

# Uppdukat

Nr 3 september 2016 årgång 28



# Partnering for meaningful solutions

For more than 80 years, Ethicon has been a trusted partner, committed to address our customers' needs and deliver what is best for the health and welfare of the patients we serve. Our combined efforts and the high ethical standards by which we operate, define the quality and value of the comprehensive set of products and solutions we bring to market.

We offer you a wide range of surgical equipment and a very comprehensive portfolio of healthcare solutions in the Nordic countries.

Contact your local Nordic representative to learn more how our innovative products and services can help you to improve patient care.



## **HARMONIC ACE®+7 Shears with Advanced Hemostasis**

The most intelligent and advanced HARMONIC® device ever introduced<sup>2</sup>



## **ECHELON FLEX™ GST System with Gripping Surface Technology**

4x less tissue slippage during firing compared to Endo GIA™ Reloads with TriStaple™ technology for unsurpassed staple formation<sup>1</sup>



## **ECHELON FLEX™ Powered Vascular Stapler with Advanced Placement Tip**

Enables precise placement and enhances stability on fragile vessels (e.g. 83% reduction in tip movement<sup>3</sup>)



## **SURGIFLO™ WITH THROMBIN Haemostatic Matrix Kit**

SURGIFLO™ remains flowable throughout complex and lengthy procedures



## **Plus Antibacterial Sutures**

Inhibit bacterial colonization of the suture for 7 days or more<sup>4-6</sup>

<sup>1</sup> Benchtop testing in porcine stomach tissue. Mean tissue movement from after clamping on tissue to after firing. ECHELON FLEX™ Powered Plus Stapler (PSEE60A) and ECHELON Reload with GST vs ENDO GIA™ ULTRA Handle (EGIAUSTND) and Endo GIA™ Reload with TriStaple™ Technology at 3.3 and 4.0mm tissue thicknesses (3.3mm: GST160T 0.642mm vs EGIA60AMT 4.806mm p<0.001; 4.0mm: GST160T 0.654mm vs EGIA60AMT 5.116mm p<0.001). EMEA141061.  
<sup>2</sup> As compared to previously introduced HARMONIC devices without Adaptive Tissue Technology and Advanced Hemostasis mode.  
<sup>3</sup> Benchtop testing on porcine carotid arteries. Surgeons (n=24) fired each instrument / reload once: PSE45A / ECR45W and EGIAUSTND/ EGIA45AVM. Distal tip motion measurement during the firing cycle showed a median reduction of 83% and a range of reduction of 53% to 96% in tip movement of PSE45A/ ECR45W vs. EGIAUSTND/ EGIA45AVM.  
<sup>4</sup> Ming X, Rothenburger S, Yang D. In vitro antibacterial efficacy of Monocryl Plus Antibacterial Suture (poliglecaprone 25 with triclosan). Surg Infect (Larchmt). 2007;8(2):201-207.  
<sup>5</sup> Rothenburger S, Spangler D, Bhende S, Burkley D. In vitro antimicrobial evaluation of coated Vicryl Plus Antibacterial Suture (coated polyglactin 910 with triclosan) using zone of inhibition assays. Surg Infect (Larchmt). 2002;3(suppl):S79-S87.  
<sup>6</sup> Ming X, Rothenburger S, Nichols MM. In vivo and in vitro antibacterial efficacy of PDS Plus (polydioxanone with triclosan) suture. Surg Infect (Larchmt). 2008;9(4):451-457.

# ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

For more information please visit [www.ethicon.com](http://www.ethicon.com)

DK, FI, NO, SE:

Johnson & Johnson AB Staffans väg 2, SE-191 84 Sollentuna, Phone +46 8 626 22 00



#### Utgivare

Riksföreningen för operations-  
sjukvård ISSN 1101-5624.

#### Upplaga

1 850 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

*Maria Larsson och Mo  
säger farväl.*

Foto: Privat.

#### Annonser

annonsansvarig@rfop.se

#### Redaktion

*Kristina Lockner  
Inger Andersson  
Marie Afzelius  
Yvonne Törnqvist*

**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 3 2016 årgång 28

Redaktionens ord...sid 4

Depression och  
hjärtkirurgi...sid 6

Operationssjuksköterskors  
upplevelser av hot mot  
patientsäkerheten under  
operation...sid 7

Sinnesstämningar under  
väntan på dagkirurgiskt  
ingrepp...sid 12

Den sterilklädda operations-  
personalens val av skydds-  
utrustning...sid 14

Patienters upplevelse i den  
intraoperativa fasen...sid 16

Focus på skillnader = Genus-  
medicin - Biologiskt och  
Sociokulturellt...sid 20

Organdonation....sid 24

Hygienfrågan...sid 26

Med ett nytt leende...sid 28

Föreningsnytt...sid 32

Australienbesök vid  
Göteborgs Universitet...sid 42

sid 14



Foto: bylindahl

sid 20



sid 28



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



Jag sitter på tåget på väg hem efter en dag i Stockholm. En dag som handlat om projektet Stark för kirurgi – stark för livet, ett spännande och helt nödvändigt projekt, det att jobba med levnadsvanor och dess påverkan av hälsan. Sen att koppla individens hälsa och levnadsvanor till en del av dennes förberedelser inför sin operation, det kan vara en utmaning. Vår förening är en del i en mycket större helhet då det gäller Levnadsvaneprojekt och där vi just nu fokuserar på att ta fram underlag med evidens till oss själva för att se hur dessa fyra områden påverkar vårt omvårdnadsarbete med patienten. Vi kommer att ha ett avsnitt under Höstkongressen om detta samt en artikel i nr 1 2017. Vill du veta mer redan nu, titta på [swenurse.se/levnadsvanor](http://swenurse.se/levnadsvanor)

Det pågår en hel del projekt av olika slag runt om i vårt land, och det skrivs uppsatser. Den röda tråden i många av dem är patientsäkerhetstänket, i detta nummer av Uppdukat presenterar vi några, Joacim Svenssons Operations-sjuksköterskors upplevelser av hot mot patientsäkerheten under operation, Ewelina Jankowska och Paola Fuentes Den sterilklädda operationspersonalens val av skyddsutrustning. Du kan även läsa om Focus på skillnader = Genus-medicin Biologiskt och Sociokulturellt, Maria Larssons berättelse om sin tid med operationsmile. Läs även om di-

striktmöten som har anordnats i landet – dessa möten är utmärkta tillfällen för att få information om föreningen, utbyte av erfarenheter mellan olika sjukhus i distriktet, utbildning och inte minst att träffa kollegor. Hoppas att du tar möjligheten att mötas inom den gemensamma professionen!

Hur kan vi förbättra arbetsmiljön och arbetsvillkor så att det blir attraktivt att jobba på en operationsavdelning i framtiden? Är stafettsjuksköterskor en konsekvens eller lösning på en dålig arbetsmiljö? Jobbar du som stafettsjuksköterska? Eller jobbar du på en avdelning där ni har många stafettsjuksköterskor som kollegor? Hur påverkar det arbetsmiljön?

Har du träffat någon certifierad produktspecialist än? Tillsammans med branschorganisationen Swedish Medtech genomför riksforeningen för operationssjukvård certifieringskurs för medtechpersonal som medverkar i operationssalar och på operationsavdelningar. Syftet är att kvalitetssäkra att alla aktörer har rätt kunskap kring regler och praxis i samband med operation.

Vi vill gärna komma i kontakt med er, antingen om arbetsmiljöfrågan och eller certifierad produktspecialister, hör av er till redaktionen.

Snart är det den 4:e NORDA kongressen, 27 – 28 oktober i Köpenhamn. Temat för kongressen är, perioperative nurses in education and practice. Nästa nordiska kongress kommer att hållas i Sverige, 2018 information om den kommer att börja spridas redan i slutet av året. Kom ihåg 1 – 2 december, då är det Höstkongress på Waterfront, och för dig som är chef eller ledare är det Chefskonferensen den 2 december. Du hittar information, anmälningarna, inbjudningarna och program till alla kongresser på vår hemsida, [rfop.se](http://rfop.se).

4 – 7 maj 2017 är det EORNA kongressen på Rhodos. På [eornacongress.eu](http://eornacongress.eu) hittar du information och under november 2016 kommer 2nd announcement att publiceras – Håll ögonen öppna!

## INBJUDAN TILL HÖSTKONGRESS STOCKHOLM WATERFRONT

Riksföreningen för operationssjukvård • [www.rfop.se](http://www.rfop.se)

## Den 52:a Höstkongressen

1 – 2 december 2016  
Stockholm Waterfront

### Några av programpunkterna:

#### Hur har ni det med kompetensen?

Ulrica Nilsson, Karin Falk-Brynhildsen och Maria Jaensson, redovisar skillnader och likheter i hur operations- och anestesistjuksköterskor upplever sin kompetens och sin tilltro till sin egen förmåga. Har utbildningsnivån någon betydelse för kompetensen eller kön? Och hur står sig de svenska sjuksköterskornas syn på sin kompetens i relation med sjuksköterskor i andra länder?

#### Laparoskopisk Fundus-first Cholecystektomi

En lovande alternativmetod är att med ultraljudsdissektor fridissekera gallblåsan från leverbädden uppi-från och ned (Fundus-first cholecystektomi). Jämförelser visar fördelar beträffande dessa parametrar. Yucel Cengiz presenterar tillgängliga studiedata och om den fortsatta forskningen som planeras.

För fullständigt program och inbjudan se sidorna 22-23. Anmäl dig gör du på hemsidan, [rfop.se](http://rfop.se).





Truly customized  
laparoscopic solutions

## Allt ditt team behöver

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



**NYHET**

Erfaren  
laparoskopispecialist

**NYHET**

Laparoskopiska  
instrument av hög  
kvalitet



Draperingar och  
komponenter för  
kundanpassade set  
inom laparoskopi

Läs mer på [www.molnlycke.se](http://www.molnlycke.se)

Molnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Tel 031 722 30 00.

Molnlycke Health Care, BARRIER®, Biogel®, ProcedurePak® och Safetac® är varumärken, namn och logotyper som är globalt registrerade av en eller flera företag i Molnlycke Health Care-gruppen. © 2015. Molnlycke Health Care AB. Med ensamrätt.

 **ProcedurePak®**

 **MÖLNLYCKE  
HEALTH CARE**



# Om en nyligen publicerad avhandling

## Depression och hjärtkirurgi

Redaktionen vill uppmärksamma en nyligen publicerad avhandling vid Institutionen för Molekylär medicin och kirurgi vid Karolinska Institutet "Depression and cardiac surgery" som framlades av operationssjuksköterskan Malin Stenman den 3 juni 2016. Disputationen ägde rum på Thoraxkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna.

Vi önskar Malin lycka till och med förhoppning att en fortsättning följer med nya studier och initiativ inom thoraxkirurgin!

Depression är vanligt förekommande hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom och är förenat med en ökad risk för sjuklighet och död. Det övergripande syftet med avhandlingsprojektet var att undersöka sambandet mellan preoperativ depression och prognos efter kranskärlskirurgi genom att använda nationella kvalitets- och hälsodataregister. Vi undersökte bland annat betydelsen av sekundär läkemedelsprevention och socioekonomiska faktorer.

### Sammanfattning av avhandlingen

I den första studien undersöktes sambandet mellan depression (definierat som antidepressiv läkemedelsbehandling) och överlevnad efter kranskärlskirurgi. Vi inkluderade 10884 patienter som genomgick kranskärlskirurgi mellan 2006-2008 från Swedeheart och 11% var deprimerade före operationen. I en analys som justerade för störfaktorer fann vi en ökad risk för död hos patienter med depression (hasardkvot (HR) 1,45, 95% konfidensintervall (KI) 1,18-1,77).

Därefter undersöktes om patienter med depression hade sämre riktlinjerekommenderad sekundär läkeme-



Malin Stenman

delsprevention efter kranskärlskirurgi än patienter utan depression. Studiepopulationen var i stort sett samma som i första studien och vi fann ingen skillnad avseende läkemedelsprevention efter kranskärlskirurgi mellan deprimerade patienter och kontrollgruppen.

I en annan studie var syftet att undersöka sambandet mellan allvarlig depression och överlevnad efter kranskärlskirurgi. Patienter med depressionsdiagnos identifierades ur det nationella patientregistret och totalt inkluderades 56064 patienter som genomgick kranskärlskirurgi under perioden 1997-2008. Allvarlig depression innebar en signifikant ökad risk för död (HR 1,65, 95% KI 1,37-1,99).

Vi undersökte också om socioekonomiska faktorer påverkade sambandet mellan depression och sämre överlevnad efter kranskärlskirurgi. Även efter

att hänsyn tagits till potentiella störfaktorer inklusive socioekonomiska faktorer fann vi att depression var en riskmarkör för sämre överlevnad efter kranskärlskirurgi.

Slutligen gjorde vi en systematisk översikt och metaanalys av observationella kohortstudier som rapporterade samband mellan preoperativ depression och långtidsöverlevnad hos patienter som genomgått kranskärlskirurgi. Slutsatsen var entydig och bekräftar att depression är en viktig och oberoende riskmarkör hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom. Depression hos patienter som skall genomgå kranskärlskirurgi bör därför få samma uppmärksamhet som andra välkända riskfaktorer som t ex förhöjda blodfetter och diabetes. Det kan vara svårt att identifiera depression hos patienter med hjärtsjukdom eftersom många symtom är desamma vid båda tillstånden. Ett sätt att upptäcka patienter med depression kan vara genom systematisk screening, vilket också rekommenderas av American Heart Association Prevention Committee. ●



Avhandlingen finns tillgänglig vid:

Karolinska Institutet: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/45109>

# Operationssjuksköterskors upplevelser av hot mot patientsäkerheten under operation

Jag har i min magisteruppsats valt att beskriva risker som identifierats av operationssjuksköterskor samt beskriva hur de upplevde att patientsäkerheten äventyrades i perioperativ vård. Studien hade två syften, ett var att beskriva risker för vårdskada i perioperativ vård som identifierades av operationssjuksköterskor. Det andra syftet var att beskriva operationssjuksköterskors upplevelse av att patientsäkerheten hotades.

Operationssalen är en miljö som kan beskrivas som en av de mest komplexa och avancerade miljöerna inom sjukvården. Brister i operationssalens hygieniska standard, funktionalitet, defekter i medicinteknisk apparatur eller bristande sterilitet är exempel på faktorer som kan äventyra patientsäkerheten och på sikt även orsaka en vårdskada av mer eller mindre allvarlig karaktär. I värsta fall kan vårdskadan få katastrofala följder och till och med leda till att patienten avlider. Därför är det nödvändigt att utforma operationsmiljön till en så säker vårdplats som möjligt. Eftersom operationssjuksköterskan ska garantera både sina egen och patients säkerhet under operation, har hon en viktig roll i arbetet med att förebygga vårdskador. För att kunna arbeta förebyggande kan det vara värdefullt att ta reda på vilka risker operationssjuksköterskor identifierat och när de upplevt att patientsäkerheten äventyrats.

## Vårdskador och patientsäkerhet

Årligen drabbas 100 000 patienter av någon form av vårdskada och cirka 3 000 patienter avlider till följd av skadan. Hälften av alla vårdskador som sker i somatisk sjukhusvård inträffar i samband med en operation och ett systematiskt säkerhetsarbete



Joacim Svensson

i operationssjukvård skulle kunna minska risken för vårdskador.

Kommunikation är en förutsättning för att arbeta och att kunna bedriva en säker vård och att när kommunikationen brister är detta en bidragande orsak till att patienter utsätts för vårdskador. Studier visar att patientsäkerheten kan garanteras och upprätthållas på ett säkrare sätt om operationsteamet använder sig av mallar eller checklistor för att på så sätt förbättra kommunikationen. Ex-

empel på sådan checklista är WHO:s checklista för säkra operationer.

Patientsäkerhet i perioperativ vård specifikt fokuserat ur operationssjuksköterskans perspektiv framstår som sparsamt studerat. En studie av Alfredsdottir & Björnsdottir visar att operationssjuksköterskor känner stort ansvar gentemot att patienterna ska må bra i den utsatta miljö som patienterna befinner sig i. Operations-sjuksköterskorna kunde identifiera en rad faktorer som kunde hota patient-



säkerheten såsom att operationerna skulle genomföras hastigt vilket försvårade koncentrationsförmågan. Ett annat identifierbart hot var storleken på arbetsstyrkan, ibland var operationsavdelningarna överbemannade och ibland underbemannade vilket gjorde att raster fick ställas in samt att övertid var vanligt.

En annan studie som hittades vid databassökningarna avsåg att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av deras vårdande under den intraoperativa fasen av operationen. Studien visade att operationssjuksköterskorna gärna ville vara steget före operatörerna genom att tänka i ett längre perspektiv om kommande moment under operationen. Genom att de på detta sätt identifierade eventuella kommande risker som kunde äventyra patientsäkerheten, upplevde operationssjuksköterskorna att de arbetade förebyggande. Studier som belyser operationssjuksköterskors upplevelser av när patientsäkerheten äventyrats förefaller alltså vara ett relativt utforskat område. För att kunna arbeta förebyggande kan det vara värdefullt att ta reda på vilka risker operationssjuksköterskor identifierar och när de upplever att patientsäkerheten äventyras.

### Operationssjuksköterskors specifika roll

Operationssjuksköterskor har i operationssjukvården en specifik roll i omhändertagandet av patienten som ingen annan av yrkeskategorierna kan fylla. För att förhindra vårdskador och upprätthålla patientsäkerheten måste operationssjuksköterskor inhämta kunskap om hur de rätt omhändertar patienten inne på operationssalen. Operationssjuksköterskors specifika yrkesutövning innebär att de ska förbereda patienten för det kirurgiska ingreppet. De måste ha kunskap om hur man omhändertar och korrekt använder den högteknologiska medicinska apparatur som används under operationen. De ska ha adekvat kunskap om hur man steriltvättar operationsfältet och kunna klä patienten med sterila dukar på ett för operationssjuksköterskor och för patienten säkert sätt. Vidare måste operationssjuksköterskor säkert överräcka instrument till operatörerna.

