästan inte förstod, den första tidiga morgonen efter en natts flygresa, kunde jag inte acceptera. Det gjorde att jag senare själv kunde få bestämma hur jag ville bo. Jag var ju anställd som chefssjuksköterska och fick så småningom en underbar bostad där jag t.o.m. kunde ta emot gäster hemifrån. Det arabiska sjukhuset låg utanför staden, ute i öknen och man tog bussen dit. Hjärtkirurgen Gerard Brom kom från Holland. Han saknade en operationssköterska med hjärtkirurgi som specialitet. I sin ungdom hade han gått en utbildning hos professor Clarence Crafoord på Sabbatsberg i Stockholm. Han beundrade honom lika mycket som jag. Det var ju ett fint sammanträffande. Personalen på operationsavdelningen kom från Indien och Fjärran Östern. Det var intressant och fascinerande. Flera män var araber och inte så lätta att samarbeta med för en kvinna från Europa. Kvinnan är ganska fri i Förenade Arabemiraten. Man kan köra bil och behöver inte vara så strikt med sin klädsel. Alla kan köpa sprit, man behöver tillstånd som sätts efter inkomst. Abu Dhabi är en vacker stad vid Persiska viken och den är omgiven av öknen som är spännande att utforska. Många engelsmän är bosatta där. Man har roligt ihop, t.ex. springer i öknen, Hash Harriers, som finns överallt där engelsmän är bosatta. Ganska fantastiskt att springa i öknen. Somliga sprang fort, andra gick. Man fick en belöning när man

kom fram – en öl eller två! Man njöt av det glada umgänget med engelsmännen. Jag trivdes fint där borta och hann med att utforska de andra Emiraten, det var sju totalt, flera ganska små och jättestaden Dubai som inte hunnit bli så jättestor vid den tiden. Jag stannade ett och ett halvt år, jag köpte en fin liten bil som fick följa med hem. Sommaren 1988 kom jag tillbaka till Thoraxoperation på Karolinska. Vi fick en ny professor, Kjell Rådegran, en bekant sen många år som vi var mycket glada att se igen. Jag gick i pension 1994 efter spännande arbetsuppgifter under alla dessa intensiva år.

Vad har Riksföreningen för operationssjukvård betytt för dig?

Riksföreningen, som bildades 1964, kom att betyda mycket för oss operationssjuksköterskor. Den blev en stöttepelare för verksamheten i hela landet och en samordnare för oss. Där presenterades nya idéer. Det måste finnas ett forum där alla kan ta del av nyheter. Man blir imponerad av allt som presenteras. Jag hör till dom som fortfarande får tidningen och alltid känner mig glad och förvånsad när jag öppnar den. Så mycket det finns att förmedla till kolleger i landet.

Riksföreningen i framtiden?

Den kommer säkerligen att utvecklas och vara av stor betydelse även internationellt med våra grannländer och med andra länder i Europa.

Viktiga händelser under din yrkesmässiga karriär

Implantationen av världens första pacemaker som jag beskrivit. Mötet med patienten och kirurgen 40 år senare var en mycket stor händelse.

50 års jubileet av den första pacemakerimplantationen 2008. Att bli inbjuden för att i inledningen till jubileet berätta om den första implantationen för 500 personer från hela världen var en upplevelse av rang! Jag kunde se hur många plötsligt ryckte till och tänkte: "var hon med"? Återigen var det Ingvar Karlöf som stod bakom händelsen. Att få delta i evenemanget var fantastiskt och att även vara inbjuden till festen i Stadshuset, Blå Hallen, var en höjdpunkt!

Hur ser dina tankar om operationssjukvården i framtiden ut?

Jag kan inte tänka mig annat än att operationssjuksköterskan kommer att finnas kvar. Vem skall kunna ersätta henne som samordnare i teamet. Hur kirurgin än ändras kommer en operationssjuksköterska att behövas. •



Skydda det viktigaste vi har igår, idag och imorgon

3M introducerar nu en förbättrad 3M™ Steri-Drape™ operationsdrapering, vår högkvalitativa drapering, nu tillverkad av växtbaserade förnybara resurser.¹

Genom en kombination av hållbarhet tillsammans med säkerhet och effektivitet erbjuder 3M™ Steri-Drape™ Operationsdrapering följande fördelar:

- En minskning av användningen av fossila bränslen och reduktion av CO₂ utsläpp²
- Skydd mot vätskegenomträngning tack vare 100% vätskebarriär och styrka över hela draperingen¹
- Drapering som sitter på plats under hela ingreppet tack vare naturlig följsamhet¹ och pålitligt häftämne från 3M™

3M™ Steri-Drape™ Operationsdrapering



PRACTICE
Greenhealth
MEMBER



3

1. 3M internal test data. 2. ASTM D6866. 3. Certification by Vinçotte.

© 3M 2013. Alla rättigheter förbehålls.



Färre vårdskador med en bra arbetsmiljö

På Karlskoga Lasarett går patient-säkerhet och god arbetsmiljö hand i hand. Nyckeln till framgång är patienternas delaktighet, ledningens och medarbetarnas engagemang och ett arbetssätt som genomsyrar hela vårdkedjan.

Vi arbetar kontinuerligt med att förbättra vår arbetsmiljö på olika sätt och att öka patientsäkerheten. Två exempel på viktiga delar är det systematiska arbetet för att minska risken för arbetsskador på grund av patientarbete och att minska antalet uppkomna trycksår. Vår målsättning är att patientsäkerheten i förflyttnings-situationen ska vara hög och ingen i personalen ska tycka att arbetet är tungt, ingen ska skada sig i samband med förflyttningar av patient samt att patienterna ska få en skonsam förflyttning utan skjuvskador och inget nytt trycksår ska uppkomma under vårdtiden.

Instruktörer

1992 startade lasarettet med att utbilda sju instruktörer i förflyttningskunskap hos Kurt Durewall i Göteborg. I dag finns det totalt 39 instruktörer för våra 730 anställda vilket betyder att det finns minst en instruktör på varje vårdavdelning på lasarettet. Avdelningarnas instruktörer ansvarar för materiel och utbildning/fortbildning av den egna personalen. På vår operationsavdelning finns det idag tre instruktörer; en undersköterska, en operationssjuksköterska och en anestesijüksköterska.

Utbildning

All personal får fem dagars grundutbildning i att förflytta patienter på rätt sätt. Ett viktigt syfte i utbildningen är att koppla ihop kunskapen om sjukdomstillstånd, omvårdnadsbehov och att se patienten som en individ med unika behov, med förflyttnings-teknik. Under utbildningen diskuteras helheten i en förflyttnings-situation, till

exempel hur vi tar tillvara patientens egen förmåga och kraft, hur vi stöttar eller förstärker när patienten behöver hjälp och vilket hjälpmedel som är lämpligt att använda i olika situationer. Varje förflyttnings-situation innebär en riskanalys även om den inte dokumenteras utan "bara" diskuteras" för att nå bästa möjliga resultat.

Så här arbetar vi på operationsavdelningen för patienternas och för vår egen skull:

Hjälpmedel

Varje operationssal har förflyttningshjälpmedel synliga, lätt tillgängliga och anpassade till opererande klinikers behov av material och materialet används konsekvent utifrån patientens behov. Kunskapen om s.k. förflyttningshjälpmedel, madrasser och sängarnas funktion är en viktig del i arbetet. Instruktörerna deltar i och ansvarar för den kontinuerliga





tillsynen av allt material och i produktutveckling.

Resultat

Vi på operationsavdelningen ser idag nyttan av konceptet. Det ger effekt på personalens belastning och vi har ett gemensamt tänkande kring patientens säkerhet på operationsbordet. Vi arbetar för en säker patientförflyttning och en säker arbetsmiljö för oss personal. En säker arbetsmiljö som sparar pengar. Antalet sjukdagar på grund av belastningsskador har på lasarettet sjunkit från 3966 dagar 1990-1999 till 103 dagar år 2000-2010.

