

Uppdukat

Nr 4 november 2016 årgång 28



**Skonsam snabb
Effektiv desinfektion**

Bacillol® 30 Tissues

Färdig att använda,
alkoholbaserad snabb
desinfektion verksamt
mot MNV.

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



BODE Chemie GmbH

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



Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

1 850 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

Marie Månsson, Skövde

Foto: *bylindahl*

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Inger Andersson
Marie Afzelius
Yvonne Törnqvist
Marie Månsson

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

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

Innehåll

Uppdukat nr 4 2016 årgång 28

Redaktionens ord...sid 4

Porträttet...sid 6

Sepsis – när varje
minut räknas...sid 8

Att drabbas av sepsis...sid 10

God samverkan grunden för
vårdens utveckling...sid 12

Lokalbedövningsmedel...sid 14

Personalens beteende – risk
för handkontamination...sid 16

Min operationsavdelning...sid 18

Att jobba på Grönland...sid 20

Stark för kirurgi -
stark för livet...sid 22

Hygienfrågan...sid 24

Operationssjuksköterska
på natten...sid 26

Huddesinfektion...sid 30

Nyutbildade operationssjuk-
sköterskor i ett mentor-
program...sid 32

Föreningsnytt...sid 36

sid 20



sid 26



sid 37



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



Som alltid går det fort mellan Uppdukat nr 3 och nr 4, knappt har vi alla fått tidningen i brevlådan förrän vi i redaktionen slutför årets sista Uppdukat. Många intressanta artiklar och ämnen som rör operationssjuksköterskans profession finns för dig att läsa.

Läs om sepsis både från forskaren, överläkaren och grundaren av Sepsisfonden Adam Linders horisont och från Gunila Erlandsons, anestesisjuksköterska sedan många år, som fått uppleva att själv drabbas av sepsis. Båda artikelförfattarna var uppskattade föreläsare på Hygienforum i våras och på min egen operationsavdelning har vi haft möjlighet att lyssna till dem på en studiedag nu i höst.

Vi publicerar även denna gång några populärvetenskapliga artiklar som är baserade på de uppsatser eller intervjustudier som operationssjuksköterskor skrivit under sin specialistutbildning. Ett exempel är "Operationssjuksköterska på natten" där Sofia Häggblom, operationssjuksköterska i Karlstad, beskriver hur man som operationssjuksköterska upplever nattarbetet. Jag tror att vi är många som känner igen oss i resultatet – samarbetet är bättre jourtid för det är nödvändigt att man hjälps åt då man är ett begränsat antal som arbetar tillsammans, men att arbeta natt sliter på kroppen på ett annat sätt än att arbeta på dagen.

En av Kvalitetsrådets medlemmar, Anna Ekepil, till vardags operationssjuksköterska i Visby, har skrivit en viktig artikel om kunskap och rutiner vid läkemedelshantering under operation. Läs den och fundera på hur det ser ut på din arbetsplats.

Många operationssjuksköterskor provar på att arbeta i andra länder under kort eller lång tid. I detta nummer kan du läsa om hur det kan vara att arbeta på Grönland, som förvisso är danskt, men väldigt långt borta geografiskt.

Efter att ha träffat många av distriktsamordnarna vid ett möte i våras, beslutade vi att byta namn på våra möten ute i distrikten, i fortsättningen kallas de "Nätverksträff för medlemmar i Riksföreningen för operationssjukvård". På föreningssidorna i detta nummer skriver distriktsamordnarna i Örebro och Jämtland om sina senaste nätverksträffar. Om du vill veta när nästa nätverksträff ska vara i ditt distrikt, kan du titta i kalendariet på föreningens hemsida www.rfop.se. Hör gärna av dig om du är intresserad av att bli distriktsamordnare, i flera distrikt saknas det fortfarande.

Nästa år firar vi som vanligt den Perioperativa sjuksköterskans dag den 15 februari och temat 2017 är: "Control Surgical Plume – Keep safe".

Under 2017 hålls också den åttonde EORNA-kongressen, den 4 – 7 maj, på Rhodos, temat är "The Colossus of Perioperative Nursing". Om du är intresserad, hittar du alla detaljer på kongressens hemsida www.eornacongress.eu.

Men, först vår egen Höstkongress, den 52:a i ordningen! Den 1 och 2 december, 2016, är det dags för kongressen på Stockholm Waterfront, alldeles invid Centralen och Stockholms stadshus. Det blir många intressanta föreläsningar och möjlighet att ta del av spännande nyheter hos utställarna.

Jag avslutar med att önska dig en trevlig första Advent och en God Jul, samt ett Gott Nytt År!

INBJUDAN TILL HÖSTKONGRESS STOCKHOLM WATERFRONT



Riksföreningen för operationssjukvård • 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 anestesisjuksköterskor 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 uppiifrån och ned (Fundus-first cholecystektomi). Jämförelser visar fördelar beträffande dessa parametrar. Yucel Cengiz presenterar tillgängliga studiedata och om den fortsatta forskningen som planeras.

Anmäl dig gör du på
hemsidan, rfop.se.



“ Nästan varje dag får någon en punktion, tack vare indikator-systemet märker du det direkt ”

Ann-Louise Johansson, operationssjuksköterska



Du ger **allt varje dag**.
Du förtjänar det bästa
skydd som går att få.

Biogel Indicator-systemet upptäcker
upp till 97% av alla punktioner.¹



- ✓ Tydlig, snabb och stor punktionsindikering
- ✓ Varje handske testas för hål med 100% säkerhet genom luftupplåsning
- ✓ Industriledande AQL-hålfrihet – risken för att det ska finnas en handske med hål i förpackningen är större med konkurrenthandskarna

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg. Tel 031-722 30 00.
Mölnlycke Health Care- och BIOGEL®-varumärken och logotyper är globalt registrerade av ett eller flera företag i Mölnlycke Health Care Group. © 2016. Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt.





Porträttet

Homa Akhlaghi

Mitt namn är Homa Akhlaghi och jag har arbetat som operationssjuksköterska sedan 1992. Innan jag kom till Sverige arbetade jag i mitt hemland inom socialtjänsten på en mottagning med att ge unga hjälp och stöd för deras problem med droger och kriminalitet. När jag kom till Sverige började jag som biträde på Stockholms sjukhem och på Akalla servicehus.

Anledningen till att jag utbildade mig till operationssjuksköterska var att jag ville kunna jobba internationellt, få se hur vården fungerar i andra länder och speciellt i u-länder. Den tiden kom när Operation Smile öppnade sin filial i Sverige 2010, sedan dess har jag varit på uppdrag med dem en eller två gånger per år. Jag har åkt tolv gånger till olika länder med Operation Smile. Det brukar vara cirka två veckor som man är borta per resa. Jag reser på min semester. Det är förutom en fantastisk upplevelse att få hjälpa barnen och se vad det gör för dem otroligt roligt att jobba i internationella multiprofessionella team. Jag har varit i så många olika länder dit jag nog inte rest annars, Ghana, Rwanda, Dominikanska Republiken, Madagaskar, Indien och Peru.

Utbildade mig i Uppsala

Jag gick min utbildning i Uppsala 1989, en tre-årig utbildning direkt till operationssjuksköterska på 120 poäng. Utbildningen var fantastiskt rolig, vi praktiserade på vårdcentraler, gjorde hembesök ute i skogen hos gamla, tre veckor på dagis för att se friska barn för att förstå hur de är när de är sjuka. Jag hade handledning av duktiga undersköterskor på min första praktik och fick lära mig arbetet runt patienterna. Praktiken på operation var tuff men intressant.

När jag var klar med min utbildning var det till skillnad från nu inte lätt att få arbete som operationssjuksköterska. Det fanns inte så många privata sjukhus eller kliniker och de som arbetade som operationssjuksköterskor stannade på samma arbetsplats tills de gick i pension.



Homa Akhlaghi

Mitt första jobb var på Södersjukhuset i Stockholm på kirurgoperation. Där träffade jag min förebild som operationssjuksköterska, Gun-Britt Wård som var en jättebra chef. För närvarande arbetar jag på Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Jag har arbetat inom många olika specialiteter, allmän kirurgi, kärlkirurgi, neuro, ortopedi, plastikkirurgi och på barnoperation Astrid Lindgren som ligger mig särskilt varmt om hjärtat. Att jobba på barnoperation är speciellt det är multidisciplinärt vilket jag tycker är lärorikt och utmanande. Sen blir det väldigt speciellt i och med att det inte "bara" är en patient utan att hela familjen finns med även på operation. Det blir en mjukare stämning bland personalen än på vuxenavdelningar. Att verkligen arbeta i team över gränserna är viktigt och känns enklare här.

Utbildning är viktig

Jag har gått en ett-årig utbildning på Sophiahemmets sjuksköterskeskola för att komplettera ämnet omvårdnad för att få en internationell fyra-årig utbildning med fokus på omvårdnad. Jag har även gått handledarutbildning, TNCC och Socialstyrelsens Krigs- och katastrofkurs och en hel del interna utbildningar.

Jag tycker att utbildning är viktig, både externt och internt för att hålla mig uppdaterad inom mitt yrke. Det är viktigt att vara nyfiken och intresserad. Att fråga mycket gör att man kan lära sig hela tiden. Att vara stolt över sitt yrke gör att man hela tiden söker kunskap och lärandet.

Det finns inte några nackdelar med att vara operationssjuksköterska som jag ser det. Hjärtefråga för mig är att vi aldrig ska glömma att varje människa är unik och att varje patient har sin historia, hur vi möter varje patient efter deras behov. Att vi tar hand om människor så att de känner att de kan lita på oss när de är svårt sjuka.

Det bästa och viktigaste med att vara operationssjuksköterska

Det bästa och viktigaste med att vara operationssjuksköterska är att vi i den korta kontakt med patienten kan skapa trygghet och tillit till vården hos patienten. Jag gillar också variationen inom operationsmiljön och den snabba utvecklingen inom tekniken. En utmaning nu är att vi snart skall flytta hela vår verksamhet till en ny sjukhusbyggnad samtidigt som vi omorganiserar. Jag har fått uppdraget att vara traumaansvarig på barnoperation och vara delaktig i planering av utrustningen för mottagandet av traumapatienter på vår nya operationsavdelning. Det ska bli väldigt roligt även om det säkert inte kommer att gå helt gnisselfritt att flytta.

Jag rekommenderar andra att vara stolta operationssjuksköterskor, vara nyfikna, söka kunskap och inte vara rädda för ny teknik. Man kan utvecklas hela tiden t.ex. som min kollega på Centraloperation Karolinska universitetssjukhuset i Solna, Linda Söderkvist som utbildat sig till First Assistant inom robotkirurgi. •

Sepsis – när varje minut räknas

I Tyskland är både självaste forskningsministern och hälsovärdminister sepsisambassadörer. I USA har man utsett september till sepsismånad. Men i Sverige är det inte många som hört talas om sepsis, bara 1 av 5 svenskar vet vad det är visar en aktuell undersökning. Ändå drabbar det cirka 40 000 människor i Sverige varje år, och dödar fler personer än bröst-, prostata- och tarmcancer gör tillsammans.

Det är egentligen ganska märkligt att så få hört talas om sepsis. Sjukdomen drabbar 30 miljoner människor i världen om året och 10 miljoner människor dör av det. Men diagnosmetoderna är bristfälliga och vi har inte mycket att sätta in som behandling, säger Adam Linder. Han är infektionsläkare vid Skånes universitetssjukhus i Lund och forskar vid Lunds universitet om sepsis.

Sepsis, eller blodförgiftning som det traditionellt kallats, är egentligen en reaktion i kroppen på en allvarlig infektion. Ordet kommer från grekiskan och betyder sonderfall eller förrutt-



Adam Linder

nelse. Det kan börja som bakterie-, virus- eller svampinfektion. Men lyckas man inte stoppa sepsis kan det snabbt utvecklas till ett dödligt tillstånd. Varje minut blir viktig i behandlingen av patienter med sepsis.

Adam Linder förklarar att när en infektion blir så allvarlig att im-

munförsvaret överreagerar, så tappar kroppen kontrollen. Han liknar det vid ett land som angrips av en annan nation och som för att försvara sig släpper en atombomb i sin egen huvudstad. Fienden dör, men det gör även invånarna i staden.

Vad vi tror, för vi vet för lite om sepsis, är att det inte är själva infektionen som dödar, utan infektionsförsvaret i kroppen.

