

Uppdukat

Nr 4 november 2018 årgång 30



I Sverige har vi goda
hygienrutiner vid kirurgi.
Ändå drabbas patienter av
postoperativa sårinfektioner.

Det går att göra mer.

Med Ethicons antibakteriella
Plus-suturer, kan antalet
infektioner minskas med 26-28%.

Triklosan-behandlade suturer finns
med i WHO:s behandlingsriktlinjer:*

**Ethicons antibakteriella Plus-suturer är de enda triklosan-
behandlade suturerna på den svenska marknaden.*

Referenser

Wang ZX, Jiang CP, Cao Y, Ding YT. Systematic review and meta-analysis of triclosan-coated sutures for prevention of surgical-site infection. 2013; 100:465-474.

Edmiston CE, Daoud FC, Leaper D. Is there an evidence-based argument for embracing an antimicrobial (triclosan)-coated suture technology to reduce the risk for surgical-site infections? A meta-analysis. 2013; 154: 89-100

de Jonge SW, Atema JJ, Solomkin JS, Boermeester MA. Meta-analysis and trial sequential analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection. Br J Surg. 2017 Jan;104(2):e118-e133.

ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

Shaping
the future
of surgery

WWW.ETHICON.COM

Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

1800 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

Annica Sandelin

Foto: *Mia Engman Hyrén*

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

*Kristina Lockner
Inger Andersson
Yvonne Törnqvist
Malin Wahlström*

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

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

Innehåll

Uppdukat nr 4 2018 årgång 30

Redaktionens ord...**sid 4**

Porträttet...**sid 6**

Vår digitala resa - Masjävlar
– du jobbar med data...**sid 8**

Unik certifieringskurs med
fokus på regler och praxis
vid operation...**sid 12**

Nätverk för chefer och ledare
vid Sveriges operations-
avdelningar, CSO...**sid 16**

Specialistsjuksköterska inom
operationssjukvård och
utbildning...**sid 17**

Hygienfrågan...**sid 25**

Heltäckande huvudbonad
vid kirurgi, replik i Dagens
Medicin...**sid 26**

Levnadsvanor i samband med
kirurgi, Igår, idag och i
framtiden.....**sid 28**

Säker traumavård...**sid 30**

Det blev en EMMI!...**sid 32**

Min operationsavdelning...**sid 34**

Föreningsnytt...**sid 36**

Boktips...**sid 42**

sid 12



sid 32



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

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

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

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

Foto: Peo Sjöberg



Hjälm tvång eller ej? Har du hängt med i den senaste debatten om heltäckande mössa? Eller möts du av denna fråga varje dag i din vardag? Hur kan det komma sig att vi ens behöver ha denna debatt? Av vilken anledning kan inte vuxna människor endast acceptera/respektera vilka arbetskläder som gäller på deras arbetsplats? Säg mig vilken annan arbetsplats som behöver evidens för att medarbetarna ska använda en viss sorts arbetskläder – taxichaufförer, butiksanställda, snickare, mataffärer, kock, bagare mfl. börjar de dagarna med att ifrågasätta sina arbetskläder och ropa på evidens? Varför måste vi i vården göra det till en evidensfråga, kan vi inte helt enkelt göra det till en chef/ledningsfråga och faktiskt bara följa avdelningens rutiner!? Samt åberopa att vi ska följa de basala hygienrutinerna och kanske på köpet förebygga några VRI?

Hur gör vi för att få detta till en icke-fråga? Det är inte bara en patientsäkerhetsfråga det är även en arbetsmiljöfråga för alla de operations-sjuksköterskor som varje dag ska ta en "fajt" om detta, det skapar ett dåligt utgångsläge för teamet på salen och det i sin tur påverkar också resultatet av ingreppet. Så det gäller bara att vi och våra chefer bestämmer oss för vilken klädkod som ska gälla, sen är det upp till alla att följa den om man

vill arbeta på en operationsavdelning! Läs Annette Erichsen Andersson replik i dagensmedicin.se. på sidan 26.

I Riksföreningen för operationssjukvårds stadgar § 1. ÄNDAMÅL, Mom. 1 Syfte, går bl.a att läsa: Riksföreningens främsta uppgift är att främja utveckling av den perioperativa omvårdnaden genom att:

- Bedriva utbildning för medlemmarna
- Stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden
- Verka för att operationssjuksköterskeutbildningen ska vara nationellt jämförbar

Och hur gör vi detta?

Genom att driva ett chefnätverk, det är en mycket viktig del av att stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden och vårt Chefråd utvecklar hela tiden nätverkets sammankomster. Under 2019 kommer bl.a ett lunch till lunchmöte erbjudas.

Vi arrangerar Hygienforum 23 – 24 maj, Höstkongress 28 – 29 november.

Vi introducera två nya utbildningar för operationssjuksköterskor, i trauma och Levnadsvanor i samband med kirurgi. Läs om detta på sidan 28 och sidan 30 samt i kalendariet på sidan 4.

Vi har ett aktivt lärarnätverk.

Vi ger ut Uppdukat fyra gånger per år.

Nu återstår endast några veckor på 2018 och vi ska hinna med den 5:e NORMA kongressen tillika den 54:e Höstkongressen, ses vi där? Vi har anmälan öppen, så du hinner anmäla dig!

Om vi inte ses i november önskar redaktionen er en God Jul och ett Gott Nytt År

Nationellt kalendarium

För mer information och priser se rfop.se

2019

7 - 8 februari

Levnadsvanor i samband med kirurgi

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

14 – 15 mars

Chefnätverk, lunch till lunch

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

22 mars

Nivå 1 Traumatutbildning

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

22 - 24 maj

Nivå 2 Traumatutbildning

Plats: KS, Solna

23 - 24 maj

Hygienforum

Plats: Sheraton Stockholm Hotel

28 - 30 augusti

Nivå 2 Traumatutbildning

Plats: KS, Solna

5 september

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

6 september

Nivå 1 Traumatutbildning

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

26 - 27 september

Levnadsvanor i samband med kirurgi

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

28 november

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

29 november

Chefkonferens

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

28 - 29 november

Höstkongress

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

2020

14 - 15 maj

Hygienforum

Plats: Sheraton Stockholm Hotel

25 - 27 november

Höstkongress

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

Håller sig varm i

10
timmar

Klar att använda

30
minuter
efter uppvikning

Genomsnittlig
temperatur på

40°C

Inga sladdar – inget krångel

BARRIER® EasyWarm® – bidrar till att förhindra hypotermi under hela den perioperativa fasen¹

Aktiv patientuppvärmning har visat sig minimera risken och följderna av hypotermi². Att göra detta så enkelt och effektivt som möjligt är avgörande, det är därför BARRIER® EasyWarm® är utformad för att hålla patienterna varma med två enkla steg: **öppna och vik ut**.

Det har verkligen aldrig varit enklare än så här för att hålla patienterna varma, prata med din Mölnlycke® representant för mer information.



Referenser:

1. Torossian A MD, Geertsen K MD, Horn B MD, Van de Velde M MD, Raeder J MD. Active perioperative patient warming using a self-warming blanket [BARRIER EasyWarm is superior to passive thermal insulation: a multinational, multicenter, randomized trial, Journal of clinical anesthesia 34, 547-554; 2016. 2. Sessler D MD, Kurz A MD. Mild perioperative hypothermia, Anesthesiology news special edition; October 2008.

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Telefon 031-722 30 00. info.se@molnlycke.com
Namnen Mölnlycke Health Care, BARRIER® och EasyWarm® samt deras respektive logotyper är globalt registrerade och tillhör något av företagen inom Mölnlycke Health Care-koncernen. ©2018 Mölnlycke Health Care AB. Alla rättigheter förbehållna. SESU0461804


Mölnlycke®



Porträttet

Hanna Lindahl

Jag är 35 år och läste operationssjuksjuksköterska i Borås och blev klar 2006–2007. När jag var föräldraledig startade jag mitt fotoföretag byLindahl som jag hela tiden har drivit parallellt. Det är ett företag som är registrerat som reklamfoto åt företag, men även privatpersoner.

Jag tycker om att arbeta!

När jag läste till sjuksköterska så var det hela tiden akutsjukvård som lockade mig. Jag tänkte redan från början att jag ville arbeta på en operationsavdelning. Fortfarande är det känslan av att ha en viktig plats vid en central del som inspirerar mig. Att göra nytta och känna den där speciella meningsfullheten. När jag sökte och kom in på utbildning till operationssjuksköterska i Borås fick jag ett kontrakt med Skaraborgs sjukhus som betalade min operationsutbildning. Jag är otroligt tacksam för det!

När jag var klar med min utbildning fick jag en god upplärning och inskolning. I Skövde har vi en centraloperation vilket är stimulerande då vi får lära oss, och kunna mycket om mycket. Det är en stor arbetsplats och ingen dag är den andra lik. Det är fantastiskt roligt! Trots att jag tycker om att vara ”där det händer” upptäckte jag att det också är annat som intresserar mig. Vad händer vid sidan om? Hur kan man göra för att få en positiv effekt? Hur kan påverka det jag tror på? Efter några år blev jag koordinator på operationsavdelningen och senare även enhetschef och har fortfarande massor av frågor jag vill ställa!

Livet

Jag har läst några kurser vid sidan om att jag har arbetat hela tiden. Juridik, bakteriell patogenes och organisation och ledarskap, men även skärgårds-skeppare och kustskeppare faktiskt! Jag har arbetat lite privat men mesta delen av min operationstid har jag



Hanna Lindahl

gjort i Skövde. Jag har även lyckats få två fantastiskt fina killar under dessa år. Livet alltså!

Som ni förstår drivs jag av många saker, jag känner ofta en stor glädje i det som händer. Mina tankar om att vara enhetschef, är att jag på något sätt, vill vara en länk att försöka leda energi från en punkt till en annan.

Mantran som effektiva arbetssätt ogillar jag, men om vi istället skulle börja prata om att arbeta energisnålt skulle jag tokvälkomna det! Jag försöker röra mig ute bland personalen för att hålla mig uppdaterad, mycket händer och utvecklingen går fort. Jag kan absolut inte göra ett bra arbete om jag inte är med på vad som händer runt omkring. •

Vår digitala resa

-Masjävlar – du jobbar med data

Vi blev ombedda av vår tidigare kollega Maria Björk Svensson att tala vid Riksföreningen för operations-sjukvårds Höstkongress 2017. Ämnet som förslogs var att vi skulle förmedla våra reflektioner och tankar om vår digitala resa från kliniska operations-sjuksköterskor till IT objektspecialister för operationsplaneringssystemet Orbit vid Region Uppsala. Efter lite eftertanke så tackade vi ja, och här kommer några skrivna rader och några axplock från vårt föredrag från den 30 november 2017. Föreläsningen finns även att ladda ner från Riksföreningens hemsida (www.rfop.se)

När började denna digitala resa? Varför är det så svårt att få vårdssystem att prata med varandra? Varför havererar ofta införandet av nya vårdssystem? Hur har vi hamnat här?

Vår digitala resa började när vi som avdelningschefer blev tillfrågade att arbeta med att implementera Orbit inom Region Uppsala, där Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping ingår. Regionens olika operationsplaneringssystem ska nu bli ett. Implementeringen sker i form av införandeprojekt, med utsedd projektledare, lokala projektledare från verksamheten samt kontaktpersoner från Orbitförvaltningen, där vi två ingår. Utmaningen i införandeprojektet är att jämkas och få alla att komma till tals utifrån sina verksamhetsbehov, att komma fram till gemensamma beslut som är acceptabla utifrån tid, kvalitet och budget. Målet är att Orbit ska vara implementerat i slutet av januari 2019 vid alla opererande verksamheter och sterilcentraler.

I vårt arbete har vi tät kontakt med tekniksidan och verksamheterna, vi blir därför en länk mellan dessa två. Vi designar och anpassar systemet så

att det blir så användarvänligt som möjligt utifrån systemets förutsättningar. Vi fungerar som användarstöd, har kunskap om hur funktionerna bäst kan utnyttjas. Vi jobbar också med förvaltning där support ingår. I utvecklingsarbetet inom Orbit-projektet så deltar vi som objektspecialister i förstudier och delprojekt kopplade till Orbit, t ex skanning och ekonomi. Utöver detta så testar vi objektspecialister systemet, uppdaterar testprotokoll, rapporterar ärenden till leverantören och bevakar dessa ärenden samt prioriterar förändringsärenden tillsammans med andra kunder. När system ska samverka mellan varandra så måste dessa integreras via tekniska lösningar och systemen blir på så sätt beroende av varandra via integrationsplattformar (omkopplingsstationer). Dessa integrationer måste testas och vid varje ny uppdatering av ett system så måste andra systemen också testas, så det ena systemet inte slår ut det andra och/eller att andra fel uppträder när flera system samverkar.

Vi ansvarar för utbildning för slutanvändare, kvalitetssäkrar och uppdaterar användarmanualer, lathundar osv när nya versioner och funktionaliteter införs. Bedömningar av utbildningsinsatser nu och i framtiden, på vilket sätt slutanvändarna ska utbildas, via e-Learning (filmer) eller via traditionella ”knapputbildningar”. Funktionaliteter och nyheter kommuniceras ut via olika kanaler med stöd av en kommunikationsplan, det säkerställer att rätt person får rätt typ av information.