För att säkerställa patientsäkerheten vid operation kan operationssjuksköterskor använda WHO:s checklista. WHO:s checklista för operation inne-



bär att operationssjuksköterskor gör avstämning vid två olika tillfällen under operationen, i början och i slutet. Checklistan innehåller bland annat frågor som gäller salens funktionsduglighet, identifiering av patient, vilken typ av operation som ska utföras och om dukar och instrument stämmer i antal med gallrets instrumentförteckning. Studier visar att användandet av exempelvis WHO:s checklista men även att andra typer av checklistor ökar patientsäkerheten.

### Operationssjuksköterskors etiska förhållningssätt

Operationssjuksköterskors etiska förhållningssätt och främjandet av patientsäkerheten är väl förankrad i deras profession. Professionen styrs av deras kompetens som uttalar att operationssjuksköterskor ska värna om de etiska aspekterna i vårdandet av patienten. Patientens säkerhet måste garanteras utan ett maktmissbruk från operationssjuksköterskorna. Maktmissbruk kan orsaka ett vårdlidande för patienten och äventyra

patientsäkerheten. Emellertid kan den vårdande relationen bli ett maktövertagande från patienten till operationssjuksköterskorna vilket kan innebära att patientens önskan minimeras. Ett etiskt krav för vårdprofessionen är att patientens autonomi ska respekteras och upprätthållas.

### Problemformulering

Forskning och litteratur visar att operationssjukvård är komplex vård som dessutom bedrivs i en komplex miljö med förekommande risker som skulle kunna äventyra patientsäkerheten och leda till att patienter drabbas av vårdskador. Ett stort ansvar för patientsäkerheten ligger hos operationsteamet genom att de har en annan människas liv och kropp "i sina händer" då patienten är totalt utlämnad till operationsteamet under operationen. I operationsteamet ingår operationssjuksköterskan som ska kunna garantera säkerheten för patienten under operation. Forskning om hur operationssjuksköterskor upplever när patientsäkerheten äventyras under operation är





Foto: bylindahl

begränsad. Genom att beskriva risker som identifierats av operationssjuksköterskor samt beskriva hur de upplevde att patientsäkerheten äventyrades i perioperativ vård kan patientsäkerheten stärkas och risken för vårdskador ytterligare minskas.

## Resultat

En risk som identifierades av operationssjuksköterskorna var att operatörerna upplevdes som oförberedda inför dagens operationer och att de bristande förberedelserna hotade patientsäkerheten. Operationssjuksköterskorna upplevde förvåning över den bristande framförhållningen operatörerna kunde visa. Operationssjuksköterskorna upplevde att operatörerna var dåligt informerade och dåligt pålästa angående vilka patienter och vilken typ av ingrepp som skulle genomföras under dagen.

*"Jag kan tycka att patientsäkerheten åsidosätts på grund utav att operatörerna är dåligt pålästa innan, vilket kan förvåna. det händer ju alltså att*

*flera operatörer inte vet vad de ska vara eller göra på morgonen, vet inte överhuvudtaget om att de ska vara på operation, jag som nonchalant och frustrerande" (I).*

Operationssjuksköterskorna upplevde frustration över den bristande framförhållningen då operationsteamet inte exempelvis läst på angående patientens anamnes före operationens ingrepp. Trots att operationssjuksköterskorna försökte förklara för operatörerna vikten av god framförhållning i den preoperativa vården ignorerades operationssjuksköterskornas påpekanden, detta ledde till en ökad frustration hos operationssjuksköterskorna över att hela tiden behöva påpeka värdet av god framförhållning. Operationssjuksköterskorna upplevde nonchalans från operatörerna men framförallt upplevdes nonchalans gentemot patienten.

Andra risker som identifierades av operationssjuksköterskorna var att operationsteamet:

- inte hade lyssnat till patienternas olika önskemål
- inte hade läst på om hudstatus
- positionerade olika
- inte visste hur den medicintekniska apparaturen fungerade.

Detta medförde flera hot mot patientsäkerheten och resulterade i att operationssjuksköterskorna upplevde irritation och förvirring i de preoperativa förberedelserna av patienterna då delar av operationsteamet fortsatte att positionera patienterna olika, trots att det var samma typ av ingrepp, detta kändes osäkert då ansvarsfrågan blev oklar. Samtliga operationssjuksköterskor upplevde oro över att operationsteamet var oförberedda i hur den medicintekniska apparaturen fungerade.

En ytterligare risk som operationssjuksköterskorna identifierade var hur WHO:s checklista användes. Operationssjuksköterskorna upplevde att WHO:s checklista fylldes i slentrianmässigt och dåligt. Det verkade uppstå förvirring angående vem som var ansvarig för att fylla i checklistan innan operationen skulle påbörjas. Ifyllandet av WHO:s checklista skedde undermåligt och ibland ignorerades inte bara en punkt av checklistan utan till och med kunde hela checklistan ignoreras. Detta upplevdes som obehagligt och besvärligt av operationssjuksköterskorna.

*"Ingen ansvarar för att WHO:s checklista följs, ingen som checkar av den punkt för punkt det upplever jag sker mer eller mindre slentrianmässigt och dåligt" (I).*

## Risker och upplevelser under intraoperativ vård

Operationssjuksköterskorna upplevde att arbetet under operation ställde höga förväntningar på den egna yrkeskompetensen då arbetet i operationsmiljö upplevdes avancerat. Operationssjuksköterskorna upplevde det riskfyllt då operationsteamet inte arbetade som ett team utan att varje enskild medlem drev åt olika håll. I operationsteamet fanns brister i rutinerna hur operationsteamet skulle omhänderta patienten under operation. Det fanns oftast ingen kontinuitet i arbetssättet hos operationsteamet vilket upplevdes som ett hot mot patientens säkerhet. Operations-

sjuksköterskorna upplevde således en frustration över hur operationsteamet arbetade.

Bristande rutiner bidrog till att det blev oklart hur operationsteamet skulle uppträda i operationssalen. Olika attityder till hur steriliteten skulle upprätthållas blev personliga genom att vissa i operationsteamet ansåg att ett visst arbetssätt inte kontaminerade operationsfältet medan andra ur operationsteamet hade en annan och avvikande uppfattning i frågan. De olika rutinerna upplevdes svåra, frustrerande och irriterande för operationssjuksköterskorna att hantera och förhålla sig till. Samtliga operations-sjuksköterskor upplevde att de ägnade mycket tid åt att förbereda patienten sterilt inför operation. Operations-sjuksköterskorna uppfattade att de upplevdes besvärliga och mångordiga när de påpekade hur medlemmarna i operationsteamet borde agera för att inte kontaminera det sterila området eller de sterila instrumenten.

Operationssjuksköterskorna upplevde irritation när det sterilklädda operationsteamet skulle bryta den sterila cirkeln på operationssalen och därmed utsätta sig själva och patienten för kontaminering. Samtliga operationssjuksköterskor försökte upprätthålla steriliteten och påpekade att andra i operationsteamet gjort fel och trots att operationssjuksköterskorna påpekade felaktigheterna fortsatte medlemmar ur operationsteamet att kontaminera. Operationssjuksköterskorna upplevde då att medlemmarna nonchalerade dem samt nonchalerade steriliteten vilket ledde till att patientsäkerheten upplevdes hotad. Operationssjuksköterskorna kunde uppleva sig överkörda och att de inte blev respekterade i sin profession. På sikt ledde detta till insikten hos operationssjuksköterskorna att de var medvetna om att operationsfältet var osterilt men de upplevde att de inte hade någon möjlighet att kunna göra något åt saken.

En risk för hotad patientsäkerhet som operationssjuksköterskorna upplevde var vid avlösning i operationssalen. Om operationssjuksköterskorna blev avlösta av någon annan av operationssjuksköterskorna och instrumenten inte hade räknats korrekt från början av operationen upplevdes detta hotfullt, farligt och oroväckande. Om det exempelvis skulle fattas ett knivblad eller dukar så hade den

som avlöste undrat vart dessa föremål hade tagit vägen och på sikt upplevdes detta livsfarligt för patienten.

Operationssjuksköterskorna upplevde irritation över att det kunde saknas instrument eller operationsdukar, vid närmandet av slutfasen av operationen. Då fenomenet uppdagades försökte operationssjuksköterskorna påpeka detta men möttes med misstro från operatörerna. De upplevde vidare att det oftast inte fanns tid till att räkna dukar och instrument innan operatören sytt ihop såret. Operationssjuksköterskorna upplevde situationerna som svåra och riskfyllda.

Operationssjuksköterskorna upplevde det riskfyllt när medlemmar av operationsteamet inte var närvarande i operationssalen trots att operationen antingen påbörjats eller fortgått en tid. Exempelvis när narkossjuksköterskorna lämnade operationssalen och på så sätt lämnat patienten utan någon kontroll ville operationssjuksköterskorna att operationerna skulle pausas men trots detta kunde operationerna fortsätta utan kvalificerad anestesipersonal på plats.

*”Vi hade ett tillfälle där anestesijuksköterskan sprang vid ett hjärtlarm och narkosläkare inte kunde komma in på sal... trots detta komma operatören in och så kör vi checklistan och så kör vi igång operationen utan anestesipersonal” (VI).*

I ett specifikt fall saknades flera livsviktiga instrument och annan medicinteknisk utrustning på operationssalen. När komplikationer uppstod hos patienten tvingades operationssjuksköterskorna lämna patienten genom att springa från salen och försöka leta fram material för att kunna stoppa en riklig blödning.

*”Det var ingenting vi hade fått information om var den skulle finnas, och upp, leta... det visade sig att den låg i ett helt annat rum, jämte expeditiönen, som typ i garderob, längst ner bland vätskor och kuddar hade man stoppat en sån viktig grej” (III).*

Operationssjuksköterskorna upplevde nonchalans när de försökte påpeka brister för operationsteamet angående hur operationen genomfördes, exempelvis kunde det vara strul med den medicintekniska apparaturen. Trots att operationssjuksköterskorna påpekade klara brister i hur opera-

tionsteamet förhållit sig till patienten valde vissa ur operationsteamet att nonchalera dem. En anledning till nonchalansen kunde enligt operationssjuksköterskorna bero på vilken sinnesstämning eller humör vissa i operationsteamet hade den dagen.

Operationssjuksköterskorna kunde notera händelser där olika medlemmar ur operationsteamet och besökare gick in och ut från operationssalen. Dörrarna öppnades ideligen. Trots påpekanden om detta, öppnades dörrarna in till operation ändå. Operationssjuksköterskorna upplevde till slut att de blev ”gråhåriga” av allt springande.

*”Det är ett vansinnigt springande i salar så man blir gråhårig” (I).*

### Risker och upplevelser under postoperativ vårdnad

Operationssjuksköterskorna upplevde frustration och obehag efter avslutad operation då patienterna blivit utsatta för skada och erhållit exempelvis trycksår på kroppen. Händelserna upplevdes frustrerande av operations-sjuksköterskorna då patientsäkerheten inte längre hotades och det nu faktiskt hade blivit en verklighet, att vården hade orsakat en skada hos patienterna.

*”Tryckskada har förekommit särskilt vid ryggposition där kan det ha blivit, sköra patienter, höfter som spänner, kan bli märken. Obehagligt att sådant händer” (V).*

Operationssjuksköterskorna upplevde det oerhört svårt när personer ur operationsteamet sytt ihop operations-såret och det uppdagades att det fanns en risk att instrument eller dukar kunde ha lämnats kvar inne i patienten. Vidare upplevde operationssjuksköterskorna det oerhört svårt och obehagligt när patienten fick opereras igen då det upptäcktes att instrument i operationsåret kvarglömmts från föregående operation.

Operationssjuksköterskorna framförde genomgående att det var andra medlemmar ur operationsteamet som utgjorde en riskfaktor, medan de inte berättade eller överhuvudtaget reflekterade över sin egen roll i operationsteamet i relation till risker eller hot mot patientsäkerheten. Vidare upplevde de att de inte hörsammades i operationsteamet. Operationssjuksköterskorna uppfattade sig själva



som att de skulle arbeta och ansvara utanför sin egen yrkesprofession.

### Ett icke fungerande team kan inverka negativt på patientsäkerheten

Missförstånd, bristande förberedelser, brister i ansvarsområde i operationsteamet kan till slut bli livsfarligt för patienten. Operationsteamet bör gemensamt arbeta i lag för att motverka vårdskada och upprätthålla patientsäkerheten. När teamarbetet inte fungerar påverkas teamets arbetsresultat och prestationer negativt. Det kan vara så att operationssjuksköterskorna inte känner alla i sitt operationsteam, något som också möjligen skulle kunna förklara hennes uppfattning om att andra i operationsteamet inte upplevs som förberedda. Gillespie, Gwinner, Chaboyer & Fairweather menar att det är komplicerat för ett team om medlemmarna inte på förhand känner varandra och därmed inte byggt upp en tillit till varandra.

Kommunikation är en viktig förutsättning för att få ett väl fungerande teamarbete. Bristande kommunikation kan äventyra patientsäkerheten och när kommunikationen brister är detta en bidragande orsak till att patienter utsätts för vårdskador. Kommunikation är således också en förutsättning för att arbeta och för att kunna bedriva en säker vård. Teamet kommunicerar bättre om de har förberett sig tillsammans innan operationens start. Operationssjuksköterskorna ansåg att förberedelse var något viktigt och något som stärkte patientsäkerheten. De ansåg sig vara förberedda men om de förberedde sig som ett team framkom inte. Det framkom heller inte om teamet samlades tillsammans på morgonen för att gå igenom patienterna under dagen. Förmodligen förberedde operationssjuksköterskorna sig själva utan att kommunicera med teamet.

Teamets struktur kan vara svår att förändra då det krävs specialistkompetens, men hur teamet skulle kunna arbeta patientsäkert är däremot en fråga om förståelse och respekt för varandras yrkesprofessioner. Teamet arbetar bättre och patientsäkert om de har ett gemensamt mål att arbeta mot. Ett operationsteam arbetar bättre om de i teamet har arbetat ihop en längre tid. En tydlig oklarhet som framkom i resultatet och som kan relateras till struktur var vem som ansvarade för WHO:s checklista. Operations-

sjuksköterskorna visste inte vem eller om det var de själva som hade ansvar över att den användes och fylldes i på anvisat sätt.

Operationssjuksköterskorna kunde uppleva frustration och obehag efter avslutade operationer då det konstaterats att patienten hade skadats och fått exempelvis trycksår. Operations-sköterskorna nämner inte att de själva kunde ha någon skuld i händelserna genom att själva berätta om att de kanske var oförberedda eller brast i sin egen kommunikation till övriga i operationsteamet. Operationssjuksköterskornas egen skuld till vårdskador diskuterades inte av dem, detta kanske beror på att det kan vara svårt för en människa att själv inse sina fel och brister och ännu svårare kan det vara att berätta om vad man själv har orsakat för skada.

Operationssjuksköterskor har en önskan att genom det perioperativa samspelet med patienten planera vårdprocessen med patienterna. Operationssjuksköterskorna hade ett intresse att kommunicera med patienten och komma dem nära. Denna önskan fanns hos operationssjuksköterskorna genom att de ville ha en god framförhållning, men de beskrev aldrig på vilket sätt de ville närma sig patienten eller hur denna framförhållning skulle kunna sett ut.

Operationssjuksköterskor kunde identifiera flera risker där patientsäkerheten äventyrades. En del av dessa händelser var gemensamma för varje operationssjuksköterska. Däremot var upplevelserna inte alltid överensstämmande med varandra. Ur riskerna lyfte operationssjuksköterskorna fram olika upplevelser. Operationssjuksköterskorna upplevde att operationsteamet arbetade olika och ojämnt vilket berodde på dålig kommunikation, otydliga mål och otydliga roller i den perioperativa vården. Operationssjuksköterskorna upplevde att medlemmar ur operationsteamet hade ett annat tankesätt än dem själva i fråga om sterilitet och nedräkning av instrument. Medlemmar ur operationsteamets förhållningssätt upplevdes som frustrerande för operationssjuksköterskorna. Operationssjuksköterskorna upplevde att WHO:s checklista blev ett hot mot patientsäkerheten snarare än ett verktyg att förhindra den. •

### Referenser

1. Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room.
2. *Journal Of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37.
3. Birkler, J. (2008). *Filosofi och omvårdnad. Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.
4. Braaf, S., Riley, R., & Manias, E. (2015). Failures in communication through documents and documentation across the perioperative pathway. *Journal Of Clinical Nursing*, 24 (13-14), 1874-1884.
5. Bulbulia, R., Gohel, M., Slim, F., Whyman, M. & Poskitt, K. (2004). Surgical practitioneres – Current role and future prospects. I I, Taylor & C. D. Johanson (red.), *Recent Advances in Surgery* 27, 55-66. London: Royal Society of Medicine Press Ltd.
6. Bäckström, G. (2012). Operationssjuksköterskans profession. I G. Myklestul Dävöy, I. Hansen & P. Hege Eide (Red.), *Operationssjukvård – Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (s. 29-46). Lund: Studentlitteratur.
7. Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
8. Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-173). Lund: Studentlitteratur.
9. Eide, H., & Eide, T. (2007). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konflikt-hantering*. Lund: Studentlitteratur.
10. Einav, Y., Gopher, D., Kara, I., Ben-Yosef, O., Lawn, M., Laufer, N., Liebergall, M., & Donchin, Y. (2010). Preoperative Briefing in the Operating Room: Shared Cognition, Teamwork, and Patient Safety. *Chest*, 137(2), 443-449.

**Har Du några frågor eller vill läsa hela uppsatsen, kontakta:**

Joacim Svensson  
Js22rn@student.lnu.se

**Fakta:** Joacim Svensson, Leg. SSK, operationssjuksköterska, Fil. Kand.

# Sinnesstämningar under väntan på dagkirurgiskt ingrepp

Antalet dagkirurgiskt utförda ingrepp fortsätter att öka i västvärlden. Det är vanligt att känna preoperativt oro inför ett kirurgiskt ingrepp. Den preoperativa perioden börjar när en kirurg och en patient träffas och kommit överens om en operation. Väntetiden inför ett planerat dagkirurgiskt ingrepp kan vara lång och påverka preoperativ oro. Oro och osäkerhet under väntetiden kan upplevas som ett stort problem för individen och leda till depression. Förutom att under väntetiden eventuell ha smärta eller vara rörelseinskränkt får många personer leva med, och ta itu med sina känslor på egen hand under väntetiden. Den korta vårdtiden som dagkirurgi innebär, kan medföra att vårdpersonal inte hinner uppmärksamma och hjälpa en person som har en påverkad negativ sinnesstämning under vårdtillfället.