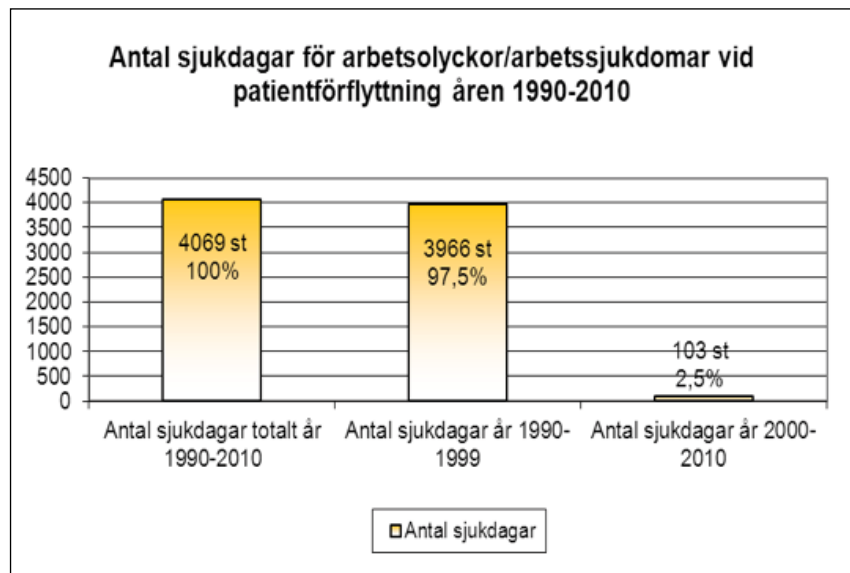
Hur behåller vi kunskapen?

All personal som ingår i operations-teamet (undersköterskor, sjuksköterskor och läkare) repeterar obligatoriskt en till två gånger per år. Vid dessa repetitionstillfällen har vi stationer med olika förflyttningsövningar. Vi diskuterar också den unika patientens förutsättningar och varför vi förflyttar på olika sätt och med olika förflyttningshjälpmedel. Inför de årliga övningarna lämnar instruktörerna ut ett formulär där personalen får självuppskatta sin upplevelse av belastning vid patientförflyttning och utifrån denna väljs olika träningsmoment ut till repetitionerna. Vissa repetitioner genomförs tillsammans med personalen på uppvakningsavdelningen och IVA eftersom det är vi tillsammans som förflyttar patienterna från operationsbord till säng. För att få dessa gemensamma repetitioner att fungera krävs en långsiktig framförhållning och schema planering samt en grund i vår verksamhetsplan.

Ovanstående målsättningar är två av många flera delar i lasarettets systematiska arbetsmiljöarbete och som första sjukhus i Sverige fick Karlskoga lasarett den 30 januari 2013 ta emot Utmärkelsen Svensk Kvalitet! •

Vill du ta del av vårt arbete är du välkommen att kontakta:
inger.andersson7@orebroll.se

Fakta: Inger Andersson, Operationssjuksköterska, Sektionsledare Ortopedoperation Karlskoga Lasarett



Thorax-kärlkliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping



Vårt sätt att arbeta som operationssjuksköterskor



På vår operationsavdelning är det enbart operationssjuksköterskor som delar på alla arbetsuppgifter inom vårt kompetensområde. Klinikens verksamhet startade den 1 mars 1989 och då anställdes enbart operations-sjuksköterskor. Den ursprungliga tanken var att detta arbetssätt bara skulle gälla under uppbyggnadsfasen av verksamheten. Därefter skulle man arbeta på traditionellt sätt med undersköterskor som pass på sal. De operationssjuksköterskor som anställdes från starten hade alla mångårig erfarenhet av arbete på traditionellt sätt. Gruppen och klinikledningen insåg snart alla fördelar med det nya arbetssättet, där flexibilitet och

variabilitet hör till det dagliga arbetet, varför det permanentades.

Varför bara operationssjuksköterskor?

Arbetssättet främjar patientsäkerhet, trygghet, god arbetsmiljö, flexibilitet, yrkes- och kompetensutveckling, kunskapsutbyte och arbetssituation under jour och beredskap.

Patientsäkerhet

Arbetssättet innebär alltid hög kompetens nära patienten. I vår verksamhet kan ett rutiningrepp snabbt förvandlas till en allvarlig akutsituation. Nya och högre krav på dokumentation, snabb

teknisk utveckling och handhavande av olika preparat är lättare att hantera när alla har samma kompetens och ansvar. Kommunikationen kollegor emellan underlättas och stärks av att vi "talar samma språk".

Trygghet

Det finns alltid en kollega att rådgöra med. Nyanställda har en van kollega som pass. Förståelsen ökar kollegor emellan. Konkurrenstänkandet försvinner - inga frågor är dumma frågor. I alla akuta situationer är det en tillgång att ha en kollega vid sin sida. Vid sjukdom eller annan oplanerad frånvaro blir det lättare att få schemapusslet att gå ihop.

God arbetsmiljö och flexibilitet

Vi har långa operationer med liten möjlighet till variation i vår arbetsställning och detta bidrar till ökad risk för arbetsskador. Rotation mellan olika arbetsuppgifter minskar risken för belastnings- och förslitningsskador och ökar chansen till ett hållbart arbetsliv. I olika situationer kan alla byta arbetsuppgift med alla. Det bidrar på sikt till ekonomisk vinst både för samhälle, klinik och den anställde. Att kunna åldras i yrket och ta vara på de äldre kollegornas enorma kunskapskapital är viktigt att värna om.

Yrkes- och kompetensutveckling samt kunskapsutbyte

Vi lär av varandra, vilket innebär att vi delar med oss av vår kunskap och erfarenhet på ett naturligt sätt. Arbetssättet förkortar och underlättar inskolning och ger trygghet åt nya kollegor. Reflektion blir en naturlig del i arbetet för oss alla. Vi har högt i tak och det leder till att vi fortlöpande diskuterar både bra och mindre bra erfarenheter med varandra. Nya PM och riktlinjer blir ibland ett resultat av dessa diskussioner.

Arbetssituation under jour och beredskap

Vid jour- och beredskapstjänstgöring är det i vår verksamhet en förutsättning att vara två operationssjuksköterskor som kan turas om med arbetsuppgifterna.

Det har inte alltid varit lätt att behålla vårt arbetssätt, eftersom det har varit och är mer eller mindre konstant brist på operationssjuksköterskor. Vid perioder av underbemanning har vi valt att kämpa och tänja oss lite extra. Det har det varit värt och det är vi stolta över. Arbetssättet har underlättat vid nyrekrytering av operationssjuksköterskor, även om det naturligtvis inte passar alla. Vid inskolning är vi noga med att poängtera att alla arbetsuppgifter är lika viktiga.

Vi upplever att vårt arbetssätt stärker arbetsglädje, arbetsstillfredsställelse, teamkänsla och prestigelöshet. Styrkan ligger helt enkelt i att tala om vad man inte kan istället för vad man kan. •

Fakta: Yvonne Gustafsson, Eva-Carin Lindqvist, Operationssjuksköterskor på Thorax-kärloperation, US Linköping

Christina de Korostenskis minnesfond

Styrelsen för fonden vill inspirera medlemmar att söka stipendiemedel från Christina de Korostenskis fond. Avsikten med stipendiet är att främja utvecklingsarbeten inom perioperativ omvårdnad, främst i den neurokirurgiska sjukvården. Ansökningar från andra specialistområden är självklart välkomna. Vi vill också uppmuntra operationssjuksköterskor att söka medel från fonden för etikansökan och språkgranskning för utvecklingsarbeten efter sin specialistutbildning med magisterexamen.

Ansökans kvalitet, genomförbarhet och praktiska betydelse för sjukvården utgör bedömningsgrund. Ansökningarna bedöms av fondens styrelse.

Belopp: Maximalt 10 000 SKR, kan delas av flera sökande.

Ansökan:

Du ska vara yrkesverksam sjuksköterska i den perioperativa vården.

Medlem i Riksföreningen för operationssjukvård.

Ansökan ska vara skriven på dator.

Anonymt – Du anger endast personnummer på ansökan och bifogar ett slutet kuvert innehållande namn, adress samt telefonnummer.

Utanpå kuvertet skriver Du endast ditt personnummer.

Beskriv utvecklingsarbetet/projektet genom att ange följande:

- Vad Du vill studera i detta projekt/utvecklingsarbete och tillvägagångssättet.
- Vad syftet med projektet/utvecklingsarbetet är.
- För vem eller vilka har projektet/utvecklingsarbetet betydelse.
- Kostnadsberäkning.
- Litteraturgenomgång inom området.
- Problemformulering, dvs. motivering till varför utvecklingsarbetet behöver genomföras.
- Inom ett år efter att stipendiet har utdelats skall Du inkomma med en skriftlig rapport. Publicering sker då i tidskriften Uppdukat.
- Om resultatet av utvecklingsarbetet önskas publiceras i en vetenskaplig tidskrift först skall arbetet därefter publiceras i kortform i Uppdukat. Denna information skall stå med i din ansökan.