Förändringsledning

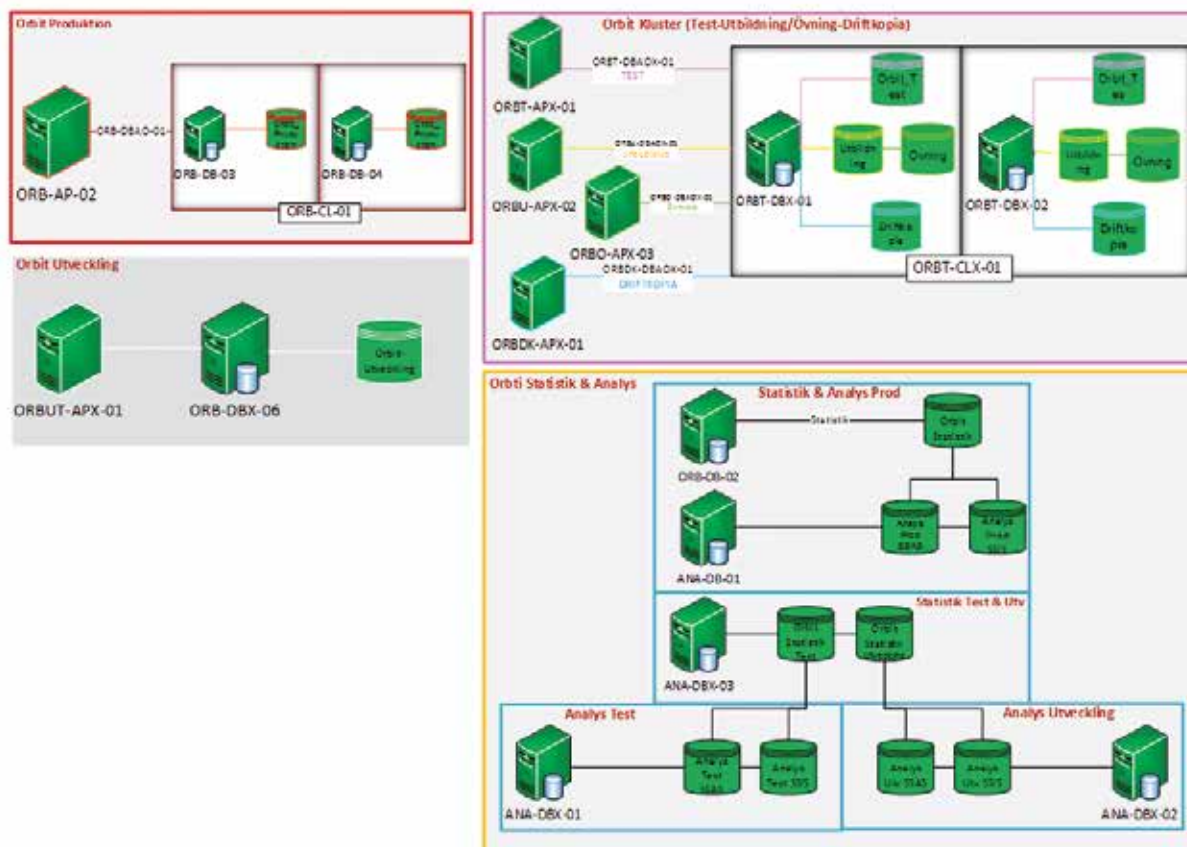
Det är mycket att ta hänsyn till inom projektet – så varför funkar det inte klockrent när allt har testats, utbildats och anpassats? Finns det något vi har glömt i processen? Det kanske var

bättre förr med borttappade pappersjournaler och röntgenbilder? Det funkade ju, eller? Forskning visar hur viktigt ledarskapet är, på alla nivåer, vid implementering av nya vårdssystem för att få slutanvändarna att anamma dem. Intressanta frågor att ställa sig själv är hur förändringsbenägen är jag, som ledare och som medarbetare? Hur mycket påverkar mognaden i arbetsgruppen och vilken värdegrund och förändringskultur råder på arbetsplatsen?

IT-management - Överfokusering på styrning av kostnader i stället för verksamhetsnytta. Svårigheter att definiera och evaluera IT relaterad verksamhetsnytta. Gapet mellan verksamhetsledning och IT-ledning, samt verksamhetsutveckling och IT-utveckling. IT-strategier kan vara otydliga, eller inte alls relaterade till verksamhetsstrategier och mål. IT-projekt och IT-system betraktas som mål i sig och inte som medel för att uppnå verksamhetsmål. Svårigheter att skapa ändamålsenliga arkitekturer som hanterar komplexitet, möjliggör förändringsbarhet och som balanserar olika motstridiga faktorer. Komplexiteten i verksamhet, IT-projekt, IT-strukturer och den befintliga IT-miljön försvårar överblick och styrbarhet. Leverantörerna kan sakna vårdkunnskap när de bygger de system som ska användas i sjukvården, det tar lång tid att designa och bygga systemen och när det är klart att införas så har utvecklingen gått framåt på vårdgolvet så systemet kanske har brister redan från början, det tar lång tid att ändra i befintliga system. Möjlighet till kontexthantering finns, krävs dock vissa tekniska lösningar, beslut om att införa kontexthantering fastnar ofta på högre instanser, men ett beslut är av stor betydelse för användarna i det dagliga arbetet.



Patrik Stridsberg och Camilla Ärlestål



Orbit arkitektur - här är uppbyggnaden av Orbits databas/servermiljöer i Region Uppsala. Norrbotten investerar 8,5 miljoner kronor när man ska gå från pappersarkiv till elektroniska patientjournaler. Fördelarna man förväntar sig är ökad säkerhet, minskade administrativa kostnader och att landstingets arkivutrymmen kan minskas med 2 600 kvadratmeter. Totalt räknar man med att spara mellan 11 och 13 miljoner kronor per år.

John Kotter är professor i ledarskap vid Harvard Business School har beskrivit 8 nödvändiga steg för lyckade förändringar.

Kotters trappa – 8 steg

1. Skapa nödvändighet – varför + nyttan
2. Bygga ett starkt ledningsteam – alla cheferna ska vara med!
3. Skapa rätt och tydlig vision – dit ska vi! Vi ska bli bäst!
4. Kommunicera för engagemang = alla nivåer = alla!
5. Förstärk möjligheterna att agera = hitta de som vill...
6. Skapa kortsiktiga segrar (tårta, AW mm) tuffa perioder
7. Håll i och driv vidare – även om det är tufft
8. Förankra förändringen – gör förändringen självklar

Förankringen är därför viktig – ett projekt kan i sig vara lyckat men om resultatet inte tas omhand och förvaltas i organisationen så blir inte det förväntade resultatet så bra som det var tänkt från början. Vad har då allt det här att göra med vår profession som sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot operationssjukvård? Jo, en hel del faktiskt!

I Riksföreningen för operationssjukvård och svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med inriktning mot operationssjukvård står att läsa: *”Den perioperativa vården stöds av informations- och kommunikationssystem vilket kräver en hög kompetens inom informations- och kommunikationsteknologin för operationssjuksköterskor.”*

”Operationssjuksköterskor måste tillämpa metoder för förändringsarbete, driva kvalitets- och forskningsarbete samt implementera forskningsresultat” Det ingår i vår profession att vara

positivt inställda till nya digitala lösningar som kan effektivisera den komplexa vården och förbättra patientsäkerheten – så vad väntar vi på – var nyfiken på nytt! Tillsammans får vi ett lyckat införande av digitala lösningar inom vården!

Masjävlar

Titeln Masjävlar symboliserar att vi två gjort en resa, vi gillar båda Dalarna och känner igen oss i kommentarer i filmen från familj, vänner och tidigare kollegor när de frågar vad vi egentligen gör om dagarna. Masjävlar från 2004 är en utmärkt film som är regisserad av Maria Blom. Filmen fick tre guldbaggar – bästa film, bästa manus samt bästa kvinnliga biroll – se den gärna vid tillfälle. •

Fakta: Patrik Stridsberg, sjuksköterska 1994, operationssjuksköterska 1997, objektspecialist Orbit, Region Uppsala och Camilla Årlestål, operationssjuksköterska 1989, objektspecialist Orbit, Region Uppsala.

Unik certifieringskurs med fokus på regler och praxis vid operation

Tolv kurstillfällen har det hunnit bli sedan starten, hösten 2015, och närmare 160 kursdeltagare har examinerats och fler blir de. För tre år sedan startade riksföreningen för operationssjukvård (RFop) och branschorganisationen Swedish Medtech ett unikt samarbete, en certifieringskurs för medtechpersonal som medverkar i operationssalar och på operationsavdelningar. Kursen är uppdelad i två dagar och täcker säkerhet, infektionskontroll, kvalitet och patientintegritet, men även kunskap kring centrala ämnen som upphandling, regelverk och samverkan. Man blandar både praktik och teori. Utbildningen, som är ensam i sitt slag i Sverige, har som mål att kvalitetssäkra att alla aktörer har rätt kunskap kring regler och praxis i och runt en operation. Syftet är att öka säkerheten och tryggheten

för patient, vårdpersonal och företagsrepresentanter på plats.

Operationssalen är en av de mest tekniktäta på ett sjukhus. I stort sett allt, borträknat personal, patient och läkemedel, är medicinteknik. Behovet av att ständigt hålla sig uppdaterad i handhavandet av den utrustning som används gäller alla som arbetar på en operationsavdelning. Det är viktigt att nya produkter, lösningar och operationstekniker introduceras kontinuerligt och på ett systematiskt sätt. För att det ska vara möjligt måste det upprättas en god samverkan mellan operationspersonal och produktspecialister. Produktspecialisten är med när man introducerar ny teknik, vid utbildningstillfällen och uppföljning. Denna samverkansytta är a och o för båda parter och nödvändig för patient-

säkerheten. Det ställer höga krav på de produktspecialister som kliver in på en operationsavdelning, att de har rätt kunskap om regler och praxis.

För att hålla kursen relevant arbetar utbildningsansvariga hos RFop och Swedish Medtech med att ständigt utveckla kursens innehåll och upplägg. Man är lyhörd för feedback från tidigare kurstillfällen.

- Arrangörsteamet träffas kontinuerligt och diskuterar förändringar och förbättringar av kursupplägg och innehåll. Idag använder vi bland annat mer tid till praktiska övningar i operationssalen än tidigare och vi har mer diskussionsövningar i den teoretiska delen. Ett annat exempel är att vi har begränsat antalet deltagare per kurs så att





det passar formatet. Det är viktigt att alla har tid för erfarenhetsutbyte, diskussion och att genomföra det praktiska, kliniska provet, förklarar Petrus Laestadius, vice vd på Swedish Medtech och som varit med sedan starten.

Fjärde året

Certifieringskursen går snart in på sitt fjärde år och intresset sprider sig hos företagen. Kursen ges fyra gånger per år, men det finns möjlighet att lägga in extrakurser vid behov.

- Det är roligt när det efter kursdagarna kommer fram deltagare som tidigare arbetat flera år som operationssköterskor eller med många års erfarenhet i branschen och uttrycker sin glädje för att de deltagit. Många har innan kursen tänkt att den inte skulle vara för dem, men i slutändan fått med sig många nya tankar och lärdomar kring sin roll i operationssalen, förklarar Kristina Lockner, ordförande RFop och en av initiativtagarna till kursen.

- Vi noterar även den positiva respons som de certifierade produktspecialisterna får när de kommer till operation. Det är ett gott kvitto på det vi gör, avslutar Kristina. •

Följande företag har skickat deltagare till utbildningen:

Abbott Medical Sweden AB, Abigo Medical AB, Applied Medical Distribution Europe BV Filial Sverige, Baxter Medical AB, B BRAUN medical AB, Berner Medical, Boston Scientific Nordic AB, Carl Zeiss AB, Cerner Sverige AB, Cook Sweden AB, Covidien Sverige AB a Medtronic company, Diagnostispecialisten AB, Diaspec AB, Edwards Lifesciences, Elekta Instrument AB, Ethicon, Getinge Sverige AB, Heraeus Medical AB, Imaging Systems, Philips Nordic, Johnson & Johnson AB, Karl Storz Endoskop Sverige AB, Kebomed AB, Kungshuset Medicinska AB, LINK SWEDEN AB, Medela Medical AB, Medioplast AB, Mediq Sverige AB, Medline International Sverige AB, Medtronic, MyAir AB, Mölnlycke Health Care AB, NordiInfu Care, Novus Scientific AB, Olympus Sverige AB, OneMed Sverige AB, Senzime AB, Siemens Healthcare AB, Smith & Nephew, Smiths Medical, Solann AB, Steripolar AB, Stryker AB, Toul Meditech AB, TriMed, Inc., Vingmed AB och Zimmer Biomet Sweden AB.

Ur kursinnehållet:

- Hur fungerar, styrs och leds hälso- och sjukvården i Sverige?
- Upphandling i praktiken
- Samverkansöverenskommelsen
- Lagar och regler som styr verksamheten
- Medicintekniska direktivet och regler för vigilance
- Patienten och operationsteamet
- Miljö i operationsrum; hygien, aseptik.
- Prevention av VRI och smittspridning.
- Genomgång av alla praktiska hygienrutiner på en operationsavdelning.
- Praktiska övningar på operation innehållande flöden på en operationssal och förberedelse för operation.

Kursen avslutas med ett praktiskt och ett teoretiskt prov som ligger till grund för certifieringen.

Citat från deltagare

Namn: Rick Johansson
Titel: Produktspecialist/Territory Manager
Företag: Applied Medical

Vilka lärdomar har du tagit med dig från kursdagarna?

- Jag har fått en fördjupad kunskap om vårdhygien och vilka moment som har störst påverkan på detta. Jag har även fått ökad kunskap om vårdens uppbyggnad på ett nationellt plan samt de olika styr-/kontrollorgan som är kopplade till vården och dess funktion.

Något du haft nytta av i din yrkesroll?

- Absolut, att få en förbättrad förståelse och insikt i vårdhygien är självklart både viktigt och nyttigt. Att även få en tydligare bild av vårdens uppbyggnad underlättar vid flertalet tillfällen, bland annat när man söker statistik eller undersökningar som är utförda av de olika styr-/kontrollorganen kopplade till vården.

Skulle du rekommendera någon att gå kursen?

- Ja, enligt mig tillför kursen kunskaper och insikter som man har nytta av i sin



yrkesroll som produktspecialist. Självklart kommer dessa kunskaper och insikter variera beroende på tidigare erfarenhet men jag tror kursen kan tillföra något för de allra flesta.

Namn: Annika Thörner
Titel: Produktspecialist Operation
Företag: Mölnlycke Health Care

Vilka lärdomar har du tagit med dig från kursdagarna?

- Framför allt har jag lärt mig mer om patientlagen och regler samt samverkansöverenskommelsen.



Något du haft nytta av i din yrkesroll?

- Eftersom jag är operationssjuksköterska i grunden så har jag erfarenhet och kunskap om att vara på sal och att förhindra sårinfektioner, men att få lära mig mer om lagar, regler och patientintegritet var lärorikt.

Skulle du rekommendera någon att gå kursen?

- Absolut, det är en bra utbildning och forum för att diskutera olika ämnen och situationer/rutiner med andra kollegor i branschen.

Kom och besök
oss i vår monter
på **NORNA**
29-30 november
i Stockholm

Mölnlycke® Tray Portal

Ditt hjälpmedel i vardagen

Din organisation sparar tid, pengar och avfall med Mölnlycke® kundanpassade set. Nu kan du öka värdet på dina set med Mölnlyckes nya oneline-verktyg. Det är utvecklat i nära samarbete med vårdpersonal och är ett mycket användarvänligt verktyg som löser alla dina utmaningar genom att ge dig:

✓ Kontroll ✓ Öppenhet ✓ Effektivitet

Prova Mölnlycke® Tray Portal och se
hur du och din organisation kan få nytta av den.