Fysisk och psykisk stress kan orsaka negativa effekter både före, under och efter en operation. Under den perioperativa perioden kan personen känna oro och rädsla för framtida komplikationer och också uppleva sig som sårbar. Studier<sup>1</sup> har visat att oro har negativ påverkan gällande välbefinnande, återhämtning, sårsläkning samt kan medföra en förlängd vistelse på sjukhuset. Oro kan också medföra ökat behov av sömnmedel i samband med anestesi och ett ökat behov av smärtstillande efter uppvaknandet.

Få studier har undersökt vad personer upplever som inte känner sig som oroliga preoperativt eller studier där personer får beskriva sina egna erfarenheter av preoperativ sinnesstämning i väntan på ett planerat ingrepp. Förutom preoperativ oro är därför kunskapen om andra preoperativa sinnesstämningar låg. Kunskap om hur personer upplever väntetiden inför dagkirurgi är också begränsad eftersom studier kring preoperativ



Margita Svensson

oro ofta görs först på operationsdagen eller en, eller ett par dagar före ingreppet.

## Syfte

Syftet med studie I; "Calm or Not Calm: The Question of Anxiety in the Perianesthesia Patient<sup>2</sup>" och studie II; "Patients' experience of mood while waiting for day surgery<sup>3</sup>" är att beskriva hur personer upplever väntetiden inför en dagkirurgisk operation, om personer inför ingreppet känner sig lugna eller inte lugna, samt vilka orsaker personerna beskriver som bidrar till deras sinnesstämning.

## Design

Studie I genomfördes med en kvalitativ och kvantitativ metod, och i studie II har en kvalitativ beskrivande design använts.

## Metod

Etiskt godkännande för både studierna har lämnats från den regionala etikprövningsnämnden i Uppsala (I-II).

I båda studierna väntade deltagarna på en dagkirurgisk operation vid en hand-, ortoped-, kirurgi- eller en urologisk klinik på ett mellansvenskt

universitetssjukhus. I den första studien genomfördes en kvalitativ och kvantitativ undersökning av 161 deltagare. I en studiespecifik enkät fick deltagarna markera ett av följande påstående; "Jag känner mig helt lugn" eller "Jag känner mig inte helt lugn". De som inte kände sig helt lugna markerade sin grad av oro på en Numerisk bedömningsskala (Numeric Rating Scale, NRS). Skalan var graderad mellan 1-10, där 1 = lite orolig och 10 = väldigt orolig. Alla deltagare fick skriftligt beskriva orsaker till den sinnesstämning de hade på operationsdagen (I). I den andra studien deltog tjugo personer. De intervjuades enskilt och intervjuerna spelades in på band, senare skrevs allt ner ordagrant.

## Analys

För den kvantitativa delen i studie I användes icke-parametrisk, beskrivande och analytisk statistik och för den kvalitativa delen genomfördes en innehållsanalys. I studie II genomfördes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

## Resultat

Sammanlagt deltog 183 informanter. I studie I togs två personer bort som missuppfattat studieformuläret. Av de 181 deltagarna var 96 män och 85 kvinnor mellan 17-88 år (medel 58,5 år). I studie I var deltagarna klassificerade till ASA I eller ASA II, i studie II hade inte alla deltagare hunnit bli ASA-klassificerade i samband med intervju tillfället, men de som var klassificerade befanns mellan ASA I och ASA III. Resultatet i studierna visade att 70 deltagare (43 %) av de 161 deltagarna i studie I kände sig helt lugna. Det kunde säkerställas statistiskt att en större andel av männen var bland dessa 70 (n= 43). Under innehållsanalysen urskildes sammanlagt 10 olika kategorier, fem kategorier för de som kände sig lugna, respektive fem för de



som inte kände sig lugna. Deltagarna beskrev, att de kände sig lugna av att ha tidigare positiva erfarenheter av operation och anestesi, att känna sig säkra, att personalen visat omtanke, att vara väl informerad samt att ha positiva förväntningar. Fler av deltagarna i gruppen "Jag känner mig helt lugn" hade tidigare erfarenhet av att genomgå en anestesi/operation, n= 63 (90 %) jämfört med att inte ha någon tidigare erfarenhet, n=7 (10 %), skillnaden kunde säkerställas statistiskt.

Deltagare som beskrev att de inte kände sig lugna till följd av att känna oro för situationen, oro för resultatet av operationen, oro för anestesi och den postoperativa perioden, oro för smärta och illamående samt att ha tidigare (negativa) erfarenheter av operation och anestesi. Bland deltagarna som angav "Jag känner mig inte helt lugn", beskrev flest, 50 deltagare (n= 91), att orsaken var "oro för situation" d.v.s., oro för vad som skulle kunna komma att ske i framtiden. De angav sin oro till 5,4 (Range 1-10) på NRS skalan. För samtliga kategorier i gruppen "Jag känner mig inte helt lugn" angavs oro till 3,5 på NRS skalan (Range 1-10). I studie II illustreras resultatet av en huvudkategori hur personer beskriver sinnesstämning under väntan på en dagkirurgisk operation; "att känna hopp om att återfå hälsa som en hjälp för att balansera sinnesstämning". Två kategorier urskildes, dels "att uppleva en harmonisk sinnesstämning" och dels "att uppleva en skiftande sinnesstämning". Tre av de sex underkategorierna utgör exempel på att under väntetiden uppleva en stabil sinnesstämning genom; "att vara lugn och tillfreds trots en viss oro och rädsla", "att uppleva förväntan" samt "att känna förtröstan och förtroende", medan tre underkategorier att utgör exempel på att under väntetiden uppleva en skiftande sinnesstämning genom att; "att pendla mellan förväntan och oro", "att känna sig utsatta och utelämnad" samt "att uppleva osäkerhet". Oavsett sinnesstämning beskrev informanterna att under väntetiden känna hopp om att återfå hälsa, var till hjälp för att ha en sinnesstämning i balans.

## Slutsats

Studierna bidrar till att öka kunskapen om preoperativa sinnesstämningar. Resultatet beskriver hur personer kan uppleva sinnesstämningar under väntetiden inför ett dagkirurgiskt ingrepp, samt att det förutom pre-

operativ oro finns andra preoperativa sinnesstämningar. Oavsett sinnesstämning kunde personer under väntetiden uppleva att hopp om att återfå hälsa var en hjälp för att kunna balansera mellan olika sinnesstämningar. Personer som upplevde en harmonisk sinnesstämning, beskrev att de hade förmåga att balansera negativa tankar. Personer som upplevde att sinnesstämningen skiftade mellan att känna sig orolig och lugn, beskrev svårigheter med att kunna balansera sina negativa tankar. Omvårdnadsåtgärder bör utvecklas som lyfter fram och stödjer coping strategier som patienter preoperativt har fördel av under väntetiden. Där man kan lära av de personer som känner sig lugna preoperativt.

## Läs studierna i sin helhet:

I. Rosén S, Svensson M & Nilsson U. (2008). Calm or Not Calm: The Question of Anxiety in the Perianesthesia Patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Volume 23, Issue 4, 237-246.

II. Svensson M, Nilsson U & Svantesson M. Patients' experiences of mood while waiting for day surgery. Accepted and in progress 160313, *Journal of Clinical Nursing*.

<sup>1</sup>Bahrani N, Soleimani MA, Sharifnia H, Shaigan H, Sheikh MR & Mohammad-Rezaei Z (2013) Effects of anxiety reduction training on physiological indices and serum cortisol levels before elective surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 18, 416-420.

Boker A, Brownell L & Donen N (2002) The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anaesthesia* 49, 792-798.

Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D & Ferreira MB (2001) Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 45, 298-307.

Frazier SK, Moser DK, Daley LK, McKinley S, Riegel B, Garvin BJ & An K (2003) Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety. *American Journal of Critical Care* 12, 19-27.

Haythornthwaite JA & Benrud-Larson LM (2000) Psychological aspects of neuropathic pain. *Clinical Journal of Pain* 16, S101-105

Mitchell M (2003a) Impact of discharge from day surgery on patients and carers. *British Journal of Nursing* 12, 402-408.

Mokhuane EQ (2011) The Effect of Mood on Post-Operative Pain and the Reliability and Validity of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire Adapted on Black South Africans. *Journal of Neurology & Neurophysiology* 2, 1-7.

Rosenberger PH, Jokl P & Ickovics J (2006) Psychosocial factors and surgical outcomes: an evidence-based literature review. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 14, 397-405

Stirling L, Raab G, Alder EM & Robertson F (2007) Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: feasibility study. *Journal of Advanced Nursing* 60, 494-501.

Vaughn F, Wichowski H & Bosworth G (2007) Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN Journal* 85, 589-604.

Vileikyte L (2007) Stress and wound healing. *Clinics in Dermatology* 25, 49-55.

Yilmaz M, Sezer H, Gurler H & Bekar M (2012) Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing* 21, 956-964.

<sup>2</sup> Rosén S, Svensson M & Nilsson U. (2008). Calm or Not Calm: The Question of Anxiety in the Perianesthesia Patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Volume 23, Issue 4, 237-246.

<sup>3</sup> Svensson M, Nilsson U & Svantesson M. Patients' experiences of mood while waiting for day surgery. Accepted and in progress 160313, *Journal of Clinical Nursing*.

**Fakta:** Margita Svensson, MSc, RNA, Institutionen för hälsovetenskaper, Örebro Universitet.

# Den sterilklädda operationspersonalens val av skyddsutrustning

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) inom somatisk vård i Sverige år 2014 8,9% bland patienter, varav postoperativa infektioner är näst största anledningen till att patienter drabbas <sup>(1)</sup>. Perioperativ skyddsutrustning såsom ögonskydd, huvudskydd och dubbla handskar minskar risken för både personal och patient att drabbas av VRI <sup>(2)</sup>. Trots detta följer under våren 2014 endast 76 % av personalen på operationsavdelningar/uppvakningsavdelningar i Sverige basala hygienrutiner och klädsel (BHK) <sup>(3)</sup>. Studien undersökte den sterilklädda operationspersonalens val av och motivering till val av den tillgängliga perioperativa skyddsutrustningen.

VRI är fortfarande aktuella <sup>(1)</sup> och såväl personal som patienter drabbas vilket leder, utöver ytterligare lidande, även till förlängda vårdtider och ökade vårdkostnader <sup>(4)</sup>. För att förhindra smittspridning behövs korrekt använd skyddsutrustning <sup>(5)</sup> och studier visar på att nödvändig skyddsutrustning består bland annat av handskar

<sup>(6;7;8;9;10)</sup>, ögonskydd <sup>(11;12;13;14)</sup>, samt huvudskydd <sup>(15;16;17)</sup>. Trots att användning av huvudskydd, ögonskydd samt handskar står beskrivna i vårdhandboken visar studier att graden av compliance (följsamhet) till riktlinjer varierar <sup>(18;19;20)</sup>.

## Skyddsutrustning

### Huvudskydd

Riktlinjer från Vårdhandboken författade av Hambraeus och Tammelin (2013) är tydliga med att huvudskyddet skall täcka hår och skägg. Detta betonar även Hansen et al (2012) och Spry (2014). Huvudskyddet bör vara av engångsmaterial <sup>(5)</sup> och skall förhindra att mikroorganismer, hårstrån eller mjäll faller ned på sterildrape-ring, instrument, instrumentbord eller i såret <sup>(2;5)</sup>. Vidare framhäver Owers, James och Bannister (2004) att antalet bakterier som avges är större från öronen i jämförelse med panna och ögonbryn och rekommenderar således att huvudskydd bör täcka dessa delar, men i vart fall öronen.

### Ögonskydd

Enligt riktlinjerna från Vårdhandboken ska ögonskydd användas då de tillsammans med munskydd är till för att skydda mot stänk till slemhinnor <sup>(21)</sup>. Ett flertal studier visar att blodstänk mot ansiktet under operation kontaminerar både munskydd och ögonskydd <sup>(11;12;13;14)</sup>. Kirurgen löper störst risk för stänk i ansiktet i jämförelse med assistent och operationssjuksköterska, vidare är det ansiktsregionen som är mest utsatt; mun och näsa följt av panna med sidor (vilka är oskyddade vid enbart användning av skyddsglasögon) och sedan ögon <sup>(14)</sup>.

### Handskar

Under operation används enkla eller dubbla handskar. Riktlinjer kring användandet av enkla respektive dubbla handskar finns i Vårdhandboken, där sterila handskar alltid skall användas, samt att dubbla framförallt bör användas "vid infektionskänslig kirurgi och under operationer där det finns större risk för handskperforation" <sup>(21)</sup>. Vid dubbla handskar används ibland



Ewelina Jankowska



Paola Fuentes





indikatorhandske, som syftar till att öka chansen till upptäckt av handskperforation<sup>(6)</sup> och studier visar att handsckbyte oftare sker till följd av perforationsupptäckt vid användning av indikatorsystemet<sup>(6;10)</sup>. Ett flertal studier visar att innerhandsken vid användandet av dubbla handskar perforeras mer sällan än handsken vid användandet av enkla handskar<sup>(8;6;9)</sup>, medan skillnaden i perforation av enkla handskar och ytterhandsken vid dubbla inte skiljer sig mycket åt<sup>(6)</sup>. Det framkommer även att användare av enkla handskar mer frekvent upptäckte blod på händerna efter operationen jämfört med de som använt dubbla handskar<sup>(6;7)</sup>.

## Resultat och diskussion

Resultatet baseras på en tvärsnittsstudie som utfördes genom direkta och strukturerade observationer i kombination med strukturerad intervju.

### Huvudskydd

Totalt valde 43 % av deltagarna att använda mössa medan 57 % valde att använda hjälm. Vid en jämförelse gällande operationstyp framgår det att alla deltagare valde hjälm vid ortopediska operationer medan deltagarna vid kirurgiska operationer valde mössa i 91 % av fallen. Flest deltagare baserade sitt val av huvudskydd på avdelningens rekommendationer följt av huvudskyddets bekvämlighet och funktion (täckning av hår, öron och hals).

Resultatet antyder att även om en majoritet av både operatörer och operationssjuksköterskor använder hjälm, ögonskydd och dubbla handskar i sin yrkesutövning ses en skillnad

beroende på typ av operation. Vid ortopediska operationer används i hög grad hjälm på grund av den täckande funktionen, medan det vid kirurgiska operationer i hög grad används mössa då denna var bekvämast.

### Ögonskydd

Totalt valde 61 % av deltagarna någon form av ögonskydd under operation och det främsta skälet som uppgavs till att använda ögonskydd var stänkrisken. Bland de 39 % av deltagarna som inte använde ett ögonskydd som tillhandahålls av arbetsgivaren uppgav 80 % att det berodde på att de redan använde egna glasögon.

Trots att majoriteten av de tillfrågade var medvetna om stänkrisken valde endast 61 % av deltagarna att använda någon form av ögonskydd. För att motivera personal till att skydda sig mot stänk i ögonen krävs utrustning som är anpassad för all personal, oavsett om de har egna glasögon eller ej. En viktig punkt är att utbilda personal i stänkrisk och vad stänk kan innebära för den egna hälsan.

### Handskar

Totalt valde 96 % av deltagarna att använda dubbla handskar under operation. Av svaren framkom att den främsta anledningen till att använda dubbla handskar var att det ökar säkerheten både för patient och personal genom att skydda dels personalen mot stick- och skärskador samt genom att skydda patienten mot operationspersonalens hudflora. Bland de 4 % som använde enkla handskar förekom skäl såsom att enkla handskar ger bättre känsel, att patient inte hade en känd blodsmitta samt att det var en laparoskopisk operation.

Således framkommer det att det finns en hög medvetenhet kring sin egen och patientens säkerhet och risk för VRI i samband med handskperforationer.

Resultatet visar på att det finns utrymme för förbättring. Med utförd studie vill författarna bidra till att uppmärksamma klyftan mellan teori och praxis, samt öka uppmärksamheten kring variationen bland såväl sortimentet av skyddsutrustning samt användningen av denna. •

### Referenser

<sup>1</sup>Sveriges Kommuner och Landsting, (2014c). Punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner. Resultat från mätning vårdn 2014. Hämtad 23 oktober, 2014, från <http://www.skil.se/download/18.547f>

fc53146c75fdec0a240e/1404806906014/skl-punktprevalensmatning-vardrelaterade-infektioner-VT14.pdf

<sup>2</sup>Hansen, I., Loraas, L-M. E. & Brekken, R.S. (2012). Hygien och infektionspreventiva omvårdnadsåtgärder. I G.M Dävøy, P.H Eide & I. Hansen (Red), Operations-sjukvård - Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad (s. 151-200) Lund: Studentlitteratur.

<sup>5</sup>Spry, C. (2014). Infection Prevention and Control. I J. C. Rothrock (Red.), Alexander's care of the patient in surgery (s.69-123) (15 uppl.). St. Louis: Mosby.

<sup>6</sup>Korniewicz, D. & El-Masri, M. (2012). Exploring the benefits of double gloving during surgery. AORN Journal, 95(3), 328-336. doi:10-1016/j.aorn.2011.04.027

<sup>7</sup>Thomas, S., Agarwal, M. & Mehta, G. (2001). Intraoperative glove perforation: Single versus double gloving in protection against skin contamination. Postgrad Med, 77, 458-460

<sup>8</sup>Lancaster, C. & Duff, P. (2007). Single versus double-gloving for obstetric and gynecologic procedures. American Journal of Obstetrics & Gynecology, (36-37)

<sup>11</sup>Aisien, A O. & Ujah, I A O. (2006). Risk of blood splashes to masks and goggles during cesarean section. Med Sci Monit, 12(2), CR94-CR97.

<sup>12</sup>Davies, CG., Khan, MN., Ghauri, ASK. & Ranaboldo, CJ. (2007). Blood and body fluid splashes during surgery - the need for eye protection and masks. Annals Of The Royal College of Surgeons of England, 89(8), 770-772.