Ansökan skall vara Riksföreningen för operationssjukvård tillhanda **senast den 31 oktober 2014.**

Irini Antoniadou

Ordförande Stipendiekommitté för Christina de Korostenskis minnesfond

För mer information: irini@rfop.se

Ansökan skickas till: Irini Antoniadou, Odins väg 2, 754 40 Uppsala

Patientsäkerhetsarbetet är drivkraften i Christines forskning

I början på juni var jag i min hemstad Ängelholm tillsammans med min yngsta dotter. Vi passerade Ängelholms gymnasieskola en timme innan alla studenterna skulle springa ut och bli mottagna av föräldrar, släkt och vänner. Alla anhöriga var förväntansfulla där de stod på skolgården med studentskyltar och blommor. Jag kom att tänka på den dagen då jag tog studenten 1976. Vilka förväntningar och drömmar hade jag? Vad hade jag för mål med mitt liv och mina fortsatta studier? När jag gick på gymnasiet ville jag bli lärare och jag hade en dröm om att arbeta i något bistandsprojekt. Under tiden jag gick på gymnasiet började jag arbeta som sjukvårdsbiträde på en geriatrisk avdelning och en avdelning för barn med funktionsnedsättning på Kronprinsessan Victorias Sjukhus i Vejbystrand. Jag började bli intresserad av att arbeta inom sjukvården och bestämde mig för att bli sjuksköterska, men jag ville arbeta inom akutsjukvård. I januari 1982 tog jag min examen som operationsassistent och 1985 blev jag legitimerad sjuksköterska med inriktning allmän hälso- och sjukvård. Mitt intresse för bistandsfrågor gjorde att jag 1989 läste Internationell medicin på universitetet. Det var en spännande kurs där vi bland annat fick åka till London. I en vecka fick vi ta del av erfarenheter och kunskaper som läkare, sjuksköterskor och barnmorskor hade fått när de hade organiserat, byggt upp sjukvård, undervisat och arbetat på landsbygden i byarna och i städerna på olika platser i Afrika.

Jag blev tidigt intresserad av patientsäkerhetsfrågor och när jag skulle skriva min C-uppsats 1997 och min D-uppsats 1999 blev det därför naturligt för mig att det skulle vara inom detta område. Jag arbetade som operationssköterska på Thorax-



Christine
Leo Swenne

kirurgen på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Vi fick höra från personalen på vårdcentralerna att det var många patienter som hade postoperativa sårinfektioner på sina tagben efter kranskärlskirurgi. Alla patienter som fick en djup infektion i bröstkorgen (mediastinit) kom tillbaka till oss på Thoraxkirurgen för reoperation. Därför visste vi hur många patienter som fick mediastinit postoperativt, men det var oklart hur många som hade ytliga sårinfektioner på bröstkorgen och på tagbenet. På den tiden var det ingen som riktigt säkert kunde svara på den frågan eftersom man inte infektionsregistrerade. Jag började utarbeta ett protokoll för infektionsregistrering efter kranskärlskirurgi som jag testade när jag skrev min C-uppsats och som jag sedan vidareutvecklade när jag skrev min D-uppsats. Definitionen på postoperativ sårinfektion var en modifierad definition utifrån Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) definition som består av både kliniska symtom

och odling. Jag ringde till patienterna 30 och 60 dagar efter kirurgi och registrerade personrelaterade, pre-, intra- och postoperativa riskfaktorer. Inför datainsamlingen till min avhandling utvecklade jag protokollet ytterligare och läste in mig på redan kända riskfaktorer för postoperativa sårinfektioner efter kranskärlskirurgi. Jag identifierade även riskfaktorer för postoperativa sårinfektioner utifrån min egen kliniska erfarenhet, som registrerades.

Disputation

Jag disputerade 2006, titeln på min doktorsavhandling är "Wound Infection Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Risk Factors and the Experiences of Patients". Resultatet visade att 17.7 % av patienterna har sårinfektioner på tagbenen, 12 % hade ytliga infektioner på bröstkorgen och 3.2 % hade en mediastinit (1). Det mest anmärkningsvärda var att 73 % av de som hade sårinfektioner på tagbenen hade sårinfektioner inom 30 dagar, men det var 27 % som hade läkta sår vid 30 dagar, men hade sårinfektion mellan 30-60 dagar efter operation. Analysen av riskfaktorer visade att den viktigaste riskfaktorn för sårinfektion på tagbenet var hudsuturen (2) och den viktigaste riskfaktorn för ytlig sårinfektion på bröstkorgen var ett Hb <140 g/L (1). Den viktigaste riskfaktorn för mediastinit var högt perioperativt blodsocker bland patienter som inte hade diagnosen diabetes (3). Under tiden jag var doktorand hade jag börjat arbeta som Vårdutvecklare vid Thoraxcentrum på Akademiska sjukhuset. Mitt avhandlingsarbete resulterade i att vi 2006 började infektionsregistrera efter öppen hjärtkirurgi. Vi har byggt upp en organisation på kliniken där en undersköterska på intensivvårdsavdelning ansvarar för att skicka

ut postenkäter till alla patienter som opereras 30 dagar efter operation och en sjuksköterska på operation tar emot alla enkäter och registrerar dem i vårt statistikprogram. Definitionen på sårinfektion är pus/var man kan se för ögat och alla sårinfektioner är självrapporterade av patienterna. Alla professioner vid alla enheter på Thoraxkirurgen har tillsammans jobbat med ett kontinuerligt förbättringsarbete. Vi har arbetat med att dokumentera och implementera rutiner för basal handhygien, intraoperativ hygien, intraoperativ normotermi, kirurgisk teknik, sårvård, instrumentvård, antibiotikaprofylax, nutrition, intra- och postoperativ blodsockerinställning osv. Vi har även arbetat med att följa upp dessa rutiner (process-mått) i olika projekt där både personal, studenter i grundutbildningen till sjuksköterska och i specialistutbildningen inriktning operationssjukvård och anestesi varit involverade. Resultatet av allas arbete visar att det totala antalet postoperativa sårinfektioner, som är självrapporterade av patienterna har minskat med från 30.5% (1) till 8.5% 2012. Den fjärde artikeln i avhandlingn handlade om patienternas upplevelse av att få en mediastinit efter kranskärtskirurgi (4). Utifrån resultatet av patienternas berättelser har sårvårdgruppen på kliniken utarbetat ett informationsmaterial till patienter som drabbas av mediastinit.

Kliniskt arbete

I mitt kliniska arbete har jag noterat att det finns brister i den basala handhygien på operationsavdelningen. Iakttagelserna resulterade i att jag och en student som gick specialistutbildningen inriktning operationssjukvård 2009, utarbetade ett protokoll för att observera intraoperativ hygien. Vårt mål var att skapa ett systematiskt sätt att registrera intraoperativ hygien vid de olika processerna under en operation, för att kunna identifiera brister och återrapportera till operationspersonalen. Rapporten skulle vara ett underlag för diskussioner och nya idéer om hur man skall kunna förbättra den intraoperativa hygien på operationsavdelningen. Protokollat är publicerat i Journal of Infection Prevention 2012 (5). Thoraxkliniken fick Ullapriset 2014 av Uppsala kommun för sitt kontinuerliga hygienarbete. Juryns motivering var "för långsiktigt och strävsamt vårdhygieniskt arbete som visar ett tydligt resultat med minskat antal vårdrelaterade infektioner". Ullapriset instiftades 2013 och är uppkallat efter

Ulla Carlson, som var Sveriges första hygiensjuksköterska och verksam vid Akademiska sjukhuset mellan 1964 och 1990.

Från 2002 till 2004 arbetade jag som Vårdutvecklare på dåvarande Thoraxcentrum och i slutet på 2004 bildades Onkologi-, thorax- och medicindivisionen (OTM-divisionen) på Akademiska sjukhuset. Efter min disputation 2006 omvandlades min tjänst som vårdutvecklare till FoU-ledare. Målet var att alla sjukhusets dåvarande sju divisioner skulle ha en FoU-ledare, d.v.s. en disputerad sjuksköterska.