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Tel. 031-722 30 00.
Namnet Mölnlycke Health Care och logotypen och BARRIER® är registrerade globalt och tillhör något av företagen inom Mölnlycke Health Care-koncernen. © 2017. Mölnlycke Health Care AB. Alla rättigheter förbehållna. SESU0641809




Mölnlycke®

Nätverk för chefer och ledare vid Sveriges operationsavdelningar, CSO

7 september

Den 7 september träffades 25 chefer från hela Sverige för ett nätverksmöte i Stockholm. Under förmiddagen höll Stina Hansson ett dialogseminarium om "besvärliga personer" (finns dom?) och kring strategier hur vi kan bemöta dessa. Eftermiddagen gick åt cafébordsdiskussioner kring vilka behov vi som chefer har av olika former av stöd i vårt chefsuppdrag samt hur olika detta ser ut inom våra respektive enheter. Dagen avslutades med reflektioner kring frågeställningen hur och vad man gör för att bli bättre på att leda sig själv. Alla deltagare fick också lyfta vad de ansågs vara bra på, stolta över och kort berätta om något intressant som pågår i verksamheten. Det blev många berikande dialoger, mycket skratt och igenkänning.

Gruppen har de senaste mötena växt. Det är berikande att träffa andra chefer inom operationsenheter i landet. Det ger inspiration och kraft att fortsätta i det komplexa sammanhang som många av oss arbetar i varje dag. Vetskapen om att utmaningarna är liknande i hela landet men att lösningarna kan skilja sig ger en styrka. Att träffas i nätverksform är även ett sätt att knyta kontakter för framtida samarbeten, utbyta erfarenheter och få en gemensam syn i sakfrågor som rör perioperativ vård i Sverige.

4 oktober

Den 4 oktober var det dags för årets fjärde nätverksträff, denna gång med temat, Omvärldsanalys med medarbetarna i fokus! Vad styr och påverkar oss? Frågor som, hur ser tillgången på nyutbildade specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård ut? Vad innehåller deras utbildning? Vilka arbetsgivarmodeller för att betala de som utbildar sig finns? Och vad är ok och vad är inte ok att arbetsväxla? Fick vi höra om och hade bra dialog

och diskussion kring. Med oss som experter var Birgitta Åkesdotter Gustafsson, Med. dr. Klinisk vårdutvecklare FO Forskning och Utbildning, Funktion Perioperativ Medicin och Intensivvård, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Ann-Christin von Vogelsang, PhD, Omvårdnadsansvarig Tema Neuro, Karolinska Universitetssjukhuset.

Ann-Christin von Vogelsang kommer även att medverka som föreläsare på chefskonferensen under rubriken, *Vem får göra vad på operationsavdelningen?* •



Ann-Christin von Vogelsang

Välkomna till chefnätverket för chefer på Sveriges operationsavdelningar, CSO.

Nätverket är öppet för alla chefer och ledare inom operationsverksamheter i Sverige, offentliga och privata. Inget medlemskap i någon riksförening krävs för att delta i nätverkets möten.

I Chefnätverk hanterar och diskuterar aktuella ledarskaps- och chefsfrågor inom operationsverksamheter och omvärldsbevakning i en föränderlig vårdmiljö.

Möten 2019

14 - 15 mars, lunch till lunch

5 september

28 november

29 november, Chefkonferens

Alla träffarna inklusive Chefkonferensen genomförs på, Stockholm Waterfront. För mer info och anmälan, se rfop.se.

Välkomna!

Veronica Dahlgren
cso@rfop.se



Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård och utbildning

Här följer en sammanfattning från Birgitta Å Gustafsson presentation.

Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård är en samhällsbärande profession i vårt land sedan 1800 talet. Vår titel var först Operationssköterska, därefter Operationssjuksköterska och numer formellt Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård. Specialistsjuksköterskan inom operationssjukvårds vårdande kompetens är en kombination av evidens- och personcentrerad infektionspreventiv perioperativ omvårdnad med ansvar för

avancerad högteknologisk kirurgisk utrustning och professionellt samarbete i operationsteamet.

Platsen för vårdandet är numer huvudsakligen på en sluten Operationsavdelning och Dagkirurgisk operationsavdelning med avancerad dagkirurgisk verksamhet. Vi har huvudsakligen lämnat Kirurgi inom mottagningsverksamheter, Röntgenverksamhet, Angio - och Pacemakerverksamhet, Tandkirurgi m fl verksamheter. Som de enda experter i världen på evidens- och personcentre-

rad infektionspreventiv perioperativ omvårdnad är vi lysande konsulter åt andra vårdenheter inom Hälso - och sjukvården, HoS.

Av Patientsäkerhetsförordningen 2010:1369, kapitel 4. Specialistkompetens, § 4 som inkluderar krav enligt Högskoleförordningen, SFS 1993:100, framgår vilka som har rätt att bära den skyddade yrkestiteln Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård. Vad som gäller för dem med en utländsk utbildning framgår av förordningen from kapitel 5.

Utbildningen genom tiderna

Nationellt reglerad utbildning till Sjuksköterska och Operationssjuksköterska

Utbildningsreform via Riksdag & Regering	Behörighetskrav	Antal terminer Sjuksköterskeexamen Grundutbildning	Antal terminer totalt Fristående specialisering	Antal terminer totalt
1930	Flick/Realskoleexamen	Specialisering ingår 6		6
1960	Real /Studentexamen Sjukvårdsbiträdes och Undersköterskeutbildning	5	2	7
1982 Landstingskommunal högskola	Vårdlinjen till undersköterska 4 terminer (Vårdlinjen har funnits sedan 1970 talet)	Specialisering ingår 4		8
1993 Landstingskommunal högskola	Studentexamen	6	2	8
2007 Europiskt universitets- & Högskolesystem	Studentexamen	Grundnivå 6	Avancerad nivå Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård 2	Yrkes- & magisterexamen 8
2018 Förslag på en ny utbildningsreform	Studentexamen	Grundnivå 6	Avancerad nivå Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård 2	Yrkesexamen 8

Operationsassistentutbildning 1961 – 1981

Yrkesskola	Behörighetskrav	Operationsassistent	Antal terminer totalt
	Enhets-/grundskola	Version 1. 1961	4
	Undersköterskeutbildning	Version 2. 1974 Version 3. 1979 *	5 < 2

* Utbildningen genomfördes vid ett tillfälle och lades därefter ner pga dålig utvärdering

Antal yrkesverksamma operationssjuksköterskor - några exempel

År	Antal sysselsatta inom HoS	Antal sysselsatta utanför HoS	Antal sysselsatta	Övriga ej sysselsatta
1995	4141	3690	451	1098
2000	3950	3444	506	1383
2005	3920	3434	486	1624
2010	4100	3645	455	1964
2013		3815		
2016		3075		

* Siffror saknas för samtliga variabler efter år 2010

Efter Avancerad nivå följer Forskar-nivå. I Sverige finns det 13 operations-sjuksköterskor som disputerat med forskning inom perioperativt kontext (varav en är död och två är pensionärer). Vi är därför oerhört glada för att det finns 12 operationssjuksköterskor som är doktorander, varav flera delar sin forskarutbildning med tjänstgöring som operationssjuksköterska i den patientnära vården och någon tjänstgör som lärare i utbildningen av operationssjuksköterskor.

Disputerade operationssjuksköterskor behövs för att det krävs egen forskning inom vårt kunskapsområde för att vi ska få kalla oss en egen profession. Kumulativ kunskap inom vårt eget område behövs också i litteraturen för kontinuerligt lärande i yrket och i utbildningen av nya kollegor.

Avsnittet kan sammanfattas med att det finns ett flertal utbildningsbakgrunder bland dem som arbetar tillsammans på våra operationsavdelningar idag. Det är utbildningar reglerade av regeringen, olika tidigare versioner av operationsassistentutbildning samt utländska utbildningar godkända av Socialstyrelsen.

År 1995 fanns totalt (inkl. pensionerade, ej folkbokförda, ej inkomst etc) 5 242 operationssjuksköterskor varav 4987 kvinnor och 255 män. Och, år 2010 fanns totalt 6080 varav 5758 var kvinnor och 322 var män. Siffrorna i tabellen förmedlar att från 1995 till 2010 ökar diskrepansen mellan dem som är sysselsatta inom HoS och för dem som inte är sysselsatta. Det skulle hypotetiskt kunna peka mot att allt fler lämnat operations-verksamheten inom HoS men att det inte direkt är färre med en operations-sjuksköterskeexamen.

De senaste åren har både Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån, SCB, enbart fört statistik över specialist-sjuksköterskor som EN samlad grupp. Antalet nya operationssjuksköterskor får vi därför hålla koll på via hur

Antal utexaminerade operations-sjuksköterskor

År 2010 – 2015	792 (158/år)
År 2016 – 2019	578 (145/år)

många som examineras från respektive lärosäte per år. Det går inte att söka fram antalet via LADOK systemet för examinerade inom universitet och högskolor centralt eller via Universitetskanslersämbetet, UKÄ.

Det som påverkat antalet färre examinerade operationssjuksköterskor är med största sannolikhet att utbildningen har lagts ner på flera orter under senare år som i Luleå, Östersund/Sundsvall, Stockholm Röda korsets högskola, Halmstad m fl

Framtiden

Framtiden innebär troligen en utbildning till Specialistsjuksköterska enligt reguljär utbildning beslutad av regeringen, j fr Nytt Förslag för utbildningen 2018, och förhoppningsvis med full lön. Det är den absolut snabbaste vägen för att vi ska få nya kollegor till operationsavdelningarna.

Satsning på den goda arbetsmiljön och avancemang på plats är absolut nödvändigt för att få behålla operationssjuksköterskor i verksamheten. Satsning på välgrundade introduktionsprogram och tillgång till

Universitet/ Högskola	Examinerade 2016	Examinerade 2017	Examinerade 2018	Preliminärt antal under utbildning 2019
Göteborg	25	25	26	40
Karlstad	28	30	23	22
Lund	13	17	25	19
Stockholm KI	30	31	34	34
Umeå	7	12	6	7
Uppsala	9	6	16	13
Linne (Växjö, Linköping, Jönköping)	13	12	14	32
Skövde*				9
Utbildade totalt/år	125	133	144	167 + 9

* I Skövde startas en uppdragsutbildning för sjuksköterskor enligt reguljär 2 terminers modell i jan 2019 med 9 studenter.

Operationssjuksköterskors lön år 2016

SSYK	Yrke	Kön	Antal	Undre kvartil	Median	Övre kvartil	Medellön
2 231	Operationssjuksköterskor	Kvinnor	2 200	33 000	36 100	39 100	36 500
		Män	150	32 600	35 800	39 500	36 500

handledning av expertkollegor inom specialiteten vid komplicerade nya ingrepp och svåra situationer borde också medverka till att fler nya kollegor trivs på jobbet. Lönen verkar inte vara prioritet 1 längre eftersom den generellt har förbättrats. Endast professionella personer med ett inifrånperspektiv på operationssjuksköterskans professionella vårdande, dvs de med egen levd erfarenhet av en operationssjuksköterskas vårdande, har rätt kompetens för att kunna ha synpunkter på hur operationssjuksköterskans utbildning ska utformas.

Och varje ny piffig utbildnings idé av någon ny person i vården med enbart ett utifrånperspektiv - vilket är samtliga utan en operationssjuksköterskas specialistkunskap om professionen och vårdandet - medför nya tappade lustar och operationssjuksköterskor beskriver att de upplever varje ny piffig idé som respektlös, en grov offentlig kränkning mot hela professionen och yrkeskåren. Det medför

alltid att en ny eller flera överväger att lämna eller lämnar yrket.

Bra om vi påminner varandra om att Specialistsjuksköterskor är välutbildade och därmed eftertraktade utanför vården inom många andra verksamheter.

Många nyutexaminerade jag träffat på kliniken under åren beskriver sin första tid i yrket med att det tar ca ett till 1,5 år innan fjärlarna i magen försvunnit och de känner sig trygga och säkra i sin egen kunskap, trots att de ställs inför ett helt nytt ingrepp och/eller en helt ny kirurg. Andra har t ex uttryckt. Nu lämnar jag den här kliniken pga det är många specialkirurgiska enheter, ständig rotation och därmed oerhört många ingrepp att memorera där varje ingrepp har sina specifika moment och utrustning att lära sig, och att sig lära igen vid nästa period på den enheten för att kunna samarbeta med kirurgen på ett konstruktivt och givande sätt. Jag

har under mina första år i yrket aldrig fått känna mig duktig. Jag behöver få känna mig duktig i jobbet.

Specialistsjuksköterskor uttrycker att samtliga inom vården borde respektera den reguljära utbildningsmodellen beslutad av regeringen med utgångspunkt i befintlig lagstiftning som SFS 1992:1434 Högskolelag, SFS 1993:100 Högskoleförordning och Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Professionella skickliga yrkesverksamma operationssjuksköterskor behöver inte nya onödiga idéer om kränkande snabbutbildningar som enligt många, många goda yrkesverksamma kollegors beskrivningar har medfört en mycket negativ påverkan på hela yrkeskåren och för viljan att stanna i yrket både på klinik och på lärosäten. Och, varje gång ett nytt rykte kommer i svaj om en ny oreglerad utbildningsidé, som avart till vår reguljära reglerade utbildning, sprider sig oron och färre sjuksköterskor söker utbildningen och fler ope-





rationssjuksköterskor beslutar sig för att lämna yrket. En betraktelse av en operationssjuksköterska och lärare. Det året blev det få examinerade pga nästan ingen sökte till utbildningen eftersom rykten spreds om en snabbutbildning som skulle starta och det ställde till med oro och skrämde bort sökande.

Sådana onödiga idéer av utomstående personer som t ex i Stockholm för några år sedan med ett förslag på en snabbutbildning av undersköterskor enligt 1979 års modell till operationsassistent. Förslag om en treårig inriktning till sjuksköterska typ 1930 års utbildning med slutresultat någon slags assistent som resultat poppar upp av och till, inklusive andra förslag på onödiga varianter som inte behövs har förekommit i olika delar av landet. Hittills har ingen av dessa varianter startats på grund av enträgen, aldrig sinande argumentation för en reguljär utbildning och skriftligt material från RFOP till berörda personer.