<sup>20</sup>Ganczak, M. & Szych, Z. (2007). Surgical nurses and compliance with personal protective equipment. The Journal of Hospital Infection, 66(4), 346-351.

<sup>21</sup>Hambraeus, A. & Tammelin, A. (2013). Operationsjukvård. Hämtad 8 januari, 2015, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Operationsvard/Personalforskrifter-pa-operationsavdelning/>

För fullständig referenslista, kontakta Ewelina Jankowska ([ewelina.jankowska@outlook.com](mailto:ewelina.jankowska@outlook.com)) eller Paola Fuentes ([paola\\_fuentes@outlook.com](mailto:paola_fuentes@outlook.com)), eller läs hela uppsatsen på <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=5433580&fileId=5433584>

**Fakta:** Ewelina Jankowska, legitimerad specialistsjuksköterska inom operations-sjukvård, Akademiska Sjukhuset, Uppsala och Paola Fuentes, legitimerad specialist-sjuksköterska inom operationssjukvård, Skånes Universitetssjukhus, Malmö.



Foto: bylindahl

# Patienters upplevelse i den intraoperativa fasen

Patienten påverkas av den vårdmiljön hon befinner sig i. Operationssalen är en okänd miljö för människan där operationssjuksköterskan som en del i operationsteamet är en länk mellan dessa två. Patienten som ska genomgå en operation kan känna rädsla och därigenom uppleva den intraoperativa perioden, dvs. från överföring till operationsbordet fram till överlämning på uppvakningsavdelningen, som skrämmande. Rädslan kan bero också på saknad av tillräcklig information kring ingreppet som ska göras och att överlämna sig helt och hållet i vårdpersonalens händer där patienten inte längre kan ta egna initiativ.

Patienters upplevelser i samband med en operation kan ständigt utvecklas till det bättre genom att implementera befintlig forskning i praktiken. Vårdmiljön i en operationssal är i ständig förändring tack vare nya operationstekniker, förbättrade medicinska tekniska utrustningar och instrument. Operationssjuksköterskans omvårdnad i den intraoperativa perioden innefattar en ständig förbättring för patienters bästa.

Tidigare forskning har visat att oro för det okända och ångest i samband med operation är vanlig. Stress i den intraoperativa perioden påverkar patientens uppfattning av omgivningen samt läkningsprocessen. En okänd miljö begränsar uppfattningsförmågan hos patienten då det är så mycket nytt samt skrämmande att ta till sig på så kort tid. I den intraoperativa perioden är patienten helt och hållet beroende av vårdpersonalen. Anestesi- och operationssjuksköterskans omvårdnadsinsatser utgör en länk mellan vårdmiljön och patienten och är i alla avseenden av högprioritet. Det är därför av största vikt för operationssjuksköterskan att få en ökad förståelse för patienters upple-

velse i den intraoperativa perioden och tillämpa nya kunskaper i praktisk omvårdnad.

## Perioperativ omvårdnad

Efter att patienten har genomgått den preoperativa fasen följer den intraoperativa fasen som varar från den tiden då patienten överförs till operationsbordet till och med hennes överlämning till uppvaket. Operationssjuksköterskans ansvar inom den intraoperativa omvårdnaden i samarbete med operationsteamet är upprätthållande av patientsäkerhet, fysiologisk övervakning och psykologisk övervakning inför sövning samt under operationer utförda i lokal bedövning. Omvårdnad i den intraoperativa skedet innefattar metoder i en vårdmiljö där patienters individuella behov tillgodoses genom omvårdnadsprocesser. Den postoperativa perioden börjar med det skedet då patienten kommer till den postoperativa avdelningen och slutar med ett postoperativt återbesök (Tollerud et al., 1985).

Varje patient är i behov av psykiskt stöd. Icke-verbal kommunikation såsom ansiktsuttryck, olika gester, kroppshållning och rörelser kommer att förmedla patienten ett budskap om att hon inte är ensam. Omvårdnad i en operationsmiljö innefattar identifiering av patientens fysiologiska, psykologiska och sociala behov där operationssjuksköterskan har att göra med en patient som upplever oro för det okända (AORN, 1969).

## Vårdmiljö

Sjukhusets främmande vårdmiljö påverkar patienten, hennes upplevelse av hälsa och välbefinnande. Patienten hamnar utanför sin egen trygghetszon där möjligheten av att kunna fatta egna beslut minskar, likaså att ta initiativ och ansvar (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012).

I operationssjuksköterskans roll ingår det att skapa en stödjande vårdmiljö genom att erbjuda patienten en personcentrerad vårdmiljö. Detta gör att patienten kan bättre bemästra situationen hon befinner sig i. Ljudnivån på en operationsavdelning kan vara störande och det kan bidra postoperativt till sämre sårsläkning, sömnstörningar samt kardiovaskulär stimulering, skriver Christensen (2005).

Att känna oro i samband med den okända operationsmiljön och själva operationen är en naturlig förekommande känsla men höga nivåer oro kan påverka patientens läkningsprocess och respons till medicinering. Kroppen kan reagera till och med fysiologiskt när den upplever ångest genom ökad hjärtfrekvens, ökad blodtryck, ökad temperatur (Pritchard, 2009), försvagat immunförsvar samt fördröjd sårsläkning (Selimen & Andsoy, 2011). Stress är kroppens normala reaktion på stimuli och kroppen svarar automatisk med en stressreaktion på alla påfrestningar som den utsätts för (Selye, 1977).

## Resultat

Sökningen resulterade i 9 studier som uppfyllde inklusionskriterierna och besvarade studiens syfte. Fyra av studierna utfördes i Sverige, 1 studie i Australien, 1 studie i Norge och 3 i USA. Studierna utfördes på olika sjukhus i världen och de fokuserade på patienters upplevelse inom operationsmiljön. Åtta av studierna använde sig av kvalitativ ansats och en studie använde sig av kvantitativ ansats.

### *Patientens ångest- och stressupplevelse*

I en studie av Haugen et al. (2009) upplevde kvinnor ångestkänslan betydligt mer än män vid ankomst till operationsrummet samt intrao-



Izabella Nordstrand

perativt. Denna ångestkänsla som upplevdes intraoperativt skilde sig obetydligt från patienters upplevelser av ångest i samband med premedicinering. Patienter i allmänhet upplevde ångest i lika utsträckning oberoende om de opererades elektivt eller akut. De patienter som hade en depression i botten fick olika upplevelser jämfört med de som inte led av en depression. De största skillnaderna märktes i samband med administrering av anestesi strax innan anestesi och efter att patienten hade fått det. Likaså var ångestkänslan större när det gällde ångestupplevelse strax innan operationsstart och under operation (Haugen, 2009).

Patienterna som hade genomgått ett tidigare ortopediskt ingrepp i en annan studie av Bergman et al. (2012) kände sig trygga inför ingreppet på grund av att de visste vad som väntade. De patienter som inte tidigare hade erfarenheter av att bli opererade i vaket tillstånd kände en del oro. McCloud et al (2012) studie baserat på Whitehead (2003) teori som jagets upplevelser utifrån ett historiskt perspektiv. De patienter som hade erfärit negativa upplevelser vid tidigare

operationer hade det svårare att samarbeta, de upplevde depression, ångest och ensamhet.

#### *Betydelsen av information*

Nästan alla patienter upplevde att de hade fått kontinuerlig information om vad som skulle hända och nästan hälften av dessa patienter berättade upplevelsen av mindre rädsla just för att de fick så bra information (Haugen, 2009). I en annan studie Bergman et al (2012) upplevde patienterna som de hade fått upprepade information

#### *Personalens bemötande*

Väntandet utanför operationsrummet hos vissa patienter tycktes långvarigt, men enbart få upplevde rädsla i samband med väntan. Att ha sett tillräckligt mycket personal på salen påverkades en del patienter positivt av och de kände mindre oro. Enbart några patienter fick uppleva olust i samband med mycket personal i samma operationssal (Haugen et al., 2009). Enligt Tinnfält & Nilsson (2011) upplevde patienterna sin omvårdnad i överlag som bra. Vårdpersonalen kunde hantera den medicintekniska apparaturen och sjuksköterskorna förstod den intraoperativa patientens situation och

visade engagemang. Patienterna som ingick i studien kände förtroende för sjuksköterskorna (Tinnfält & Nilsson, 2011). Vårdpersonalen upplevdes som närvarande, lyssnande och som alltid svarade på frågor och säkerställde deras välbefinnande. Även om patienterna upplevde att behöva överlämna sig själva helt åt vårdpersonalen, tyckte de att de hade fått en god vård (Lagerström & Bergbom, 2006). Vårdpersonalens professionalism upplevdes som avgörande i att kunna känna lugn och förtroende. Att prata om vardagliga saker inne på operationssalen uppfattades som avkopplande. Anestesisjuksköterskan ständiga närvaro och samtal upplevdes som en trygghetskänsla (Bergman et al., 2012).

Patienterna hade haft en förväntan om en god vård i samband med kirurgi. Deras uppfattning på god vård innebar att kunna bli del av en behaglig atmosfär där all personal presenterar sig. En behaglig atmosfär där vårdpersonalen skulle utföra sitt arbete utan att visa stress, vara lugna, omtänksamma, glada och professionella. Att berätta för patienten att hon var i fokus och att alla var där för hennes skull visade på omtänksamhet. Den här goda atmosfären bidrog till att patienten kände sig betraktad som en individ och det resulterade i en inre lugn (Lagerström & Bergbom, 2006)

#### *Förlust av kontroll*

I en studie av Susleck et al (2007) upplevde de patienter som genomgick operationer under generell anestesi att de tappade kontrollen över sig själva, andra och tiden. Den här känslan beskrevs som en känsla av hjälplöshet. En annan upplevelse som kom fram var att tappa kontrollen över sin egen kropp och till slut tanken att dö. Patienter som opererades i vaket tillstånd upplevde som om de var mindre involverade i allt som pågick bakom draperingen. Känslan av att tappa kontrollen uppkom då patienterna inte alls kunde höra vad som sades och när ljuden från olika apparatur tystnade (Bergman et al., 2012).

#### *Upplevelsen av smärta*

Smärtupplevelserna hos patienterna uppfattades olika. Vissa upplevde inte alls smärta i samband med ingreppet, andra upplevde smärta i samband med blodtomhetsmanschetten, lokalbedövningen, stillaliggande under en längre tid och smärta i ryggen (Bergman et al., 2012).



Patienter som fick STS *skin to skin* kontakt med sina nyfödda barn upplevde högre tillfredsställelse än de patienter som hade tidigare upplevelser av kejsarsnitt utan STS. Smärtupplevelsen bland de mammor som fick hålla sina barn strax efter födseln utvärderades som mindre än de som inte fick göra det. De mammor som inte upplevde STS sedan ett tidigare kejsarsnitt, krävde ytterligare smärtstillande under operationen än de som hade upplevt det sedan tidigare (Sundin & Mazac, 2015).

McCloud et al (2012) beskrev hur patienter som genomgick vitreoretinal kirurgi upplevde smärta. Den mest starka upplevelsen beskriven av patienter var i samband med lokalanestesi. Ju allvarigare diagnos patienterna hade, desto intensivare smärta upplevde dem. Att få sedering innan lokalbedövning upplevdes som positivt då patienten inte var medveten om vad som skulle hända.

*Upplevelsen av operationsmiljön*  
Den medicintekniska utrustningen på operationssalen gjorde att några få patienter fick mer oro men största majoriteten blev opåverkad. Faktorer som samtal mellan vårdpersonal och olika larmsignaler från medicinsk teknisk apparatur uppfattades av vissa som ångestframkallande (Haugen et al., 2009). Operationssalen upplevdes ren ur patienternas perspektiv och klassades som av hög kvalitet, likaså ljuden från omgivningen och känslan av förtroende från läkarna (Tinnfält & Nilsson, 2011). Operationsmiljön beskrevs som professionell och varm med en behaglig stämning (Bergman et al., 2012). Patienterna som fick testa en alternativ operationsmiljö utrustad med dämpade ljus, anpassad musik för kirurgiska patienter, rumstemperatur mellan 20 och 24 grader Celsius, varma filter och vackert målade väggar med lugnande färger, upplevde miljön som en underbar upplevelse som hjälpte dem lindra ångestkänslan (Schmock et al., 2009).

## Resultatdiskussion

Målet med studien var att undersöka hur patienter upplevde den intraoperativa perioden. Kunskapen som har framkommit i resultaten visade hur patienter påverkas av sina upplevelser och det var intressant att se hur stor skillnad små detaljer i bemötandet och miljön kan göra för patienternas välbefinnande. Sjuksköterskan med sina vårdhandlingar och vårdåtgärder

ska visa patienten att hon bryr sig om henne genom att lyssna till henne, inge mod och hopp om att hon kommer att klara av operationen, uppmuntra henne och hysa medlidande med patienten. Genom att ha ansvar för patienten och skydda hennes värdighet visar sjuksköterskan att hon är där för hennes skull (Lindwall, 2008).

Utifrån Marran (2005) litteraturstudie som analyserar patienternas psykologiska behov i samband med en operation, beskrivs ytterligare åtgärder förutom att hålla patienten i handen. Dessa är bekräftande, verbal distraktion, musikterapi, användning av intraoperativ video då patienterna kan titta med hjälp av speciella glasögon på video, gav en minskad ångestupplevelse. Verbal distraktion samt musikterapi är ofta använda metoder av sjuksköterskor i den intraoperativa perioden då patienter som opereras befinner sig i vakettillstånd (Marran, 2005). Inte minst i samband med smärta har musikterapi visat sig effektiv. Tidigare litteratur beskriver musikterapi som en bra omvårdnadsåtgärd mot smärta (Reilly, 1999; Selimen & Andsoy, 2011).

Marran (2005) beskriver handhållning som en viktig del av den intraoperativa omvårdnaden som uppfattas av patienten som en akt av bekräftelse som skapar förtroende i mötet mellan patient och sjuksköterska. Som stöd till vikten av att bemöta patienten refererar Gustafsson et al. (2010) till den perioperativa dialogen som en viktig del i patientens upplevelse av vårdens kontinuitet.

Enligt Lindwall & Von Post (2009) är kontinuitet i vården med hjälp av den perioperativa dialogen bland den viktigaste som vårdpersonalen kan sträva efter för att tjäna patientens välbefinnande.

Patientens läkningsprocess betonas vara beroende av en optimal miljö där omgivningen influerar patientens kropp och själ. Vårdmiljön och sjuksköterskan som är en del av miljön accentueras som av stor vikt i patienters välbefinnande. En viktig del i operationsmiljön beskrivs vara sjuksköterskans bemötande. Sjuksköterskan, som har en central position i patienters vårdande, framställdes som en nyckelperson när det gällde patienters välbefinnande och hennes kompetens att bedriva evidens- och kunskapsbaserad omvårdnad

underströks. (Leksell & Lepp, 2013; Nightingale, 1989; Friberg, 2014; Wiklund Gustin & Bergbom, 2012). Tidigare studie (Hankela & Kiikkala, 1996) understryker också patienternas rädsla av den okända operationsmiljön likaså sjuksköterskans nyckelposition i att lindra den rädslan genom att bemöta patienten med vänlighet och professionalism.

Enligt studiens fynd är en stor del av patienternas upplevelse i den intraoperativa perioden samknutet till sjuksköterskans bemötande med patienten. Sjuksköterskans roll blir därigenom central i den kirurgiska patientens omvårdnad och välbefinnande.

## Slutsats

Patienters upplevelser i den intraoperativa perioden har stor betydelse för patienters välbefinnande. Resultatet visar att många patienter upplever oro inför det okända i samband med operation. Därmed spelar vårdpersonalens bemötande en viktig roll för patienters välmående genom god information och kommunikation. Vikten av vårdpersonalens professionalism och inte minst miljöns utformning är en framträdande del av studiens fynd.

Ny kunskap och vidare forskning inom detta område är av hög relevans och fler omvårdnadsåtgärder bör utvecklas för att kunna tillfredsställa den kirurgiska patientens behov. Det behövs mer evidensbaserad kunskap som kan tillämpas i praktiken just för att möta patientens behov i den intraoperativa perioden. Forskning kring patientens upplevelser i den intraoperativa perioden är viktig för att kunna förstå patientens reaktioner och agera utifrån dem på bästa möjliga sätt. Anledningen till detta är välgrundad då det finns få studier som beskriver patienters upplevelser i den intraoperativa miljö. •

**Har Du några frågor eller vill läsa hela uppsatsen, kontakta:**

Izabella Nordstrand  
izabella.nordstrand@yahoo.se

## Vi söker fler redaktörer

Vill Du vara med och påverka innehållet i medlemstidningen Uppdukat?

### Uppgifter

Du skall kunna skriva egna artiklar och redigera andras texter samt kunna hantera det skrivna ordet och bilder.

I uppdraget ingår även korrekturläsning.

Du ska vara ansvarsställande och kunna arbeta självständigt och i team.

### Arbetstid

Kvällar och helger eller annan ledig tid.

### Ansökan ska innehålla

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

Skicka in Din ansökan senast den 10 oktober till [redaktionen@rfop.se](mailto:redaktionen@rfop.se)



# COPENHAGEN 2016

27-28 OCTOBER

PERI-OPERATIVE  
NURSES IN  
EDUCATION  
AND PRACTICE

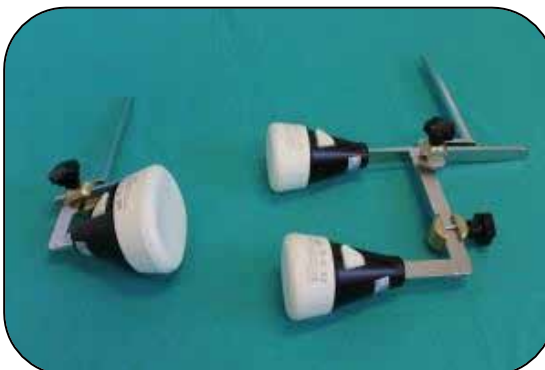


**NYHET!**

## Nya HIPFIX®

HIPFIX® för stabil och precis patientpositionering i sidoläge med över 20 års klinisk historia.