När kroppen drabbas av en infektion reagerar immunförsvaret med en rad olika händelser. Blodkropparna utsöndrar gifter för att ta kål på det som angriper kroppen, men dessvärre har denna process även en negativ påverkan på kroppens egna celler. Personen som drabbats av sepsis får dålig blodcirkulation. Det gör att kroppens viktiga organ, som hjärta, njurar och lungor, påverkas och kan svikta. En lokal inflammation har plötsligt påverkat hela systemet. Så även om patienten från början drabbats av lunginflammation, kan man se de här förändringarna på andra ställen i systemet, som i hjärnan. Lunginflammationen var ursprungsproblemet, men nu kan patientens njurar helt plötsligt upphöra att fungera.

Diffusa symptom försvårar tidig diagnos

När vården misstänker sepsis tar man odlingar från det ställe man tror infektionen sitter. Som vanligt vid infektioner är det viktigt att patienten får i sig vätska.

Det kan gå snabbt. På ett par timmar kan en patient man tidigare inte uppfattat som sjuk vara livshotande sjuk eller till och med ha dött. Men ett svårt problem för vården är att det är svårt att definiera när infektionen börjar.

För det är just det: sepsis är väldigt svårt att upptäcka tidigt. Symtomen är diffusa: lågt blodtryck, feber, hög puls, värk och förvirring. Med



Adam Linder, docent och överläkare vid infektionskliniken i Lund, och Ulrika Knutsson, kommunikatör, tog 2015 initiativet till Sepsisfonden, en ideell insamlingsstiftelse som vill öka medvetandet runt sepsis hos allmänheten och samla in pengar till sepsisforskning.



Sepsisfondens ordförande Adam Linder, delar ut Sepsispriset 2016 till filmaren Michael Wall under World Sepsis Day i Lund 13 september. Michael har gjort den internationellt omtalade och prisade filmen SEPSIS, om sepsisdrabbade Christina Pettersson från Lund (även hon på scen), en film som starkt bidragit till kunskapsspridningen runt sepsis till allmänheten.

hjärtinfarkt har vården lyckats bättre. Tidigare låg dödligheten på cirka 50 procent, men tack vare att man identifierat symptomen och tränat allmänheten i att känna igen dessa har man lyckats förändra utgången rejält. Tack vare satsningar på forskning har man hittat biomarkörer och kan därför snabbt med hjälp av blodprov utesluta eller verifiera om patienten drabbats. Men vid sepsis finns i de flesta fall inga tydliga symptom, inga biomarkörer som gör att sjukvårdspersonalen får hjälp att avslöja sepsis. Adam Linder hoppas på en förändring, så att vården snabbare ska kunna ställa diagnos.

Det finns studier som visar att för varje timme som går när patienten drabbats av sepsis ökar dödligheten med 7,5 procent. Tidig diagnos är helt avgörande. Adam Linder skulle önska att vårdpersonal blev bättre på att informera patienterna om sepsis.

Det är inte så vanligt att läkarna talar om att det är just sepsis som patienten drabbats av. Många som drabbas lider även av andra sjukdomar. Därför är också kännedomen om sjukdomen låg i Sverige.

Hittills har det därför inte heller funnits patientföreningar, och det i sig gör att sepsis inte uppmärksammas som det borde, menar Adam Linder. Lyckas vi inte hitta en effektiv behandling mot sepsis, riskerar vi att förlora den framgång vi nått inom den moderna medicinen, t.ex. inom cancerbehandling och transplantationer. Nästan alla som genomgår en cancerbehandling får nämligen sepsis någon gång. Än så länge kan vi ge förebyggande antibiotika eller behandla relativt framgångsrikt, när vi upptäcker det i tid. Men det enda vi har att sätta in är vätska och antibiotika, och i takt med att bakterierna blir motståndskraftiga mot antibiotika förlorar vi det vapnet. Och då blir det på sikt även svårt att behandla cancer samt även att genomföra till synes enklare kirurgiska ingrepp.

Det finns idag ingen statistik över hur duktiga vården är i Sverige på att behandla sepsis. Internationellt har man sett att dödligheten minskat med 1,4 procent per år, mycket tack vare kampanjer för att öka medvetenheten hos vårdpersonal. Ett annat stort problem är att det inte forskas tillräckligt på sepsis.

Sepsis är kraftigt underforskat vilket är märkligt. Vi vet inte hur vanligt det är, vi kan inte diagnosticera det ordentligt och det finns inga effektiva behandlingar. Vi har heller ingen aning om vilka långtidskonsekvenser sepsis ger. Vi är ungefär där man stod vid hjärtinfarkter för 50 år sedan.

Sepsisfonden

Sepsisfonden lanserades i september 2015, och är en ideell insamlingsstiftelse som vill öka medvetandet om sepsis i befolkningen och samla in pengar till sepsisforskning. Sepsisfonden har sedan i somras 90-konto (900-5265). Den 13 september är en internationellt erkänd dag då World Sepsis Day arrangeras runt om i världen för att uppmärksamma sepsis. Sepsisfonden har två år i rad anordnat events denna dag i Lund, för att sprida kunskap om sepsis.

Mer info om Sepsisfonden finns på: www.sepsisfonden.se. •

Fakta: Adam Linder, Docent och Överläkare, Infektionskliniken, SUS Lund samt ordförande i Sepsisfonden

Att drabbas av sepsis



Gunila Erlandson

I maj månad 2016 hade jag förmånen att tillsammans med Adam Linder, infektionsläkare från Lund, föreläsa på Hygienforum i Stockholm. Jag blev då ombedd att skriva en artikel om att drabbas av sepsis.

Min historia vill visa på hur snabbt det kan gå att utveckla en sepsis -- mycket snabbt! Händelsen ligger flera år bak i tiden, men är lika aktuell fortfarande. Det vill säga att den skulle kunna inträffa även idag!

Jag insjuknade en kväll med ett njurstensanfall. Sedan tidigare hade jag en känd njursten, så det var inget konstigt för mig. Åkte dock på natten

in till akuten på sjukhuset i Lund. Fick en smärtstillande spruta och gick hem efter några timmar. Nästa dag kände jag mig bra och ringde vid lunchtid till jobbet och friskänmälde mig. Efter några timmar, vid två-tiden på eftermiddagen, började jag frysa och få frossa. Det var riktigt obehagligt: kände att jag fått feber, vilket jag mycket sällan har. Gick och lade mig och tog ett duntäcke på mig. Vid halv fem gick jag ut i badrummet, eftersom jag börjat må illa och kräktes. Tittade mig i spegeln och tyckte jag var blå om läpparna - yrkesskada? Inte så dumt i detta fall. Blev rädd och ringde en god vän som bor nästan granne, men hon var inte hemma.

Då gjorde jag något som nog räddade livet på mig. Ringde till jobbet - varför vet jag inte än idag, men samtalet togs av en kollega som känner mig ganska väl. Tur var det! Hon hörde direkt att jag inte mådde bra och frågade om hon skulle ringa ambulans. Jag var klok, svarade ja och sedan minns jag inget mer. Detta är mitt första "svarta hål".

Vad Anna-Greta (min kollega) gjorde, var att ringa 112 och bad samtidigt att de skulle ringa tillbaka och bekräfta att jag svarat. De ringde tillbaka och sa att jag hade inte svarat, varvid hon bad dem att åka omedelbart. Jag hade själv packat min necessär, öppnat dörren men fallit ihop i trappan.

Vaknar på akuten

Som sagt, jag minns inte detta utan vaknar på akuten av att de sätter dropp, kateter med mera. En anestesiläkare och sköterska från IVA, ett team, kom och satte artärnål, ordinerade syrgas, mer vätska och annat. Efter detta blev jag förd till medicinens akutvårdsavdelning, MAVA. Där gav de mig ännu mer vätska och kopplade blodtryckshöjande medel, noradrenalin. Jag kände vid något tillfälle att jag höll på att svimma igen. Anestesiläkaren återkom och man beslöt att transportera mig till IVA, intensivvårdsavdelningen. Nu visste man att jag hade varit inne på natten innan och misstänkte då att jag fått en urosepsis. E-coli-bakterier hade spridit sig ut i blodbanan. Första röntgen visade att min högra njure var avstängd, en sten hade satt sig i övergången mellan njuren och urinledaren, varför jag fick åka till röntgen igen och få en nefrostomikateter insatt.

Uppe på IVA fick jag nu CPAP-behandling (continuous positive pressure airway). Det visade sig snart att det var mina lungor som tagit mest stryk. Därför behövdes höga koncentrationer av ren syrgas, upp till 80 - 90 %. Under flera dagar fick jag CPAP-behandling, stora doser antibiotika och

annan medicinering. Efter fyra dagar fick jag besked om att jag inte svarade som förväntat på behandlingen, men att man planerade att fortsätta som tidigare. Jag hade nu blivit mycket trött och på morgonen efter sovdes jag och blev lagd i respirator. Detta är också en period, där jag inte minns någonting. Som jag kallar mitt andra "svarta hål". Fick efteråt höra att jag själv bett om att få bli lagd i respirator! Detta underlättade min andning, men att ligga i respirator var inte helt problemfritt. Jag stördes inte av intubationen, men väl av medicineringen; blev paranoid och stökig. Kommer ihåg delar av dessa två dygn, minns besöken av anhöriga och nära vänner. Efter de två dygnen hade det vänt och jag kunde extuberas och därefter mobiliseras efter ytterligare två dagar på IVA fick jag komma till urologavdelningen. Där låg jag inne ytterligare en vecka. Fick där sedan fortsätta med inhalationer, antibiotika och min syresättning kontrollerades dagligen med en saturationsmätare.

Efter några veckor

Efter några veckor gjordes en laserlithotripsi. Man försökte krossa och ta

bort stenen som satt kvar. Det lyckades inte helt, men vid en CT några år senare visade det sig att stenen var borta. Det var vid ett samtal med intensivvårdsläkaren några dagar efter utskrivningen, som jag blev riktigt medveten om hur dålig jag hade varit. Det där med risken vid sepsis hade jag inte förstått tidigare - trots att jag är utbildad sjuksköterska!

Som ni förstår är jag mycket tacksam mot min kollega som så snabbt uppfattade att jag mår så dåligt och att jag fick vård direkt. Undrar om jag fått den hjälpen om jag ringt 112 själv. Det är inte helt lätt att beskriva sina problem och symtom och övertyga personen i andra ändan av telefonen att man behöver akut hjälp. Många av de fall vi läser om eller ser på TV, har ofta haft en infektion eller ett sår som utvecklats till sepsis efter ett tag. De har fått behandling under lång tid och med katastrofala följder som exempelvis amputation av både armar och ben.

Jag är nu helt återställd och har inga men: fick inga mardrömmar efter respiratorbehandlingen; var sjukskriven

drygt två månader, heltid först och de sista fyra veckorna 25%. Denna upplevelse ligger nu flera år bakåt i tiden, men jag kommer aldrig att glömma det. Är oerhört tacksam att jag fick behandling i tid.

Sprida kunskap om sepsis

Jag är efter det hände ute och föreläser på studiedagar för intensivvårdspersonal, annan sjukvårdspersonal och för studenter på undersköterske-/sjuksköterskeutbildningarna. Då berättar jag också om hur det var att vara patient på en intensivvårdsavdelning. Kan kanske tillföra ett och annat, inte minst då jag hade nytta av mina yrkeskunskaper. Detta kanske är på både gott och ont, fast mest gott tror jag. Det känns bra att kunna vara med och sprida kunskap om sepsis och vikten av en tidig diagnos. Gå gärna in på www.sepsisfonden.se och läs om symtom och behandling. Där finns även berättelser av andra som drabbats av sepsis. •

Fakta: Gunila Erlandson, Pensionerad operations- och anestesijjuksköterska



Introducerar

C-Armor

En säker steril lösning vid lateral genomlysning med C-båge



Totalt 5-sidigt skydd vid genomlysning Reducerar risken för att det sterila fältet ska brytas

Enklare placering av C-båge

Sparar tid

www.ossano.se

Tel: 08-665 10 18

Mail: info@ossano.se

God samverkan grunden för vårdens utveckling

För den som arbetar i vården är medicinteknik en naturlig del av vardagen. Det är allt från kanylen vid provtagningen, förbandet över operationssåret till hjärt- och lungmaskinen och journalsystemet som samlar information om patienten. Vården är en teknikberoende verksamhet och därför är kontakten med medicintekniska produktspecialister ett vanligt inslag i det dagliga arbetet. Produktspecialisterna introducerar ny teknik, står för utbildningar, handhavandeträning, produktinformation och service. Det är dels en skyldighet enligt rådande regelverk att ge vad som kallas serviceinformation, men det är också en viktig kontaktyta för att utveckla vården. Genom en kontinuerlig kontakt kan man fånga upp nya behov och på så sätt hitta nya effektivare behandlingsmetoder.