Att respektera operationssjuksköterskors reguljära utbildning, precis som vi gör med andra reguljära utbildningar, är en viktig kunskap för de utomstående som tror att de hittat på den ultimata Quick fixen för nya operationssjuksköterskor och som i stället radikalt försämrar förutsättningarna för fler specialistsjuksköter-

skor inom operationssjukvården. Vem skulle söka en specialistutbildning som kan ersättas av en ogenomtänkt Quick fix? •

Referenser

Dävøy, G. A. M., Eide, P.H., & Hansen, I. (Red.). Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad. (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Gustafsson BÅ. Att söka kunskap inom operationssjuksköterskans vårdområde Operationssjukvård/ Perioperativ omvårdnad, uppdatering 2018. Kan hämtas via sökning på titel och årtal sökmotor Google.

Gustafsson BÅ. Om vår utbildning till operationssjuksköterska genom decennierna. Uppdukat, 2017.

Gustafsson BÅ. Personliga slutsatser baserat på kontinuerliga samtal med kollegor i landet på klinik, Inom utbildning, industrin etc under många år bla i Sthlm, Umeå, Gbg och Lund.

Gustafsson BÅ. Personlig kommunikation med kursansvariga lärare på respektive lärosäte 2018.

Gustafsson BÅ. Operationssjuksköterska i Nordgren & Almerud. Att bli specialistsjuksköterska eller barnmorska. Studentlitteratur, 2014.

Riksföreningen för operations-sjukvård, RFOP, Anser och rekommenderar, Om varför Specialistsjuksköterskans kompetens behövs i Operationsrummet, 2016.

Socialstyrelsen. Tillgång på specialist-sjuksköterskor och röntgensjuksköterskor, 2012

Statistiska centralbyrån, SCB, Statistik. Hämtad 2018.

SFS 2010:1369. Patientsäkerhetsförordningen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369

SFS 1993:100. Högskoleförordningen. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100

SFS 1992:1434. Högskolelag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskolelag-19921434_sfs-1992-1434

Fakta: Birgitta Å Gustafsson

Pensionär, examinator, specialistutbildningen inom operationssjukvård i Lund och några % klinisk vårdutvecklare PMI, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge & anknuten till CLINTEC, KI samt sammanställande RFOP vetenskapliga råd.

NORNA



Photo: Erik.G.Svensson/mediabankkviststockholm.com

Come together – Building Bridges in Perioperative Nursing

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

Sedan starten 1964 har Riksföreningen för operationssjukvård arrangerat Höstkongress varje år och i år blir det för 54:e gången. I år är Höstkongressen tillika den 5:e Nordiska kongressen, Come together – building bridges. Kongressen inleds med ett välkomstmingel onsdagen den 28 november kl. 17.00 – 19.00 på Stockholm Waterfront Congress Center.

Kongressen kommer att innehålla intressanta föreläsningar med delvis parallella seminarium på svenska och engelska. Du får möjlighet att ta del av nya produkter på en stor medicinsk teknisk utställning och nätverka med kollegor från hela norden under två hela dagar.

Tid och plats

29 – 30 november, torsdag och fredag,
på Stockholm Waterfront Congress Center.

Anmälan

Anmälan görs på www.rfop.se under Höstkongress.

Deltagaravgifter:

Två dagar, 4 975 kr, exkl. moms

En dag, 2 975 kr, exkl. moms

Studerande, 2 550 kr, inkl. moms

Pensionärer, 1 500 kr, inkl. moms

Congress President

AnneMarie Nilsson, annemarie.nilsson@rfop.se

Anmäl dig på rfop.se!
Se program på sid 22-24.....

HÖSTKONGRESSEN
tillika den 5:e Nordiska kongressen

NORNA

Wednesday, November 28, 2018

17.00 Registration and Welcome reception, Waterfront floor 2, ends at around 19.00

Thursday, November 29, 2018

08.30 Registration and Coffee Buffet

09.30

NORNA and Höstkongress, English Speakers

Opening Ceremoni

AnneMarie Nilsson, Conference chair, Kristina Lockner president of SEORNA, Ami Hommel, president of The Swedish Society of Nursing. Music by Kerstin Ryhed och Britta Bergström. **Key note speaker:** Brigid M. Gillespie, Professor of Patient Safety

11.30

Exhibition and Lunch

12.15

Levnadsvanor i samband med kirurgi, Anna Ekepil, swedish speaker in Exhibition Hall. *Sponsrad av RFop*

12.30

Poster Walk in room 22

12.45

The ERAS program improves health care, Fredrik Hjern, Överläkare, Docent, Karolinska Sjukhuset Solna, in Exhibition Hall
Sponsrad av Johnson&Johnson

13.15

NORNA, English Speakers

Session 1

Moderator: Cellina Maj Björn and Janni Ulrich from Denmark

I am quitting my job. Specialist nurses in perioperative context and their experiences of the process and reasons to quit their job.
Erebouni Arakelian, Sweden

Complex work among the surgical team in the operating room
Camilla Göras, Sweden

Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study
Sofia Erestam, Sweden

Topical benzoyl peroxide application on the shoulder reduces Propionibacterium acnes: a randomized study
Vendela Scheer, Sweden

Höstkongress, Swedish Speakers

Block A

Moderator: Kvalitetsrådet, RFop

Omvårdnad behövs det?

Ami Hommel, ordförande
Svensk Sjuksköterskeförening

Arbetsväxling- hur och varför?

Ann-Christin von Vogelsang, Riksföreningen för operationssjukvårds Vetenskapliga råd

ERCP med Spy Glass - vad är det?

Malin Wickbom, överläkare
Universitetssjukhuset Örebro

14.50

Exhibition and Coffee Break

15.00

Mölnlycke® Tray Portal – The everyday resource for clinics, Heléne Österman, in Exhibition Hall.
Sponsrad av Mölnlycke Health Care

15.15

Poster Walk in room 22



Brigid
M. Gillespie



Erebouni
Arakelian



Camilla
Göras



Sofia
Erestam



Vendela
Scheer



Ami
Hommel



Ann-Christin
von Vogelsang



Malin
Wickbom

Photo: Peo Sjöberg

PRELIMINARY
PROGRAM

15.35

NORNA, English Speakers

Session 2, *Invited Speakers*

Moderator: Oili Dahl from Sweden

Alcohol and Surgery: Effects of perioperative alcohol cessation intervention on postoperative complications following surgery (Strong for Surgery – Strong for Life)

Hanne Tønnesen, Denmark

Associations between preoperative physical status and postoperative outcomes in older people undergoing abdominal cancer surgery

Emelie Karlsson, Sweden

Structured work with unhealthy eating habits and nutrition before elective surgery

Inger Nilsen, Sweden

Course in Traumasurgery for operating room nurses.

Susanna Eriksson, Sweden

Trauma care - experience from Swedish project

Lasse Salomonsson, Sweden

Höstkongress, Swedish Speakers

Block B

Moderator: Lotta Olsson, RFop

Förlossningsskador

Ann-Christin Örnö, PhD, Överläkare, Obstetrik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Hysterektomier, från öppen kirurgi till minimalinvasiv kirurgi

Lars Färnlöf, Sundsvalls sjukhus

Checklista för säker kirurgi 2.0

Pelle Gustafson, chefläkare LÖF

Vem har nytta av WHO's checklista?

Ny statistik från SPOR.

Björn Holmström, överläkare

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

PRELIMINARY
PROGRAM

17.30

NORDIC Get-Together in Exhibition Hall, ends at around 19.30

Friday, November 30, 2018

07.30

Registration

08.30

NORNA and Höstkongress, English Speakers

Session 3

Moderator: Marja Sirkeinen from Finland

Mobile laminar airflow units to reduce airborne bacterial contamination during neurosurgical procedures

Ann-Christin von Vogelsang, Sweden

Safe Hands at the Sharp End- decreased infection rates linked to improved aseptic techniques in the operating room

Annette Erichsen Andersson, Sweden

Electronic reminder system for encouragement to good hand hygiene

Per-Ola Blomgren, Sweden

Photo: Peo Sjöberg



Hanne
Tønnesen



Emelie
Karlsson



Inger
Nilsen



Susanna
Eriksson

Photo: Peo Sjöberg



Lasse
Salomonsson



Ann-Christin
Örnö



Lars
Färnlöf

Photo: Peo Sjöberg



Pelle
Gustafson

09:40

Exhibition and Coffee Break

10.00

Certifieringsutbildning för produktspecialister - en svensk standard?

Petrus Laestadius, Swedish Medtech och Kristina Lockner ordförande RFOP in Exhibition Hall

10.00

Poster Walk in room 22

10.30

NORNA and Höstkongress, English Speakers

Session 4

Moderator: Soffia Hauksdóttir from Iceland

Patient positioning. Which conditions do operating room nurses emphasize when positioning the surgical patient?

Kathrine Brooker Johnsen and Magnhild Vikan, Norway

Patient reported extremity symptoms after robot-assisted laparoscopic cystectomy positioning the surgical patient?

Veronica Ramirez Johansson, Sweden

Real-time feedback of pressure points during surgery – a pilot study

Catrine Björn, Sweden

Exploring perioperative skin preparations - Perioperative nurses experiences

Ida Markström, Sweden

PRELIMINARY
PROGRAM

12:15

Exhibition and Lunch

12.45

Natural rubber latex - The natural choice

Lars Wångblad, in Exhibition Hall. *Sponsrad av Mölnlycke Health Care*

13.15

Triclosan-coated sutures vs. common sutures in reduction of surgical wound infections,

Professor Willy Serlo, University of Oulu, in Exhibition Hall. *Sponsrad av Johnson&Johnson*

13.45

NORNA and Höstkongress, English Speakers

Session 5

Moderator: Norway

From street clothes to gown-up - The evolution of surgical attire

Ann Folin, Sweden

Effects of Active Prewarming on Body Temperature Changes

Nuran Aysen Pamir Aksoy, Turkey

14.35

Coffee Break

15.00

Operation Smile

Hedde Lundgren, Volunteer Manager, Sweden, *Invited Speaker*

Marja Sirkeinen, Volunteer, Suomi, *Invited Speaker*

16.00

Closing Ceremoni

Presentation of the NORNA Congress 2020, Norway, ends at around 16.30



Ann
Folin



Nuran Aysen
Pamir Aksoy

Photo: Peo Sjöberg

Photographer Satu



Björn
Holmström



Anette
Erichsen Andersson



Per-Ola
Blomgren



Kathrine
Brooker Johnsen



Magnhild
Vikan



Veronica
Ramirez Johansson



Catrine
Björn



Ida
Markström



Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: På min arbetsplats har vi haft en diskussion vad gäller att städa med "Virkon". Jag undrar vad som gäller på "Virkon"-fronten när man städar op-salen efter att ha ESB, MRSA resp VRE-smittade patienter. När skall det användas/inte användas? Vi har olika erfarenheter beroende på vart man arbetat tidigare.

Svar: Städdriktlinjer med val av desinfektionsmedel utarbetas i samråd med den Regionala Vårdhygienheten. De ovan nämnda bakteriesorterna från tarm och hud avdödas med alkoholbaserat desinfektionsmedel. Vid större spill av kroppsvätska kan det vara

lämpligt med annat desinfektionsmedel men den klart avgörande effekten för att få bort biofilm i ett operationsrum är att mekaniskt bearbeta ytor och då med lämpliga städredskap.

Fråga: Vi sorterar papper och plast på op-salen. Nu har frågan uppstått om det är ohygienisk att "prassla med pappret, dra isär förpackningar etc" inne på salen? Vi som op-ssk har ju alltid lärt oss att det ska vara så lite rörelse på salen som möjligt för att optimera den hygieniska miljön. Finns det evidens för att man borde sortera förpackningar utanför salen?

Svar: Partikelhalten i operationsrummet ska vara låg därför bör icke nödvändiga rörelser som påverkar luften inklusive dörröppningar förekomma då uppdukning/operation startat. Finns direktiv om sortering ska detta moment ske i lokal utanför operationsrummet. SIS-TS 39: 2015

Fakta: Gunnar Hagström, Hygijensjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro.

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



Du får kvalificerade utbildningar med fokus på trauma. Du kommer också få nya insikter - inte minst om dig själv.
Foto: Anna Norén/Försvarsmakten

VÅRA SOLDATER OCH SJÖMÄN HAR RÄTT TILL KVALIFICERAD SJUKVÅRD. OAVSETT VAR DE BEFINNER SIG.

Varje soldat och sjöman är beredd att ge det yttersta, sitt eget liv. Därför behövs du och dina erfarenheter för vårt arbete, både nationellt och internationellt.

Du arbetar brett tillsammans med andra kvalificerade och motiverade kollegor. Du arbetar under en begränsad tid

vid ett förband och får den utbildning du behöver. Både militära och kvalificerade medicinska utbildningar.

Frågor? Du kan ringa oss på **072-181 15 28** eller maila till medicinalrekrytering@mil.se. Tjänster läggs ut löpande på www.forsvarsmakten.se/ledigajobb



FÖRSVARSMAKTEN

Vi ses på HÖSTKONGRESSEN I STOCKHOLM!

Många var det som läste Magnus Fovaeus debattinlägg på Dagens medicin om att skrota alla krav på heltäckande huvudbonad vid kirurgi. En av dem var Annette Erichsen Andersson, här publicerar vi hennes replik. Vill ni läsa Magnus Fovaeus inlägg, gå in på dagensmedicin.se. (redaktionen).

Heltäckande huvudbonad vid kirurgi, replik i Dagens Medicin

Jag blir glad att läsa att Magnus Fovaeus "är emot sårinfektioner", det är jag med. Däremot blir jag förvånad över att han drar långtgående slutsatser om heltäckande operationsmössor baserade på det underlag som anges i texten.

Är studierna som Magnus Fovaeus refererade till designade för att kunna svara på forskningsfrågan på ett tillförlitligt sätt? Låt oss titta närmare på artikeln ifrån American Colleges of Surgeons. Här har man granskat patientrelaterade data ifrån två sjukhus utifrån kvalitetsregister. I artikel redovisas noggrant redan kända patientrelaterade riskfaktorer för infektion samt förekomsten av postoperativa sårinfektioner före och efter interventionen. Det som är slående är de extremt låga infektionssiffrorna som redovisas. Total 2,2 % pre-intervention jämfört med 1,7 % post-intervention ($p = 0.3$). I kohorten ingick även så kallade kontaminerade, smutsiga och infekterade fall. Är dessa siffror sanna är det bara att gratulera våra kollegor vid dessa två sjukhus som lyckats så väl.