Nu med individuella patientset för varje operation, för att möta dagens krav på hygien, komfort samt användarvänlighet.



 **OSSANO**  
SCANDINAVIA

[www.ossano.se](http://www.ossano.se)

Tel: 08-665 10 18

Mail: [info@ossano.se](mailto:info@ossano.se)

# Focus på skillnader = Genusmedicin

## - Biologiskt och Sociokulturellt

Kunskaper om biologiska, sociala, psykologiska och ekonomiska olikheter och likheter mellan kvinnor och män och dess konsekvenser för sjukdom, hälsa och rehabilitering har betydelse för den vårdkvalité vi som professionella vårdgivare erbjuder våra patienter. Kunskapen kan bidra till en förhöjd vårdkvalité- och arbetslivs kvalité, sänkta kostnader genom minskad risk för ineffektiva och eller felaktiga vårdinsatser. De patienter vi idag möter och som vi i framtiden kommer att möta många flera av, kommer att vara pålästa om sin ohälsa, sjukdom och om könsskillnader vad gäller vård, behandling och rehabilitering. Att ha kunskaper om genus, känns absolut nödvändigt för att kunna möta framtidens patienter på ett bra sätt.

Lagstiftningen säger att vi ska erbjuda alla en jämlik vård. Vad innebär det, jo att alla ska ha rätt och möjlighet att få den vård, behandling och rehabilitering man behöver. För att kunna uppnå detta så måste hänsyn tas till kön, ålder, socioekonomiska aspekter (klass), etnicitet, religion och sexuell läggning. Och inom vården måste man i sin profession ha kunskaper om detta så att inga förutfattade meningar eller felaktiga antaganden kan äventyra kvalitet och patientsäkerhet. (Bias) Processen kring vård och behandling och rehabilitering kan se olika ut, men resultatet ska vara desamma oavsett kön och ålder och socioekonomi. Vi vet idag att den socioekonomiska aspekten har betydelse för hur vi som människor utvecklar och drabbas av ohälsa och sjukdom och också hur vi hanterar desamma. Det finns mycket forskning som visar att var vi bor och hur vi lever har betydelse för detta.

Definitionen på Genusmedicin är: ett fokus på skillnaden mellan kvinnor och män biologiskt och sociokulturellt. Rent historiskt är genus eller



*Birgitta Hübinette*

gender sprunget ut rösträttskampen för kvinnor i England och man kan lätt förledas tro att genus bara handlar om kvinnor och kvinnors kamp, "lite rödstrumpesnack", eller feminism, men det är ett alldeles för smalt synsätt, genus handlar om båda könen men innehåller också begrepp som makt, över- och underordning, jämställdhet, jämlikhet.

Ett globalt exempel kan vara kvinnans ställning i familjen i tredje världen. Kvinnan har inte samma status

i familjen som mannen, hon får äta sist, äta det som blir över och kanske även mindre mängd. Givetvis får detta följder för kvinnan med risker att få sämre näringsintag och förändringar av sitt immunförsvar. Så vi kan konstatera att socioekonomiska förutsättningar kan förändra biologin likväl som biologin kan förändra de socioekonomiska förutsättningarna.

Gener, hormoner i olika mängd plus livserfarenhet, gör att vi blir de individer vi blir. Då kan vi också förstå



att det är individuella skillnader mellan oss även om likheterna är större än olikheterna. En klok författare (O. Conell) uttryckte det; mannen föds inte maskulin, men han måste bli man.... Reproduktion, enzymer, organfunktion och kroppsstorlek är också delar av oss som kan se olika ut. Okey, ser vi krasst på hur det sett ut historiskt och faktiskt också idag har: mannen har varit normgivande, allt behandlande ex. läkemedelsförskrivande, operationstekniker har byggt på detta med den manliga normen. Forskningen har byggt på kunskaper om mannen, 70 kg *vit medelålders man*. De flesta forskare och läkare var män, kvinnan hade inte tillträde till högre studier förrän 1927 (i Sverige) och följden blev att fanns ett naturligt urval av män, att forska på. Hela systemet med manlig värnplikt gav ju massor av manligt material. Även i djurförsök har man använt handjur, det görs fortfarande men utvecklingen har gått och går framåt även inom detta område.

### Inte självklart med jämlikt behandling

Med detta konstaterande kan vi alla förstå att vård och behandling inte

självklart blir jämlikt. Hänsyn måste tas till biologiska skillnader och socio-ekonomin. Man kan uppröras och ilska till över detta, men faktum kvarstår kvinnor lever längre än män (det har sett ut så sen vi började föra statistik över detta i Sverige på 1750-talet.) Så även om vi som kvinnor fått läkemedel, billigare och mindre potenta, vård och behandling som utvecklats av män för män så "har vi grejat det", vi överlever längre, men resultatet kan bli mycket bättre. Det finns mycket att utveckla och sätta tänderna i vad gäller kunskaper kring könsskillnader men utvecklingen går starkt fram. Forskare idag vet att varje cell har ett kön och att detta har betydelse. (Ex vid organtransplantationer. Hur fungerar en lever från en man i en kvinnas kropp, behövs mera läkemedel för att förhindra avstötning?)

Idag måste man ha mycket starka skäl till om man bara ska forska på ett kön. Kvinnor i fertil ålder med sin menstruationscykel ser inte lika ut som mannen. Forskning på kvinnor kräver lite mera då vi kan befinna oss i olika skeenden av vår menstruationscykel och alltså svara på behandlingar olika.

### Vård ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet

Jag sa inledningsvis i definitionen av genusmedicin att forskningen fokuserar på skillnader mellan könen och att det är nödvändigt att vi också fortsätter att forska på män även om vi kan mycket om män men faktum kvarstår, då fler pojkfoster leder till missfall, flera pojkar föds med missbildningar, mer än dubbelt så många män väljer att ta sitt liv jämfört med kvinnor, (även om flera kvinnor får diagnosen depression, vilket är en diagnos som oftast ges vid självmordsrisk.) Flera män drabbas av cancer jämfört med kvinnor.

Vård ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och då kan det inte vara så att vården ska utgå från resultat från forskning byggd från bara ett kön. Männens behandling och vård ska bygga på forskning gjord på män och kvinnors på forskning gjord på kvinnor. •

**Fakta** Birgitta Hübinette, Utbildningsledare Centrum för Genusmedicin, Karolinska institutet.

# Air Safety



## Vi rensar luften i op-salen

Ren luft handlar om hälsa, säkerhet och tankeskärpa, för både personal och patienter.

Vi har många års erfarenhet av att minimera gas, lukt, ånga och partiklar – direkt vid läckagepunkten.

”Vi valde Medicvents system för att det är ett enkelt, smidigt och mycket effektivt sätt att få bort besvärande lukt och partiklar vid laser- och diatermikirurgi.”

Ingela Häggström,  
sektionschef operation,  
Södra Älvsborgs sjukhus i Borås

Vårt utsug för laser och diatermi finns också på bl a Centrallasarettet i Växjö, Universitetssjukhuset i Örebro, Sunderby sjukhus, Centralsjukhuset i Karlstad och Universitetssjukhuset i Malmö.



### Effektivare utsug

Medicvent erbjuder ett moduluppbyggt centralfläktsystem – med tillbehör som dubbelmasker och larynxkåpor som effektivt suger ut läckande gaser och partiklar samt integrerat utsug av rök-gaser vid t ex laser och diatermi, med komplett av/på-ventil.

### Bättre luftkvalitet

Vårt system evakuerar de skadliga gaserna ut ur rummet, vilket både är enklare och mer effektivt. Vid laser och diatermi blir luftkvaliteten markant bättre jämfört med kolfilterfläktar och problemet med obehaglig lukt minimeras. Vår utrustning tar mindre plats, samtidigt som ljudnivån sjunker.



Läs mer om våra produkter på [www.medicvent.se](http://www.medicvent.se)  
Pendelgatan 3, 904 22 Umeå. Telefon 090-12 75 00. E-post [info@medicvent.se](mailto:info@medicvent.se)

# HÖSTKONGRESS 2016

Sedan starten 1964 har föreningen arrangerat Höstkongress varje år och i år blir det för 52:a gången. En del i vårt program är den medicintekniska industrins utställning. Där ges möjlighet att få information, nyheter, prova och ställa frågor.

Välkomna!

## Tid och plats

Torsdag och fredag den 1 – 2 december 2016, på Stockholm Waterfront Congress Center.

## Registrering

Registreringen är öppen torsdag den 1 december kl. 08.30 – 09.30 och kl. 11.45 – 12.15 samt fredag den 2 december kl. 08.00 – 08.30.

## Posteranmälan

Posteranmälan med abstract och foto skickas senast den 30 oktober till [poster@rfop.se](mailto:poster@rfop.se).

För mer information och instruktion se:  
[rfop.se/hoestkongress/poster-hoestkongressen-2016/](http://rfop.se/hoestkongress/poster-hoestkongressen-2016/)

Obs. Posterutställare ska vara anmälda kongressdeltagare.

## Anmälan

Anmälan görs på [www.rfop.se](http://www.rfop.se) under Höstkongress. Bekräftelse om deltagande skickas via e-post. Anmälan är bindande. Platserna kan efter överenskommelse överlåtas åt annan person.

## Deltagaravgifter

*OBS! sänkt avgift för medlemmar!*

Avgiften inkluderar lunch, kaffe samt mingel.

### Medlem två dagar

4 100 kr exkl. moms.

### Medlem en dag

2 800 kr exkl. moms

### Icke medlem två dagar

5 100 kr exkl. moms

### Icke medlem en dag

3 800 kr exkl. moms

### Specialistsjuksköterskestuderande med inriktning mot operationssjukvård

1 500 kr inkl. moms

### Pensionärer

1 500 kr inkl. moms

Deltagaravgiften faktureras i direktanslutning till Din anmälan. Var noga med att ange korrekt mottagare och adress för fakturan samt kostnadsställe i Din anmälan.

## Frågor

Angående anmälan och betalning kontakta:  
[rfkongress@mittkompetens.se](mailto:rfkongress@mittkompetens.se)

**[www.rfop.se](http://www.rfop.se)**



## Preliminärt program

### Torsdag 1 december 2016

| Tid   | Föreläsning                                                                                                                                                                                   |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08.30 | <b>Registrering och kaffebuffé</b>                                                                                                                                                            |
| 09.30 | <b>Årets Riksföreningen anser och rekommenderar</b><br>Kvalitets- och vetenskapliga rådet                                                                                                     |
| 09.50 | <b>Patienters upplevelse i den intraoperativa fasen</b><br>Izabella Nordstrand                                                                                                                |
| 10.20 | <b>Hur har ni det med kompetensen?</b><br>Ulrica Nilsson, Karin Falk-Brynhildsen och Maria Jaensson                                                                                           |
| 11.00 | <b>Synergonomi i operationssalar – hur ska man utforma den visuella miljön i en operationssal för att förbättra vakenhetsgraden och synbarheten på operationsarbetet?</b><br>Hillevi Hemphälä |
| 11.30 | <b>Utställning och lunch</b>                                                                                                                                                                  |
| 13.00 | <b>Poster presentationer</b>                                                                                                                                                                  |
| 13.30 | <b>Laparoskopisk Fundus-first Cholecystektomi</b><br>Yucel Cengiz                                                                                                                             |
| 14.00 | <b>Neurokirurgi</b><br>Peter Milos                                                                                                                                                            |
| 14.30 | <b>Utställning och kaffebuffé</b>                                                                                                                                                             |
| 15.15 | <b>DCD – donation after circulatory death – ger fler möjlighet att donera</b><br>Hans Lindblom                                                                                                |
|       | <b>Organtransplantation – livräddande verksamhet</b><br>Markus Gäbel                                                                                                                          |
|       | <b>Inte utan min donator</b><br>Emma Dalman                                                                                                                                                   |
| 17.15 | <b>Utställning och mingel med dryck och tillugg</b>                                                                                                                                           |
| 19.00 | <b>Dag 1 slut</b>                                                                                                                                                                             |

### Fredag 2 december 2016

| Tid   | Föreläsning                                                                                                                                                    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08.00 | <b>Registrering</b>                                                                                                                                            |
| 08.30 | <b>Projektet Stark för kirurgi- stark för livet – Levnadsvanor i samband med operation</b><br>Kristina Lockner                                                 |
| 08.40 | <b>Alkohol och operation – vad säger evidensen?</b><br>Hanne Tønnesen                                                                                          |
| 09.30 | <b>Utställning och kaffebuffé</b>                                                                                                                              |
| 10.30 | <b>Stark att opereras</b><br>Johanna Jaaran                                                                                                                    |
| 11.00 | <b>Levnadsvanor i samband med operation. Vad gör vi?</b><br>Frågestund med paneldeltagare, Pelle Gustafsson, Roger Olsson, Hanne Tønnesen och Inger Torpenberg |
| 11.35 | <b>Säkert teamarbete – erfarenheter av att föra in CRM i den kliniska vardagen vid ALB</b><br>Karin Pukk Härenstam, Gunilla Henricsson och Irini Antoniadou    |
| 12.15 | <b>Utställning och lunch</b>                                                                                                                                   |
| 13.30 | <b>Depression and cardiac surgery</b><br>Malin Stenman                                                                                                         |
| 13.45 | <b>Bag masker og lukkede døre</b><br>Erik Elgaard Sørensen                                                                                                     |
| 14.45 | <b>Kaffe i anslutning till föreläsningslokalen</b>                                                                                                             |
| 15.00 | <b>Framtidens patient</b><br>Hans Eriksson                                                                                                                     |
| 16.00 | <b>Avslutning</b>                                                                                                                                              |





# Organdonation

## En livsviktig verksamhet – vilken effekt får den statliga donationsutredningens lagförslag för intensivvården?

Under hösten 2015 offentliggjordes den statliga utredningen om organdonation. Utredningen med Anders Milton i spetsen har under dryga två år gjort en gedigen genomgång av flera viktiga aspekter på organdonation i Sverige. Huvudsyftet har varit att presentera förslag som ger en bättre tillgång på organ för transplantation och en fortsatt framgångsrik donationsverksamhet genom att individens vilja till organdonation efterfrågas och efterlevs av sjukvården. Utredningen, SOU (Statens offentliga utredningar) 2015:84, är nu ute på remiss. Om lagförslagen realiserar föreslås de träda i kraft lagom till sommaren 2017.

De lagförslag som utredningen presenterar överensstämmer väl med de förtydliganden som bland annat donationsansvariga och andra företrädare för intensivvården har efterfrågat. Nedan sammanfattar vi de förändringar som föreslås och ger våra kommentarer utifrån vår roll som Regionalt donationsansvariga sjuksköterskor.

*Patientens intresse skall vara i fokus. Donationsviljan skall värderas högt. Donation skall vara en naturlig del av vården vid livets slut.*

Den tolkning av hälso- och sjukvårdslagen som varit praxis på de flesta ställen har tidigare inneburit att man inte ansett att det var etiskt försvarbart att vårda enbart "för någon annans skull". De förtydliganden som nu föreslås innebär att utgångspunkten förändras så att människors vilja att donera sätts främst. Vi välkomnar att fokus nu förändras till att främja och värdera viljan att hjälpa andra högre. Det är viktigt att vi bibehåller en hög etisk medvetenhet så att förtroendet för sjukvår-

den kvarstår. Om vi lyckas med att se på donation som en naturlig del av vården och en fråga som alltid ska komma upp vid livets slut på en intensivvårdsavdelning, kan vi göra skillnad!

*Regelverk för samtycke förblir oförändrade. Samtycke till donation anses innefatta även samtycke till medicinska åtgärder vid livets slut som kan behövas för att möjliggöra donation, under förutsättning att de inte innebär skada eller lidande.*

Vi har redan i dag ett regelverk som innebär förmodat samtycke och det har inte varit framgångsrikt, utifrån andra länders erfarenheter, att införa andra alternativ såsom "opt-out-register". Det är bra att utredningen klargör att ett samtycke innebär att viljan att donera skall respekteras så långt det är möjligt. Vi behöver heller inte känna tvekan inför om samtycket innebär att man även samtyckt till exempelvis något/några ytterligare dygns intensivvård.

*Inställning till donation skall få utredas under förutsättning att all aktiv behandling är meningslös och att beslut om att inte inleda eller fortsätta livsuppehållande behandling har fattats. Donationsregistret blir kvar och regleras i en särskild förordning. Det ges möjlighet att söka i registret innan döden, förutsatt att beslut om att avstå eller avbryta behandling är fattat.*

Brytpunkten för när donationsutredning skall inledas blir tydliggjord och harmoniserar enligt de lagda förslagen med den praxis som vi ser inom intensivvården i dag. När behandlingsförsök/initiativ inte anses meningsfulla för patienten så skall vi tänka på

donation som en möjlighet. Det är bra att förslagen anger att vi nu kan utreda samtycke till donation fullt ut genom att även få tillgång till donationsregistret innan döden. Transparensen gentemot närstående blir enklare och tiden från avbruten behandling till fastställandet av döden och samtyckesutredning blir mindre påfrestande.

*Medicinska insatser skall få inledas eller fortsätta för samtyckesutredning och donation och därmed möjliggörs även donation efter hjärtstillestånd (DCD; donation after circulatory death).*

Detta innebär att vi tillåts att exempelvis intubera en patient med en fatal hjärnskada för att möjliggöra utredning av donationsviljan.

Implementering av *donation efter hjärtstillestånd (DCD; donation after circulatory death)*, blir förutsatt att lagförslagen går igenom, möjligt. Detta kommer i första hand att innebära att intensivvårdspatienter där vi idag avbryter behandling pga. att total hjärnfunkt inte utvecklas komplett, kan bli donatorer (DCD III). Arbete med processer och rutiner för detta införande pågår via en projektgrupp i Vänadsrådet/Vänadsområdesgrupp organ (VOG-organ), där en av artikelförfattarna ingår.