Kvalitetssystem

Vi började tidigt med att skapa ett kvalitetssystem där vi dokumenterade våra rutiner och publicerade dem på intranätet på dåvarande Thoraxcentrum. I början var det bara sjuksköterskorna och undersköterskorna som arbetade med detta. Det var svårt att få med läkarna på tåget, men när vi väl lyckades insåg även de hur viktigt det var att ha nedskrivna rutiner. Istället för att gå och fråga en äldre kollega kunde man gå in i Kvalitetshandboken och få reda på rutiner för exempelvis preoperativa duschrutiner, blodsockerbehandling innan operation osv. Arbetet gick smidigare och vården för patienterna blev säkrare. Senare infördes Kvalitetshandboken på hela Akademiska sjukhuset utifrån den grund som vi hade skapat på dåvarande Thoraxcentrum. Den elektroniska patientjournalen (EPJ) infördes 2005 på Akademiska sjukhuset. I samband med införandet arbetade jag i olika grupper på sjukhuset med att skapa system och mallar i EPJ för att dokumentera och screena patienterna för exempelvis risk för malnutrition och trycksår vid inskrivning. Jag ledde en tvärprofessionell grupp där vi försökte skapa ett gemensamt journalblad (Hälsobladet) vid inskrivningen. Vi försökte även få data från EPJ att direktreporteras till olika kvalitetsregister, bland annat till det Nationella Diabetesregistret. Tyvärr, lyckades vi aldrig med detta. Jag arbetade tillsammans med hygienöverläkaren på sjukhuset och en överläkare på infektion med att ta fram gemensamma definitioner för vårdrelaterad urinvägsinfektion, postoperativ sårinfektion, vårdrelaterad CVK-relaterad infektion och vårdrelaterad pneumoni. Syftet var att försöka skapa en typ av infektionsregistrering i EPJ. Det visade sig att det skulle bli krångligt och vi lyckades aldrig få med alla professioner i arbetet. Vi såg möjligheterna med EPJ, vi ville

ha snabba utdata som skulle kunna ligga till grund för det kontinuerliga förbättringsarbetet på sjukhuset. Det skulle dröja till 2011, då man startade ett pilotprojekt för att testa en metod för infektionsregistrering som är utarbetat av Center för eHälsa och 2013 breddinfordrades det på Akademiska sjukhuset. Metoden för infektionsregistreringen är att varje gång man ordinerar antibiotika måste man registrera om det är på indikation av en vårdrelaterad infektion i läkemedelsmodulen. Man måste även registrera vilken typ av vårdrelaterad infektion som skall behandlas. Just nu pågår arbetet med att få utdata från systemet. Tillsammans med de andra FoU-ledarna på sjukhuset utarbetade vi instrument och rutiner för punktprevalensmätningar för nutrition, smärta och trycksår. Vid en s.k. punktprevalensmätning registreras situationen under en viss dag. Vi mätte även patienttillfredsställelse med instrumentet Kvalitet Ur Patientens Perspektiv (KUPP). Det var en rolig och mycket kreativ tid, då vi tillsammans försökte utarbeta system för registrering av data och utdata som vi sedan skulle använda i patientsäkerhetsarbetet. Den 1 januari 2011 började Patientsäkerhetslagen (2010:659) gälla som fastställer att vi är ålagda att arbeta med ett kontinuerligt kvalitetsarbete och den 1 januari 2012 började Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem (SOSFS 2011:9) för systematiskt kvalitetsarbete att gälla. Nu rapporterar Akademiska sjukhuset till Senior Alert, ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. FoU-ledarna var pionjärer, vi var med och lade grunden för patientsäkerhetsarbetet på Akademiska sjukhuset. Vi hade många motgångar men vi lärde oss mycket under denna period. I detta arbete hade jag stor nytta av mina kunskaper och erfarenheter jag hade fått under min doktorandutbildning. Utifrån data som samlades in under prevalensmätningarna skrev FoU-ledarna två artiklar tillsammans. Resultatet i den första artikeln visade att nästan två tredjedelar av de inlagda patienterna under den aktuella dagen upplevde smärta de senaste 24 timmarna och 42 % av dessa skattade sin smärta mer än sju av tio på VAS-skalan (6). Resultatet i den andra artikeln som handlade om kvalitet utifrån patientens perspektiv och visade att patienterna inte tyckte att de fick den information om behandling och undersökningsresultat som man önskade. Patienterna tyckte att de saknade möjligheter att

delta i beslut i samband med vård och att man saknade information om egenvård (7). Patienter som skrevs in akut på sjukhuset rapporterade lägre kvalitet på informationen som gavs av läkarna jämfört med den information som gavs när patienter skrevs in på sjukhuset för en planerad behandling eller undersökning.

De senaste åren

Under de senaste åren har jag vidgat min forskning inom patientsäkerhetsområde och studenter och doktorander har varit involverade i mina projekt. Tillsammans med studenter på sjuksköterskeprogrammet har vi gjort en observationsstudie om säker läkemedelsadministration (8). Resultatet visade att sjuksköterskorna inte kontrollerade patientens identitet innan man gav läkemedlet och att man inte märkte upp läkemedelskoppen med namn, personnummer och vilka läkemedel som fans i koppen. Jag samarbetar även med en lektor i anestesi. Vi har tillsammans med studenter i specialistutbildningen studerat hur patienter uppfattar sin hälsa under sjukhusvistelsen efter cytoreductive surgery (CRS) innan de skrivs ut från sjukhuset (9) och hur de uppfattar sin hälsa två månader efter kirurgi. I samma studie bad vi även patienterna beskriva sin uppfattning om kvalitet på vården och deras uppfattning av effektivitet två månader efter operation (10). I den första studien beskrevs operationen som en vändpunkt efter att man hade fått beskedet att man hade cancer i bukhinnan med en osäker framtid som följd. Patienterna beskrev att de hade en god psykisk hälsa och att de inte behövde någon professionell rådgivning av en psykolog eller kurator trots att de hade ont och upplevde att de känslomässigt åkte berg- och dalbana. De beskrev att det var viktigt med fortlöpande information under sjukhusvistelsen och kontakten med kirurgen och personalen var viktig i återhämtningsprocessen. I den andra studien beskrev patienterna att de var mest fokuserade på att få komma hem och få må fysiskt bra i samband med utskrivningen från sjukhuset. Hur patienterna upplevde sin hälsa två månader efter operation påverkades av om de var i behov av postoperativ cytostatikabehandling och om de hade fått en stomi i samband med operationen. Resultatet visade även att patienterna tyckte att det fattades en tydlig rehabiliteringsplan och uppföljning efter operationen och man ville ha

skriftlig information vid utskrivningen. Patienterna beskrev att de hade ett behov av att få träffa andra patienter i samma situation. Vårdens kvalitet och effektivitet beskrevs utifrån patientens perspektiv. Det var viktigt att man lyssnade på patienterna och att man svarade snabbt när de ringde och behövde hjälp. Ett annat projekt som jag har arbetat med är hur patienter uppfattar rondens (11). Resultatet har uppmärksammats av Läkaresällskapets etikdelegation och resultatet har presenterats i Läkartidningen i sommar (12). Vid Läkarstämman i höst kommer Läkaresällskapets etikdelegation att ha ett seminarium om rondens där jag kommer att delta.

Jag är bihandledare i ett pågående doktorandprojekt där vi studerar patientsäkerhet och kommunikation inom anestesi- och intensivvård. Vi vill även undersöka om patientsäkerhet, kommunikation och samarbete mellan vårdpersonal förändras efter att kommunikationsverktyget SBAR (Situation-Bakgrund-Assessment-Rekommendation) har införts. Syftet med första studien var att beskriva den postoperativa rapporten när patienter flyttas från operation till uppvakningsavdelningen. Resultatet visade att mycket av informationen handlade om läkemedel som användes under anestesi. Mottagaren av informationen kom bara ihåg 47 % av den givna informationen. Brist på struktur och lång överrapportering påverkade hur mycket mottagaren kom ihåg (13). Syftet med den andra studien var att beskriva personalens uppfattning om kommunikationen inom och mellan olika professioner samt säkerhetskulturen före och efter genomförandet av SBAR. Ett andra syfte var också att undersöka om antalet incidentrapporter som orsakas av kommunikationsfel förändrades. Resultatet visade att implementeringen av SBAR förbättrade kommunikationen mellan professionerna och säkerhetskulturen förbättrades. Resultatet visade även att antalet incidentrapporter som orsakas av kommunikationsfel minskade (14).

Våren 2010 började jag arbeta som klinisk lektor på Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet. Det innebär att jag arbetar 33 % som lärare, 33 % kliniskt som operationssköterska på thoraxoperation och 33 % som forskare. När jag påbörjade min anställning som klinisk lektor hade jag redan

arbetat som universitetsadjunkt 2000 och 2007 med kursansvar för två uppdragsutbildningar med inriktning mot operationssjukvård. Efter mina år i staben kände jag mig lite ringrostig och behövde därför komma tillbaka till operationssjuksköterskans yrkesroll och professionella kompetens i det perioperativa omvårdnadsarbetet. Därför beslöt jag mig för att arbeta som operationssköterska på min kliniska del. Det var pirrigt att komma tillbaka till Thoraxoperation och ha eget ansvar samtidigt som det kändes roligt att känna att jag fortfarande klarade arbetet. Tack vare mycket stöd från mina arbetskamrater kom jag tillbaka till operationssjuksköterskans yrkesroll.