Efter många års arbete med att registrera och följa upp infektioner vet jag att kvalitetsregister tyvärr inte är designade för att på ett tillförlitligt sätt fånga det reala antalet postoperativa infektioner. I bästa fall lyckas man registrera den lilla andel av patienter som redan innan utskrivning ifrån sjukhus får diagnosen postoperativ infektion. Utifrån kunskapen att mellan 60–90 % av alla postoperativa infektioner debuterar med symtom först

efter utskrivning blir de låga siffrorna mer begripliga, man tappar helt enkelt de allra flesta när man utgår från data hämtade från kvalitetsregister.

Hur är det då med heltäckande mössor vid kirurgi? Är det onödigt? För att svara på den frågan måste man först förstå vad den är till för. Sedan Joseph Listers tid har vi inom kirurgin arbetat för att minska risken för att patientens operationssår skall kontamineras av luftburna bakterier i samband med operation.

Det här gör vi genom att använda speciella ventilationssystem, specialarbetsdräkter, täcka vårt hår, begränsa antalet personer på sal och dörröppningar. Alla är åtgärder som är designade för att minska risken för luftburna smitta. Den enskilda variabeln heltäckande mössor utgör bara en liten del av denna helhet. I studien ifrån American Colleges of Surgeons kontrolleras det inte för någon av de faktorer som har betydelse för luftens renhetsgrad. Lika stor energi som man lagt ner på att kontrollera för patientrelaterade förväxlingsfaktorer borde man ägnat de faktorer som påverkar luftens renhetsgrad. För att ge ett verklighetsbaserat exempel, om dörrarna in till operationssalen öppnas 40–60 ggr per operation är det helt meningslöst att söka sambandet mellan användning av heltäckande mössor eftersom luften då kommer vara så kraftigt kontaminerad.

Magnus Fovaeus har rätt i att det saknas studier som leder i bevis att en enskild åtgärd som heltäck-

ande mössor minskar infektioner. Det samma gäller användningen av sterila operationsrockar, preoperativ handtvätt, sterila operationshandskar, preoperativ huddesinfektion, munskydd och ventilationssystem för att bara nämna några. Betyder det då att vi skall luta oss tillbaka och inte göra något? Självklart inte, det finns många saker som vi faktiskt med bestämdhet vet. Infektioner orsakas av bakterier. De bakterier som finns i operationsluften (om ventilationssystemet fungerar som det ska) härrör ifrån oss i operationsteamet. Ju fler vi är och ju mer vi rör oss desto fler bakteriebärande partiklar sprider vi till luften. Det fina är att genom att begränsa antalet personer på sal, hålla dörrarna stängda och använda oss av täta operationskläder och heltäckande mössor kan vi hålla antalet bakterier i luften till ett minimum.

Till motsatsen är bevisad

Vi vet också att sjukdomsframkallande bakterier i samband med ren kirurgi hamnar i patienten via luften, infarter, kontaminerade instrument och händer. Vår gemensamma uppgift är att bryta dessa smittvägar samt minimera den bakteriedos som trots allt inokuleras i patienten. Det skall väl inte behöva sägas att allt annat vore oförsvarbart och oetiskt. Så länge motsatsen inte är bevisad kommer jag och många med mig att sätta på oss våra mössor och rena kläder, vi kommer att sprita våra händer, granska och skydda de sterila instrumenten och se till att operationsmiljön är i så optimalt skick som möjligt, för på



Annette Erichsen Andersson

bordet ligger en patient som lagt sitt liv i våra händer.

Under mina många år som kliniskt verksam operationssjuksköterska och forskare har jag gång på gång mött läkare som vägrar rena operationskläder, mössa som täcker håret och handhygien med hänvisning till att det saknas evidens i form av RCT studier. Debatten förs även gärna inne på salen i samband med kirurgi vilket orsakar onödiga konflikter och flyttar fokus ifrån det viktiga arbete som vi tillsammans skall genomföra. Det blir inte bra för någon, varken för patienten eller för personalen i operationsteamet.

Med all respekt för att vi skall arbeta evidensbaserat så finns det enskilda variabler som vi inte kan studera med utfallet infektion. Jag kan varken se den patient eller etikommitté som vill delta i eller godkänna ett studieupplägg där patienter lottas in att antingen opereras i operations-

salar med hög bakteriebörda eller i operationssalar med ultraren luft. Det betyder inte att vi inte skall arbeta med forskning kring infektionsprevention, snarare så hoppas jag på en mer intensifierad och tvärprofessionell forskning inom området.

Låt oss också komma ihåg att vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste och dyraste undvikbara vårdskadan och att postoperativa infektioner är den vanligaste typen av VRI inom kirurgisk vård (SKL 2017). Förutom att VRI ökar användningen av antibiotika och orsakar onödigt patientlidande så kostar det oss enorma summor. SKL beräknar att 6.5 miljoner årligen dvs ca 10 % av den somatiska vårbudgeten läggs på att vårda patienter med VRI.

Tillbaka till mössan, det finns inget egenvärde i att tvinga på kollegor strikta rutiner i samband med operation. Om vi faktiskt inte hade haft några problem med postoperativa

infektioner på vårt sjukhus så hade jag inte sagt något om dr Fovaeus så hade valt att ha ett kaffefilter på huvudet. Men faktum är att vi nu står inför en framtid där vi inte längre har effektiva behandlingar för de som drabbats av en postoperativ infektion. Därför måste vi lägga vår energi på att arbeta preventivt och med goda säkerhetsmarginaler. Låt oss slutligen enas om att så länge det är bakterier som orsakar infektioner så gör vi vårt bästa för att bryta alla kända smittvägar. I övrigt måste vi arbeta vidare med att optimera patienterna samt den kirurgiska tekniken för att skapa bästa förutsättningar för våra patienter. •

Fakta: Annette Erichsen Andersson, Fil. dr. Vårdvetenskap, Översjuksköterska, verksamhetsområde Ortopedi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
Mejl: annette.erichsen.andersson@gu.se

Levnadsvanor i samband med kirurgi Igår, idag och i framtiden...

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder skapades och gavs ut 2011 på uppdrag av regeringen. Riktlinjerna, som vänder sig till alla typer av vårdinstanser i Sverige, handlar om preventivt arbete med de fyra levnadsvanorna: rökning, alkohol, fysisk aktivitet och kost. Implementering av arbete med levnadsvanor och preventivt hälso-befrämjande åtgärder granskades av Socialstyrelsen 2014. Utvärderingen visade att få som jobbar med patientnära arbete kände till de nationella riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder. Däremot visade siffror från utvärderingen att de flesta på ledningsnivå hade kännedom om riktlinjerna. Kunskapen hade stannat på ledningsnivå där siffror visade att de flesta hade kännedom om detta.

Till följd av detta startade Socialstyrelsen ett projekt med målet att alla som jobbar med hälsofrämjande- och personcentrerad vård ska känna till riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder. Svensk sjuksköterskeförening fick i uppgift att bjuda in andra intresseorganisationer och föreningar till ett möte. Fysioterapeuterna, Svenska Läkaresällskapet, Dietisternas riksförbund, AnIva och Riksföreningen för operationssjukvård var några av de som deltog. Mötet blev till ett startskott för ett antal olika projekt om sjukdomsförebyggande metoder, bland annat skapades utbildningsmaterial till respektive professioner.

Stark för kirurgi - stark för livet

Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) har tillsammans med Svensk sjuksköterskeförening drivit projektet Stark för kirurgi - stark för livet. Resultatet av två års projektarbete har genererat två olika informationsmaterial. En folder som riktar sig till kollegor i den perioperativa vården



Anna Ekepil

och en som adresserar patienter som skall genomgå operation. I projektet som RFop drev ingick även att titta på hur informationen till patienter angående levnadsvanors betydelse inför operation såg ut. Föreningens distriktsamordnare samlade in och granskade informationsmaterial från sjukhus runt om i landet. Slutsatsen var att mängden information och dess utseende varierar mycket.

Nästa steg i projektet blev att undersöka om patienter som genomgått en operation fått någon muntlig information angående levnadsvanors betydelse inför operation. Patienterna fick även svara på ifall de fått något stöd eller hjälp för att åtgärda en

eventuell ohälsosam levnadsvana. På två sjukhus i Sverige genomfördes 60 intervjuer med patienter som genomgått operation. Resultatet visade att få fick muntlig information om levnadsvanors betydelse och av de som fick information var de bara en som erbjöds stöd i att försöka förändra sin ohälsosamma levnadsvana.

Majoriteten av de intervjuade patienterna uppgav att de önskat mer information om levnadsvanors betydelse inför en operation. Enligt Socialstyrelsen (ref) anser fler än 80 % av de personer som ska genomgå någon form av kirurgi att det är viktigt att få information och stöd i att förändra en ohälsosam levnadsvana.

Sprida kunskap

Tidigare i år gav Socialstyrelsen ut Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor stöd för styrning och ledning. Detta är ett pågående arbete och ska implementeras i den perioperativa vården. Många har börjat men många har också en bit kvar. Vi i den perioperativa vården måste ändra vårt sätt att tänka och agera. Vi behöver arbeta preventivt med patienter som ska opereras och utvärdera resultatet postoperativt. Vi behöver sprida kunskap om hur levnadsvanor påverkar resultatet av operationen. Detta arbete måste drivas på flera plan. Fler måste utbildas och nya sätt att arbeta behöver etableras för att möjliggöra ett preventivt personcentrerat arbetssätt med den perioperativa patienten.

Målet för oss i RFop är att öka patientsäkerheten inför, under och efter ett kirurgiskt ingrepp. Ett led i detta är att informera alla som skall genomgå kirurgi angående levnadsvanors betydelse. Och att, där det finns behov, stödja personer som önskar att vara maximalt optimerade inför sitt kirurgiska ingrepp. RFop ser positiva

framsteg runt om i Sverige. Men arbetet fortsätter.

Sedan 2017 jobbar föreningen med att informera, utbilda och upplysa om levnadsvanors betydelse inför kirurgi, bland annat genom att föreläsa, publicera artiklar och samarbete med andra intresseorganisationer. Mycket intressant jobb återstår!

2019 startar vi en utbildning om Levnadsvanor i samband med kirurgi. Är du intresserad så finner du information på rfop.se och FB riksföreningen för operationssjukvård.

Hör av dig till Riksföreningen om du har frågor eller funderingar om levnadsvanor.

Fakta 1

Syftet med skriften, *Samtal om levnadsvanor inför kirurgi – operationssjuksköterskans roll*, är att ge ett kunskapsunderlag för att medvetandegöra operationssjuksköterskor om risker och konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor

hos vuxna) hos personer som ska genomgå kirurgiska ingrepp.

Fakta 2

Skriften, *Levnadsvanor inför operation*, är till för att ge personer som ska genomgå en operation information om hur de på bästa sätt kan förbereda sig inför sin operation.

Fakta 3

Medverkande i projektet: *Kristina Lockner*, projektledare och ordförande i Riksföreningen för operationssjukvård. Projektmedarbetare, *Anna Ekepil*, RFop kvalitetsråd, Gotland, *Annica Sandelin*, RFop kvalitetsråd, Stockholm, *Birgitta Å Gustafsson*, RFop vetenskapliga råd, Örkelljunga, *Annemarie Nilsson* och *Kathrin Kronlund*, operationssjuksköterskor, *Victoria Nyberg* och *Maria Vesterlund*, anestesisjuksköterskor, Länsjukhuset i Sundsvall. *Ludvig Asklöf* och *Soudabeh Fadavi*, anestesisjuksköterskor, *Stina Nivér* och *Annika Olsson*, operationssjuksköterskor, *May-Lena Färnert*, utbildningsledare och anestesisjuksköterska Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. •

Säker och skyddad på operation

MEDI PLAST

- Operationsrockar i 3 olika material • Clean Air Suite
- Munskydd och andningsskydd • Operationsmössor
- Acceleratorfria operationshandskar med anatomisk passform

Kunskap gör skillnad – kontakta oss för mer information!

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

Säker traumavård

Skador eller trauma, är den vanligaste dödsorsaken hos svenskar upp till 44 års ålder. Varje år avlider i Sverige över 3000 personer till följd av skador. Skadepanoramata är allt från självförvållade skador (suicid) till mord, dråp, olyckor och trafikolyckor. Var tionde dödsfall i världen orsakas av någon form av skadehändelse och de flesta som drabbas av livshotande skador och funktionsnedsättningar är under 30 år vilket gör att trauman innebär stora samhälls-ekonomiska konsekvenser. Det är viktigt att arbeta skadeförebyggande och Sverige ligger långt fram i arbetet med skadeprevention jämfört med andra länder. Men trots bra skadepreventivt arbete kommer skador alltid inträffa och bedömningen är att skador av olika slag kommer ta ökande del av sjukvårdens resurser utifrån den rådande samhällsutvecklingen med ökande befolkningskoncentrationer, ökat resande men även ökat våld och terrorhot.

Ett gott traumaomhändertagande kan påverka konsekvenserna av skador när de inträffar, där dödsfall orsakats av trauma kan förhindras med snabba insatser eller mer effektiva åtgärder i primärt omhändertagande. Det har visat sig att dödlighet i förhållande till skadans svårighetsgrad skiljer sig mellan olika sjukhus och är kopplad till organisation, kunskap och intresse för traumatologi. Det har också visat sig att sjukhusets storlek och resurser inte varit det avgörande utan viktigare är att det finns en god organisation för omhändertagande av skadade, och att personal inom sjukvården har fullgod utbildning för traumaomhändertagande.

Den svårt skadade patienten kräver ett multidisciplinärt och tvärprofessionellt omhändertagande. Det akuta omhändertagandet på sjukhus måste ske snabbt och strukturerat utifrån på förhand utarbetade koncept. Det koncept som används i akutmottagningens akutrum är baserat på ATLS



Lasse Salomonsson

(Advanced Trauma Life Support) och är ett strukturerat omhändertagande där man handlägger för patienten livshotande skador i prioriteringsordning. Akutsjuksköterskor som deltar i trauma teamet bör ha TNCC utbildning, vilket är en konceptutbildning för omvårdnad vid trauma.

DSTC (Definitive Surgical Trauma Care) är det utbildningskoncept som vänder sig till kirurger och lämpar sig att samköras med operationssjuksköterskor då med separata föreläsningar med inriktning mot respektive profession och med gemensamma praktiska övningar. Utbildningen ger kunskaper i kirurgiska beslutsprocesser, kirurgiska tekniker, blödningskontroll, hantering av livshotande skador och omedelbara kirurgiska behandlingar.