Kommer detta att innebära att intensivvårdsplatserna inte räcker till? Vår bedömning är att antalet patienter som kan komma att bli aktuella för intensivvård enbart för att möjliggöra donation, inte kommer att vara många. Merparten av dessa patienter vårdas redan på Iva och de som möjligen tillkommer är ingen stor andel. En genomgång av



*Cecilia Reinikainen Diamant*



*Hans Lindblom*



*Marianne Sandkvist*

avlidna strokepatienter på ett läns-sjukhus i södra regionen visade på att 22 patienter med stroke avled inom tre dygn från insjuknandet under 2014. Liknande genomgångar har gjorts i Stockholm och i norra regionen.

*Antalet potentiella DCD III donatorer skall inventeras (som en del av DCD projektet) via enkät till valda centra. Enkäten ska ge svar på en uppskattning av antalet, men också vilken avbrytandekultur som finns på landets IVA genom att dokumentera tid för avbrytande och tid för hjärtstopp.*

*Lokalt donationsfrämjande arbete bör förstärkas och effektiviseras genom nationell samordning, ledning, tillsyn, uppföljning och återkoppling.*

Vi har redan idag ett Nationellt arbetsmöte där samtliga donationsaktörer inom professionen bjuds in till. Detta stärker att vi ska fortsätta att arbeta utifrån ett nationellt perspektiv även i framtiden.

*Socialstyrelsen skall ha huvudansvaret för det nationella donationsfrämjande arbetet med kunskapsstyrning och information till allmänheten. Donationsrådet föreslås upphöra men Socialstyrelsen föreslås inrätta en ny konsultativ rådsfunktion.*



*Ulrika Peetz Hansson*

Detta innebär att vi som är donationsansvariga enbart har ett ansvar gentemot våra kollegor inom sjukvården och Socialstyrelsen får det övergripande ansvaret mot allmänheten.

*Levande donation ska underlättas genom förenklat sätt att få ekonomisk kompensation.*

Något man kan tycka som självklart är att ersättningen till levande donatorer ska vara enhetlig i hela Sverige. Detta kommer nu Social-



*Johanna Fridsén*

styrelsen, SKL och Försäkringskassan ta fram nationella riktlinjer för, om donationsutredningens lagförslag går igenom. •

**Fakta:** Regionalt donationsansvariga sjuksköterskor Cecilia Reinikainen Diamant, Ulrika Peetz Hansson, Hans Lindblom, Ingrid Sandgren, Marianne Sandkvist och Johanna Fridsén

*Artikel har tidigare varit publicerad i "Ventilen"*

**Ta gärna del av alla utredningens förslag. Ni hittar den i sin helhet (med en utmärkt inledande sammanfattning) på:**  
[www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2015/09/sou-201584/](http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2015/09/sou-201584/)

Skriv till: [hygien@rfop.se](mailto:hygien@rfop.se)

**Fråga:** Att tvätta med klorhexidinsprit efter avslutad operation innan förbandet läggs? Vara eller inte vara?

**Svar:** Att torka huden med annat än natriumklorid efter suturering innan förbandsläggning finns ingen övertygande vetenskaplig grund för. Rutin med att torka huden med desinfektionsmedel finns ändå som rutin på flera operationsavdelningar. En viktig aspekt att ta i beaktande att nötning på huden med desinfektionsmedel kan göra att den luckras upp och blir mer mottaglig för bakterieangrepp. Hel och frisk hud är ett skydd mot infektioner efter en operation.

**Fråga:** Vi har frågor om tvätt och städ efter avslutad operation med smittsam TBC. Enligt riktlinjerna ska vi slutstäda med munskydd med täckt ventil, dörrarna stängda och ventilationen på, men finns det en tidsgräns innan patientbyte på sal? Angående tvätt så är frågan om tvätt-hantering vid sparsamt förorenad tvätt?

**Svar:** Vid slutstädning ska alla använda andningsskydd klass FFP3 och operationsrummet städas med stängd dörr för bästa upprening av luften i rummet. Eftersom det är forcerad ventilation i operationsrum, späds luften ut och efter 20 minuter anses det vara tillräckligt utspädd med ny luft. Normalt mellan operationer beräknas uppreningstiden till 8 minuter, innan ny uppdukning kan starta. Vad gäller tvätt och sophantering skiljer det sig från tvätterier till tvätterier så hör med er hygiensjuksköterska vilka rutiner som finns för er arbetsplats. Vanligast är att tvätt läggs i vanlig tvättsäck så länge det inte är risk för läckage av kroppsvätska ut ur säcken, oberoende vilken smitta.

**Fråga:** Vi ser olika varianter på preoperativ handtvätt. Tvätt av händer

och naglar färdigt först, därefter en arm i taget. Tvätta första gången till ovanför armbågarna, andra gången till nedanför armbågarna. Därefter sker desinfektion med rikligt alkoholbaserat handdesinfektionsmedel likadant som vid tvätt. Frågan är om man bara tvättar händerna en gång innan desinfektionen i dag?

**Svar:** Följ Vårdhandbokens rekommendation för preoperativ handtvätt. Vårdhandboken/Personalföreskrifter på operationsavdelning/Preoperativ handdesinfektion

**Fråga:** Vem bestämmer/har ansvaret för om vi ska ha hjälm på salen och inte vanlig mössa? Operationssjuksköterskor har hjälm men läkarna tycker inte det finns någon evidens.

**Svar:** Bedömning av operationsingreppets renhetsnivå tas av verksamhetschef. För inplantat kirurgi är principen att få så låg partikelnivå i operationsrummet som det bara går. Täta kläder och hjälm nedstoppad innanför blusen är lämpligt om ingreppet anses vara nivå "infektionskänslig ren kirurgi".

**Fråga:** Kan mellanstädningen starta innan patienten lämnat operationssalen? Gör det någon skillnad om man startar före eller efter instrumenten lämnat salen?

**Svar:** Mellanstädningen påbörjas lämpligen efter att patienten och instrumenten lämnat operationsrummet. Säkerställ så att rent och sterilt material inte blir kontaminerat. Följ Vårdhandbokens rekommendation eller lokala riktlinjer.

**Fakta:** Gunnar Hagström, Hygiensjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro svarar på frågor.

## Vad är det bästa med att vara operationssjuksköterska?



**Namn:** Maria Taube, Carin Olandersson

**Arbetsplats:** C-op Kristianstad

**Ort:** Ljungby/Kristianstad

*"Variation och dagliga utmaningar. Unika möten"*

## Vad är det bästa med att vara arbetsledare på en operationsklinik?



**Namn:** Ruut Kapanen, Anna Larsson

**Arbetsplats:** Triaden, op-kliniken

**Ort:** Västerås

*"Gemensamma problem, lika överallt. Gemenskap. Som arbetsledare är man med och påverkar och utvecklar verksamheten"*

Nu finns alla hygienfrågorna som publicerats i Uppdukat att läsa på vår hemsida: [www.rfop.se](http://www.rfop.se)



HUR KAN VI FÖRBEREDA VÅR PERSONAL FÖR ATT MÖTA FRAMTIDENS KRAV?

# AESCULAP® ACADEMY

I över 20 år har Aesculap® Academy erbjudit regelbundna seminarier, kurser och workshops för att förbereda sjukhuspersonal över hela världen för att möta framtidens krav på medicinsk kompetens. Våra utbildningar ger fördjupad kunskap inom en rad områden som instrumentvård, hantering, funktionskontroll, reparationer samt materiallära. Under vistelsen i Tuttlingen ingår även ett besök i B. Brauns fabrik där du får uppleva det geniuna hantverk som ligger till grund för våra instrument av högsta kvalitet.

Aesculap® Academy är trefaldig vinnare av Frost & Sullivan Award. Alla Aesculap® Academy kurser är CME ackrediterade.

Anmälan är öppen! Aktuella kurser för operationssköterskor:

- Instrumentvårds- och kvalitetsutbildning, 3 - 4 november 2016
- Instrumentvårds- och kvalitetsutbildning, 4 - 5 maj 2017

För frågor eller anmälan kontakta maila [michelle.timmermans@bbraun.com](mailto:michelle.timmermans@bbraun.com) eller ring 072 199 76 67.

B. Braun Medical AB | Aesculap AG | Box 110, 182 12 Danderyd | Tel. +46 8 634 34 00 | [info.sverige@bbraun.com](mailto:info.sverige@bbraun.com) | [www.bbraun.se](http://www.bbraun.se)



# Med ett nytt leende

Jag heter Maria Larsson och arbetar sedan tjugo år tillbaka som operationssjuksköterska på Ljungby lasarets operationsenhet. Efter att ha berättat och visat bilder om mina upplevelser på uppdrag med Operation Smile på distriktsmötet Kronoberg Blekinge hösten 2015, har jag fått en förfrågan att skriva om det i Uppdukat.

Mitt första möte med Operation Smile var när jag 2011 såg en dokumentär på TV4 om ett av deras medicinska uppdrag i Etiopien. Programmet var oerhört inspirerande och jag, som är operationssjuksköterska, kände omgående att detta var något jag jättegärna skulle vilja vara en del av

– en kombination av att få resa samt möta och hjälpa utsatta människor med olika ansiktsdeformiteter till ett fungerande liv. Så småningom fyllde jag i ansökan för att bli volontär, en procedur som tog hela sex månader, men när jag äntligen fick besked om att jag blivit godkänd att få resa iväg på uppdrag var lyckan var fullkomlig.

## Första uppdraget

Bara två månader senare, i maj 2014, satt jag på flyget på väg till Lima, Peru, för att delta på mitt första medicinska uppdrag. Som volontär åker man på sin fritid eller semester. Resa, boende, frukost och lunch bekostas av Operation Smile, medan

man själv står för visum, vaccinationer, läkemedel och middagar. Med på samma resa var en annan svensk operationssjuksköterska som blev min mentor och trygghet under uppdraget. Jag hade på förhand läst på om läpp-, käk- och gomspalt (LKG), eftersom jag inte hade någon erfarenhet av denna typ av kirurgiska ingrepp. Det gick utmärkt att skaffa sig mycket information via Operation Smiles hemsida.

## Flera uppdrag

Lite senare samma år var jag i Ziyang, Kina, och under 2015 var jag på tre uppdrag; i Nicaragua, i Etiopien och på Haiti. Trots att uppdragen är



Maria Larsson och Mo innan hennes operation



Uppdukat för operation i Etiopien



uppbyggda på samma sätt och arbetsuppgifterna desamma oberoende av land, har varje uppdrag varit en unik, oförglömlig upplevelse.

### Arbetsuppgifter som operationssjuksköterska

Under ett uppdrag ser mina arbetsuppgifter lite annorlunda ut än de gör till vardags och man arbetar under lite olika förutsättningar beroende på uppdragets personalsammansättning. Min uppgift är att ensam eller tillsammans med en annan operationssjuksköterska koordinera salsarbetet vid ett eller två operationsbord. På ett uppdrag instrumenterar man inte, utan det gör en lokal "scrub nurse". Varje uppdrag startar med en "screening", då alla köande patienter får en noggrann läkarundersökning. De som söker vård har via olika kanaler nåtts av informationen om att Operation Smile kommer att vara på plats en viss tidpunkt. Det var en härlig känsla, och samtidigt nästan överklig, att möta de första patienterna och verkligen vara en av Operation Smiles medarbetare. På screeningen träffar läkarna och sjuksköterskorna patienterna och gör de medicinska

bedömningar som sedan avgör vilka som ska få en operation. Min uppgift på screeningarna har varierat från att fylla i journaldokumentation till att mäta vitalparametrar. Det kan även finnas tid till lek och bus; med lite såpbubblor kan man göra underverk och skapa kontakt. Screening är ett unikt tillfälle för mig att få möta många olika livsöden och se flera olika typer av spalter. Patienternas åldrar kan variera från nyfödda till seniora. Som operationssjuksköterska börjar det riktiga arbetet när man får tillgång till operationssalarna och ska packa upp och sortera allt material; ett organiserat kaos när många viljor ska enas. Det tar ett antal svettiga timmar innan allt är i ordning. När de patienter som ska få en operation har valts ut kommer dagen då operationerna startar. Visst hade jag lite fjärilar i magen under första uppdragets första dagar, men det går snabbt att komma in i rutinerna och det finns alltid de med mer erfarenhet som kan svara på alla frågor. Man klarar mer än man tror.

På sal arbetar man tillsammans med och hjälper den inhemska personalen.

Deras kunskaper kan variera betydligt. Vissa är mycket kompetenta medan andra behöver grundläggande utbildning om instrument, sterilitet och hygien. Man behöver inte alltid kunna tala varandras språk, utan teckenspråk fungerar utmärkt. Att vidareutbilda inhemsk personal är en viktig del av arbetet, eftersom det i de länder Operation Smile verkar, råder stor brist på flera yrkeskategorier, inte minst plastikkirurger. Vi är alla där med ett gemensamt mål, så vad som startar lite trevande brukar sluta utmärkt.

### Vid ingreppen

Tillsammans med anestesiologen hämtar man det barn som ska sövas. Vissa följer glatt med, medan andra gråter i förtvivlan. Ofta har de kanske fått en liten leksak som kan följa med in på salen som det går att avleda dem med. Jobbigast är det säkert för föräldrarna som lämnar över sitt barn till totala främlingar trots att det är i ett gott syfte. I Peru pyntade vi salarna med ballonger och vi i personalen hade olika figurer på mössan och på kläderna. Det var såpbubblor och klistermärken till barnen. Detta trodde jag var så det



Maria Larsson och en av alla söta små bebisar jag träffat.





*Första mötet med Mo på screeningen i Etiopien*

fungerade tills jag på mitt andra uppdrag kom till Kina, där det nästan inte förekom någon form av lek alls med barnen. Det var bara att packa ner det nyinköpta diademmet med fjärilsvingar och ballongerna till ett annat tillfälle.

Tillsammans med anestesiloggen förbereder man barnet för anestesi och operation. Man arbetar som man gjorde förr här, med att ha ett stort grunduppdakat bord från vilket man plockar sin utrustning till assistansborden. WHO:s checklista för säker kirurgi används. Sedan är det kirurgens tur att ta vid och genomföra ingreppet som tar cirka 45-90 minuter, beroende på om det är en läpp- eller gomspalt som ska åtgärdas. Efter operationen flyttas patienten till uppvakningsenheten där föräldrarna nästan omgående får möta sitt barn igen. Ett fint minne är en pappa i Etiopien som stod vid sin sovande flickas säng med tårar glittrande i ögonen och ett stort leende på läpparna och bara tittade på hennes fina ansikte efter operationen.

### **Olika förutsättningar**

Förutsättningarna kan som sagt se olika ut; i Etiopien hade vi inget rinnande vatten på operationsavdelningen, utan fick använda vatten på flaska. Det går inte att ha samma

hygieniska standard som vad vi är vana vid hemma, men man får göra det bästa utifrån de förutsättningar som finns. Man måste även följa och respektera sjukhusets regler där man befinner sig. I Peru var vi tvungna att använda skoskydd trots att vi förklarade att vi bara hade våra på operationsavdelningen. Tänk själv att använda skoskydd i tolv timmar varje dag, det var som att ha ett våtvarmt omslag runt fötterna.

När vi är på uppdrag jobbar vi för att ta hand om så många patienter som möjligt och inte sällan har vi 4 - 7 operationsbord på rad, med pågående operationer. Vi utför operationer under fem dagar och det hinna ofta bli kväll innan alla är färdiga och allt är iordningställt inför kommande dag. Operationsdagarna är fyllda med arbete, men det finns alltid tid för en stunds återhämtning med mat och kaffe. Ris och bönor kan smaka riktigt gott även om det är femte dagen i rad. Antalet varierar, men oftast opererar vi drygt 100 patienter på ett uppdrag. Ibland är det färre, men ibland är vi på flera orter samtidigt i ett land och då blir det i stället flera hundra. Operationsdagarna går i rasande tempo och plötsligt är sista patienten opererad. Under sista dagen opereras i huvudsak patienter

som bara kräver lokalbedövning. När man inte talar samma språk kan det kännas lite otillfredsställande att inte kunna informera och förvissa sig om att patienten har det bra under sterilklädseln. Men det går alltid att försöka skapa lite trygghet genom att hålla någon i handen.

Det sista vi gör är att räkna instrumenten och lägga tillbaka dem i sina respektive containrar samt packa ner allt resterande engångsmaterial i kartonger. En del doneras till det sjukhus vi fått låna under uppdraget och övrigt åker tillbaka till Operation Smiles huvudkontor i Virginia Beach, USA. Stämningen brukar vara glad och skratten många när ännu ett uppdrag är slutfört.

Ett uppdrag varar i cirka tio dagar. Volontärer med olika bakgrund och från olika delar av världen träffas och genomför ett intensivt arbete under en kort period. Alla har samma mål – att hjälpa barn, ungdomar och ibland äldre, till ett nytt leende och därmed till ett bättre liv och en ljusare framtid. Varje yrkeskategori har sina tydliga uppgifter, vilket gör att vi trots att vi inte tidigare träffats kan arbeta tillsammans och få det att fungera. Detta samarbete upplever jag som oerhört fascinerande. Varje uppdrag är också ett lärande där man skapar sig nya erfarenheter.

På varje uppdrag har jag, när tid funnits, besökt patienterna på vårdavdelningen för att se hur patienterna mår och hur resultatet har blivit. De minsta barnen sover oftast, medan de lite större har full fokus på sina nya leksaker. På en del uppdrag har det funnits lekterapeuter som haft med sig en hel del leksaker. På uppdragen deltar cirka 50 volontärer och vissa lär man såklart känna bättre än andra. Det är lika tråkigt varje gång att säga farväl till sina nyfunna vänner. Det är bara att hoppas att man träffas någon annanstans i världen på ett nytt uppdrag. För mig har den stora tröttheten kommit på flyget hem och veckan efter hemkomst. Alla nya intryck och händelser ska bearbetas. Många är minnena och tankarna går till alla dem vi har haft möjligheten att hjälpa – men även till dem som av någon anledning inte fick någon operation den här gången.

### **Minnesvärda möten**

Vissa minnen man får med sig är starkare än andra: Jag tänker på en liten



*Möte med en gammal kvinna i Etiopien som håller mig hårt i handen.*

flicka i Etiopien som kommit extra nära mitt hjärta. Jag kallar henne Mo. Hon kom tillsammans med sin mamma till screeningen vid uppdraget i huvudstaden Addis Abeba i juni 2015. En liten smal flicka, sex år gammal, som med ena handen höll i sin mamma och med den andra dolde den nedre delen av sitt ansikte med en sjal. När man intervjuade mamman för att få alla uppgifter försökte jag att få flickans uppmärksamhet genom att blåsa såpbubblor och leka med en boll. Efter lite trevande försök kom hon till mig och till slut släppte hon taget om sjalen och började leka. Hon hade en ensidig läppspalt dold bakom sjalen.