Specialistutbildningen

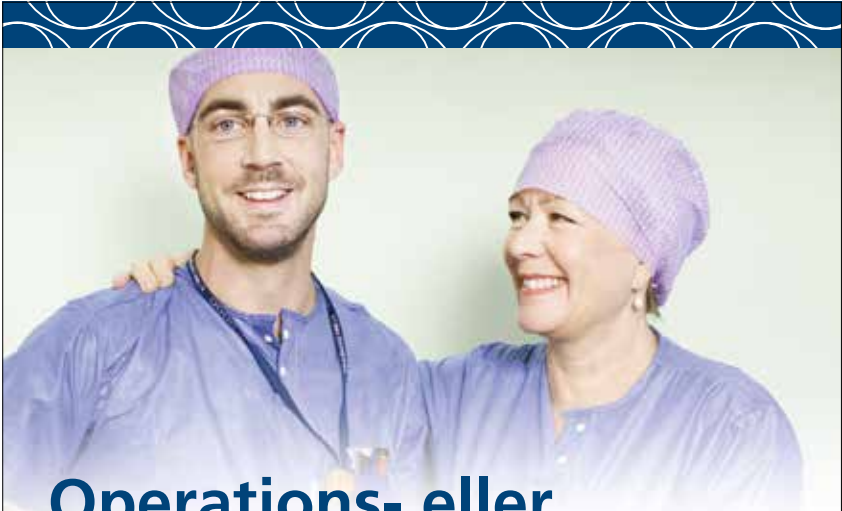
Specialistutbildningen med inriktning mot operationssjukvård består av en yrkesspecifik del som ger en yrkesexamen och en akademisk del som ger en akademisk examen (magisterexamen). Vid Högskoleverkets utvärdering av Specialistsjuksköterskeexamen 2007 förlorade Uppsala universitet sin examensrätt. Utbildningen var nerlagd under några år och när utbildningen startade upp igen 2011 var jag kursledare och examinator för specialistutbildningen. I mitt arbete var jag med och förtydliga huvudämnet omvårdnad och innehållet i kursmålen för de yrkesspecifika delarna. Jag var även med och utvecklade examinationsformerna och den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU). Inom ramen för den akademiska examen med inriktning mot vårdvetenskap, har jag lyft fram metoden för litteraturstudier i undervisningen. Studenterna får exempelvis göra litteraturstudier om spridning av tumörceller i såret, bakterieväxt under incisionsfilm med och utan jod och normotermi för att förebygga postoperativa sårinfektioner. Studenterna skriver även en uppsats på avancerad nivå som leder till en magisterexamen. I Uppsala får studenterna göra empiriska studier d.v.s. att man får gå ut i verksamheten och samla data som man sedan analyserar och litteraturstudier. I mitt arbete som klinisk lektor handleder och examinerar jag dessa arbeten. Mitt mål är att universitetet och den kliniska verksamheten skall jobba nära varandra. Studenterna kan bidra med kunskaper som de får genom att genomföra litteraturstudier och sedan omsätta dessa kunskaper genom ett fortlöpande förbättringsarbete i den kliniska verksamheten som är

förankrat bland chefer och ledare. Studenterna kan även genom sina examensarbeten bidra med kunskap som är viktig för att utveckla den kliniska verksamheten. Det är även viktigt att studenterna får ta del av all den kliniska erfarenhet och kunskap som operationssköterskorna har i det dagliga arbetet på operationsavdelningarna. Jag tror att tillsammans kan lärarna på universitetet i specialistutbildningen, studenterna och de kliniskt verksamma operationssköterskorna utveckla patientsäkerheten, operationssjukvården och operations-sköterskans profession.

När jag tänker tillbaka på de mål som jag hade när jag tog studenten 1976 och jämför med var jag står idag, ser jag att jag har gått i den riktning som jag drömde om. Jag vill fortsätta att arbeta som klinisk lektor och genom min forskning och genom studenterna vara med och utveckla patientsäkerhetsarbetet och operationssköterskans profession. Jag har fortfarande drömmen kvar att få arbeta i något bistandsprojekt. Detta är fortfarande ett mål som jag skulle vilja förverkliga. •

Referenser

1. Swenne CL, Lindholm C, Borowiec J, Carlsson M. Surgical site infections within 60 days of Coronary Artery Bypass Graft surgery. *Journal of Hospital Infection* 2004; 57: 14-24
2. Swenne CL, Borowiec J, M Carlsson C, C Lindholm. Prediction of and risk factors for surgical wound infection in the saphenous vein harvesting leg in patients undergoing coronary artery bypass procedure. *Thoracic and Cardiovascular Surgeon* 2006; 54: 1-7
3. Swenne CL, Lindholm C, Borowiec J, Schnell AE, Carlsson M. Perioperative glucose control and development of surgical wound infections in patients undergoing Coronary Artery Bypass Graft procedure. *Journal of Hospital Infection* 2005; 61: 201-212
4. Swenne CL, Skytt B, Lindholm C, Carlsson M. Patients' experiences of mediastinitis after coronary artery bypass graft procedure. *Scandinavian Cardiovascular Journal* 2007; Aug; 41(4): 255-64
5. Swenne CL, Alexandrén K. Surgical team members' compliance to and knowledge of basic hand hygiene guidelines and intraoperative hygiene. *Journal of Infection Prevention* 2012; 13: 114-119
6. Wadensten B, Fröjd C, Swenne CL, Gordh T, Gunningberg L. Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden, *Journal of Clinical nursing* 2011; 20: 624-34
7. Fröjd C, Swenne CL, Rubertsson C, Gunningberg L, Wadensten B. Patient information and participation still in need of improvement. Evaluation of quality of care at a university hospital, *Journal of Nursing Management* 2011; 19: 226-236
8. Gunningberg L, Pöder U, Donaldson N, Swenne CL. Medication Administration Accuracy – Using Clinical Observation and Review of Patient Records to Assess Safety and Guide Performance Improvement. *Journal of Evaluation in Clinical practice* 2014;
9. Eriksson H, Haglund C, Swenne CL, Arakelian E. Patients' experiences of post-operative health related to cytoreductive surgery and hyperthermic intraoperative chemotherapy. *Journal of Clinical Nursing* 2013; 20: doi: 10.1111/jocn.12360
10. Swenne CL, Gustafsson M, Cederholm K, Arakelian E. Postoperative health and patients' experiences of efficiency and quality of care after performed cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy two to six months after surgery. *Accepted European Journal of Oncology Nursing*
11. Swenne CL, Skytt B. The ward round – patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013; 30: doi: 10.1111/scs.12059
12. Läkartidningen 2014. Ronden – ritual som börjar ifrågasättas. Hämtad augusti 2014 <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/06/Ronden-ritual-som-borjar-ifragasattas/>
13. Ramdma M, Mårtensson G, Swenne CL, Engstrom M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a quasi-experimental study. *BMJ Open* 2014;4:e004268. doi:10.1136/bmjopen-2013-004268
14. Ramdma M, Mårtensson G, Swenne CL, Engstrom M. An observational study of postoperative handover in anaesthetic clinics; the content of verbal information and factors influencing receiver memory. *Accepted Peri Anesthesia Nursing*.



Operations- eller ögonsjuksköterskor

Vi bedriver högkvalificerad ögonsjukvård och utför ungefär 10 000 ögonoperationer varje år. Sjukhuset har nio operationssalar och utför katarakt-, retina- och plastikoperationer samt onkologi och skelningsoperationer.

Nu söker vi operations- eller ögonsjuksköterskor som vill specialisera sig inom ögonoperation och vara med och driva vår verksamhet framåt.

Läs mer och ansök på www.jobbs.sll.se
Se även vår webbplats www.sankterik.se
Sista ansökningsdag: 2014-10-12

**S: T ERIKS
ÖGON
SJUKHUS**

 Vi är en del av
Stockholms
läns landsting



Rapport EORNA

Styrelsemöte i Stockholm



Vårens styrelsemöte hölls i Stockholm i början av maj och de flesta av EORNAs representanter från Europa deltog i mötet. Tyvärr var det ett regnigt och kallt Stockholm under dagarna, men de flesta var tappra och promenerade med på en guidad tur i regnet genom stan.

För två år sedan under EORNA styrelsemötet i Zagreb inbjöd vi till att hålla ett styrelsemöte för EORNA representanter i Stockholm, förstås med den svenska styrelsens godkännande. Alla i den europeiska styrelsen var positiva till att komma till Sverige, vilket vi tyckte var väldigt stimulerande. Därefter har vi under drygt ett års tid planerat för att hålla ett styrelsemöte i Sverige och vi valde att ha mötet i Stockholm, på Hotell Birger Jarl, som ligger mitt i stan. Själva styrelsemötet startade fredagen den 9 maj och pågick till lördagen den 10 maj. Många av ledamöterna kom redan några dagar innan för att

turista i Stockholm eller så stannade man några dagar efter mötet.