Regionala traumacentrum

Det finns idag i Sverige ingen enhetlig nationellt övergripande organisation för traumaomhändertagande och

Faktabruta

Säker Traumavård

Ett nationellt projekt för ökad kvalitet och säkerhet inom svensk traumaskickvård. Syftet med projektet är att höja kvalitet och säkerhet vid omhändertagande av traumapatienter. Projektet startade hösten 2014 och planeras fortgå tills projektet genomförs i alla regioner i Sverige. I varje projektomgång granskas en hel traumaregion, det vill säga alla de sjukhus som ingår i ett naturligt traumanätverk kring ett regionsjukhus/universitetssjukhus.

Vill du medverka som granskare i Säker Traumavård?

Som granskare ingår du i ett tvärprofessionellt team vars gemensamma uppgift är att hjälpa sjukhuset och regionen att hitta möjligheter i förbättringsarbetet. Teamet består av cirka fem personer med olika professioner och erfarenhet. Välkommen att skicka din intresseanmälan till lassosalomonsson@telia.com.

handläggningen varierar över landet. I Socialstyrelsens utredning, Traumavård vid allvarlig händelse, föreslår utredningens expertgrupper att traumavården bör nivå struktureras och organiseras utifrån att kirurgiska akutsjukhus kopplas till regionala traumacentrum. Där de kirurgiska akutsjukhusen ska ha som uppgift att dygnet runt handlägga merparten av svåra traumafall vid behov med stöd av Traumacentrum. Vidare föreslås att alla öppna akutmottagningar har utarbetade riktlinjer och kompetens för initialt stabiliserande åtgärder för "spontansökande" patienter utsatta för stort trauma.

Sammansättningen av traumateam varierar över landet, så även operations-sjuksköterskornas roll i traumaomhändertagandet. På vissa sjukhus är operationssjuksköterskor fullvärdiga medlemmar av traumateamet och på andra sjukhus inte alls med utanför operationsavdelningen vid mottagandet av traumapatienter. Sjukhus bör se över hur operationssjuksköterskornas unika kompetens och kunskapsområde kan nyttjas i omhändertagandet av traumapatienter.

På många sjukhus är svårt traumatiserade patienter något som inte tillhör vardagen. Allvarliga olyckor är trots allt relativt ovanliga vilket innebär att det blir svårt för de flesta enskilda yrkesutövare i vården att få någon mängd erfarenhet. Trots detta är kraven och förväntningarna höga att allt ska fungera när det väl händer, vilket gör att behovet av utbildning och träning större.

Traumautbildningar för operationssjuksköterskor

Av den anledningen kommer RFop att i samverkan med KS Solna och Traumakoordinator Susanna Eriksson starta upp med att arrangera traumautbildningar utifrån ett upplägg i olika steg/nivåer.

Nivå 1 en basutbildning i trauma, och är en endagsutbildning som vänder sig till operationssjuksköterskor som är nya i yrket, de som har liten erfarenhet av trauma eller bara ett intresse att veta mer. Den första kursen ges den 22 mars 2019.

Nivå 2 en fördjupad utbildning som pågår under tre dagar i samarbete med DSTC utbildning för kirurger. Två av dagarna innehåller teoriutbildning specifik utifrån operationssjuksköterskans profession och en dag med gemensamma praktiska övningar. •

Nivå 3 planeras bli en utbildning på avancerad nivå med ytterligare fördjupning inom området trauma.

Referenser:

Lennquist, S. Traumatologi. 2017. Liber AB. Stockholm

Traumautredningen- en hjälp att säkra gott omhändertagande av de svårt skadade. Svensk kirurgi volym 74 nr 2 2016

Traumavård vid allvarlig händelse. Socialstyrelsen 2015

Fakta: Lasse Salomonsson, RFop:s representant i styrgruppen Säker Traumavård



Effektiv barriär mot väta och bakterier med SMS-teknologi.

Halyards patenterade SMS- och POWERGUARD-teknologi bidrar aktivt till att förhindra spridning av smittämnen.

SMS (Spunbond – Meltblown – Spunbond) kombinerar två ytterlager med långa fibrer med ett mellanlager med korta fibrer av polypropylen. Ytterlagrens fiberstruktur ger hög slitstyrka och lågt fibersläpp, vilket minskar risken för kontamination i operationssalen.

Mellanlagrets struktur bildar en effektiv barriär mot väta och bakterier. I packskynken och munskydd är lagret även laddat med negativa elektroner (POWERGUARD) som fångar in bakterier och minimerar genomsläpp.

SMS-teknologin används i Halyards kompletta sortiment av operationstextilier (draperingar och rockar). Materialet är andningsaktivt och komfortabelt att bära.

Kontakta oss gärna för mer information.



Det blev en EMMI!

- Från en ide till ett hjälpmedel i det dagliga arbetet

Vi har väl alla någon gång fått en idé om hur man skulle kunna förändra och förbättra det dagliga arbetet. Få av oss tar dock steget vidare och gör något av vår idé. Här är berättelsen om två undersköterskor, Eva Hellström och Maria Hansson på Centraloperation Gävle sjukhus, som fick en idé och verkställde den.

Under våren 2017 började en känsla av något saknades ta form hos Eva och Maria. Patienterna användes ofta som "avställningsyta" till diverse mindre utrustning som t.ex. sprutfat, KAD-sättningsutrustning osv. Dessutom fanns vetenskapen utifrån Megeus et al. vetenskapliga artikel "Hand Contamination, Cross-Transmission, and Risk-Associated behaviors: An Observational Study of Team Members in ORs (AORN J 102, December 2015, 645.e1–645) att kontaminering av händer och förflyttning av mikroorganismer ökar när vi använder oss av patienten som avställningsyta. Det fanns helt enkelt ett behov av en avställningsyta. Andvändningen skulle vara enkel och smidig, avställningsytan skulle gå fort att sätta på plats och ta bort och den skulle vara enkel att göra ren.

Några gamla bokstöd blir en EMMI

Så under en tur i källarförrådet under centraloperation upptäcktes plötsligt några gamla bokstöd som låg och "skräpade". Hm, skulle det gå att göra något av dessa...? Så bokstöden fick följa med upp på avdelningen och med hjälp av centraloperations tekniska ingenjör gjordes en "anpassning" av bokstödet till att bli avställningsyta. Nu var det dags för ett första test i personalgruppen. Mottagandet blev positivt! Det sporrade till att gå vidare, nu gällde det att få till det. Först gjorde Eva och Maria en prototyp i papper, ungefär som de

tänkte sig att det färdiga resultatet skulle se ut. Med hjälp av en plåtslagare gjordes ytterligare en prototyp i plåt, nu började storlek och detaljer i utförandet falla på plats, men en avställningsyta i plåt kunde man ju inte ha. Eva och Maria behövde komma vidare, men hur? De pratade runt med arbetskamrater, vänner och bekanta. Efter mycket om och men fick de tips om, och kontakt med, Almi.

Almi är ett företag som hjälper till med affärsutveckling och ägs av staten med regionala dotterbolag. På Almi i Gävleborg skulle man precis igång med en kurs för personer som hade en innovation och behövde hjälp i utvecklingsfasen. Men bra stöd av chefer ordnades så att Eva och Maria kunde delta i kursen. Kursen bestod av ett uppstartsmöte, ett startbidrag på max 10 000 kr för att täcka kostnader i utvecklingsfasen, samt därefter ett uppföljningsmöte. Almi hjälpte till med att kolla runt i övriga Sverige om någon liknande produkt redan fanns, det gjorde det inte. Med Almi i ryggen

togs kontakt med en plexiglasfirma där ytterligare produktutveckling med fokus på design skedde. Bland annat testades olika färger på avställningsytan/hyllan, som nu började kallas EMMI (EvaMariaMargarethaInger).

Produktion

Sen var det dags för test på personalgruppen på centraloperation igen, återigen blev responsen positiv och lusten att fortsätta förstärktes. Vid uppföljningsmötet på Almi väcktes tanken om EMMI kunde utvecklas ytterligare? Då dök en tanke upp om att också prova att designa en lite större avställningsyta för användning vid t.ex. KAD sättnings, nu fanns två smarta EMMI.

Nu behövdes juristhjälp, via hjälp från Almi, kontaktades en juristfirma för att söka mönsterskydd för EMMI. Med detta i hamn kom frågan om det fanns något företag som var intresserade av att ta in hylla i sin produktion då? Jodå, det fanns! Via lite kontakter fick de napp på både företag som





Nästa steg

Nästa steg är nu att, med hjälp av jurist, skriva kontrakt med tillverkaren och sen kan EMMI rulla in på marknaden och underlätta vårt arbete på operationsavdelningarna och troligtvis även på andra enheter inom hälso- och sjukvård. Eva och Marias tips till dig som bär på en idé är att; först och främst titta runt på marknaden för att se om det redan finns någon liknande produkt, ta kontakt med Almi eller liknande för att få professionell hjälp, vara beredda på att satsa egna pengar, kontakta en bank för rådgivning (tex vilken bolagsform som passar just dig/er), räkna med att det tar tid från idé till färdig produkt, att hela tiden hålla sin chef informerad och det är nog bra att först gå en "Starta eget kurs" eftersom ett projekt från idé till produkt är stort. •

kunde tänka sig stötta ytterligare för uppstart av produktion men också ett större företag som visade intresse för direkt produktion.

Det var svårt att utan erfarenhet i det här skedet veta hur man skulle göra, hur seriösa företagen var, om man kunde lita på dem? Det var dags för juristhjälp igen. Den här gången via

banken. Rådet var att starta ett bolag för att komma vidare. Så enighet med information och råd bildades ett aktiebolag. Hittills hade de flesta kostnader täckts av startbidraget från Almi men kostnader som Eva och Maria själva fått stå för var kostnaden för framtagning av den andra lite större EMMI hyllan samt kapitalinsatsen i aktiebolaget.

Vill du veta mer?

Kontakta: Catrine Björn, Studierektor, med dr, operationssjuksköterska
catrine.bjorn@regiongavleborg.se




Know the DIFFERENCE

Learn more about your non-latex options

29th-30st
Nov. 2018

Visit Us
At Stand 15

NORNA
2018





Operationssjuksköterskor inom djursjukvården

Detta nummer har vi en annorlunda Min operationsavdelning, vi får ta del av hur det är att jobba på en operationsavdelning där patienterna är djur!

AniCura har verksamhet i sju länder och det finns 180 djursjukhus och djurkliniker i Europa. Verksamheten växer stadigt och flera kliniken ansluter sig till AniCura. Regiondjursjukhuset Bagarmossen finns i Stockholm och är en av dom största djursjukhus som finns i Europa.

Det finns en slutenvårdsavdelning för hundar och katter, infektionsenhet och intensivvårdsavdelning för svårt sjuka djur. Djursjukhuset har också

en bildavdelning för slätröntgen, CT, MR och ultraljud, eget laboratorium och blodbank. Att det dessutom finns rehabiliteringsavdelning, akutmottagning, operationsavdelning med 6 salar samt sterilcentrum gör djursjukhuset väl rustat för att ta emot patienter dygnet runt.

Inom djursjukvård arbetar legitimerade sjuksköterskor och djurvårdare samt veterinärer. Bagarmossens djursjukhus är det första djursjukhuset i Sverige med operationssjuksköterskor. Leg. Inom djursjukvården. Sjuksköterska eller leg. Operationssjuksköterska kan arbeta inom djursjukvård som djurvårdare med utökad nivå. Arbetet på operation sker under vete-

rinärens ansvar och det är Jordbruksverket som reglerar behörigheter. På operationsavdelning opereras alla typer operationer, allt från elektiva dagkirurgiska patienter till mer akuta ingrepp.

Nya ögon

Arbetet för mig här på operation som operationssjuksköterska skiljer sig på många sätt från hur man arbetar inom humanvården. Som operationssjuksköterska jobbar jag under veterinärens legitimation och eftersom denna roll inte funnits förut finns inte heller samma tydliga ansvarsfördelningar som vi inom humanvården är vana vid. Veterinärerna är inte vana vid varken assistent eller instrumenterande perso-





Ebba Sylwan och Cecilia Lindqvist

nal vid sin sida under operation utan har tidigare arbetat självständigt. Som operationssjuksköterska har jag mina "operationsglasögon" på vilket gör att jag ser vad som kan förbättras och göras smidigare. Min kompetens inom hygien, sterilitet, instrumentkännedom och patientsäkerhet är också en ny och viktig ingrediens som är till hjälp för veterinären.

Uppskattad hjälp

Många veterinärer har vant sig vid att ha mig med vid operationer och tycker det är väldigt smidigt att inte behöva vänta lika mycket på annan icke steril personal som ska öppna galler, eller tvätta och duka in patienten så de kan komma in till "dukat bord". Även att ha hållhjälp är uppskattat, men instrumenteringsbiten är en större utmaning eftersom det sitter i ryggraden för dem att arbeta självständigt. Det kommer inte naturligt att utnyttja min hjälp men där får jag hjälpa till och påminna om att jag kan vara en resurs. Även djursjuksköterskor och djurvårdarna uppskattar att ha någon de lättare kan gå till med

ten så de kan komma in till "dukat bord". Även att ha hållhjälp är uppskattat, men instrumenteringsbiten är en större utmaning eftersom det sitter i ryggraden för dem att arbeta självständigt. Det kommer inte naturligt att utnyttja min hjälp men där får jag hjälpa till och påminna om att jag kan vara en resurs. Även djursjuksköterskor och djurvårdarna uppskattar att ha någon de lättare kan gå till med

frågor om instrument och någon som plockar fram till större operationer och har koll på den biten.

Viktig kunskapsöverföring

Jag är väldigt mån om att dela med mig av min kunskap angående hygien, instrument, sterilitet och patientsäkerhet, som att ge tips vid steriltvätt av patient, och att medverka till säkrare hantering av sterilt gods på operationsavdelningen. En annan stor del i mitt arbete handlar om instrumenthantering och att hjälpa till att skapa ett smidigt samarbete mellan operation och sterilenhet där vi har en steriltekniker som jobbar. Det har varit bra för båda sidor att ha en person som står med ena foten i varje verksamhet för att få en bättre översyn i båda verksamheterna.