I Addis Abeba låg härbärgat där patienterna skulle bo bara några hundra meter från vårt hotell, vilket gjorde att det var lätt att hälsa på varje dag. Det var trevligt att gå dit och se hur patienterna hade det. Jag kunde inte prata med Mo, men ge henne lite extra uppmärksamhet och ömhet. Mo blev uppsatt för operation och

hamnade på min operationssal. Före operationen träffade jag henne i väntrummet där hon satt i ett hav av leksaker och lekte. Hon var där tillsammans med en kvinna som hjälpt dem att komma till Addis Abeba för att få en operation av Operation Smile. Hon berättade för mig att Mo aldrig fick vara ute, utan hölls inomhus av sin mamma på grund av läppspalten. Därmed fick hon inte heller gå i skolan. Precis innan jag skulle ta med mig Mo in till operationssalen viskade hon något till kvinnan. Kvinnan frågade mig om jag visste vad Mo hade sagt? Så klart hade jag ingen aning. Hon sa: "She loves you." Man kan inte bli annat än röd och varm i hjärtat.

Mo fick sin läppspalt opererad och jag höll henne i handen när hon sovdes. Jag bar henne till uppvakningsavdelningen och tittade senare till henne på vårdavdelningen. Dagen efter operationen var hon lite ledsen och inte på lekhumör. Samma dag som jag skulle åka tillbaka till Sverige gjorde jag ett sista besök på härbärgat

för att säga hej då till lilla Mo. Hon satt ute på gården tillsammans med sin mamma. När jag satte mig ner på huk för att titta på hennes läpp kom hon och satte sig i mitt knä. Det var ledsamt att lämna min lilla skyddsling i Addis Abeba men jag hoppas att hon med Operation Smiles hjälp, och med sitt nya leende, har fått tillbaka möjligheten att kunna få vara ett vanligt barn samt att få börja gå i skolan. •

## FAKTARUTA

### Den medicinska hjälporganisationen Operation Smile ...

... har visionen att inget barn ska kränkas eller tvingas leva undagömt p g a en behandlingsbar ansiktsdeformitet.

... grundades i USA 1982 i syfte att erbjuda kostnadsfria operationer till barn med LKG (läpp-, käk- och gomspalt) i utvecklingsländer.

... startade sin verksamhet i Sverige år 2011.

... har sedan starten utfört över 240 000 operationer. Var tredje minut föds ett barn med LKG någonstans i världen, ungefär ett barn på 600. Barn med LKG lever ofta under mycket svåra omständigheter med trakasserier och isolering. Många har svårt att få i sig mat och svårt med talet.

... har i Norden cirka 200 medicinska volontärer som åker ut på uppdrag världen över.

... har totalt 5 000 medicinska volontärer från 80 länder.

... är en politiskt och religiöst obunden medicinsk hjälporganisation.

... har 90-konto och kontrolleras av Svensk Insamlingskontroll.

... tar tacksamt emot bidrag för att kunna hjälpa fler barn:  
Bankgiro: 900-2221,  
Postgiro: 90 02 22-1  
Swish: 900 2221

... har en informativ hemsida:  
[www.operationssmile.se](http://www.operationssmile.se)

**Fakta:** Maria Larsson, operationssjuksköterska, Operationsenheten Ljungby lasarett





# Distriktsmöten

## Gotland

30 november 2015

Text: Åsa Eneqvist, distrikts-  
samordnare

Måndagen den 30 november bjöd jag in alla mina operationssjuksköterskekollegor till mitt första distriktsmöte. Tyvärr blev vi inte så många då det var många som blev sjuka samt att några var tvungna att jobba. Men det blev i alla fall inte trångt i vårt konferensrum på centraloperation på Visby lasarett.

Jag välkomnade alla och kvällens föreläsare som kom från Ethicon. Samaneh Salahshour och Susanna Helgo hade kommit över havet för att berätta om suturens historia samt om deras olika sorter och funktioner. Vi, jag och mina kollegor, fick då friska upp gammal kunskap, men fick även reda på ny vetenskap samt sorter och funktioner inom suturens värld. Samaneh Salahshour och Susanna Helgo visade även lite nya metoder och märken av olika koagulationspreparat.

Efter att Ethicon lämnat oss, visade jag Riksföreningens hemsida. Hur man hittar och även hur vi kan an-



Åsa Eneqvist

vända oss av föreningens rekommendationer i olika situationer.

Med Höstkongressen färskt i minnet, berättade även kollegan Anna Ekepil och jag från våra dagar där. Vilka föreläsningar vi var på, men inte minst allt nytt och gammalt från andra kollegor vi samtalat med från vårt avlånga land.

Vi avslutade mötet med lite discussionsfrågor som baserades på Birgitta Å Gustafssons föreläsning "När operationssjuksköterskan ersätts av annan icke specialistutbildad person". Väldigt viktig fråga som vi ofta måste ta upp och jobba vidare med.

Tack tappra lilla skara som kom och tack Samaneh Salahshour och Susanna Helgo! •

## Västerbotten

25 april 2016

Text: Karin Klarin, distrikts-  
samordnare

Måndagen den 25/4 planerades det för distriktsmöte på Brännlands Wårdshus. Jag har aldrig haft en sådan nagelbitare till möte tidigare! Denna måndag startade med ett otroligt besvärligt snöfall och givetvis hade de flesta av oss bytt till sommar-däck. De som tänkt komma till mötet blev väldigt oroliga hur de skulle kunna transportera sig ut till lokalen, där vi liksom andra år varit. Utställare började höra av sig och säga att en del av dem inte vågade köra till Umeå på grund av det dåliga vädret. Själv kände jag då att vädret skulle kunna förstöra hela detta möte. Det blev att byta tillbaka till vinterdäck och hämta upp två av de som skulle komma bl.a. Jakob Ekman som skulle hålla i föreläsningen som han och hans före detta studiekollega Benjamin Bernroth skrivit; *Liten tuva stjälpes ofta stort lass- bakteriekontamination över tid av operationsinstrument vid neuroki-*



Karin Klarin

Foto: Peo Sjöberg

rurgi. När vår bil anlände till Wårds-  
huset stod de flesta av utställarna/  
produktspecialisterna vid sina bord.  
Det blev sedan väntan en bra stund  
över utsatt tid för att se om några fler  
anlände. Totalt blev vi i alla fall 11  
tappra kollegor och 7 utställare.

Jag startade med information runt  
Riksföreningen för operationssjuk-  
vård. En av operationssjuksköterskor-  
na som deltog, berättade att hennes  
ansökan om stipendium via förening-  
en gör det möjligt att hon kan få åka  
till EORNA-kongressen 2017. Hon  
verkade väldigt tacksam över detta.

Vidare fick vi uppleva en väldigt  
intressant och väl utförd föreläs-  
ning av Jakob där han fick berätta  
tillvägagångssättet av deras studie  
med odlingar av "instrument" där de  
mätte graden av kontamination över  
tid på operationsinstrument. I detta  
fall bestod de av 20 cc sprutor som  
kontinuerligt använts på likvärdiga  
hjärntumöroperationer. Varje gång  
mätningen startade, var det på kniv-  
tidsstart och analys utfördes efter 1  
timme respektive 2 timmar. Efter en  
förutbestämd åtgång sterilförpackades  
sprutan enligt klockslag och påmin-  
nande av Jakob eller Benjamin, dessa  
befann sig utanför salen och tog emot  
den förseglade sprutan för att raskt  
ta sig till laboratorium varje gång.



Analysen gjordes via sonikering, detta för att skaka loss CFU från respektive sprutor efter ovannämnda flöde. Analysen inleddes varje gång inom 30 minuter. De tittade även på antal dörröppningar och personaltäthet inne på sal under dessa timmar. Vi skötte oss tydligen.

Kvällen blev trots det grymma ovädret väldigt trevlig med otaliga besök hos produktspecialisterna och med god mat. Vi hade bra och givande diskussioner där man verkligen kunde ventilerade frågor med varandra. Det kändes väldigt konstruktivt och jag som sitter vid pennan tackar de som tog sig till mötet, både kollegor och utställarna med eller utan vinterdäck.

Väl mött även nästa år! •

## Blekinge - Kronoberg 27 april 2016

**Text:** Anette Ernstson distrikts-samordnare

Vi var 16 operationssjuksköterskor som träffades i THX lokaler. Det var THX som var värdar för kvällen. Kvällen inleddes med lite mat och jag informerade från Riksföreningen för operationssjukvård.

Jag använde mig av Riksföreningens hemsida. Catarina Augustsson var behjälplig. Visade också från Swedish Medtechs utbildning. Diskussion om hur viktigt det är för oss som personal hur vi ska bemöta företags representanter och vad vi kan förvänta oss av dem.

Vi talade om projekt som Riksföreningen har i samarbete med Svensk sjuksköterskeförening ang. rök och alkoholstopp inför operation. Riksföreningen har fått pengar för detta projekt från Socialstyrelsen. THX har redan börjat detta.

En operationssjuksköterska, numera pensionär från THX, berättade och visade många foton från sina resor för Operation Smile. Hon har hunnit med tre uppdrag i Ghana och i Bolivia.

En av THX perfusionister talade om ECMO behandling och visade bilder.

På THX är det hjärt ECMO som gäller, det vill säga, veno-artikulär behandling. Det är ca 2 patienter per år som får behandling. Inför denna behandling är det viktigt att ha gjort en plan för eftervården. Till skillnad mot lung ECMO som är veno-venös behandling. I dessa fall kommer det ett team från Stockholm, och en operationssjuksköterska från c-op som hjälper till. Dessa patienter flygs sedan till Stockholm. I mycket sällsynta fall kan barn behandlas. Då är det syresättningsproblem som är

indikationen och behandlingen görs på universitetssjukhus.

Kvällen avslutades med diskussion om hur vårt införande av T-doc har fungerat och vad vi har framför oss att göra i detta spårbarhetssystem. Mycket arbete, men roligt!

En inbjudan till detta distriktsmöte var även skickad till Karlshamn, Ljungby och Växjö, tyvärr kunde ingen komma därifrån. •



*Deltagare från Blekinge - Kronoberg*





# Hygienforum 2016

Hygienforum gick av stapeln för 8:e gången i Stockholm. Ett Stockholm som inte bjöd inresande gäster på trevligt väder utan var grått och regnigt under båda dagarna. Men arrangören dvs. Riksföreningen för operationssjukvård, som de operations-sjuksköterskor de är, låg steget före och i väskorna med kongressmaterial fanns fina gröna och vita paraplyer som kom väl till pass.

De två dagarna var späckade med intressanta föreläsningar och en trevlig utställning med många nyheter och bra dialoger med företagsrepresentanter. Flera av talarna ville uppmärksamma bra verktyg som finns på nätet Vårdhandboken, Infektionsverket, Kunskapsguiden och Rutinkollen. Infektionsverket är ett nationellt IT-stöd för att dokumentera, sammanställa, bearbeta och återkoppla information om VRI och antibiotikaanvändning. Utvecklat av SKL på uppdrag av landstingen. Stina Näsavall, Skellefteå lasarett, Lars Midboe, SKL och Olle Aspevall, Folkhälsomyndigheten, förklarade vad det är och vad man kan få ut av det. Camilla Wistrand, doktorand på Örebro universitet höll en spännande

föreläsning om effekter av värmd och rumstempererad huddeinfektion. Sammanfattningsvis kom hon i sin studie fram till att värmd huddeinfektion är lika effektiv, behagligare och minskar värmeförlust i huden.

## Rutinkollen

<http://www.rutinkollen.se/#/mer>

Ann Tammelin slog ett slag för bättre användning av rutinkollen som framtagits av SKL och LÖF i samarbete. Vikten av att se till att ha uppdaterade rutiner och vikten av att kontrollera följsamheten till rutinerna. För att kunna göra detta måste man ha bra metoder för att mäta följsamheten och också metoder att mäta resultaten och det kan vi få hjälp av med av rutinkollen och försöka att åtminstone inom samma landsting arbeta likvärdigt. Vad ska vi göra för att nå bra resultat och minska postoperativa infektioner? Jo, känna till riskfaktorer, ge profylaktiskt antibiotika, ha uppföljning och infektionsregistrering samt följa PRISS rekommendationer om optimal operationsmiljö.

En stor del av dagarna ägnades åt Sepsis – vår tids okända folksjukdom. Adam Linder forskare från Lund



Adam Linder

inbjöd till Sepsisdagen i Lund den 13 september och Gunila Erlandson berättade om hur det är att drabbas av sepsis och om vikten av att få vård snabbt. Gåvorna till dagens föreläsare var pengar till Sepsisfonden.

En nyhet bland utställarna var (i alla fall för mig) våtservetter i olika former och storlekar, för olika ändamål,





stora ytor, spill och för skärmar av olika slag. De sista fick strykande åtgång efter att Dorthe Toft Christensen berättat om sin studie om vårt förhållande till mobiltelefoner på jobbet. Hur påverkar användningen av privata mobiler hygien på jobbet? En mycket intressant resa om hur hon påverkade och förbättrade hygien på sin arbetsplats.

Eva Skyman berättade om konsekvenser och upplevelser av MRSA i vardagslivet och i sjukvården. Vi i vården behöver bättre kunskap, förståelse och putsa på vårt bemötande av patienter med olika smittor och smittvägar så att vi behandlar patienterna värdigt och med respekt. Sorgligt men sant följer vi inte Hälso- och sjukvårdslagen. Det känns som vi upprepar hur vi förhåller oss när AIDS kom.



Eva Skyman

Ann Folin uppdaterade oss på EU-direktiven för att förebygga Stick – och skärskador som skulle implementeras senast 11 maj 2013 och vad vi kan och bör göra för att minska riskerna för att själva råka ut för stick- eller skärskada. Vi gör ju inte alltid som vi bör.

### Paneldebatten

Slutligen innan paneldebatten pratade Lena Nilsson, hygiensjuksköterska från Region Kronoberg klokt om hur vi kan förbättra den allmänna hygien i vår vardag och nyttan av Rutinkollen. Rutiner eller ritualer? Vet vi alltid vad vi håller på med? Hur inhämtar vi vårdhygienisk kunskap? Hon påpekade också vikten av att följa upp resultat och följsamhet.

Vilka rengöringsmedel använder vi och gör vi det på rätt sätt? Är torkduksarna kompatibla med medlet? Finns säkert fler än jag som aldrig funderat på den frågan. Är desinfektionsmedlet kompatibelt med rengöringsmedlet och vet vi när det är viktigast med mekanisk bearbetning och när vi bör lämna en fuktig yta som kräver inverkningsstid. Här får man klart för sig varför vi inte slarvigt ska prata om städning av operationssalar utan använda ord som framhåller vilket infektionsförebyggande jobb det verkligen är. Dagarna avslutades med paneldebatt med många frågor från församlingen. Mycket bra dagar som gav mersmak! •







# Nya kolleger

## GU/Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa Göteborg



**Från vänster:** Cathrine Backas, Monireh Dadvar Baluchi, Natalie Sandgren, Sara Kristoffersson, Serosht Mohamad-Poor, Maria de Barros Barbosa, Elisabeth Hansson (lärare), Margit Törmänen, Rebecka Tano, Janicke Moberg, Annika Hedén, Ingela Vesterlund, Erika Westerberg, Monica Kelvered (lärare), Helena Bergmansso, Jenny Bergstrand, Madelene Helg, Anna Steneby, John Ottosson, Ludvig Lagercrantz och Malin Jönsson. (Therese Ekberg, Jennie Persson och Linda Lennartsson saknas på bilden).

## Karlstads universitet



**Examinator:** Lillemor Lindwall, Professor

**Kursansvarig:** Ann-Catrin Blomberg, Ph lic, Ph stud

**Övriga lärare:** Gudrun Möller, fil mag. Cecilia Teledahl, fil mag. Elisabet Edström, fil mag

**Huvudhandledare:** Malin Humes (Dalarna), Jenny Nordin (Östergötland), Lisa Westerberg (Jönköping), Lotta Olsson (Värmland), Ulrika Sunnerborn (Västmanland) och Margareta Lund (Örebro).

Kristina Ahnell, Annika André, Annika Berglund, Lucas Berglund, Therese Eklund, Eva Furedal, Elionor Gustafsson, Anna Göransson, Lynn Harryson, Malin Jaginder, Viktoria Johannesson, Susanna Johansson, Elin Karlsson, Marie Kiland, Ann-Mari Klarström, Charlotte Larsson, Matthias Lindqvist, Maria Lundberg, Stina Mattsson-Mårn, Karen Männimägi, Cecilia Nordmark, Maria Nygren, Anna Olsson, Lina Olsson, Kristin Snihs, Björn Tilund, Pär Fredrik Widgren och Kristina Ökvist.

## Karolinska Institutet



**Kursansvarig:** Veronica Ramirez Johansson

**Examinator:** Ann-Mari Fagerdahl

**Bakre från vänster:** Maria Widgren, Nina Kultima, Vaka Bergsdóttir, Sara Deninger, Lisa Nordin, Ximena Sanchez Lecaros, Jelena Sunar

**Främre från vänster:** Maria Mendoza Alzona, Mie usuda, Kerstin Boredal, Agnes-Cecilia Bergenby, Nina Markusson

**Saknas:** Eric Arbrandt, Sara Hammar, Saralena johansson, Lisa Virdesten

## Universitetet i Lund



**Lärare:** Birgitta Å Gustafsson

**Övre raden:** Elin Hjortmar, Matilda Kramer, Fredrik Andersson, Johanna Andersen, Anna Johansson

**Mellersta raden:** Josefin Fondell, Annika Lagundzija, Sofia Lindén, Jeanette Wesström

**Främre raden från vänster:** Åsa Åsgeirsdóttir, Maiko Hoshina, Siri Duvander, Mette Hansson

## Uppsala Universitet



**Kursledare:** Anna Hauffman och Eva Kvidal

Kelly Hellman, Lijun Zhao Chen, Emily Schannong, Maria Hansson, Fannie Karlsén, Camilla Grydén, Ida Persson, Tove Ronold och Weronica Sundkvist-Roos.