Med detta som bakgrund har en överenskommelse om samverkansregler tagits fram. Reglerna är ett ramverk för hur interaktionen får och bör se ut. För att skapa trygghet i mötet mellan vård och industri är det viktigt att samverkan är öppen och transparent. Måttfullhet, rimlighet och nytta är ytterligare kärnord som beskriver utgångspunkten för Samverkansreglerna. Det är viktigt att alla ser sin egen roll och respekterar de övrigas roll i ett viktigt samarbete.

Vem är bunden av avtalet?

Samverkansreglerna är en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting, Swedish Medtech, Swedish Labtech och LIF och gäller för de som arbetar inom den offentligt

finansierade hälso- och sjukvården, medicintekniska industrin, laboratorietekniska industrin samt läkemedelsindustrin.

Överenskommelsen beskriver vilka regler som gäller för produkt- och serviceinformation, sammankomster av olika slag, marknadsundersökningar, upphandling, konsultuppdrag och donationer. Nu finns gemensamma regler för alla hälso- och sjukvårdens medarbetare och företag när det gäller exempelvis kostnader kopplade till möten, rutiner runt inbjudningar och beslut om deltagande samt måltider.

Överenskommelsen trädde i kraft den 1 januari 2014 och ersatte den tidigare överenskommelsen om samverkansregler, det så kallade Samverkansavtalet.

Nyheter i avtalet

Det nya avtalet gör att det blir enklare och tydligare regler med tydliga ansvarsområden. Till exempel ska arbetsgivaren ta ansvar för den kompetensutveckling och vidareutbildning som medarbetarna behöver för att klara sina arbetsuppgifter. Från 2015 övertog arbetsgivaren kostnadsansvaret för resa, kost och logi för enskilda deltagare i samband med fortbildning och vetenskapliga kongresser.

Utbildningar i Samverkansreglerna

Branschorganisationen Swedish Medtech får dagligen frågor från medlemsföretag kring överenskommelsen. Frågorna rör allt från gåvor och regler



för donationer till sponsring av möten och kongresser. För att nå ut tydligare med Samverkansreglerna håller Swedish Medtech sedan några år tillbaka heldagsutbildningar rörande Samverkansavtalet. Dessa vänder sig inte bara till medlemmar utan även till vårdpersonal.

- Vi har under åren sett ett behov hos både medlemsföretag och vårdanställda att få diskutera och analysera avtalet. Vi har därför valt att göra utbildningen mer interaktiv. Deltagarna får en djup förståelse för intentionen med avtalet både genom teoretiska pass men även genom en rad olika fallstudier. Kombinationen är mycket uppskattad, säger Jan Heidebrandt, utbildningsansvarig på Swedish Medtech.

För frågor om Samverkansreglerna

Arbetar man inom vården finns det kontaktpersoner inom varje landsting som man kan vända sig till för rådgivning. Namnen finns upplagda på Sverige Kommuner och Landstings hemsida. Där finns även en länk till Samverkansreglerna. •

Fakta: Mia Engman Hyrén, Kommunikationsansvarig, Swedish Medtech

Samverkansavtalet

<http://skl.se/halsasjukvard/lakemedel/etikreglervardochindustri.657.html>

Kontaktpersoner för personal i vården

<http://skl.se/halsasjukvard/lakemedel/etikreglervardochindustri/kontaktpersonersamverkansregler.2156.html>



Avancerad
diatermiutrustning och
rökevakuering med
KLS Martin och SafeAir



maxium®

**KEBOMED är ett nordiskt, modernt och
miljömedvetet medicintekniskt företag
som förknippas med bästa sortiment och service**



Vi har
utrustningen
ni behöver!

KEBOMED

Lokalbedövningsmedel

– Vilka övergripande kunskaper och rutiner finns?

AORN Journal gav ut en artikel skriven av Jennifer L. Fencel och i artikeln beskrivs en vardag på operationsavdelningen som påminner om en "vanlig dag på jobbet". Den fick mig att reflektera över hur det ser ut på min arbetsplats, vad jag säger ja till utan att kanske tänka efter vad mitt ansvar som operationssjuksköterska innebär och gör jag annorlunda under ett rutiningrepp?

Artikeln börjar med att beskriva ett patientfall där patienten skall få en subcutan venport. Det är ont om personal så det beslutas att en anestesijyksköterska inte behöver finnas med för patientens anestesilogiska omvårdnad på operationssalen eftersom ingreppet utförs i lokalanestesi. Detta är ett rutiningrepp och operations-sjuksköterskan ser inget problem med att vara själv på salen med opererande läkare och patient. Allt flyter på som det ska, men när det är dags för att spola igenom porten blir patienten plötsligt dålig, får svårt att prata, känner sig yr och blir snabbt sämre.

Preoperativt hade operationssjuksköterskan inte märkt sprutorna eftersom hon ansåg detta som ett rutiningrepp. Det ledde till att hon av misstag har gav fel spruta till opererande läkare och porten spolas med lokalbedövningsmedel istället för Natriumklorid. Följden blir att patienten får lokalbedövningsmedlet insprutat direkt i en ven och får en allvarlig toxisk reaktion.

Frågor väcktes efter att ha läst artikeln, vad vet jag om lokalbedövningsmedel och allvarliga toxiska reaktioner? Märker vi sprutorna korrekt med bl.a. läkemedelsnamn och styrka. Vilka lagar och föreskrifter finns kring läkemedelshandtering? Vilka rutiner och riktlinjer finns det på min avdelning när vi är för lite personal och situationer som denna uppstår? Och slutligen kan vi göra något för att öka patientsäkerheten?

Vad är en allvarlig toxisk reaktion?

I engelskspråkig litteratur benämns toxiska reaktioner utlösta av lokalanestetika för Local Anesthetic Systemic Toxicity (LAST). En toxisk reaktion kan uppträda oväntat och plötsligt efter en injektion av lokalbedövningsmedlet. Anledningen till reaktionen kan bero på; patientens aktuella mediciner, oavsiktlig injektion av lokalbedövningsmedel direkt i kärlsystemet, överskriden max dos eller omedelbar absorption av läkemedlet när det ges i ett extremt vaskulärt område. I samtliga ovan beskrivna situationer kan reaktionen bli livshotande.

Mindre än 1 % (USA) av alla patienter med rapporterade biverkningar får en

allvarlig toxisk reaktion av lokalanestesi. Även om lokalanestesi är en relativt säker anestesiform, kan patienten reagera med en allvarlig toxisk reaktion.

Vilka är symptomen på en allvarlig toxisk reaktion?

När en patient drabbas av en allvarlig toxisk reaktion är det symptom från centrala nervsystemet som oftast uppträder först, men även kardiovaskulära symptom kan förekomma.

Ett sätt att upptäcka symptom är att prata med patienten, när en patient sover är det svårare att se tecken på detta, se nedan. Det första som händer vid en allvarlig toxisk reaktion är att tungan och munnen blir stel, vilket resulterar i långsamt och sluddrigt tal.

SYMPTOM

- Berusningskänsla
- Cirkumoral parestesi
- Domningar i tungan
- Hyperakusi, hörselhallucinationer
- Tinnitus
- Synstörningar
- Svårighet att artikulera
- Långsamt, sluddrigt tal
- Muskelryckningar
- Svårigheter att fästa blicken
- Tremor
- Generaliserade kramper

AKUTA ÅTGÄRDER

- Avbryt tillförseln av lokalanestesimedel
- Lagg patienten ner i ryggläge med lätt höjd huvudända
- Syrgas (alltid!)
- Noggrann övervakning av vakenhet och andning
- Understöd andning och cirkulation, undvik hypoxi och hyperkapné
- Vid behov: ventiler



Foto: bylindahl

Är patienten sederad eller sövd kan det vara svårt att upptäcka tidiga tecken på CNS-toxicitet. I dessa fall kan kardiovaskulära symtom utgöra de första tecknen på en toxisk reaktion. Detta ger sig oftast till känna med takykardi därefter följer blodtrycksfall, hjärtarytmier, breddökade QRS-komplex, bradykardi, upprepade kortvariga asystolier och slutligen hjärtstillestånd. Detta förlopp kan gå snabbt eftersom de första symptomen som t ex långsamt och sluddrigt tal, troligen inte upptäcks pga. att patienten är sövd.

Hur kan vi arbeta perioperativt för att ta hand om patienten på ett säkert sätt i samband med lokalanestesi?

Genom att vara väl påläst om patienten innan operationen ökar vi vår kännedom om hans hälsotillstånd inför operationen. Det är viktigt att vi operationssjuksköterskor har en övergripande kunskap och förståelse för hur lokalbedövningsmedel verkar och vilka effekter de har och att vi känner till eventuella biverkningar inklusive livshotande händelser som kan uppstå vid administreringen av lokalbedövningsmedel. Att vi arbetar efter styrdokument som Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1) som

reglerar hur vi skall administrera och iordningställa läkemedel.

För att kunna vårda och behandla patienter som får lokalanestesi på ett säkert sätt skall patienten ha

- Fri venväg (PVK)
- Möjlighet att hålla fri luftväg skall finnas
- Cirkulationsövervakning/monitorering för att upptäcka tecken och symptom

Artikeln som jag läste var publicerad i AORN, Nordamerikas motsvarighet till Riksföreningen för operationssjukvård. De skriver riktlinjer inom olika ämnen som berör vår profession. Denna artikel i AORN Journal skrevs för att upplysa om de nya riktlinjerna som AORN har författat, för vård av patienter som får lokalbedövning och för att hjälpa operationssjuksköterskor att bli medvetna om hur vi ger vård på ett säkert sätt till patienter som får lokalbedövning. På operationssalen arbetar vi som ett team där allas kunskap och kompetens är av vikt för patientens bästa. Jennifer L. Fencel skriver i artikeln att det ger en ökad patientsäkerhet om vi operationssjuksköterskor har kunskap inom detta område för att kunna upptäcka tidiga symptom och veta vad som skall göras för att kunna bidra till en god omvårdnad och vård för patienten.

Sedan 2008 har kvalitetsrådet i Riksföreningen för operationssjukvård formulerat riktlinjer enligt kvalitetsindikatorer och ger förslag till standards inom perioperativ omvårdnad. Dessa "Riksföreningen anser och rekommenderar" är till hjälp för att användas lokalt på sjukhus och som grund för PM och riktlinjer.

"Riksföreningen anser och rekommenderar" finner du på www.rfop.se där du också kan hämta dem. •



Foto: Peco Sjöberg

Fakta: Anna Ekepil, kvalitetsrådet i Riksföreningen för operationssjukvård

Personalens beteende – risk för handkontamination

Redaktionen tipsar om en studie som operationssjuksköterska Veronika Megeus m.fl. gjort och som visar olika beteenden i samband med invasiva vårdmoment som innebär risk för att kontaminera sina händer.

Studien är en kvalitativ studie som på ett nytt sätt beskriver hur operations- och anestesipersonalens beteende i samband med invasiva vårdmoment riskerar att kontaminera sina händer.

Syftet med studien var att identifiera risker för hand kontaminering och överföring av mikroorganismer under invasiva ingrepp.

Personalen på en operationsavdelning har handkontakt med många ytor och platser under hög arbetsbelastning, vilket ökar risken för överföring av mikroorganismer. Beteenden under invasiv vård är associerad med risk för överföring av mikroorganismer till patienter via medicintekniska produkter och anestetiska läkemedel. Observationer genomfördes under 22 tillfällen och analyserade data med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat och sammanfattning

Studien visade att kontaminationen kunde ske innan eller samtidigt som ett invasivt vårdmoment eller direkt efter för att riskera att sprida mikroorganismer vidare till andra ytor. Handkontaminationen kunde ske från patienten, objekt eller från personalen själv. Exempel på beteende kan vara klia på näsan, rätta till glasögonen, bita på naglarna, hosta i handen eller klia sig på hakan när man står och funderar. Dessa utförs mestadels omedvetet men är en fara för ett aseptiskt arbetssätt och riskerar patientsäkerheten, förutsatt att en handdesinfektion inte utförs efteråt.

Två av de största problemen som framkommit är bristen på medveten-

het om självkontaminering och brist eller felaktig användning av aseptisk teknik.

Resultaten av studien bidrar med detaljerad kunskap om att aktiviteter och beteenden under invasiv vård är associerad med risk för överföring av mikroorganismer till patienter från personal samt via medicintekniska produkter och läkemedelshandling. Dessa risker måste belysas för att utveckla och genomföra förändringar i beteendemönster för att öka medvetenheten.