Utmanande och inspirerande

För mig har det inneburit att öppna sinnet ordentligt för en annorlunda arbetsmiljö och jag tror inte att detta jobb är något som alla operations-sjuksköterskor skulle kunna tänka sig. Men att få vara med och se hur verksamheten tar emot influenser från oss och går mer mot modernare tankesätt är väldigt sporrande för mig, sen att djur är en av de största passionerna i mitt liv gör arbetet extra inspirerande. Operationsavdelningen har dessutom nyligen utökats till ytterligare en operationssjuksköterska genom att Cecilia Lindqvist kommit till oss. Vi tror att det kommer innebära nya spännande och utvecklande vägar för djurens bästa. •

AniCura Regiondjursjukhuset Bagarmossen

Martina Nygren, martina.nygren@anicura.se

www.anicura.se/regiondjursjukhuset-bagarmossen

facebook.com/regiondjursjukhusetbagarmossen

Det familjära sjukhuset Kullbergska i Katrineholm söker nu operationssjuksköterskor samt anestesijuksköterskor. Är du intresserad av att arbeta dagtid med planerade operationer i ett välfungerande arbetslag? Då kanske detta kan vara intressant.



Vill du veta mer?

Kontakta rekryteringspecialist
Emelie Ravelin, 0721-44 10 08,
rekrytering@dll.se



Kom och
jobba hos oss



Nätverksträff Blekinge/- Kronoberg 11 oktober 2018

Text: Anette Ernstson, DS Blekinge/
Kronoberg

Vi var 6 personer som träffades i Karlshamn den 11 oktober då operation där var värd för vår nätverksträff. Tyvärr var det många som hade lämnat återbud p.g.a sjukdom. En inbjudan var skickad till öron- och ögonoperation, Ljungby och Växjö. Tyvärr kom ingen därifrån, denna gång.

Med oss på plats var Catarina Augustsson från styrelsen och med hennes och RFop.se hjälp pratade vi om föreningen, vad som är gjort vad och som är på gång. Närmast i tid är den 5:e NORNA kongressen som även är vår 54:e Höstkongress, det är redan nu över 300 anmälda.



Sen informerade jag från T-doc användarträff, som jag deltog på 4 - 5 okt. Vi är tre systemförvaltare, jag samt två som är steriltekniker och arbetar på STA i Karlskrona och i Karlshamn. Jag är förvaltare för operationsavdelningarna. Eftersom vi använder systemet på operation, anser vi det vara viktigt att även en operationssjuksköterska ska vara med i förvaltningen.

I det senaste numret av Vårdfokus, var det en artikel "Vi vill börja skanna" från Umeå operationsavdelning och på användarträffen var det mycket fokus just på streckkoder och skanning. Det kommer bli mer krav på att allt ska

dokumenteras i patientjournalen. Viktigt är då att man har system såsom, operationsplanering, patientjournal och spårbarhetssystem som är kompatibla med varandra.

Med på mötet var även Krisztina Nyfors, operationssjuksköterska som arbetar på THX, som kommer att efterträda mig som DS nästa år.

Vi avslutade med att gå runt på operationsavdelningen och tittade bl.a. på ryggbordet Jackson, som besparar personalens egna ryggar vid ryggooperationer! •



Nya kollegor

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

Uppsala universitet VT 2018

Kursansvariga: Anna Hauffman och Eva Kvidal

Maria Artursson Borbas
Johanna Bohman
Maria Dona Ekström
Debora Gärdhammar
Sutharin Herlitz
Kristin Karlsson
Christer Larsson
Amanda Löfgren
Charlott Reineck
Caroline Roos
Matilda Strid
Petra Thell
Aleksandra Tjuntonova
Malin Vallin
Minna Wallin



30 år med Uppdukat!

I och med denna utgivning har Uppdukat funnits som tidskrift i 30 år! Den har skiftat i utseende genom åren och vem vet hur den ser ut om 5 år till.

Vi har i redaktionen suttit och tittat igenom gamla nummer och många är de artiklar som passerat. Vi har valt ut en av dem, den som Gun-Britt Wård är författare till, hon var en av de första ledamöterna i RFop och var med och utvecklade föreningen till vad den är idag. Gun-Britt avled tidigare i år. Vi väljer att publicera den i oredigerad form. Den publicerades första gången i Uppdukat nr 4 2007.

Läs artikeln på sid 38-41.



Boktips

Här kommer boktips för dig som missade Kim Anderssons föreläsning på årets Hygienforum, Så kan det gå – om bemötande i vården.

Den 20 december 2009 tog han den första kontakten med sjukvården och här inleddes en häpnadsväckande behandling. Resultatet av sjukvårdens "insatser" kulminerade den 22 december 2009 med att båda hans ben amputerades. En berättelse om hur hårt livet kan drabba en människa och hans familj och om en sjukvård när den är som sämst men också om när det är riktigt bra. En beskrivning av blandade känslor av tacksamhet och bitterhet av en man som idag mår riktigt, riktigt bra.

En berättelse, två böcker, som alla i vården bör läsa!

**Felbehandlad –
ung man i sina bästa år**
ISBN 9789175770352



Ett annat liv – en annan tid
2015, ISBN 9789175773094



Båda böckerna är utgivna på IDUS förlag och finns att beställa på Bokus och Adlibris.

Vi söker fler redaktörer

Vill Du vara med och påverka innehållet i medlemstidningen Uppdukat?

Uppgifter:

Du skall kunna skriva egna artiklar samt redigera andras texter samt i stort kunna hantera det skrivna ordet och bilder. I uppdraget ingår även korrekturläsning. Du ska vara ansvarskännande och kunna arbeta självständigt och i team.

Arbets tid:

Kvällar och helger eller annan ledig tid.

Ansökan ska innehålla:

- kortfattad presentation av dig
- specialområde du eventuellt önskar bevaka
- antal år som medlem i riksforeningen
- tidigare erfarenheter av tidningsarbete eller liknande

Skicka in Din ansökan till: redaktionen@rfop.se



Att vara operationssjuksköterska

– erfarenheter från förra seklet

Gun-Britt Wård

Text; Gun-Britt Wård, pensionerad operationssjuksköterska
Tidigare avdelningsföreståndare,
Södersjukhuset i Stockholm
Styrelseledamot Riksföreningen för
operationssjukvård

Mitt namn är Gun-Britt Wård. Jag är operationssjuksköterska och utbildades på S:t Eriks sjuksköterskeskola i Stockholm i slutet av 1950-talet. Jag har blivit tillfrågad om jag vill skriva ner minnen av hur det var att börja tjänstgöra som nybliven operationssköterska vid den tiden. Gerda Edner, Inga Hassellöf, Lisbet Rydin och Ragnhild Alfven har tidigare skrivit i Uppdukat och berättat om sina engagemang och erfarenheter om arbetet med Riksföreningen för operationssjukvård. I dessa artiklar berättar de också om sina elevår och hur deras första tjänstgöringsår gestaltade sig. Det jag upplevde som nyutbildad operationssjuksköterska är i mycket likt deras berättelser.

Reglemente

År 1957 blev ett viktigt år i sjuksköterskornas utbildning och tjänstgöring. Då utfärdades nämligen reglemente för sjuksköterskor (SFS 1957: -656) där det står bl.a. *”Den, som genom godkända betyg genomgått statlig eller av staten godkänd sjuksköterskeskola eller eljest förvärvat ett mått av kunskaper och färdigheter, som motsvarar, vad en sådan skola avser att bibringa äger erhålla legitimation som sjuksköterska.”*

Utbildning

Jag blev klar med min utbildning i december 1958 och fick min legitimation som sjuksköterska med specialutbildning i operationssjukvård och anestesi. Utbildningen var tre år och fem månader lång, vari ingick två månaders provelevstid, där det skulle bedömas om man passade för yrket. De olika studieperioderna varvades med praktik på vårdavdelningar och specialavdelningar. Under praktiktiderna fick man lära sig från grunden att utföra alla sorters sysslor på avdelningarna. Det var sjukvårdsbiträdena och sjuksköterskorna som



lärade oss allt från bäddning, städning, skötsel av patienter och vård av svårt sjuka patienter. Eleverna hade till exempel som uppgift att ta hand om all provtagning varje morgon, utom kapillärproverna. Det var personal från laboratoriet som skötte dessa. Detta medförde avgjorda fördelar för arbetsgivaren genom tillgången till en arbetskraft, som direkt efter avslutad utbildning kunde börja tjänstgöring som vikarie. Fördelarna för arbetsgivaren var odiskutabla om än ofattbara i dagens läge. Någon inskolningstid som dagens nyutbildade sjuksköterskor får existerade inte.

Operationsplacering

Mina operationsplaceringar var först två månader som ”småelev” på kirurgoperation och längre fram i utbildningen, sju månader som specialelev på samma avdelning. Även placeringar på öron- neuro- ögon- och gynekologoperation ingick i min utbildning. Två månaders anestesitutbildning på Karolinska sjukhuset hörde till specialutbildningen. När studietiden var klar och jag sökte arbete fanns inga lediga tjänster eller vikariat på operationsavdelningen. Jag fick ställa mig i kö till detta.

Tjänstgöring

Under studietiden hade de flesta av oss i kursen skrivit på ett års tjänstgöring vid det sjukhus där vi utbildat oss, för min del var det vid Södersjukhuset. För det fick vi ett stipendium på 1000 kronor. Det var ju bindande men det kändes inte på något vis fel, det var rätt tryggt att börja arbeta på det sjukhus jag kände till. Under tiden jag väntade på att något vikariat skulle bli ledigt på operation, fick jag gå på alla tänkbara vårdavdelningar. Begreppet "poolen" fanns inte då, men det var så det fungerade. Jag kunde få vara en vecka på en avdelning, kanske två dagar på nästa och det kunde vara omväxlande medicin - kirurg- hjärt- hud- avdelningar, där det fanns behov.

Patienternas omvårdnad

Det fanns ju ingen intensivvårdsavdelning eller uppvakningsavdelning på Södersjukhuset vid den tiden, vilket innebar att nyopererade patienter kom direkt upp till avdelningarna och blev placerade i korridoren på rad utanför expeditionen så att man hade uppsikt över dem. Svårt sjuka patienter som behövde övervakning fick man begära extravak till från husmorsexpeditionen, som var den tidens administration. Vårdtidernas längd var helt annorlunda mot i dag, som t ex. en meniskopererad patient låg inne sju dagar och kördes i rullstol på avdelningen. Bräckpatienter låg också inne en vecka och var sängliggande flera dagar. En gallopererad patient låg inne en vecka och var sjukskriven ca fem veckor. Genom utveckling av operationsmetoder och dagens endoskopiska instrument är det ju en hisnande förändring. Patienter med höftledsfrakturer låg alltid i "sträck" någon eller några dagar innan operationen gjordes. Ibland kunde vissa patienter ligga i "sträckbehandling" i flera veckor. Det krävdes mycket omvårdnad så att patienterna inte fick liggsår och det var mycket tungt att sköta dessa patienter. Jag kände mig både rädd och osäker men hade ju erfarna sjuksköterskor att fråga och få hjälp av. Vissa tider, på kvällar och helger kunde jag vara ensam sjuksköterska i tjänst och det var mycket tungt med allt ansvar för en alldeles nyutbildad sjuksköterska.

Äntligen operationssjuksköterska!

Efter någon månad hade jag turen att få ett vikariat på en av Södersjukhusets operationsavdelningar. Det var på kirurgoperation 1, där jag hade fått

min utbildning. Min första arbetsdag på operation hade jag kvällstjänstgöring. Jag minns fortfarande hur nervös och osäker jag kände mig. Eftersom jag gått som elev där kände jag personalen, det dagliga rutinarbetet utanför operationssalarna och så hade jag lokalkännedom. Genom det kände jag mig "hemma" men också väldigt ny och yngst. Södersjukhusets anestesivård startades av Matts Halldin år 1958 och det fanns endast en anestesisköterska från början, vilket innebar att i operationssköterskornas arbetsuppgifter ingick även att söva. Vi hade alltså till uppgift att antingen instrumentera eller söva.

Verksamheten och arbetet

Operationsavdelningens verksamhet bestod av ortopedi, frakturkirurgi, allmänkirurgi och urologiska operationer. Det ställdes höga krav på alla och det var en självklarhet att den operativa verksamheten, ofta på flera salar, skulle börja klockan 8 på morgonen, och det gjorde den. På den tiden gjordes många ventrikelopationer, ofta enl. Billroth 2. Det var fantastiskt roligt att instrumentera och ligga före med de självträdde catgut- och silkesuturen. Klockan 9.00 var det röntgenrond och då skulle operatören vara klar med operationen och det var han som regel. Som operationssköterska var man rätt svettig då, men roligt var det. Byten mellan två operationer gick rasande fort, omhändertagande av materiel och textilier och mellanstädning av salen från föregående operation och förberedelse och uppdukning till nästa gick snabbt. Det var aldrig någon paus eller väntan på att narkos- eller operationssköterskan skulle bli färdig. Patienterna kördes in på operationssalen i sina sängar, det fanns inga förberedelserum, patienterna fördes upp på operationsbordet direkt från sängen. Det fanns många mycket erfarna operationssköterskor som jag kunde fråga till råds, och det kändes tryggt. Nu var det också min tur att hjälpa till med inläring av nya elever.

Det var mycket bestämda regler i vilken ordning på olika salar operationerna skulle utföras. Led- och frakturkirurgi hade sina respektive salar och buk- och urologi sina. När det inträffade att en operation klassades som infekterad var det ett rigoröst arbete som följde. Diskningen av instrumenten skedde på salen, för att efter det slussas ut i "kokarna", "smuts" städning av alla bord, möbler, golv och väggar och därefter vädrades salen genom öppna fönster

i två timmar. Efter det gjordes vanlig städning och salen kunde tas i bruk igen.

Vid slutstädning på salen städades allt mycket noggrant och även väggarna torkades. Genom noggranna och bestämda regler, som respekterades av alla, hände synnerligen sällan (jag kan inte påminna mig någon gång) infektionskomplikation efter led och frakturoperationer.

Instrumenthantering

Instrumenthanteringen är värd ett kapitel för sig. På morgonen "dukades" det upp på två operationssalar, antingen av specialeleverna eller av sjuksköterskorna. Instrumenten kokades i stora kokar i steriliseringsrummen i anslutning till salarna. De lyftes upp med kraftiga tänger som krokades på gallren och bars in med raka armar, droppandes det kokheta vattnet över fötterna och placerades på sterila handfat. Uppdukningsgallren var mycket tunga, de innehöll alla instrument till dagens samtliga operationer. Instrumenten fördelades på stora bord så att de var lättåtkomliga när assistansborden dukades. Från det stora uppdukningsbordet dukade alla operationssköterskor och specialelever sina assistensbord och om man var placerad på en annan sal drog man sina bord övertäckta dit.