# Rapport EORNA

Vårens möte hölls den 20 – 21 maj av CORNA, operationssjuksköterskeföreningen på Cypern och mötet hölls i Larnaca, Cypern. Styrelsen välkomnades av Panayiota Mylonas som är ordförande i den cypriotiska föreningen och mötet öppnades av May Karam, Frankrike, president i EORNA.

Vi började med att gå igenom protokollet från förra styrelsemötet för att sedan lägga det till handlingarna. Rapporter/verksamhetsberättelse från de senaste 6 månaderna från May Karam, president, som har arbetat för kongressen 2017 på Rhodos, hon har också diskuterat med ett administrativt företag som ska bistå styrelsen i arbetet, samarbetat med ESNO (European Specialist Nurses Organization), EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work) vilka har en kampanj om Hälsosam arbetsplats för alla i alla åldrar och du kan hitta den svenska hemsidan: <https://osha.europa.eu/sv>. Rapport från Jana Wichsova, Tjeckien, vicepresident, rörde interna styrelseområden såsom insamlande av styrelseledamöternas CV:n, förändringar av medlemmarna i de olika kommittéerna och temat för Perioperative Nursing Day 2017. Aina



*EORNA:s styrelse*

Hauge, Norge, sekreterare, lämnade rapport om hennes åtaganden som bestod av uppdatering av uppgifts- och aktivitetslista, uppdatering av adresslistor. Kassaförvaltare har nominerats under våren och under Årsmötet togs beslut att det är Manuel Valente från Portugal som axlar det uppdraget fr.o.m. 2016.

Under styrelsemötet fick vi en mer ingående presentation om organisationen International Council on Surgical Plume, [www.plumecouncil.com](http://www.plumecouncil.com) vilket handlar om säker arbetsmiljö utifrån kirurgisk rök, risker och evakuerings-system. Under Årsmötet beslutades att EORNA kommer att vara medlem i den organisationen.



*Cathrine Heen, Norge och Anette Pedersen, Danmark*

Springer books hade också de en presentation via Skype om deras erbjudande till EORNA för att publicera en europeisk bok inom operations-sjukvård "Principles of nursing in Operating Room".

ESNO (European Specialist Nurses Organization), där Christine Willems, Belgien, representerar EORNA, rapporterade från det senaste mötet som hölls i april i Bryssel.

EORNA fick mer information om kongressen på Rhodos 2017 och mer planering skedde under mötet. Det finns bl.a. en film som presenterar kongresshall och hotell m.m. på Rhodos, se gärna <http://eornacongress.eu> liksom informationsfoldrar och posters finns där för att skriva ut





Marie Afzelius, Britta Nielsen, Danmark och Alna Hauge, Norge

och sätta upp. Under november 2016 kommer 2nd announcement att publiceras – Håll ögonen öppna!

Lördag förmiddag hade kommittéerna möte och gav sedermera rapporter: SC, Scientific Committee, där ordförande Jaana Perttunen, Finland, rapporterade om planering av kongressens vetenskapliga program såsom

Key note speakers, posters, föredrag, elektronisk kongressbok och utvärderingar. PNC, Perioperative Nursing Care Committee, där ordförande Sandra Morton, Irland, rapporterade om uppdatering av guidelines/rekomendationer för operationssjukvård och att ny ordförande för kommittén måste väljas. EDAC, External Development Affairs Committee, där

ordförande Marija Juric, Kroatien, rapporterade om utbytesprogram för operationssjuksköterskor och länder inom Europa. ED, Educational Committee, där ordförande Christine Willems, Belgien, redovisade operationssjuksköterskors utbildningsprogram och nivåer i Europa samt att sex länder har postkandidatprogram och sju länder har masterprogram. Org C, Organisation Committee där ordförande Marie Afzelius, Sverige, rapporterade om de styrdokument som har uppdaterats och att längre framförhållning inför styrelsemöten behövs. Peter de Gang, Belgien, ansvarig för EORNA ACE, rapporterade om EORNAs ackrediteringssystem som bör marknadsföras ytterligare inför olika kongresser.

Under vårens möte hölls också ett Årsmöte där verksamhetsberättelsen för år 2015 redovisades och budget och andra beslut togs.

Nästa EORNA styrelsemöte anordnas av den norska operationssjuksköterskeföreningen och kommer att hållas den 11 - 12 november 2016 i Stavanger. •

# The Pink Pad<sup>®</sup>XL

## Advanced Trendelenburg Positioning System

### Nyhet - Pink Pad XL!

### Längre för ökad komfort och säkerhet

- Gynekologi • Urologi • Laparoskopi
- Kolorektal • Generell • Robot

Kontakta gärna oss för mer information

**OPI OPERATIONS INSTRUMENT**

CE [opi@opi.se](mailto:opi@opi.se) [www.opi.se](http://www.opi.se)

[www.opi.se](http://www.opi.se)

One-Step<sup>™</sup> Trendelenburg Arm Protectors

latex free



Köpenhamn 14-15 april 2016

# Rapport från NORNA-arbetsmöte

Årets första NORNA möte hölls den 14-15 april 2016 i Köpenhamn och på agendan stod bland annat utbildningsfrågor. Vi har fått följa Danmark som kämpar för en specialistutbildning och som snart verkar nå målet. Deras moderförening FS SASMO har nu börjat arbeta mot en magisterexamen i operationssjukvård i Danmark. Våra danska kollegor har i flera av landets regioner istället "Kompetenskort" för nya sjuksköterskor, som alla måste klara. Det är en gedigen kunskapskontroll som skulle vara intressant även här. I Norge har nu samtliga högskolor masterutbildning i sin specialistutbildning för anestesi, intensivvård och operation. På Island har också utbildningen ändrats till att innefatta en masterexamen. Utbildningen tar nu två år och att bli grundutbildad sjuksköterska tar fyra år.

## Dokumentation

Samtliga länder är överens om att dokumentationen är något vi bör diskutera vid varje träff och vi borde kunna enas hur vi ska dokumentera. Dokumentationen varierar något men de flesta har ORBIT. Norge - DIPS,

ORBIT, ORPLAN, Island - SAGA och ORBIT, Danmark – ORBIT. Alla är överens om att det är av stor vikt att dokumentera alla omvårdnadsåtgärder som utförts på patienten. Har till exempel särskilda operationsrockar använts? Har dörrar öppnats flera gånger under drift - särskilt viktigt i proteskirurgi och vid annan implantatkirurgi. Risk för tryckskador, tryckavlastande åtgärder, risk för hypotermi instrument och kompresser ska också dokumenteras. Vi har även diskuterat patientens rätt att läsa i sin journal, vilket innebär att vi som operationssjuksköterskor blir mera synliga. Vi från Sverige är mycket stolta över "Riksföreningen anser och rekommenderar" och vi delar med oss av den kunskapen. Vi har tipsat om att dessa finns på vår hemsida.

## NORNA-kongressen

Under mötet fick vi också den senaste rapporten angående den kommande NORNA-kongressen som kommer att hållas i Köpenhamn den 27-28 oktober 2016. Programmet för den fjärde nordiska kongressen för operationssjuksköterskor är klart och

våra danska kollegor ser fram emot en fin kongress med många nordiska deltagare. Kongressen, vars tema är "Perioperative Nurses in Education and Practice", äger rum på centralt belägna Scandic Copenhagen Hotel. Vi fick möjlighet att besöka kongresshotellet för att inspektera lokalerna som var fina och välplanerade. En välkomstmottagning inleder kongressen onsdagen den 26 oktober mellan 19.00 – 20.00 i Köpenhamns rådhus. City Hall of Copenhagen. Vi hoppas att många svenska operationssjuksköterskor kommer att delta i kongressen - det är fortfarande möjligt att anmäla sig.

Från Sverige informerade vi om den femte NORNA-kongressen som kommer att hållas på Waterfront Hotel i Stockholm 2018. Temat för kongressen är "Come together – building bridges". Mer information kommer att finnas längre fram på vår hemsida och i Uppdukat. •

**Fakta:** Catarina Augustsson och AnneMarie Nilsson, NORNA-representanter





# Årsmöte den 25 maj 2016

**Riksföreningen för operationssjukvårds årsmöte hölls i år i anslutning till föreningsdagen i Stockholm.**

Riksföreningens ordförande Kristina Lockner öppnade årsmötet. Till mötesordförande valdes Åsa Andersson, Svensk Sjuksköterskeförening.

Styrelsens verksamhetsberättelse under verksamhetsåret 1 januari 2015 - 31 december 2015 och revisionsberättelse för samma period godkändes av årsmötet och lades till handlingarna. Styrelsen beviljades ansvarsfrihet för verksamhetsåret 2015-01-01 - 2015-12-31. Styrelsens förslag till verksamhetens mål för 2016, med tillägg att driva projektet "Stark för kirurgi – stark för livet – levnadsvanor i samband med operation" samt budget för 2016-01-01 – 2016-12-31 godkändes och fastställdes.

Årsmötet beslutade att medlemsavgiften ska fortsätta vara 350 kr för medlemmar och associerade medlemmar, samt fortsätta vara 150 kr för pensionärer och för studerande till operationssjuksköterska.

Inga motioner hade inkommit. Inga förslag på stadgeändring fanns.

Årsmötet beslutade att fastställa antalet ledamöter i styrelsen till fyra ledamöter förutom ordförande, kassaförvaltare och sekreterare. Årsmötet valde Elisabeth Liljeblad, Lindesberg, till kassaförvaltare, Malena Einestam, Örebro, till sekreterare och Marie Afzelius, Helsingborg, till ledamot, samtliga omval i 2 år. Till ny ledamot i styrelsen valde årsmötet Sandra Kollberg, Umeå, nyval 2 år.

Efter årsmötet består styrelsen av ordförande Kristina Lockner, kassaförvaltare Elisabeth Liljeblad, sekreterare Malena Einestam, ledamöterna Marie Afzelius, Catarina Augustsson, Sandra Kollberg, och AnneMarie Nilsson.

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

Till valberedning att förbereda nästa årsmötes val valdes Åsa Eneqvist, Stånga, Karin Klarin, Umeå, Lotta Olsson, Deje och Lars Salomonsson, Östersund. Lotta Olsson är sammankallande i valberedningen. •

## Ny styrelseledamot

**Namn:** Sandra Kollberg

**Arbetsplats:** Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet

Mitt namn är Sandra Kollberg och jag har jobbat som operationssjuksköterska sedan 1997, dels på Operationscentrum, Norrlands universitetssjukhus och dels på Centraloperation, KS i Solna.

Förutom den otroligt spännande uppgiften att vara en del av ett operationsteam på sal, har jag under mina år som operationssjuksköterska intresserat mig för vårdhygien, specifikt på operationsavdelningar. Jag har också varit intresserad av operationssjuksköterskestudenters VFU och har sedan 2009 haft en kombinerad tjänst

som huvudhandledare och operations-sjuksköterska. Intresset för studenter fick mig att läsa fristående kurser inom omvårdnad och 2012 tog jag min magisterexamen.

Samarbetet med universitetet resulterade i en tjänst som adjungerad universitetsadjunkt vid Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet och fr.o.m. i somras har jag min anställning där.

I våras blev jag invald som ledamot i styrelsen för Riksföreningen för operationssjukvård. Det ska bli spännande att tillsammans med övriga i styrelsen och alla medlemmar i föreningen arbeta med de frågor som är angelägna för vårt yrke. •





# Australienbesök vid Göteborgs Universitet

Brigid Gillespie, professor och operationssjuksköterska från Brisbane i Australien har under ett par veckor besökt Göteborgs Universitet/Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa. Professor Brigid Gillespie arbetar vid Griffith University, Australien.

Brigid var i Sverige för att arbeta i forskningsprojekt inom GPCC- Göteborgs centrum för personcentrerad vård, **Safe Hands at the Sharp End**. I detta projekt utvärderas en implementeringsmetod som bygger på partnerskap, delat beslutsfattande och samskapande av ny kunskap mellan forskare, chefer och vårdens professionella.

Ett välfungerande teamarbete och god kommunikation har visat sig vara en avgörande faktor för att kunna erbjuda patienter en säker och effektiv vård.

Den 9 juni höll Brigid Gillespie en föreläsning om teamarbete. Titeln på

hennes föreläsning var; *"Evaluate brief team training intervention in improving surgical teams' observed NTS/ Non-Technical Skills"*.

Hon berättade att 60 % av oväntade händelser som inträffar så är 50 % undvikbara. Främst är att NTS (Non-Technical-Skills) påverkar de tekniska färdigheterna under operationen. NTS innehar bland annat faktorerna: kommunikation och teamwork, situationsmedvetenhet, beslutsfattande och ledarskap, framförhållning/uppgiftsorientering. Interventionen som forskarlaget ville göra i studien var att hålla en workshop om tre timmar med deltagare i grupper och i interprofessionella team. Tyvärr kunde inte berörd personal ingå då de inte fick möjlighet att gå från sin arbetsplats till denna workshop. Att det är svårt för operationspersonal att få tid till lärande och utveckling på arbetstid är ett vanligt problem. Istället spelade de in en DVD som personalen fick ta del av när det passade verksamhe-

ten. Oftast blev det så att personalen hade möjlighet att se på videon på sin fritid. DVD:n innehöll bl.a. olika situationer, en bra situation om teamarbete och en icke fungerade situation samt vad som menas med NTS/non-technical skills.

Innan utdelning av DVD:n hade forskarna gjort observationsstudier under cirka 20 veckor. Dessa observationer var av teamarbetet på operationssal med hjälp av NOTECHS revised, ett strukturerat observationsinstrument, och observationer av följsamhet av WHO:s checklista för säker kirurgi; Sign in-Timeout-Sign out.

Efter interventionen gjordes samma observationer av teamarbete under cirka 20 veckor. Resultatet visade stora förbättringar av NTS i de senare observationerna och likaså stora förbättringar rörande följsamhet till checklistan. •



Monica Kelvered, Annette Erichsen Andersson, Brigid Gillespie och Annica Sandelin



# FÖRBLI COOL OCH KÄNN KOMFORTEN MED MEDLINE CLEAN AIR SUIT!

## MEDLINE CLEAN AIR SUIT

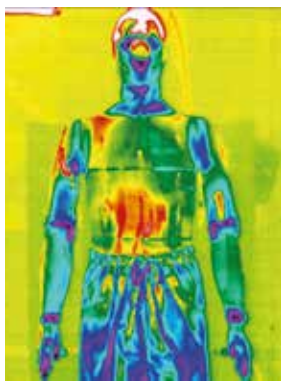
Medlines Clean Air Suit i engångsmaterial är en innovativ produkt som erbjuder hög komfort till bäraren samtidigt som högt barriärskydd ger ökat skydd till patienten.

## INNOVATIVT MATERIAL FÖR HÖG KOMFORT!

Medline Clean Air Suit är tillverkat av ett innovativt SMS material som ger ökad komfort till bäraren och minskar obehag under längre operationer. Effekten uppnås tack vare materialets kapacitet att anpassa sig till kroppens egen förmåga att reglera värme och kyla. Materialet har en hög bindningsförmåga av fukt vid låga temperaturer som bidrar till att hålla kroppen varm och en låg bindningsförmåga av fukt vid höga temperaturer som bidrar till att hålla kroppen sval.



Standard SMS material  
Sweating Mannequin Test  
(35°C / 95°F; 30% fuktighet,  
1 timme)  
Oberoende Lab Test – TPACC  
Lab, North Carolina State  
University



Innovativt SMS material  
Sweating Mannequin Test  
(35°C / 95°F; 30% fuktighet,  
1 timme)  
Oberoende Lab Test – TPACC  
Lab, North Carolina State  
University

## DESIGN MED KÄNSLA FÖR DETALJER

Medline Clean Air Suit är framtagen tillsammans med vårdpersonal efter upprepade tester och justeringar för att skapa en produkt som är slitstark, möter de praktiska behov som krävs för det dagliga arbetet samt uppfyller EU standarden, SS-EN 13795:2011.

Bussarongen har kort ärm med mjuk och kraftig mudd samt 3 tryckknappar vid nacke, en bröstficka med plats för namnbricka samt 2 stora fickor framtill. Byxorna har tillika mjuk och kraftig mudd, knytband i midjan samt 2 byxfickor. Bussarong och byxa är förpackade var för sig för att ge användaren så stor flexibilitet som möjligt sett till storlek. Medlines Clean Air Suit finns tillgänglig i 7 storlekar från XS till 3XL. Det textilliknande mycket mjuka materialet ger en behaglig känsla mot huden.

## EN VIKTIG PARAMETER FÖR REN LUFT I OPERATIONSSALEN

Designad med stickade muddar vid ärm och byxben samt det innovativa SMS materialet, bidrar Medline Clean Air Suit till att minimera luftburna partiklar från bäraren ut till patient samtidigt som en hög komfort uppnås hos användaren tack vare materialets innovativa förmåga att reglera värme och kyla

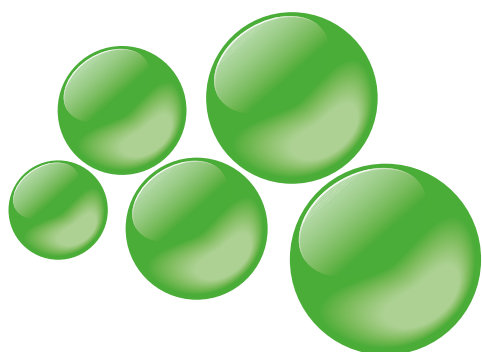


För mer information vänligen kontakta er lokala  
produktspecialist eller kontakta  
[www.medline.eu](http://www.medline.eu)

POSTTIDNING B

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

GULDKONGRESSPONSORER



MÖLNLYCKE  
HEALTH CARE

SILVERKONGRESSPONSORER

KEBOMED

Johnson & Johnson  
Nordic

 COVIDIEN  
*positive results for life™*

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

**BERNER**  
Medical



**ONEMED**  
Sverige AB