Det var stor uppslutning till mötet, det var 42 styrelseledamöter som deltog, förutom Sveriges två representanter. Vi startade med en "Welcome reception"- en gemensam middag på hotellet på torsdagskvällen och vi önskade alla en trevlig kväll och med en förhoppning om ett bra och intressant möte de kommande dagarna.

Förmöten

Kongressens organisationskommitté (EORNAC) och den italienska kongressbyrån infann sig redan för möte på torsdag morgon. Ett annat förmöte på torsdag eftermiddag var Executives och Chairpersons (ordförande) för varje arbetsgrupp/kommitté.

Mötets öppnande

På fredagmorgon hälsade Kristina Lockner, ordförande i Riksföreningen för operationssjukvård, alla välkomna

till styrelsemötet och till Stockholm. Hon talade om Riksföreningen som firar 50-års jubileum i år, mål och syfte med föreningen och att vi har en otroligt aktiv förening med många medlemmar som deltar med sin kompetens i olika sammanhang. Inbjuden talare var kanslichef Birgitta Wedahl från Svensk sjuksköterskeförening. Hon beskrev specialistsjuksköterskornas utbildning på avancerad nivå och det omvårdnadsansvar som specialist-sjuksköterskorna innehar i Sverige.



Christine Willems, Belgien



Merja Fordell

Styrelsemöte

Merja Fordell, vice president i EORNA öppnade sedan styrelsemötet! Hon började med att informera att hon var ordförande för mötet eftersom Caroline Higgins, president i EORNA, tyvärr inte kunde delta denna gång pga. sjukdom.

Nya medlemmar i styrelsen presenterades, dessa var Tiborne Balasi från Ungern, Anna Kerando, Cypern och Natalia Bykova från Ryssland. De medlemsländer inom EORNA som inte deltog var Serbien och Slovenien. Vi blev informerade om att Polen har lämnat in ansökan om medlemskap i EORNA och att representanter därifrån kommer till nästa möte i Tallinn för att presentera sin förening. Makedonien har nu också visat intresse av medlemskap i EORNA. Därefter gick vi igenom protokollet från förra styrelsemötet vilket också godkändes av styrelsen.

Irini Antoniadou, president i International Federation of Perioperative Nurses (IFPN) höll ett anförande om IFPNs uppdrag och berättade bl.a. att ansökan om medlemskap i IFPN kommit från ASIORNA.

Därpå följde redogörelser för aktiviteter och rapporter från Executives och Chairpersons de senaste sex månaderna, samt rapporter från kongresser och möten.

Geert Driessen, 3Ms marknadschef för Europa höll ett föredrag om "One together – The Power of Small Actions"-projektet som handlar om att sjukvårdspersonal ska vårda patienter utifrån bästa möjliga kunskap och färdigheter för att minska vårdrelaterade infektioner (HAI/Healthcare Associated Infections).



Maria Loureiro, Belgien och Mona Guckian Fisher, Storbritannien

EORNA gör tillsammans med Covidien ett e-learningprogram för positioneringar av patienter inför olika kirurgiska ingrepp. EORNA efterlyser namn på forskare inom omvårdnad i Europa. Svenska forskare, hör av er till marie@rfop.se. CEN har nästa möte i Istanbul, men EORNA beslutade att inte delta i det mötet. De "Position Statement" som kommer att skapas ska utformas i ett brett perspektiv som inte är för detaljerat, eftersom alla länder inom EORNA har olika förutsättningar för arbetet och utförande av vård och omvårdnad. Ett "Orientation program" kommer att framtas för sjuksköterskor som är nya i yrket. Under sommaren har det pågått ett intensivt arbete för medlemmarna i Scientific Committee, som har bedömt abstract inför kongressen i Rom under maj månad 2015. Under styrelsemötet lämnade Riksföreningens representanter ett förslag med underlag att anordnandet av styrelsemötena i EORNA bör vara beläget på samma ort centralt i Europa en gång/år för att underlätta resandet och arrangemanget. Tyvärr, vann inte förslaget majoritet hos styrelsen.

Årsmöte

Under vårmötet hålls också ett Årsmöte ett s.k. Annual General Meeting, AGM. Budget och finanser redogjordes, vilket styrelsen godkände. Val av nya Executives sker vart tredje år av positioner som President, vice President, 2 sekreterare, 2 kassaförvaltare. Under detta årsmöte skedde nomineringar till sekreterare och kassaförvaltare. Nominerade för sekreterarposten blev Dimitris Poulis och Kostas Karakostas från Grekland, Elmira Piiritalo från Estland och Aina Hauge från Norge. Till kassaförvaltare nominerades Britta Nielsen från Danmark och Dimitris Poulis, Grekland. Under

nästa styrelsemöte sker val av vilka personer som ska inneha dessa poster.

Åter till styrelsemötet

Därefter återgick vi till styrelsemötet och Mirella Lepore, Italien redogjorde för planeringen av kongressen i Rom 2015. Det finns mer information på hemsidan <http://eornacongress.eu/>. Det informerades även om EORNA-kongressen i Grekland 2017, vi återkommer med mer information längre fram.

Förlustelser i Stockholm

På torsdagen innan mötet startade, ordnades ett studiebesök på Centraloperation på Karolinska universitetssjukhuset i Solna för några av deltagarna. Det som gjorde stort intryck på dem och som de blev mycket imponerade av var följksamheten till hygienreglerna och att behållare för handdesinfektion fanns överallt så det var lätt att desinficera händerna. De som arrangerade studiebesöket var Yvonne Törnqvist, lärare på operationsavdelningen och distriktsamordnare i riksföreningen och Carola Kunze, operationssjuksköterska och hygienexpert på operationsavdelningen. Tack för att ni gjorde besöket innehållsrikt!

Under fredagskvällen gick vi en guidad tur genom Stockholms innerstad, där vi fick höra om mordet på Olof Palme och Anna Lind, Gustav III och maskeradbalen på Operan. Promenaden fortsatte mot Gamla Stan, och vi fick höra berättelser om Stockholms blodbad, om slottet Tre kronor och återuppbyggnaden av slottet, liksom svartbrödraklostret vid Svartmangatan samt en hel del annat. Vi gick vidare mot restaurang Engelen, där vi serverades typisk svensk mat såsom sill, köttbullar och andra svenska rätter. •



Hygienforum 22 – 23 maj 2014

Återigen Hygienforum på Hotell Sheraton i Stockholm! Glädjande nog kommer det fler och fler till Hygienforum och årets rekordantal visar att intresset för de vårdhygieniska frågorna är stort ute i landet.

Forumet startade i år med en patient-upplevelse och berättelse om hur viktiga vi som vårdpersonal är. Vi var ca 330 deltagare och utställare på plats. Vi fick höra från patientperspektiv hur betydelsefullt vårt bemötande är och vikten av kvalitetsäkring och kompetens i vården. En härlig berättelse om "vi"- känsla – hur "bra" samarbete mellan patient och personal kändes och hur det påverkade både fysisk och psykisk läkning hos patienten. "Vi"-känslan följde oss som den gemensamma nämnaren genom programmets olika föreläsare under de två dagarna. Det är fantastiskt att man under två dagar hinner träffa så många med samma gemensamma intresse; Hygien, och allt vad det innefattar. Det är en blandning av yrkeskategorier; operationssjuksköterskor, undersköterskor, hygiensjuksköterskor, hygienombud, anestesissjuksköterskor, m.fl. som träffas, diskuterar och delar med sig av ny och beprövad erfarenhet. Den fortsatta känslan av engagemang och utveckling visade våra 34 utställande företag. Ny materiel, erfarenhet och nya idéer – man lär sig väldigt mycket under utställningstiden och lunchuppehåll då vi har möjlighet att gå runt och ta del av den välbesökta och fina utställningen.

Många och tänkvärda funderingar och frågor kom upp under dessa två intressanta och givande dagar som naturligtvis avslutades med Hygienforums paneldiskussion.

Har Du inte haft möjlighet att närvara och få ta del av det senaste inom det omfattande och roliga området Hygien, ta chansen vid Hygienforum 2015! •

Stipendiaten Karin Kock, Göteborg



Rekordmånga deltagare på Hygienforum



Fullsatt på utställningen





Årsmöte den 23 maj 2014

Riksföreningen för operationssjukvårds årsmöte hölls i år på fredag morgon strax före programstart på Hygienforums andra dag. Riksföreningens ordförande Kristina Lockner öppnade årsmötet. Till mötesordförande valdes även i år Marianne Hiller som är ledamot i Vårdförbundets förbundsstyrelse och som också har lång erfarenhet som operations-sjuksköterska.

Styrelsens verksamhetsberättelse 2013-2014 och revisionsberättelse godkändes av årsmötet och lades till handlingarna. Styrelsen beviljades ansvarsfrihet för verksamhetsåret 2013-01-01 - 2013-12-31. Styrelsens förslag till verksamhetens mål 2014 och budget för 2014-01-01 - 2014-12-31 godkändes och fastställdes.