Slutsatser

Studien ökar medvetenheten om risken för omedvetet beteendemöns-

ter leder till handkontaminering och överföring av mikroorganismer. Kontamineringen som kan ske före, under eller i direkt anslutning till uppgifter som kräver aseptisk teknik. Resultaten ger kliniker och chefer specifik information som kan användas i omvårdnad och utbildning samt belyser medvetenheten vid förbättringsarbeten för handhygienrutiner och aseptisk teknik. •

Referens: Veronika Megeus et al. Hand Contamination, Cross-Transmission, and Risk-Associated Behaviors: An Observational Study of Team Members in ORs AORN Journal, December 2015, Vol. 102, No. 6 Pages 645.el-645.el12



Veronika Megeus

Läkare Utan Gränser söker operationssjuksköterskor

Varje år bistår vi miljontals människor med sjukvård och humanitär hjälp i över 60 länder runt om i världen. Vi är en neutral och opartisk, medicinsk, humanitär organisation som först och främst strävar efter att tillhandahålla högkvalitativ sjukvård till dem som behöver den mest. Vi låter oss inte begränsas av var de befinner sig eller vilka hinder som står i vägen. Vi tar inte hänsyn till vilket politiskt läger eller vilken folkgrupp människor tillhör. Inte heller vilken sida av en konflikt de står på, eller om de befinner sig i en bortglömd kris eller en uppmärksammas katastrof.

I många utsatta situationer behövs kirurgiska team, till exempel i väpnade konflikter eller i isolerade områden, där medicinsk personal inte finns att tillgå. De behövs ibland med kort varsel och för kortare perioder på mellan tre och sex månader.

De kirurgiska projekt vi har hanterat trauma, ortopedi, gyn och allmänkirurgi. Som operationssjuksköterska har du ofta en organisatorisk och arbetsledande position med ansvar för sterilisering av instrument, hygienrutiner samt utbildning och handledning av lokal sjukvårdspersonal som assisterar vid operationer.

LÅTER DET INTRESSANT?

Om du uppfyller följande kriterier och om du vill vara med och jobba för de mest utsatta i världen, ansök då till oss:

- Jag har operationssjuksköterskekompetens, minst två års arbetslivserfarenhet och erfarenhet inom gyn, ortopedi, allmänkirurgi och gärna traumakirurgi
- Jag är bra på att arbeta med begränsade tekniska resurser
- Jag är stresstålig, flexibel, pedagogisk och har förmåga att organisera och prioritera mitt arbete samt vara innovativ och ta initiativ
- Jag skulle kunna vara tillgänglig med kort varsel
- Jag kan vara borta från Sverige i 3-6 månader
- Jag talar flytande engelska

Läs mer på www.lakareutangranser.se där hittar du också vår online ansökan att fylla i och skicka in.

Väl mött

Maria Schütz, HR Manager för sjuksköterskor



The Pink Pad[®] XL
Advanced Trendelenburg Positioning System

Nyhet - Pink Pad XL!

Längre för ökad komfort och säkerhet

- Gynekologi • Urologi • Laparoscopi
- Kolorektal • Generell • Robot

Kontakta gärna oss för mer information

OPI OPERATIONS INSTRUMENT

One-Step[™] Trendelenburg Arm Protectors

CE opi@opi.se www.opi.se latex free

www.opi.se



Handcenter Göteborg

Vad heter ni? Vi heter Annci Garbers och Mariann Hjort.

Vilken operationsavdelning jobbar ni på? På Handcenter Göteborg.

Hur länge har ni jobbat på avdelningen? Ca 2 ½ år respektive 6 år.

Hur länge har operationsavdelningen funnits till? Handcenter Göteborg startades 2007. I augusti 2015 flyttade vi in i nya lokaler i Gårda i Göteborg.

Hur många operationssjuksköterskor jobbar på er arbetsplats? Vi är 4 stycken. En operationssjuksköterska arbetar halva tiden på mottagningen och en arbetar ungefär halva tiden som koordinator.

Vilken är medelåldern bland operationssjuksköterskorna? 50 år!

Hur många salar har ni på avdelningen? Vi har en operationssal där vi har patienter i narkos och på mottagningen har vi en mindre operationssal där operationer i lokalbedövning utförs.

Vilka typer av operationer genomför ni? Det mesta inom handkirurgi och viss armbågskirurgi. En dag i veckan har vi en extern vårdgivare som kommer till oss och opererar. Då gör vi bl.a. korsbandsrekonstruktioner, knäartroskopier och axelartroskopier (Bankart mm.)

Brukar ni bli avlösta för fikaraster? Vi är alltid två operationssjuksköterskor som "har" operationerna varje dag, det innebär att vi instrumenterar till varannan operation. På det

sättet anpassar vi fika- och lunchraster så att vi aldrig löser varandra när vi instrumenterar. Då gör vi så att den operationssjuksköterska som har första operationen fikar efter den medan nästa operationssjuksköterska tar den andra operationen. Vi har ofta ett högt flöde av patienter så vi har aldrig fika- eller lunchuppehåll.

Brukar passen på salen vara en undersköterska eller operationssjuksköterska? Vi har en undersköterska som även arbetar som vårdadministratör och hon är på sal någon/några dagar i veckan. De övriga dagarna är vi bara operationssjuksköterskor.

Vilka nedräkningsrutiner har ni för operationsdukar, -kompresser och -tork? Den operationssjuksköterska som instrumenterar räknar själv ned vid avslutningen av operationerna.

Använder ni er mest av flergångs- eller engångsrockar? Vi använder bara engångsrockar.

Brukar ni som rutin följa med och rapportera patienten till postoperation? Eftersom vi är en liten enhet har vi ingen separat personal på postop. Hos oss arbetar en narkossjuksköterska och en narkosläkare varje dag. De varvar med att vara på operationssalen och på preop/postop. Detta innebär att vi arbetar väldigt tight och kan rapportera direkt från operationssalen om det är något speciellt.

Vad är det bästa med er operationsavdelning? Vi arbetar alla tillsammans mot samma mål och vi tycker att vi kan hålla en god kvalitet på det vi utför. Vi har en mycket nära patientkontakt där vi bl.a. ringer alla patienterna dagen innan deras operation för ett preoperativt samtal och dagen efter ringer vi återigen patienterna för ett postoperativt samtal. Det gör att vi får en väldigt bra feedback på vårt arbete. Vi arbetar även nära mottagningen och där kan vi också möta våra patienter. En viktig faktor är också att vi har ROLIGT på jobbet!!

Vad skulle ni vilja ändra på din operationsavdelning? Ingenting.

Hur källsorterar ni era sopor? Vi källsorterar kartong, plast, metall, glas och papper.





Väljer du våra kundanpassade set finns risk att det går åt fler

Välj fritt bland ett stort antal kvalitetskomponenter så förpackar vi dem till praktiska kit för olika behov. När du väljer evercare® kan du känna dig trygg med att varje del håller hög kvalitet så att det blir säkert och bekvämt för både dig och patienten. Dessutom spar du en slant på varje kit, vilket gör att det blir mer pengar till själva vården och förhoppningsvis fler ingrepp varje dag på svenska sjukhus, som då kanske behöver fler kit. Ett klokt val, med andra ord.

www.onemed.se

Att jobba på Grönland

Det första man möter när man kommer till huvudstaden Nuuk på Grönland är inte en isbjörn eller folk som går omkring på gatorna med ett gevär och en talglampa (som en del tror). Istället finns det köpcentrum, affärer, tillräckligt med varor i butikerna (oftast!) och ett livligt helt vanligt socialt liv bland lokalbefolkningen.

Förutom de skillnader i matvanor och väder, som man möter oavsett vilken kultur man reser till, är allt som i vilket annat europiskt land. Folk går till jobbet och lever sina liv precis som du och jag. Alla förutfattade förväntningar om Grönlands befolkning försvinner lika fort som det ständiga norrskenet rör sig på himlen.

Att jobba på Grönland är ändå en utmaning på många sätt, inte minst för att samarbetet mellan kollegor och de sociala strukturer inom vården är präglad av att sjukvården i många år har varit beroende av korttidsvikarier, ofta nyutbildade som vill ha en unik upplevelse av sitt uppehåll på Grönland och kanske blir besvikna på arbetsuppgifterna som i stort sett är de samma som på vilket annat sjukhus i världen. Fokus halkar lätt in på vad som ska hända på fritiden. De fast anställda som jobbar inom vården får dra ett tungt lass.

Det största sjukhuset på Grönland ligger i Nuuk, operationsavdelningen har fem salar varav en alltid står redo för omedelbart sectio. Tre till fyra salar bemannas på vardagar, man går hem med en jourtelefon på eftermiddagen och får rycka in om det händer något. Blir det omedelbart snitt får man springa fort, staden är liten, där bor 16 000 invånare, man hinner till sjukhuset på mindre än en kvart var man än befinner sig. Under en treveckorsperiod var jag jour hälften av tiden. Har man jobbat på natten får man komma 11 timmar efter det man lämnat jobbet, då har man ledigt med lön.

Operationssalarna är välutrustade, det finns mer modern medicinteknik

utrustning än på många andra ställen jag har varit. De fast anställda operationssjuksköterskorna och personalen i sterilcentralen är ovanligt skickliga, man blir förvånad över deras flexibilitet. De är vana att det nästan varje vecka kommer ny personal som snabbt behöver skolas in. Det finns ett fåtal kirurger som av olika anledningar har jobbat i många år på sjukhuset. Annars är en stor del av operatörerna på "besök" i några veckor och jobbar inom sin specialitet och åker sedan iväg.

Eftersom bristen på operationspersonal och operatörer har varit skriande i ett antal år, har arbetet inom vården varit präglad av vikariepersonal som vill ha det på "sitt sätt". De danska operationssjuksköterskorna, som bemannar operation, kommer från en tradition där man har en eller två områden och kanske inte känner sig trygga med t.ex. ortopedi eller gyn.

Detta gör att vissa dagar är det svårt för den fasta personalen att arbetsfördela och de får själva gå in och ta operationer för att ingen annan kan just den specialiteten. Operatörerna har ofta favoritinstrument och utrustning. Sterilen har därför en mängd instrument som kanske bara används få gånger per år.

Som svensk sjuksköterska känner man sig tacksam över att ha allsidig erfarenhet och specialistutbildning och att vara van att jobba i team. Jobbkulturen på Grönland är präglad av den danska jobbmentalitet som är märkbart mera uppdelat mellan yrkesgrupperna än i Sverige. Man kan ha olika uppfattningar om detta, ofta är mina egna inte odelat positiva.

Som (dansktalande) svensk operationssjuksköterska blir jag bemött som om jag är "hemma" i en jobbmentalitet och arbetskultur som "sitter i väggarna". I början var det en utmaning när personalen ber om att man gör "som man gör i Danmark" då jag inte alls är "hemma" med hur man jobbar i Danmark.

Man får sällan assistera då det är ovanligt att operationssjuksköterskorna, i Danmark gör så. Traditionen är att läkaren är med från att det tas ID till förbandet är satt. Att det finns läkarbrist i Danmark har sina uppenbara orsaker när det används läkartid på det som i Sverige är sjuksköterskans uppgifter.



Ibland kan man få åka med ut på kusten och jobba. Då packar man instrument till de elektiva operationer som har samlats under en period. Man flyger ut med sina många instrument lådor och utrustning till ett avlägset ställe. Ute i bygderna på kusten finns sjukstugor som kanske bemannas av en enda läkare och lokal hälso-personal. Man åker iväg som ett team, operationssjuksköterska, två anestesijunksköterskor, en sterilpersonal och en operatör, jobbar på i några dagar och betar av kanske 20-30 patienter. Förutom att operera finns det i stort sett inget som den fasta ofta utbildade personalen på sjukstugorna inte kan hantera. De har på grund av de isolerade förhållandena varit med om många fler händelser i sitt arbetsliv än någon av oss kommer få uppleva.