Skarpa instrument

Ett suturbord dukades också upp, där "skarpa" instrument placerades såsom knivar, saxar och suturnål. Dessa "skarpa" instrument var steriliserade i en sterilisator placerat i ett väggskåp i operationssalen. På det bordet placerades även suturmateriel, catgut, silke och ståltråd i speciella burkar och ställ. Suturmateriet var förvarat i rostfria lådor som var fyllda med 96 % -ig sprit. De suturer man beräknade använda till respektive operation drog man upp och klippte i lagom längder. Alla suturer trädde man själv. Färdigträdde suturer kom långt in på -60 -talet.

Vid dagens slut

Instrumenten togs om hand i steriliseringsrummen, (kokarna) efter respektive operation, rengjordes och kokades för att återigen bäras in på salen. Detta kan verka svårförståeligt i dag med instrumentset och steriliseringscentraler, men jag vill understryka att det aldrig gjordes något avkall på aseptiken. Det stora uppdukningsbordet fanns hela dagen tillgängligt och när operationsprogrammet var klart för dagen hjälptes alla åt med



att ta hand om materialet. Instrumenten torkades och smordes, räknades och placerades på de stora gallren till nästa dags uppdukning. Även alla extra instrument som var placerade i stora rostfria skåp räknades dagligen. I efterarbetet ingick också att fylla på och lägga suturnålarna på sina fat för nästa dags behov. Det var ett mycket pilligt göra. Detta var den dagliga rutinen. Dokumentation över alla operationer och undersökningar, utfördes dagligen av en sjuksköterska. I stora operationsliggare registrerades alla patienter, med diagnos och utförd operation och anestesiform. Operatör och operationssköterska skrevs även in. Därefter stämplades patientens journal med ett operationsnummer från liggaren.

Jour

Varannan dag hade vi jour Vi varvade jourintag med en annan operationsavdelning. De eftermiddagar då vi hade jour gjordes en ny, litet mindre i omfattning, uppdukning upp, som skyddades med sterila textilier. Den jouruppdukningen fanns att tillgå ända till nästa dags morgon, för alla jouroperationer som tillkom.

Andra arbetsuppgifter

Förutom dessa uppgifter hade man tillsammans med övrig personal, inte minst eleverna som var oavlönad arbetskraft, en mängd sysslor, som

man idag är helt främmande för. Engångsmateriel var ännu ett okänt begrepp. Det var först i mitten på 1960-talet som sådant materiel togs i bruk i en successiv övergång. Till dess var det återanvändning som gällde. Så fort man hade en stund över fick man ägna sig åt materielhantering, framför allt på lördagar och söndagar. Sprutor (alltid av glas) och injektionskanyler rengjordes och steriliserades inför ny användning. Operationshandskar rengjordes, torkades och kontrollerades genom uppblåsning beträffande täthet, lappades vid behov, talkades, paketerades och steriliserades inför förnyad användning. Fabrikssteriliserade handskar för engångsbruk introducerades år 1963. Bukdukar sändes efter användning till tvätten. De återkom till operationsavdelningen, där de fuktades, borstades och torkades i som regel tre omgångar. Därefter fastsattes numrerade metallbrickor, duken veks och sedan återstod paketering i fastställt antal dukar per paket och därefter sterilisering. Kontrollen följde fasta regler. Det var alltid två personer som tillsammans räknade, paketerade och signerade bukdukspaketen. Stora rullar av gasväv användes för att göra operationstorkar, såsom "krull" och olika storlekar till tork som "skaftade tork". Dessa räknades, paketerades och signerades på samma sätt som med förfarandet av bukdukar. Dränagerör av olika storlekar

klippes till av gummislangar, kokades och förvarades sedan i rostfria lådor fyllda med 96 % -ig sprit. Suturmateriel som silke- och metalltråd rullades på speciella spolar, steriliserades genom kokning och förvarades i sprit. Bukdukspaket, torkpaket och operationstextilier, allt som användes till uppdukningarna och klädsel av patienterna, packades i kanistrar som steriliserades i stora autoklaver. Detta hörde till det dagliga arbetet, mestadels utfört av "småeleverna". Alla kanistrar som blivit tomma under dagen skulle packas och steriliseras inför nästa operationsdag. Det var ett mycket tungt arbete.

Mitt arbete; några personliga minnen.

När jag hade tjänstgjort i fyra veckor var det dags för nattjänst. Sju nätter arbetade jag, varannan natt instrumenterande operationssköterska och varannan som narkossköterska. Efter en vecka med nattjänstgöring arbetade jag fyra veckor på dagen, så rullade schemat på, med var femte vecka nattjänstgöring. Narkosläkaren var jour i hemmet och kom endast in om det var absolut nödvändigt. Anestesiformerna som gällde var lokalbedövning eller spinalanestesi lagd med prokain (som operatören utförde), eller eter på öppen mask given av sjuksköterskan

på operatörens ansvar. Jouroperationer på nätterna var inte alls i samma omfattning som i dag, så mycket av ovanstående materielhantering utfördes även under nattjänstgöringen. Filtrering av 96 - % sprit hörde till kvällen och nattarbetet. Det var rätt besvärligt att få filtreringsapparaten att fungera, mycket lätt gled packningarna isär och all påfylld sprit (ca.10 l.) sköljde över en, från topp till tå. Det var inte behagligt alls. Min första lön minns jag mycket väl storleken av, det var 840 kronor. Jag kommer inte ihåg om det var en marknadsmässig lön på den tiden, förmodligen inte.

Södersjukhuset

I mitten av 1960-talet skedde stora förändringar på Södersjukhuset. Operationsavdelningarna renoverades och byggdes delvis om. Steriliseringsrummen byggdes om, autoklaver ersatte instrumentkokarna och i samband med detta blev introduktionen av engångsmateriel på operationsavdelningen nödvändig. Den första förändringen var användandet av sterila engångshandskar och därefter ersattes olika materiel successivt av industriellt tillverkat och steriliserat sjukvårdsmateriel. För att främja

flöde och transport till och från operationsavdelningarna byggdes en så kallad "pångkorridor" utanför operationsavdelningarna, som kom att bli sänghall och patienterna lades upp på liftar och fördes på dessa in på respektive operationssal. Tidigare hade patienterna rullats in i sina sängar direkt till operationsbordet. Så tillkom då också byggandet av uppvakningsavdelning och kirurgisk intensivvårdsavdelning. Själva byggnationen innebar stora påfrestningar både akustiskt och hygieniskt för den pågående operativa verksamheten. Anestesikliniken utökades med anestesijuksköterskor och vi operationsköterskor sovde mer och mer sällan tills det helt upphörde. Det var med viss saknad för många av oss.

Förändrad skolgång

En annan stor förändring var då 1966 års studieorganisation genomförde terminssystem. Den praktiska utbildningstiden minskade och helt nytt var att sjuksköterskeelever inte längre skulle räknas (=användas) som arbetskraft utan ha enbart "elevstatus". Därmed förändrades också kravet på praktikinnehåll och handledning, vilket naturligtvis kom att påverka

avdelningspersonalen och arbetet. Detta medförde att det behövdes fler personal på avdelningen för att ersätta det bortfall i arbetet som eleverna utfört. Flera av operationsavdelningens sjukvårdsbiträden utbildades till undersköterskor och det tillsattes nya tjänster.

Erfarenheters betydelse

Ja, allt det här låter ju nästan som en sagoberättelse för dagens nyutbildade operationssjuksköterskor, det är ju faktiskt ett halvt sekel sedan. Jag vill ändå berätta vilken nytta jag har haft senare i mitt yrkesliv av dessa arbetsmetoder. Jag hade projektanställning på Försvarets sjukvårdsstyrelse på 70-talet, angående krigssjukhusens organisation och senare på 80-talet, på Socialstyrelsen, motsvarande planering för civilbefolkningen under kriser och eventuella avspärningar. Att känna till äldre metoder om sterilisering och materielhantering var en stor fördel i dessa arbeten. Det har varit roligt och lite nostalgiskt att skriva ner dessa minnen och jag hoppas att det kan vara intressant att läsa om hur det var då och jämföra med dagens situation på operationsavdelningarna. ●

Kunskap in, bakterier ut.



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

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

www.crcmed.com



Historien bakom boken, Sterilkompetens

På Hygienforum föreläste Elisabeth Spång om sin tid som operationssjuk-sköterska och ansvarig över sterilcentralen på Södersjukhuset. Hennes bok finns att beställa via Getinge. Här kan du läsa hennes historia bakom boken.



Elisabeth Spång

Då jag utbildade mig till operationssjuksköterska på Södersjukhuset i mitten på 60-talet ansvarade operations-sjuksköterskorna själva för instrumentvård och sterilisering

av operationsinstrument. Instrumenten var välskötta och det förekom aldrig några » kärva » peanger, då man instrumenterade vid operationer. Under 70-talet arbetade jag på Huddingesjukhus operationsavdelning. På det sjukhuset var det sterilcentralen som ansvarade för instrumentvården och steriliserade instrument och instrumentgaller. Det hände då och då att instrumentgallren inte var korrekta och peangerna kunde kärva, när man instrumenterade. Jag undrade då över hur det stod till med kompetensen hos sterilcentralens personal. 1983 började jag arbeta på Nacka sjukhus sterilcentral. Jag trodde att jag kunde allt om rengöring och sterilisering av operationsinstrument, men så var det inte.

Under 80- och 90-talet fanns det i Stockholm ett flertal akutsjukhus och samtliga hade sterilcentraler. Sterilcentralsföreståndarna i Stockholms läns landsting träffades regelbundet och diskuterade arbetet inom sterilverksamheten och hur kompetensen hos vår personal skulle kunna utvecklas.

Föreläsningar och artiklar

Svensk Förening för Vårdhygien, SFVH, består av flera sektioner. 1990 var Sterilsektionen en av dessa och det året blev jag inbjuden att föreläsa om rengöring av operationsinstru-

ment på föreningens stora konferens i Stenungssund. Det var en uppskattad föreläsning och det blev upptakten till mitt intresse att förmedla kunskaper om arbetet med rengöring och sterilisering av kirurgiska instrument. Samma år skulle det hållas en två veckors sterilkurs för sterilcentralspersonal i Stockholms läns landsting och jag blev ombedd att upprepa min föreläsning från Stenungssund. Sterilkursen blev väldigt populär, då det i Sverige inte fanns någon motsvarande utbildning inom sterilverksamheten. Den utvecklades till att omfatta både steril- och operationspersonal från hela Sverige och genomfördes två gånger per år från 1990 till och med 2008. Ett flertal företagsrepresentanter inom steriliseringsprodukter visade också intresse att få delta på dessa sterilkurser i Stockholm, men de fick stå åt sidan för den prioriterade sjukvårdspersonalen, eftersom kurserna alltid var fullbelagda.

Ytterligare några händelser som fick mig att förstå att det fanns behov av någon form av litteratur i ämnet var, när Mölnlycke Healthcare AB 1996 arrangerade en konferens för bl.a operationssjuksköterskor angående den nya lagen om medicintekniska produkter. Föreläsare var Göran Liedström vid Socialstyrelsen och författare till boken, Lagen om Medicintekniska produkter, som kom ut 1995. Jag fick i uppdrag av Mölnlycke att föreläsa om hur den lagen i praktiken skulle tillämpas i det dagliga arbetet. Efteråt blev jag kontaktad av redaktören på Uppdukat. Hon hade hört min föreläsning och undrade, om jag inte skulle kunna skriva ner den och låta den publiceras i tidskriften. Hon hade upprepade gånger försökt att få en dylik artikel till tidningen men utan framgång. Självklart ville jag ställa upp. Problemet var bara det att artikeln måste vara klar veckan därpå och jag var på väg med familjen till fjällen. Jag föreslog då att jag kunde skicka över den kvalitetssäkringsdokumentation

som jag hade utarbetat och som vi arbetade efter på den sterilcentral som jag förestod. Det var ju i praktiken den dokumentationen som var underlaget till min föreläsning. Publikationen i Uppdukat blev uppskattad. Ett halvår senare blev jag uppringd av en vårdlärare på Ersta sjukhus, som fick kopiera artikeln för att använda den som undervisningsmaterial. Vid ett studiebesök 1996 på en fabrik i Frankrike, där det tillverkades packskynten för sterilgods, fann jag att hygien inte motsvarade den kvalitet som vi på sterilcentraler i Sverige arbetade efter. Jag översatte då vår kvalitetssäkringsdokumentation till franska och skickade ner till ansvarig vid packskyntestillverkningen i Palalda, Frankrike. En chef på Getinge Sverige AB ville gärna ha ett exemplar av den franska översättningen för att kunna visa utländska gäster hur det kan gå till på en svensk sterilcentral. Han ville även ha den svenska versionen för att ge till nyanställda på företaget, så att de fick kännedom om vad sterilverksamheten handlar om.

Det var ju ganska uppenbart att det behövdes en bok! För att kunna söka kunskap måste det finnas en viss kunskap! Finns kunskapen om det korrekta arbetssättet på en stor sterilcentral, så är det lättare att anpassa den lilla sterilenheten på en mottagning eller dylikt till en så optimal verksamhet, som det är möjligt. Standarder revideras regelbundet och genom att söka på en standards beteckning på nätet, kan man se om standarden är reviderad.

Jag hoppas att boken ska bli till nytta och glädje som utbildningsmaterial och som uppslagsverk för sterilverksamheten inom både stora som små sterilenheter. •



KEBOMED



AirSeal[®]iFS

Den intelligenta insufflatorn under AirSeal[®]iFS

AirSeal Mode ger

Stabilt pneumoperitoneum

Konstant rökevakivering

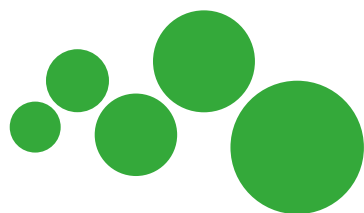
Valvfri access

KEBOMED är ett europeiskt, modernt och miljömedvetet medicinsktekniskt företag som förknippas med bästa sortiment och service.



POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



Johnson & Johnson

MEDICAL
DEVICES
COMPANIES



MEDI PLAST®

KEBOMED

Medtronic
Further. Together

CRC
medical

VINGMED

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

BERNER
Medical