Det hade kommit in en motion till årsmötet: "Gör om medlemstidningen Uppdukat från tryckt pappersversion till digital publikation". Ordförande Kristina Lockner berättade hur styrelsen ser på riskerna med att helt gå ifrån en tryckt pappersversion till digital publikation och att styrelsen tar med sig motionärens önskemål om att Uppdukat ska finnas tillgänglig på föreningens hemsida som ett komplement till pappersversionen. Därefter beslutade årsmötet att motionen ska anses besvarad.

Årsmötet beslutade sedan att medlemsavgiftens storlek ska vara oförändrad 300 kr för medlemmar och associerade medlemmar, samt oförändrad 150 kr för pensionärer och för studerande till operationssjuksköterska.

Till kassaförvaltare i Riksföreningen för operationssjukvård valde årsmötet Elisabeth Liljeblad, Lindesberg, omval i 2 år. Till sekreterare i Riksföreningen för operationssjukvård valde årsmötet Malena Einestam, Örebro, nyval i 2 år. Årsmötet beslutade att fastställa antalet ledamöter i styrelsen till fyra ledamöter förutom ordförande,



Marie Afzelius, ledamot

kassaförvaltare och sekreterare. Till ledamot i Riksföreningen för operationssjukvård valde årsmötet Marie

Afzelius, Helsingborg, omval i 2 år. Efter årsmötet består styrelsen av ordförande Kristina Lockner, kassaförvaltare Elisabeth Liljeblad, sekreterare Malena Einestam, ledamöterna Marie Afzelius, Catarina Augustsson, Maria Björk och AnneMarie Nilsson.

Till revisorer valde årsmötet Mats Johansson, Örebro och Sonja Rosengren, Västerås, omval i 1 år. Till revisorssuppleant valde årsmötet Lena Davidsson, Örebro, omval i 1 år.

Till valberedning att förbereda nästa årsmötes val valdes Eva-Lena Isaksson, Staffanstorp, Monica Kelvered, Hisings Backa, Yvonne Törnqvist, Solna och Frank Wolters, Alingsås. Frank Wolters är sammankallande. •

Aleris Specialistvård Bollnäs söker

Operations-sjuksköterska

Väx med oss!

Vi söker dig som är legitimerad Operationssjuksköterska för arbete på vår Operationsavdelning.

Läs mer och sök tjänsten på www.aleris.se/jobb



På uppdrag av Landstinget Gävleborg

Aleris är ett privat vård- och omsorgsföretag som erbjuder tjänster inom sjukvård, äldreomsorg och psykisk hälsa i Sverige, Norge och Danmark.

www.aleris.se





Distriktsmöten

Örebro

3 april 2014

Text: Inger Andersson, Operations-sjuksköterska Karlskoga Lasarett/redaktör Uppdukat

Den 3 april hälsades vi välkomna till Universitetssjukhuset i Örebro och fick lyssna till "Operationssjuksköterskan – Då – Nu – Framtid". Vi som hade samlats var 36 operationssjuksköterskor från Lindesberg, Karlskoga, Capio Läkargruppen och Universitetssjukhuset i Örebro. Utöver oss var Annika Thörner från Mölnlycke Health Care och Rose-Marie Gabrielson från KeboMed inbjudna.

Mötet startade med mingel och en fantastisk buffé där vi fick möjlighet att prata och träffa gamla och nya kollegor. Elisabeth Liljeblad berättade om och gav oss information om Riksföreningen för operations-sjukvård och Malena Einestam visade oss föreningens hemsida. Från vårt län har vi många som representerar riksföreningen: i styrelsen, som distriktssamordnare, revisor, redaktör, hedersmedlem, i vetenskapliga rådet, i kongressgruppen och som revisorer i projekt Säker bukkirurgi, PRISS samt representant SPOR.

Vår hedersmedlem Barbro Redin berättade om operationssjuksköterskans arbete "Då" och vi fick en tillbakablick i vårt yrke. En härlig berättelse!

Margareta Lund, Huvudhandledare i Örebro Läns Landsting visade oss handledarens uppdrag – samverkan mellan lärosäte och landsting Margareta har Örebro som studieort och arbetar 30 % med studiegruppen. Vi alla tillsammans i vårdverksamheten samt lärosäte representerar Operationssjuksköterskan "Nu". Karin Falk-Brynhildsen, operations-sjuksköterska på Käril-Thoraxoperation gav oss en inblick i "Framtid" med frågan: Kan en operationssjuksköterska forska? ... dom som bara

langar instrument... Vi blev uppdaterade på akademins karriärssteg och att Karin är en av 10 operations-sjuksköterskor i Sverige som har disputerat!

Nästa möte kommer att bli i Lindesberg 2015.

Stort tack till Malena Einestam och Berit Sandmark som ordnat allt det praktiska och alla kollegor som kom på mötet och gjorde det till en trevlig kväll! •

Göteborg

14 april 2014

Text: Ann-Sofie Karlsson, Monica Kelvered, distriktssamordnare Göteborg 1 och 2



Denna gång träffades ca 30 operationssjuksköterskor från Göteborg till distriktsmöte i andan av Perioperative nursing day på Hälsovetarbacken/Göteborg. Temat var, "be safe- be seen- be heard".

Vi började med att distriktssamordnaren Ann-Sofie informerade om Riksföreningen för operationssjuk-

vårds verksamhet och vad som är på gång i riksföreningen såsom hygienforum och höstkongress. Bl.a. kommer höstkongressen i november, uppmärksamma att föreningen fyller 50 år.

Under temat be safe, presenterade Carola Ljungqvist från Codan TriPlus några produkter som kan öka säkerheten för oss operationssjuksköterskor i vår instrumentering. Tack Carola för att du kom och presenterade säkra produkter.

Inbjudna att föreläsa var också operationssjuksköterskorna Cecilia Andersson och Karin Kock som berättade om sin magisteruppsats om trycksår, mycket intressant att tänka på! Vi är ju patientens ambassadör och det är vårt ansvar att patienten inte får trycksår på grund av uppläggning på operationsbordet eller att sprit runnit ner under patientens kropp. Viktigt att patienten blir sedd och att operationssjuksköterskan ser på patientens hudstatus både före, under och efter operationen.

Operationssjuksköterskorna Tina Steneröd, Marianne Hjort, Ann-Christine Garbers och Betty Cederqvist arbetar på Handcenter, Göteborg. De var inbjudna för att berätta för oss, hur de genomför perioperativa samtal med patienter som ska genomgå handkirurgiskt ingrepp. Operations-sjuksköterskorna har telefonkontakt med patienterna både före och efter det operativa ingreppet. Patienterna träffar också vid ankomst den operationssjuksköterska de talat med. De berättade också om hur mycket arbetssättet har berikat dem, som operationssjuksköterskor, att få feedback från patienterna, vilket utvecklat dem i sin profession. Deltagarna i distriktsmötet fick också möjlighet att genomföra en rundvandring och se operationsavdelningen på Handcenter/Göteborg.

Nästa möte planeras till onsdagen den 15 oktober 2014. •



Blekinge/Kronoberg 23 april 2014

Text: Anette Ernstson, distriktsamordnare Blekinge/Kronoberg

Vi var 15 operationssjuksköterskor från C-op. Karlskrona, THX och ögon/öronoperation som träffades denna kväll.

Vi började med information från Riksföreningen för operationssjukvård. Catarina Augustsson berättade lite om planeringen inför 50-årsjubileet. Det ska bli kul på Höstkongressen!

Ett spännande föredrag fick vi av Pernilla Engström som är specialist i gyn/obstetrik. Hon var under ett år i Australien och arbetade på ett statligt sjukhus i Adelaide. Det var mycket som skilde sig från hur hon arbetar här hemma. När hon hade operationsdag där, var man i operationsalen hela tiden. Det är operatören som steriltvättar och sterildraperar. Operationssjuksköterskorna får inte heller assistera. Över lag var det mera personal i varje operationssal. Det fanns icke- sjukvårdspersonal, "orderly", som ordnar med narkosbåge, geldynor, bygger om operationsbord m.m. När det behövs genomlysning är det röntgenpersonal som sköter detta. Vi fick se bilder från sjukhuset, operationsavdelningen, studiebesök ute i bushen, lite som "flying doctors"! Pernilla visade bilder från ortopedoperation också. Hennes man, som är ortoped bidrog med dessa. Hans största förvåning var att de inte hade en Biplanar genomlysningsbåge till höftfrakturerna.