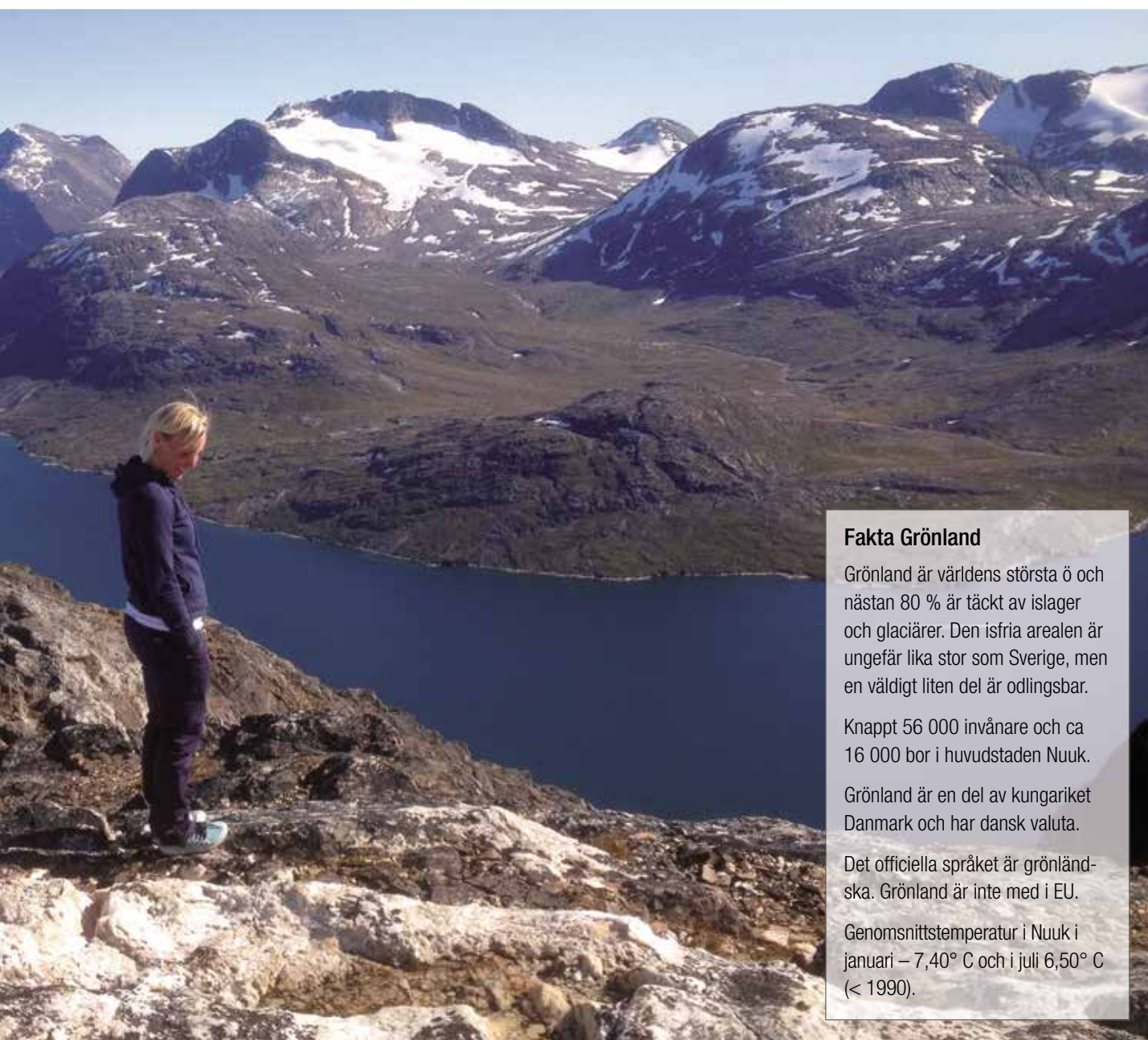
Sjuksköterskorna som arbetar i en sån region där det bor ca 3 000 människor jobbar ensamma med en läkare. Det man ska kunna operera lokalt är aborter och appendiciter, allt annat skickas till Nuuk med helikopter.

De skillnader som man märker mest är patienterna och jobbmentaliteten. Patienterna och sättet grönlänningar hantera sina problem på är mera subtila och man får vara vaken och öppen och "suga" upp det de uttrycker, ofta genom att inte uttrycka något.

Lite andra skillnader kan vara att en sal kan behövas stängas av några timmar för att ventilationen har täpps igen med snö. De elektiva patienterna kommer inte på grund av vädret. En operatör sitter fast på en flygplats på

grund av storm, någon kommer för sent till jobbet för att de fick gräva bort snön från dörren innan de kom ut hemifrån osv., osv... Vädret är den allsmåttiga kungen.

Själv har jag varit iväg 8-10 gånger de senaste fyra åren i perioder av varierande längd och kommer att fortsätta med det i förhoppningsvis många år ännu. Det är inte för förtjänsten, utan erfarenheten man åker till Grönland och arbetar. Resan dit betalar sjukhuset. Man får dansk lön som är fastställd av facket. Bostad får man tilldelad av sjukhuset, men man får själv betala hyran så man har inte kontroll över hur mycket man behöver spendera på boendet och maten är mycket dyr. Men det är värt upplevelsen. ●



Fakta Grönland

Grönland är världens största ö och nästan 80 % är täckt av islager och glaciärer. Den isfria arealen är ungefär lika stor som Sverige, men en väldigt liten del är odlingsbar.

Knappt 56 000 invånare och ca 16 000 bor i huvudstaden Nuuk.

Grönland är en del av kungariket Danmark och har dansk valuta.

Det officiella språket är grönländska. Grönland är inte med i EU.

Genomsnittstemperatur i Nuuk i januari – 7,40° C och i juli 6,50° C (< 1990).

Stark för kirurgi - stark för livet

Levnadsvanor i samband med operation

Då operations- och anestesijuksköterskornas, dvs. den perioperativa sjuksköterskans, roll inte har varit tydlig och inte heller identifierad i arbetet med levnadsvanor blev vi i Riksföreningen för operationssjukvård glada och inspirerade när Svensk sjuksköterskeförening erbjöd oss medverkan i ett projekt om levnadsvanor. Tanken från Svensk sjuksköterskeförening var att:

Projektet ska öka patientsäkerheten vid operation huvudsakligen genom att förbättra livsstilen före och efter operation, samt en bibehållen god livsstil efter operation. Detta ska ske genom att sammanställa evidens och bidra till utvecklande av vårdprogram. En manual för lokalt komplikationsförebyggande levnadsvanearbete inför kirurgiska ingrepp skall upprättas. Spridning kan ske genom att skapa nätverk mellan vårdgivare och erbjuda målinriktad utbildning. Vårdkedjan kring det operativa ingreppet involverar professionella yrkespersoner som representerar olika specialiteter. Tanken är att engagera interprofessionella team där de professionella (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, barnmorskor, arbetsterapeuter och dietister), har utbildning och erfarenhet inom levnadsvanearbete, för att säkra arbetet med levnadsvanor i samband med en operation.

Del 1

Del 1 av projektet startade i juni 2015 och avslutades den 31 december samma år. Huvudsyftet med den delen var att:

- Ta reda på vad den perioperativa sjuksköterskan idag om goda levnadsvanor i samband med operation?
- Att öka den perioperativa sjuksköterskans kunskap och aktivitet för att implementera riktlinjerna i sitt ordinarie arbete.

- Definiera och formulera den perioperativa sjuksköterskans roll i det interprofessionella teamets arbete med att förbättra patienternas levnadsvanor i samband med operation.

Ett resultat som framkom var att den perioperativa sjuksköterskan har kunskapsbrister i vad patienternas levnadsvanor betyder för operationens resultat. Det fanns behov av kunskap om att riktlinjer för goda levnadsvanor är betydelsefulla. Samt att det saknas en modell för hur den perioperativa sjuksköterskan ska arbeta med levnadsvanor. Det behövs implementering av nya arbetssätt, samt ett specifikt kunskapsstöd till perioperativa sjuksköterskor om betydelsen av hälsofrämjande metoder för att ge patienterna möjlighet till att bli stark för kirurgi och stark för livet.

I maj 2016 startade vi upp del 2, nu är fokus på kunskap.

Regelbunden fysisk aktivitet, goda kostvanor, sparsamt med alkohol och ingen rökning och god hygien minskar risken för komplikationer i samband med en operation. Perioperativa sjuksköterskor har en betydelse för att patienten ska nå målet med det kirurgiska ingreppet. Mot bakgrund av att levnadsvanor spelar roll både före och efter det kirurgiska ingreppet är det av stor vikt att den perioperativa sjuksköterskan finns med i stödarbetet för patienternas levnadsvaneförändringar.

Levnadsvanor som tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor, har stor betydelse för resultatet av den kirurgiska vården och omvårdnaden. Dessa levnadsvanor finns det möjlighet för patienten att själv påverka med stöd av Hälso- och sjukvården som ska erbjuda information och stöd. Ett kirurgiskt ingrepp innebär

mentala och kroppsliga påfrestningar för patienten. För personen som genomgår kirurgi är målet en lyckad operation, att återfå normala funktioner samt ett gott välbefinnande, med så få komplikationer och minimalt lidande som möjligt.

I del 2 av projektet ska vi:

- Sammanställa evidens som är väsentlig vid operation för att öka patientsäkerheten i samband med operationen samt under återhämtningstiden, för att stödja patienten att uppnå målet med sin operation.
- Identifiera och sammanställa det specifika bidraget som perioperativa sjuksköterskor kan tillföra patientinformationer och bidra till utvecklandet av information till patienter som ska genomgå en operation. För att all information som patienten behöver finns lättillgängligt och samlat om vikten av levnadsvanor inför ett kirurgiskt ingrepp.
- Att den perioperativa sjuksköterskan bidrar till registrering och uppföljning av patienternas levnadsvaneförändringar och att inrapporterad data förbättras.

Ett kunskapsunderlag

Att ta fram ett kunskapsunderlag, som ska vara stöd till den perioperativa sjuksköterskan, är på gång. Kunskapsunderlaget ska bygga på evidens som är väsentlig vid operation för att öka patientsäkerheten i samband med operationen samt under återhämtningstiden. Ett av syftet är att medvetandegöra den perioperativa sjuksköterskan om risker och konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor hos vuxna) hos kirurgiska patienter. Målet är att detta ska vara klart och delas ut till



deltagarna på Höstkongressen samt finns för nedladdning på vår hemsida, rfop.se

Patientinformation

En annan av aktiviteterna i projektet är att identifiera och sammanställa information som perioperativa sjuksköterskors kan bidra med till befintliga patientinformationer om levnadsvanorna i inför operation.

Informationen ska kunna sammanfogas med fysioterapeuters, dietisters och läkares information som riktas till patienter som ska genomgå ett kirurgiskt ingrepp.

Riksföreningen för operations-sjukvårds distriktssamordnare har under sommaren samlat in exempel på patientinformation som ges runt om i landet till de personer som ska genomgå en operation. Det projektet hoppas kunna få svar på är, *Vilken patientinformation finns? När delas skickas dessa ut? Vem ger informationen?*

Vi har fått in en stor mängd material att ta del av och det som blir väldigt tydligt är vad många olika informationsmaterial det finns. Bara inom samma region/landsting kan det skilja i hur det informeras, från sjukhus till sjukhus eller mellan olika kliniker inom samma sjukhus.

Vad det gäller information om de fyra levnadsvanorna, är tobak den som dominerar, fast även här är det en variation i information - från en uppmaning om att det är önskvärt med ett

rökuppehåll till att en klinik kräver rökstopp. Tiden för uppehåll/stopp är 6 – 8 veckor före och efter operation. Information om alkohol börjar komma om än i mindre del, dock har t.ex. ortopedkliniken på Akademiska sjukhuset i Uppsala sedan första oktober i år ett alkoholstopp en månad före och efter operation. I landstinget Sörmland har man tagit det ett steg längre, där inkom en motion om *alkoholstopp för operationspatienter*, och fullmäktige beslutade att ge landstingsstyrelsen i uppdrag att införa *alkoholfri operation*. Vi ser fram emot att se vad det kommer att få för resultat. Hela sammanställningen av det inkomna materialet kommer att presenteras senare.

Registrering och uppföljning

Idag finns ingen nationell enhetlig registrering eller uppföljning av patienternas levnadsvaneförändringar denna del har stor förbättringspotential. Här är samverkan med andra grupper mycket viktig och jag som projektledare, har samtalat ett flertal gånger samt träffat Roger Olsson, delprojektansvarig Svenska läkarsällskapet, Pelle Gustafsson, LÖF och Hanne Tønnesen, forskningsledare för Kliniskt Centrum för hälsofrämjande vård, om detta. Det är ett långsiktigt och ett inte allt för enkelt uppdrag, här får vi anledning att jobba vidare tillsammans. •

Fakta: Kristina Lockner, ordförande i Riksföreningen för operationssjukvård och projektledare i projektet

Fakta

Socialstyrelsen ska på regeringens uppdrag genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. I uppdraget ingår bl.a. att fördela medel, till organisationer som på nationell nivå företräder professionerna, som främjar arbetet med sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården, och för insatser som syftar till att implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Bakgrund

Hälsofrämjande omvårdnad

God omvårdnad kräver dels ett strukturerat arbetssätt som planeras och följs upp utifrån patientens behov men framför allt ett hälsofrämjande och personcentrerat förhållningssätt. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av att:

- stärka personens tilltro att kunna hantera sjukdom eller förändring av hälsan
- uppmuntra till delaktighet och att ta ansvar för den egna hälsan
- erbjuda stöd så att personen kan ta kontroll över sin hälsoutveckling ta hänsyn till personens motivation till förändring.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ger rekommendationer om hur sjukdom kan förebyggas: hälso- och sjukvården bör genom särskilda metoder stödja patienter att förändra en ohälsosam levnadsvana. De levnadsvanor riktlinjerna tar upp är:

- tobaksbruk
- riskbruk av alkohol
- otillräcklig fysisk aktivitet
- ohälsosamma matvanor

Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Finns det riktlinje eller rekommendation angående arbetskläder på operationssal med implantatkirurgi? Engångs- eller flergångskläder?