Information om förband och lite nyheter om undertrycksbehandling hanns också med. Kvällen avslutades med diskussion om vårt yrke, vår status med tanke på att det på en del ställen utförs operationer utan att det är en operationssjuksköterska med hela tiden!

En inbjudan hade skickats till operation Karlshamn, Ljungby och Växjö till detta möte. Tyvärr kunde ingen komma. •

Presentation av ny redaktör Uppdukat

Mitt namn är Ingrid Andersson och jag arbetar som operationssjuksköterska på Operationsavdelningen på Helsingborgs Lasarett sedan 2 år tillbaka.

Jag blev klar med min operationssjuksköterskeutbildning 1985 och har därefter arbetat på olika operationsavdelningar. Under 12 år har jag också arbetat som enhetschef på olika operationsavdelningar samt med ny- och ombyggnation av sjukhuslokaler.

Jag är ny som redaktör för Uppdukat och ser fram emot att tillsammans med övriga redaktörer få vara med och skapa en givande och inspirerande tidning. Frågor som intresserar mig är vår arbetsmiljö och vårdhygien.

Jag antog utmaningen att vara redaktör för Uppdukat därför att det är inspirerande och utvecklande att anta nya utmaningar.

Önskas kontakt med mig så kan jag nås på ingrid@rfop.se. •



Ingrid Andersson



Nya kollegor

Riksföreningen vill gratulera följande nya kollegor till, examen inom Specialistsjuksköterskeutbildningen inriktning operationssjukvård. **Grattis!**

Göteborg, maj 2014

Kursledare: Elisabeth Hansson Olofsson Lektor och Monica Kelvered, Universitetsadjunkt

Studenter: Amina Larsson, Anna Kouznetsova, Charlotte Wagner, Clive Tait, Dalia Printzlow, Erica Masinjila Kron, Hanna Edvardsson, Johanna Larsson, Jon Edqvist, Josefine Waltilla, Lisa Kantola, Liselott Larsson, Madelen Bratvoldsen, Malin Fröjelin, Maria Nilsson, Mona Mapar-zadeh, Nina Sterlind, Olivia Bjurén, Pernilla Tauson, Peter Bergman, Pontus Granlöf, Rikard Hänggård, Sofia Sutherland och Viktor Johansson



Karlstad, juni 2014-08-31

Kursansvariga: Ann-Catrin Blomberg fil.mag. master i omvårdnad. Fil lic i omvårdnad, universitetsadjunkt och Gudrun Möller. fil mag, universitetsadjunkt

Hannah Andersson, Maria Avelin, Sara Carlsén, Anna Helena Ekros, Marina Emanuelsson, Anna Emmesjö, Frida Fossan, Lena Fredén, Camilla Genzel, Josefin Hansson, Linn Heimersson, Petra Holmberg, Maria Huttunen, Diana Iatrou, Siv Johansson, Fredric John Patric Landén, Sofie Lennerlund, Mathilda Liljenhag, Annika Lillberg, Jenny Lindvall, Alexandra Maroulis, Ivana Mujcin, Annika Möller, Emma Nero, Wenche Nasset, Kristina Pettersson, Sara Sjungargård, Carolina Söderback och Jessica Vernersson





LINNÉUNIVERSITETET

Linnéuniversitetet

Kursansvarig: Maria Qvistgaard
Universitetsadjunkt

Uppre från vänster: Jörgen Jonasson (adjunkt medicinsk vetenskap) Hanne Eliasson, Johanna Sylvan, Carina Roskvist, Kristina Magnevall, Anna Fagerberg, Maria Qvistgaard (adjunkt operationssjukvård)

Nere från vänster: Elin Persson, Linda Johansson, Mitya D'alesio, Valeska Carrasco Castllo

Lunds Universitet, maj 2014

Kursansvarig: Kerstin Åkesson;
Universitetsadjunkt

Främre raden från vänster: Sophie Nielsen, Sandra Enholm Bergström, Andrea Martinez Espinoza, Mikaela Jakob, Ulrika Andersson, Katarina Bergstrand, Emma Alfredsson, Emy Kjällqvist, Jessica Ingemansson

Bakre raden från vänster: Jennifer Bissett, Pamela Jönsson, Cornelia Kellner, Jonas Johnsson, Tina Larsson, Katarina Lyckman, Maria Svahn, Susanne Bergqvist



LUND

Uppsala universitet, juni 2014

Från vänster: Marianne Albrektsson, Lisa Kinnbom, Lisa Jedstedt, Evelina Lindsten, Hanna Enblom och Loise Olofsson



UPPSALA



Innovation inom operationssjukvården – kreativ operationssjuksköterska

Karin Klarin har plockat fram en produkt som kan komma att användas inom flera specialiteter. Produkten är ett öronskydd som kan användas vid steriltvättning och drapering. För denna uppfinning har Karin vunnit omröstningen av årets innovatör i Västerbotten.

Karin har arbetat som operations-sjuksköterska på neurooperation på Norrlands universitetssjukhus i tre år. När hon började arbeta där upplevde hon att det var bekymmer att steril-tvätta och drapera på ett enkelt vis utan att vätska rann in i örat och att örat inte låg konstigt under klädseln. Dessutom är läkarna väldigt nära örat vid vissa ingrepp. Karin gick hem och funderade och började klippa, klistra och prova olika modeller tills hon hittade en som verkade fungera. Produkten klistras över örat, det är precis som en påse med vingar att klä in/klä bort ytterörat med. Av en händelse såg hon reklam för Innovationsslussen i Västerbotten och tog kontakt med dem. Det visade sig att det var ett digert arbete Karin hade framför sig, fem olika uppgifter/steg skulle lösas, komma på en ide, finns det något liknande, ta kontakt med olika instanser o.s.v. och alla stegen kostade mycket pengar. Innovationsslussen i Västerbotten har stått för kostnaderna medan Karin har fått göra arbetet. Arbetet har tagit ca 1 år och har inneburit bl.a. avtalsskrivelser, kontakter med jurister och företag. Nu har arbetet kommit så långt att produkten har blivit mönsterskyddad och Karin har kontakt med olika företag för att försöka få något av dem att bli intresserade och vilja framställa produkten. Karins kollegor har fått se prototypen och är mycket positiva till att få prova den färdiga produkten och gärna så fort som möjligt.

Vi önskar Karin lycka till med sin produkt. •



Karin Klarin

Innovationsrådet

"Frigör innovationskraft i offentlig verksamhet" exempelvis att bra idéer förverkligas, att göra medborgare och företag mer nöjda med offentlig verksamhet, samtidigt som arbetsglädjen ökar och kostnaderna minskar.

Syftet med Innovationsrådet, som har funnits sedan maj 2011, är att höja effektiviteten och kvaliteten i offentlig verksamhet på nationell, regional och lokal nivå. Rådet ska bl.a. stödja och stimulera innovations- och förändringsarbeten inom offentlig verksamhet som kan resultera i betydande förbättringar för medborgare och företag och effektivisering av befintliga processer.

Vad är innovation? Enligt Innovationsrådets hemsida menar man att innovation är förmågan att framgångsrikt ta fram och införa nya processer, tjänster och metoder som resulterar i betydande förbättringar av kvalitet, effektivitet och ändamålsenlighet.

Innovationsrådet har nu avslutat sitt uppdrag.

Se mer information och fakta på: www.innovationsradet.se

Nya medlemmar

Föreningen har under perioden 15 april till 15 augusti fått 24 nya medlemmar.

Åsa Carlstedt
Marlene Darell
Frida Davidsson
Karin Ericsson
Hanne Eliasson
Malin Gerdin
Tina Holmström
Sofia Hyddmark
Rikard Hänggård
Martin Jonsson
Jessica Jörholt
Karin Kock
Annelie Leonardsson
Gunilla Lindblom
Anna Lindblom
Saidy Lundberg
Leolibeth Löwendahl
Ida Markström
Birgitta Olsson
Anneli Persson
Kajsa Pålsson
Ulrika Ribbhammar
Anna Stiwne
Marika Törnblom

Välkomna!



JAFO Skotvätt MA01

Skotvätt för sjukhus och andra hygienkrävande miljöer

Art Nr: RF5003

Skor som används i t.ex. operationssalar, akutmottagningar, förlösningsavdelningar och laboratorier blir nersmutsade av t.ex. blodstänk, fostervatten, kroppsvätskor eller dylikt. JAFO Skotvätt MA01 underlättar en hygienisk renhållning av skor med hjälp av borstar och kallt vatten. Rostfritt stål SS2333 i hela konstruktionen. Borstplattan och handborsten kan enkelt tas av och rengöras i en diskmaskin.

I samarbete med



POSTTIDNING B

Returadress: AnneMarie Nilsson
Uddevallav. 9B, 857 33 Sundsvall

GULDSPONSORER



SILVERSPONSORER