Svar: Vid implantatkirurgi är det viktigt att hela laget har bra klädsel för att få så låg partikelhalt i luft som möjligt i operationsrummet. Lämpligt val är arbetskläder med nivå cleanair suit. Finns som både engångs eller flergångs.

Fråga: Vi diskuterar huvudbonad i korridor/personalrum, vad är det som gäller?

Svar: Det finns ingen klar evidens för att man inte kan ta av mössa. Men risk finns att mössan blir kontaminerad om den förvaras i fickor. Beakta också att hår kan hamna på arbetsdräkten.

Fråga: För att säkerställa sterilitet, är det säkrare att använda containrar jämfört med galler packat i papper? För och nackdelar?

Svar: Själva logistiken och förvaringen av sterilgods ska kvalitetsbedömmas. Det finns olika fabrikat för container. Kontroll av container ska göras inför varje användning och det finns ett spår med gummipackning som måste godkännas likaså att locket inte blivit skadad och blivit skevt vilket annars kan påverka tätheten. I locket finns också ett filter som ska bytas regelbundet. Vid valideringsprocessen med container kan torktiden eventuellt behöva förlängas. Införande kräver god samverkan med Sterilteknisk enhet för eventuellt behöver hela logistiken förändras med transportvägar och insatser i autoklav. Containrar ska uppnå höggradigt ren nivå innan de

när packrummet Pappersemballage är känsliga för perforering vilket kräver försiktighet. Båda metoderna är tillämpbara som sterilemballage.

Fråga: Jag arbetar på en operationsavdelning och är där hygienansvarig operationssjuksköterska. Vi ska försöka strama till våra lokala rutiner vad gäller mössa/hjälm vid implantatoperationer (nät vid ljumskbräcksooperationer, bröstimplantat med mera). På alla ortopediska operationer har vi mössa med dok, det vill säga hjälm (väpnarhuva) på oss, men inte på de kirurgiska implantaten. Vad jag förstår så är även det en känslig operation där allt hår och hud bör täckas. Men tyvärr får jag inte med mig all personal, i synnerhet inte läkarna. De vill ha evidensbaserat material för att få veta om det verkligen är nödvändigt med en sådan mössa vid dessa operationer. Har ni något sådant, eller vet ni vart jag annars kan vända mig? Eller är det kanske inte nödvändigt att ha en mössa som täcker halsen om man har LAF-ventilation?

Svar: Huvudbonad ska enligt Vårdhandboken användas av all personal i operationssalen och ska täcka hår och skägg för att förhindra hårstrån från att falla ned i såret, på sterilisering eller på instrument och instrumentbord. Hårstrån kan bära hudbakterier och förorena operationsår och föremål om de faller ned på dessa. Det laminära flödet passerar med hög hastighet förbi lampa och personer som står i luftflödet. Därför är det viktigt att för att uppnå en optimal partikelnivå i flödet att så mycket hud täcks som möjligt.

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

Certifieringsutbildning

Sedan ett år tillbaka arrangeras, i samarbete mellan Riksföreningen för operationssjukvård och branschorganisationen Swedish Medtech, en certifieringskurs för medtechpersonal som medverkar i operationssalar och på operationsavdelningar.

Syftet är att ge produktspecialister, kunskap om de regler och praxis som finns när man som medicinteknisk representant arbetar i anslutning till operationsverksamhet. Fokus ligger på frågor som rör säkerhet, infektionskontroll, kvalitet och patientintegritet, men även kunskap om medicinteknikbranschen inklusive centrala frågor som upphandling och samverkan tas upp. För detaljerat program titta på swedishmedtech.se.

Liknande certifieringsutbildningar finns i flera europeiska länder: bl.a. Storbritannien och Belgien, även där är det branschorganisationerna och professionsorganisationer håller i dessa.

SWEDISH
Medtech



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



BELGIUM



BELGIUM



CROATIA



CYPRUS



CZECH REP.



DENMARK



ESTONIA



UNITED KINGDOM



TURKEY



THE NETHERLANDS



SWITZERLAND



SWEDEN



SPAIN



SLOVENIA



SERBIA



RUSSIA



PORTUGAL



POLAND



NORWAY



ITALY



ISRAEL

EUROPEAN PERIOPERATIVE NURSING DAY

15th of February 2017



Foto: Bodo Götze

Control Surgical Plume Keep Safe

www.eorna.eu



FINLAND



FRANCE



GERMANY



GREECE



HUNGARY



IRELAND



ICELAND

Operationssjuksköterska på natten

Arbetstider inom vården är ett idag ständigt aktuellt och omdiskuterat ämne. För att kunna uppnå en god och säker vård krävs personal dygnet runt, och idag inskolas nya sjuksköterskor snabbt in på ett roterande schema, det vill säga, dag-, kväll- och nattskift. Vi kan komma överens om att arbetet under natten på en operationsavdelning ser annorlunda ut jämfört med arbetet under dagen, men vad är det som egentligen sker då lamporna i korridoren släcks och operationssjuksköterskan påbörjar sitt nattskift? För att belysa operationssjuksköterskans upplevelser av att arbeta nattskift genomfördes en intervjustudie och resultatet visar att nattskift är krävande, men ger en bättre kontakt med patienterna, samt ett förbättrat samarbete i hela operationsteamet.

Nattarbete kan definieras som arbetstid minst tre timmar mellan klockan 22.00 och 06.00. Nattskiftet får inte överstiga åtta timmar om inte specifika omständigheter råder och vid särskilda risker eller vid stor fysisk eller mental ansträngning får nattskiftet aldrig överstiga åtta timmar under varje period om 24 timmar. Flertalet studier visar att nattarbete kan ha en påverkan på hälsan, men nattarbete är samtidigt en självklarhet inom sjukvården och operationsverksamheten för att kunna uppnå hälso- och sjukvårdslagens krav på vård inom rimlig tid.

Operationsverksamhet under natten bedrivs ofta av enbart ett operationsteam, som finns till hands för att ta hand om akuta samt halvakuta patienter som inte kan vänta med att opereras. Studier från USA och England beskriver att även om antalet operationer är färre under nattskiftet, så är operationstiden ofta längre. Det finns ingen liknande studie gjord i Sverige, men man får misstänka att situationen är densamma här. Operationssjuksköterskan är en viktig del av operationsteamet, men det existerar inga studier som beskriver



operationssjuksköterskan upplevelser av att jobba natt. Därför valde jag att genomföra en intervjustudie för att hitta upplevelser kopplade till nattskiftet. Studien utfördes på ett medelstort sjukhus där sex operationssjuksköterskor med olika lång erfarenhet av nattskift intervjuades.

Intervjuerna analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys och sex kategorier framträdde; *Nattens ryggrad – teamarbetet*, *Natten – vårdandets tid*, *På natten – alltid redo*, *Natten blir till dag*, *Natten – tidens tand* samt *Nattens charm*.



Sofia Häggblom



Foto: bylindahl

Resultat

Kategorierna reflekterade över det faktum att personalstyrkan var decimerad under natten, men att den minskade personalstyrkan istället upplevdes leda till ett bättre teamarbete i jämförelse med på dagen. Upplevelsen av att arbeta nattskift färgades också av att alla kunde och hjälptes åt med de olika arbetsuppgifterna och även bortom yrkesgränserna, det vill säga operationssjuksköterskans och anestesijüksköterskans arbetsuppgifter. Operationssjuksköterskorna upplevde även att de behövde ha kompetens och känna tillit till att alla i teamet klarade sina arbetsuppgifter och ställde högre krav på kommunikation mellan personerna i teamet, samt kommunikationen mot akut- och vårdavdelningar.

Citat: "mycket bättre, det [teamarbetet] blir naturligare på något vis. Återigen för det är bara vi, och vi måste få det att fungera."

Nattskiftet gav även mer tid och möjlighet att fokusera på patienten och omvårdnaden, på grund av att stämningen och tempot kändes lugnare under natten. Även kontakten och kommunikationen mot patienten förbättrades under natten. På dagtid upplevdes att anestesipersonalen fick bättre kontakt med patienten, men detta suddades ut under nattskiftet och operationssjuksköterskan hade större möjlighet att ta del av kontakten med patienten. Den mindre personalstyrkan upplevdes förbättra omvårdnaden generellt då hela teamet arbetade för enbart en patient i taget, utan att behöva fokusera på nästkommande operation, till skillnad från dagen som kunde upplevas att det drevs på ett löpande band.

Under nattskiftet måste de alltid stå handlingsberedda inför oväntade och akuta situationer. Operationssjuksköterskorna upplevde att de aldrig visste vad de kunde förvänta sig under sitt arbetspass eller hur natten skulle

fortskrida. Detta kombinerades även med den praktiska förberedelsen inför akuta situationer där tid lades på att kontrollera, förbereda och iordningställa salar inför akuta situationer. Även om urakuta situationer sällan uppkom, skapade möjligheten inför en sådan situation tidvis stress, speciellt i kombination med tröttheten som kan uppstå under nattskiftet.

Citat: "Så är det ju när det blir så akut så den inte kan vänta, om vi till exempel står med en appendekтоми eller någonting, och så kommer det ett omedelbart snitt eller en aorta eller så. Och då är vi ju tvungna..."

Operationssjuksköterskorna reflekterade även över den ständigt ökande arbetstyngden under nattskiftet, där utvecklingen gick mot att mer och mer likna dagskiftet. Nutidens effektivisering av sjukvården och det ökande behovet av utförda operationer, hade en inverkan på deras arbete under

nattskiftet. Detta då fler och fler operationer från dagskiftet sköts över på natten, trots att bara akut verksamhet skulle pågå. Istället utfördes flera operationer under natten enbart för att komma ikapp i föregående dags försenade operationsprogram. Vid oenigheter bland läkarna rådfrågades dessutom operationssjuksköterskorna om vilka patienter som skulle prioriteras, vilken kunde upplevas som ett stressmoment och utanför deras kompetens. Samtidigt som utvecklingen gick mot att operera mera under natten, förlades även arbetsuppgifter såsom att fylla på i skåp samt diska och packa instrument på nattpersonalen, eftersom det inte hanns med under dagen. Detta var även det en orsak till en ökad stress hos operationssjuksköterskorna.

Citat: "Idag är det ganska vida indikationer för att operera på natten, de opererar allt möjligt och det har blivit mer av det på senaste tiden. För egentligen är det ju såhär, att de tittar på vad de har för program på morgonen, och de kanske måste jobba undan inför det, och då är ju någonting som är

fel. Om man är tvungen att jobba undan på natten, det är ju akut-verksamhet då."

Även upplevelsen av de fysiska begränsningar som uppkom under och efter ett nattskift framhövdes under intervjuerna, och framförallt att ha arbetat natt en längre tid upplevdes betungande. Arbetet upplevdes som ansträngande och trots att kroppen var trött och i behov av sömn, så krävde arbetet att de alltid var pigga och skärpta. Dock kunde akuta situationer orsaka ett rejält adrenalinpåslag vilket hjälpte till att hålla fokus under operationerna.

Sist och slutligen framkom operationssjuksköterskornas upplevelser om varför de vill fortsätta jobba nattetid, trots att arbetet kunde vara slit-samt. Trots en ökad arbetstyngd samt en försämrad förmåga till återhämtning efter längre tids nattarbete, valde operationssjuksköterskorna ändå att fortsätta arbeta nattskift då det var roligare och mer varierat än att arbeta under dagtid. Arbetet med olika typer av operationer, såsom ortopedi, kirurgi samt gynekologi, upplevdes som

utmanande och ökade trivseln samt viljan att fortsätta att arbeta nattskift. Även det välfungerande teamarbetet under nattskiftet ökade trivseln och upplevdes vara en orsak till att operationssjuksköterskorna valde att fortsätta jobba under natten.

Slutsats

Nattskiftet kan ha en inverkan på operationssjuksköterskans arbete och med min intervjustudie ville jag belysa deras upplevelser av att arbeta natt. Då kunskapsunderlaget är bristfälligt hoppas jag kunna informera och ge en ökad kunskap och förståelse för arbetet som sker under natten på en operationsavdelning. Min förhoppning är även att intervjustudien skall kunna ligga som grund vid diskussioner kring arbetstidsfrågor samt öka intresset för vilken inverkan nattarbete har på den vård vi ger till patienten. •

Fakta: Sofia Häggblom, operationssjuksköterska, ortopedsektionen, Karlstad Centralsjukhus

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 utslag 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
Pendelgatan 3, 904 22 Umeå. Telefon 090-12 75 00. E-post info@medicvent.se

Huddesinfektion

Vilka effekter har värmd och rumstempererad huddesinfektion (Klorhexidinsprit 5mg/ml) på bakterier, hudtemperatur och upplevelsen hos vakna patienter på operation?

Bakgrund

Operationssjuksköterskan ansvarar för den perioperativa huddesinfektionen och att skapa ett så sterilt arbetsfält som möjligt.¹ Trots detta är risken stor för kontamination av operationssåret med patientens egna bakterier under operationen.^{2,3} Inför ett kirurgiskt ingrepp utförs det en huddesinfektion av patientens hud för att reducera mikroorganismer som finns på huden. På huden finns det olika mikroorganismer och på olika djup.⁴ De mikroorganismer som normalt alltid finns på huden anses svåra att få bort medan de som flyttar mellan människor lättare går att tvätta bort. Ungefär 20% av bakterierna på huden finns djupare ner i huden och då främst i svettkörtlar, talgkörtlar och hårsäckar.⁵ Vid de operationer som genomförs under lokal bedövning är patienten vaken och min erfarenhet från mitt kliniska arbete är att många patienter då påpekar att huddesinfektioner känns kall. Enligt FASS ska klorhexidinsprit förvaras i rumstemperatur vilket ger en temperatur på ca 20°C på huddesinfektionsmedlet.⁶ Enligt skriftlig kommunikation med företaget Fresenius Kabi tilläts klorhexidinsprit att förvaras i värmeskap upp till 40°C i en vecka utan att innehållet förändras. Kan upplevelsen förbättras och kan en eventuell nedkylning minskas genom att huddesinfektionsspriten värms upp?

Målet med studien

Vår studie testade om värmd klorhexidinsprit 5mg/ml var likvärdig i bakteriedödande effekt som rumstempererad. Därutöver testades om skillnader fanns i hudtemperatur och patientupplevelsen mellan att erhålla en huddesinfektion med värmd och rumstempererad huddesinfektion.



Camilla Wistrand

Metoden

Urvalet bestod av 220 patienter som skulle genomgå operation för pacemaker. Dessa tillfrågades och deltagarna randomiserades till endera värmd eller rumstempererad huddesinfektion. Primär utfallsvariabel var bakterieväxt och hudodlingarna togs vid fyra tillfällen med eSwab hudodlingpinne (ESwab, COPAN Italia S.p.A., via Perotti 10, Brescia, Italy):

1. Före huddesinfektion. Patienten hade duschat med Hibiscrub två gånger. Odlingen togs inne på operations-salen direkt före huddesinfektionen.
2. Efter huddesinfektion med klorhexidinsprit 5mg/ml. Då huddesinfektionsmedlet hade torkat. Båda odlingarna på huden gnuggades vid planerat incisionsställe i 15 sekunder av operationssjuksköterskan.
3. Vid operationsstart i subcutis dvs. i såret. Här gnuggades odlingspinnen runt hela såret under hudkanterna i 15 sekunder.
4. Vid operationsslut i subcutis på samma sätt som odling 3 fast direkt före suturering.

Postoperativa sårinfektioner följdes upp via pacemaker registret för infektioner 3 månader efter operation. Hudtemperaturen mättes före och efter huddesinfektionen med en infraröd (IR) termometer (CIR8819, Injektor, Stockholm, Sverige). Strukturerade frågor med slutna svarsalternativ där syftet var att mäta patientens uppfattning av huddesinfektionens temperatur frågades under tiden huddesinfektionen utfördes.

Resultatet

Studien visade att värmd huddesinfektionsmedel (Klorhexidinsprit 5mg/ml) var lika effektiv som rumstempererad. Den absoluta skillnaden var noll (KI -0.10 till 0.10). I både den värmda och rumstempererade gruppen växte det bakterier hos 28.6 % efter huddesinfektionen på huden (Tabell 1). Inga skillnader hittades mellan grupperna gällande postoperativa sårinfektioner. I den värmda gruppen fick 0.9 % (1 av 108) en sårinfektion och i den rumstempererade gruppen fick 1.8 % (2 av 112) en sårinfektion. De bakterier som dominerade var koagulasnegativa stafylokokker (KNS) och p. acnes.

Numerical Rating Scale, 0-10, visade att patienten uppfattade värmd huddesinfektion som mer behaglig jämfört med rumstempererad, $p \leq 0.001$ (tabell 2). Ingen patient önskade kallare samt fler önskade varmare huddesinfektion som fick den rumstempererade jämfört med den värmda, $p \leq 0.001$.

Värmd huddesinfektion gav i medelvärde 0.74°C varmare hudtemperatur, $p=0.001$ (KI -1 till -0.3). Vid huddesinfektion med värmd klorhexidinsprit frös 10 % av patienterna jämfört med 25 % med rumstempererad, $p=0.006$. När patienten erhöll varmt huddesinfektionsmedel önskade 28 % varmare medel jämfört med 55 % vid rumstempererat medel, $p \leq 0.001$. •

Fakta: Camilla Wistrand, operationssjuksköterska, Kärl-Thoraxoperation USÖ samt doktorand på Örebro Universitet.

Tabell 1

	Samtliga			Män		Kvinnor	
Huddesinfektion (Klorhexidinsprit 5mg/ml in 70 % ethanol)	36°C n=106	20°C n=112	Absolut skillnad (90% CI)	36°C n=62	20°C n=62	36°C n=44	20°C n=50
Före huddesinfektion	95.3	96.4		100	100	88.6	92
Efter huddesinfektion*	28.6	28.6	0 (-0.10 to 0.10)	40.3	43.5	11.6	10
Efter incision (i såret)	24.5	30.4	-0.059 (-0,16 to 0.04)	40.3	45.2	2.3	12
Före ihopsyning (i såret)	53.8	62.5	-0.087 (-0,20 to 0,02)	74.2	82.3	25	38

*Primär utfallsvariabel

Tabell 2

Numerical rating scale (NRS) Patienternas upplevelse av temperature på huddesinfektionsmedlet: Procent på skattad respons.											
Huddesinfektion (Klorhexidine 5mg/ml i 70% ethanol)	Numerisk skattningsskala 0=behaglig to 10=obehaglig										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Värmd 36° C Huddesinfektion, %	29.2	15.1	16	13.2	7.5	15.1	2.8	0.9	0	0	0
Rumstempererad 20° C huddesinfektion, %	9.1	2.7	4.5	11.8	7.3	27.3	6.4	10	16.4	1.8	2.7

Noll representerar behaglig upplevelse av temperaturen på huddesinfektionsmedlet medan 10 representerar obehaglig upplevelse.

Referenser

1. Kompetensbeskrivning, för legitimerad sjuksköterska med specialist-sjuksköterskeexamen, inriktning mot operationssjukvård. <http://www.rfop.se/media/1254/kompbeskrivning.pdf>. Accessed September 5, 2016.
2. Pittet D, Dharan S, Touveneau S, Sauvan V, Perneger TV. Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. *Arch Intern Med*. 1999;159:821-826.
3. Bitkover CY, Marcusson E, Ransjö U. Spread of coagulase-negative staphylococci during cardiac operations in a modern operating room. *Ann Thorac Surg*. 2000;69:1110-1115.
4. Dumville JC, McFarlane E, Edwards P, Lipp A, Holmes A. Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3:CD003949.
5. Socialstyrelsen. *Att förebygga vårdrelaterade infektioner: ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
6. Klorhexidinsprit [in Swedish]. <http://www.fass.se/LIF/product?useType=0&nplId=19850201000037>. Accessed Mars 17, 2015.

Nyutbildade operationssjuksköterskor i ett mentorprogram

- En magisteruppsats

I mitt tidigare arbete som operations-sjuksköterska och huvudhandledare skapades ett intresse att undersöka betydelsen av ett mentorskap för nyutbildade operationssjuksköterskor samt deras erfarenheter av att vara ny i sin yrkesroll. Därför låg fokus i magisteruppsatsen att tydliggöra vikten och betydelsen av ett mentorprogram och att få stöd och tid till inlärnin-

g fem subkategorier (Tabell 1). Del två presenterar resultatet gällande operationssjuksköterskors upplevelser av mentorskap. Analysen resulterade i en huvudkategori med två subkategorier (Tabell 2).

Svårt att vara ny

Operationssjuksköterskorna beskrev att de kände sig nervösa inför den nya yrkesrollen. Inskolningen hade känts ostrukturerad och att många varit inblandade vilket gjorde att ingen direkt

Tabell 1. Översikt av huvudkategori och subkategorier avseende nyutbildade operationssjuksköterskors erfarenheter av att börja arbeta.

Huvudkategori	Subkategorier
Att utveckla en ny yrkesroll	Ett spännande och lärorikt yrke Svårt att vara ny Mycket nytt att lära sig Tar tid att finna sin roll Att bearbeta stressen och tidsbristen i den nya situationen

Tabell 2. Översikt av huvudkategorin och två subkategorier avseende nyutbildade operationssjuksköterskors upplevelser av mentorskap.

Huvudkategori	Subkategorier
Tid för reflektion och uppföljning	Möjligheter att diskutera relationer i arbetslaget Möjligheter att reflektera sin delaktighet i operationsteamet

Bakgrund

Att utbilda sig till operationssjuksköterska innebär att identifiera sig med en ny yrkesroll där både teknisk apparatur och instrument ska kunna hanteras i kombination med specifika kunskaper inom omvårdnad. Studier har påvisat att behovet av stöd är som mest värdefullt under första året i yrkesrollen för att kunna ta till sig kunskap men också att kunna utvecklas och känna sig trygg (Hayes & Scott, 2007). Operationssjuksköterskor känner sig inte förberedda inför sin nya yrkesroll och upplever stress samt att inskolningen ofta upplevs för kort och avsaknad av stöd och tid till reflektion med erfarna kollegor (Ferguson, 2011; Persaud, 2008). Syftet med studien var att beskriva nyutbildade operationssjuksköterskors erfarenheter av att vara ny och av att delta i ett mentorprogram. Metoden var kvalitativ där fyra intervjuer genomfördes och analyserades utifrån med kvalitativ innehållsanalys. Inklusionskriterier för deltagarna i studien var: operationssjuksköterska som deltar i ett mentorprogram och arbetat maximalt ett år på en operationsavdelning.

Resultat

Resultatet presenteras i två delar. Första delen presenterar nyutbildade operationssjuksköterskors erfarenheter av att börja arbeta. Analysen resulterade i en huvudkategori med

Studien påvisade att nyutbildade operationssjuksköterskor ansåg den nya yrkesrollen som stimulerande men krävande, dels att hämta in all ny kunskap men också att hitta sig själv i sin nya yrkesroll.

följde upp deras kunskapsutveckling. Att få återkommande operationsinsgrepp kändes viktigt för att nå den kunskapsnivå som krävdes i yrkesrollen. Det var viktigt för självkänslan att kunna hantera situationer på egen hand men att behöva de ha stöd skulle det finnas tillgängligt.

Mycket nytt att lära sig

Operationssjuksköterskorna beskrev att det var mycket kunskap som skulle läras in. Tydliga dokument och handlingsplaner ansåg operationssjuksköterskorna som viktigt för att ge stöd att hantera all ny kunskap. Resultatet visar att operationssjuksköterskorna beskrev att det behövdes tid för att få trygghet fullt ut då kunskapsinhämtningen var stor.

Stress och tidsbrist

Operationssjuksköterskorna beskrev att de upplevt tidsbrist under inskolningen och kraven att snabbt komma in i arbetet och producera kändes frustrerande. De beskrev att en del av stressen upplevdes genom att de kollegor som var inblandade i deras inskolning gav känslan av att vara stressade för att hinna med sitt arbete. Tidsbristen var påtaglig i den nya situationen och operationssjuksköterskorna hade emellanåt svårt att bearbeta och hantera den nya yrkesrollen. Operationssjuksköterskorna var medvetna om att kraven eftersom måste öka men att de kände sig i en utsatt position som ny.

Teamarbete

Resultatet visar att operationssjuksköterskorna ansåg att det nära arbetet med operatörerna kändes svårare än samarbetet på en vårdavdelning. De psykologiska aspekterna på en operationsavdelning styrde och skapade en del frustrationer. Samarbetet i teamet var en viktig aspekt för att känna sig trygg. Att teamet kände dem till personen och inte bara som operationssjuksköterska beskrev de som viktigt. Förståelsen från kollegor och operatörer fanns inte alltid vilket skapade en stress. Kraven från de själva var höga och ibland fick de känslan av att vara en belastning eftersom det ofta tog längre tid med arbetsuppgifterna att utföra. Kraven från operatörerna kändes jobbiga i början och att avsaknaden av förståelse av att vara ny var påtaglig även ibland hos kollegor. Blev operationssjuksköterskorna bemötta med respekt och utifrån deras kunskapsnivå kände de sig mera säkra, trygga och tillfredsställda

vilket gav känslan att arbetet utfördes säkrare och gav bättre förutsättningar för patientsäkerheten.

upplevde och vad de skulle prata om. Med mentorn kunde operationssjuksköterskorna våga visa känslor och

Teamarbetet kunde både uppfattas som stimulerande men också frustrerande utifrån hur de blev bemötta. Vissa dagar kändes som att bli upplyfta medans andra dagar kändes mindre bra.

Organisation

Operationssjuksköterskorna beskrev att mycket av stressen hos dem var att det inte fanns tid att vara ny vilket kändes tufft. Förväntningarna från organisationen upplevdes höga vilket gjorde att operationssjuksköterskorna beskrev att de måste finna genvägar för att hinna med arbetet vilket skapade känslor av uppgivenhet emellanåt.

Mentorskap

Tid för reflektion och uppföljning
Operationssjuksköterskorna beskrev att stödet från mentorn var betydelsefullt även om de hade kollegor att fråga. Mentorn var den som mest kunde fånga in deras känslor de

blotta sin okunskap på ett annat sätt än mot övriga kollegor. För operationssjuksköterskorna var mentorn en viktig person som följde deras kunskapsutveckling, det var en person som de hade tillit och förtroende för. Mentorsamtalen stärkte dem både som person och i yrkesrollen. Det mest framträdande i studiens resultat var mentorns betydelse på det psykologiska planet där mentorn och operationssjuksköterskan ventilerade saker som de annars skulle haft svårt att släppa. Kunskapsmässigt fick de hjälp och stöd av kollegor men att få tillgång till mentorsamtal kändes som en väsentlig del för deras yrkesutveckling.



Marianne
Maltheson

Mentorns personliga egenskaper var viktiga för operationssjuksköterskorna. Operationssjuksköterskorna beskrev att en mentor måste ha egenskaper som att vara lyhörd, känna empati och vara professionell för att ett mentorskap ska fungera samt vara professionellt. Mentorn måste våga släppa taget och våga lita på operationssjuksköterskorna och kunna se dem som framtida kollegor. Hur mentorn framförde kritik och synpunkter kändes som en viktig del i hur operationssjuksköterskorna utvecklades i yrkesrollen. Resultatet visar att kände operationssjuksköterskorna att mentorn ville delge sin kunskap och finnas tillhands kände de sig mera säkra och trygga.

...det är ju skönt med en mentor som har varit med länge och att jag får ta del av dennes erfarenhet...

Benner (1993) menar att en novis sjuksköterskas handlanden är ytterst begränsat eftersom erfarenheten saknas i de situationer de möter.

Möjligheter till att diskutera relationer i arbetslaget

Tidigare forskning har visat på betydelsen av att få stöd och behovet är som störst under första året (Morrow, 2008). Enligt Benner (1993) skapas kontinuitet genom lagarbete och trygghet. Att få reflektera mot kollegor samt få tillgång till deras egenskaper leder till utveckling i deras nya yrkesroll. Jag anser att det är speciellt viktigt för operationssjuksköterskor som bär på mycket "tyst kunskap" som omfattas av hög kompetens specifikt för yrkets utövande. Yrket innebär mycket ensamt arbete och därför måste möjligheten finnas att som ny operationssjuksköterska få vara med mera erfarna kollegor och både kunna se och lära sig kunskapen. Att få tillgång till en mentor och ingå i ett mentorprogram skapar rätt förutsättningar för en ny operationssjuksköterska att utvecklas men också för att orka stanna kvar i yrket. Den djupa relationen som operationssjuksköterskorna kände med mentorn utgjorde en väsentlig del i att hantera ibland jobbiga situationer som t.ex. relationer med operatörer. Mentorsamtalen gjorde att operationssjuksköterskorna fick verktyg av mentorn för att veta hur de kunde agera och kunna gå vidare i den nya yrkesrollen och hitta sin identitet som operations-sjuksköterska.

Operationssjuksköterskorna kände stöd och att de vågade fråga sina kollegor men med mentorn vågade de visa känslor och blotta sin ibland upplevda okunskap.

I resultatet framkommer att då mentorprogrammet var avslutat var det viktigt med fortsatt återkommande reflektion med sina kollegor. Boussaid, Dahlgren och Lindwall (2012) påvisar betydelsen med reflektion, lyssna på andra kollegor med erfarenhet för att kunna sätta ord på sina handlingar och på så sätt få insikt och förståelse för de handlingar de utför. Studiens resultat visar på att operationssjuksköterskorna ansåg att ett år var lagom för att ingå i mentorprogrammet men de betonar att det bör vara individuellt hur länge det ska fortgå.

Sammanfattning

I studien deltog fyra operationssjuksköterskor vilket kan ses som ett lågt antal intervjuer men intervjuerna var innehållsrika och tillräckliga för att svara upp mot syftet och stärka trovärdigheten i studien.

Yrkesrollen innebär kontinuerlig kunskapsinläring. Genom att nyutbildade operationssjuksköterskor får förutsättningar till kunskapsutveckling skapas självinsikt och eget ansvar för det egna lärandet vilket leder till ökad trygghet och arbetsglädje. I denna studie framkommer det att kollegialt stöd och förståelse från organisationen var viktigt för att en positiv och utvecklande miljö fanns samtidigt som det ledde till att stress reducerades. Det var något som inte alltid var möjligt enligt operationssjuksköterskorna. Kulturen i lärandet måste ge förutsättningar för det ständiga lärandet och att gemensamt med kollegor ta ansvar så att hög kunskapsnivå upprätthålls. Att införa mentorskap med strukturerade mentorprogram torde leda till att nyutbildade operationssjuksköterskor i ökad grad stannar kvar i yrket. Mentorskapet kan underlätta för nya operationssjuksköterskor att orka med de höga krav som ställs och ge dem den vägledning som behövs. Det finns kunskapsluckor inom forskningen idag relaterat till mentorskap och dess betydelse. Utökad forskning inom området kan underlätta för nya operationssjuksköterskor att känna

trygghet och självförtroende vilket även kan öka patientsäkerheten. •

Referenser

(Referenser som användes i sammanfattningen)

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad, omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.

Boussaid, L., Dahlgren, M., & Lindwall, L. (2012). Nurses learn caring theory by being co-researchers in a surgical setting. *Nurse Education Today*, 32(4), 393-398. doi:10.1016/j.nedt.2011.05.009

Ferguson, L. (2011). From the perspective of new nurses. What do effective mentors look like in practice? *Nurse Education in Practice*, 11(2), 119-123. doi:10.1016/j.nepr.2010.11.003

Hayes, J. & Scott, A. (2007). Mentoring partnerships as the way of the future for new graduates. *Nursing Education Perspectives*, 28(1), 27-29.

Morrow, S. (2009). New graduate transitions: leaving the nest, joining the flight. *Journal of Nursing Management*, 17, 278-287. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00886.x

Persaud, D. (2008). Mentoring the new graduate perioperative nurse: a valuable retention strategy.

AORN Journal, 87(6), 1173-1179. doi:10.1016/j.aorn.2007.10.014

Fakta: Marianne Malteson fil. Magister i omvårdnad Operationssjuksköterska/ universitetsadjunkt Mittuniversitet avd. omvårdnad Östersund

Fakta: Hela uppsatsen kan sökas på <http://www.diva-portal.org/smash/search.jsf?dswid=-2909> omvårdnad Östersund

TOGETHER WE CAN IMPROVE PATIENT OUTCOMES

Covidien is now Medtronic Minimally Invasive Therapies.

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



Clearify™ Visualization System

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



Veriset™ Haemostatic Patch

- 100 % free of
human or animal
components¹



Valleylab™ FT10 Energy Platform

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



Reliatack™ Articulating Reloadable Fixation Device

- Articulates to **65°**
to deliver perpendicular
tack deployment and
minimize mesh shift^{2,3,4}

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

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

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

Medtronic
Further, Together



Nätverksträffar

Vi byter namn på våra distriktsmöten, från och med september 2016 bjuder distriktsamordnarna in till: Nätverksträff för Riksföreningen för operations-sjukvårds medlemmar i de olika distrikten.

Region Örebro 12 maj

Text: Inger Andersson, distriktsamordnare

Den 12 maj var vi välkomna till Operationsavdelningen på Karl-skoga Lasarett. Anledningen till att vi återigen träffades i Karlskoga (senast var 2014!) var för att önskemål hade

kommit att få se och besöka operationsavdelningens tillfälliga lokaler som arbetet sker under ombyggnationen till en ny operationsavdelning. Vi som hade samlats var 26 stycken operationssjuksköterskor från Lindesberg, Karlskoga, Capio Läkargruppen och Universitetssjukhuset i Örebro. Utöver oss var Anders Ahlberg och Marie Sewerin från Mölnlycke Health Care inbjudna.

Mötet startade med mingel och vi fick möjlighet att prata och träffa gamla och nya kollegor.

Anders och Marie var inbjudna till mötet för att lyfta upp det viktiga ämnet operationssår och förband, ett ämne som regelbundet behöver uppdateras. I vår komplexa och tekniska arbetsmiljö är såret och förbandsvalet en lite del, men såret är också det patienten ser.

Jag som distriktsamordnare berättade sedan och gav information om Riksföreningen för operationssjukvård, bl.a. om att i maj 2016 var vi 1556 medlemmar. Uppmaning om att söka stipendier samt delta i föreningens olika nätverk var också en punkt.





Vi har fortfarande många personer som är engagerade i vår förening från vår region. Utöver representanter i Riksföreningens styrelse, har vi deltagare i arbetet kring vår förening; Distriktssamordnare, Revisorer, Redaktör, Hedersmedlem, deltagare i Vetenskapliga rådet, deltagare i kongressgruppen och Revisorer i projekt Säker bukkirurgi och Trauma.

Elisabeth Liljeblad som är med i vår förenings styrelse och kassaförvaltare berättade om samarbetet med Riksföreningen och Swedish Medtech som har resulterat i en certifieringskurs för produktspecialister/representanter m.fl. De som besöker och informerar oss på våra arbetsplatser går en gemensam utbildning oavsett vilket företag de arbetar på. Vi blev påmindas om att fråga om och göra reklam för utbildningen.

Efter middagen var det dags för rundvandring i våra tillfälliga, men för Karlskoga operation nya lokaler. I de tillfälliga lokalerna är moduler sammankopplade med akutmottagningens före detta lokaler (se artikel Uppdukat nr.2/2016). Även sterilcentralen omfattas av ombyggnationen. Besökarna var imponerade över lokalernas utformning och hur logistiken fungerade.

Efter detta skildes vi åt med vetskapen om att nästa möte kommer att bli på Catio Örebro 2017.

Tack till alla kollegor som kom på mötet och gjorde det till en trevlig kväll! •

Jämtland 13 oktober

Text: Andreas Tullsson, distriktssamordnare

Dags för årlig nätverksträff i distriktet! Den 13 oktober träffades vi i personalmatsalen efter jobbet. Efter lite allmänt roddande med allt det praktiska och sedvanligt projektorstrul kom vi igång. Som vanligt hade vi god uppslutning, de flesta var där, några kollegor kom sent pga. kvällstjänst. I år provade vi att börja med maten och det verkar som att alla var nöjda med det.

När alla var mätta och belåtna gick vi igenom föreningsfrågor. Jag berättade om hur föreningen är uppbyggd, de olika råden, stipendier och vi fick till lite diskussioner om övriga frågor också.

Nu var det hög tid att lämna över till kvällens gäst: Anna Hermansson från Johnsson & Johnsson. Hon hade en föreläsning om suturmateriell, olika nålar osv. Efter föreläsningen fick vi möjlighet att träna själva på att sy. Det var stående och liggande madrasser, enstaka och fortlöpande och start- och stoppknutar. Det råde en febril aktivitet med nålförare, sax och pincett resten av kvällen. •



Middag



Eva Ullberg Eriksson syr



Christina Viklund och Ewa Nordin kivas om läsglasögonen



Vi behöver bli fler!

Vad är så speciellt med att vara distriktssamordnare, DS?

Jag är en stolt distriktssamordnare i Riksföreningen för operationssjukvård som hade tur att ta över när Carin tog ett nytt uppdrag. Så ser det ut i nästan alla distrikt. Det finns någon som är distriktssamordnare och när det är dags för nya uppdrag frågar man någon som är intresserad och hen tar över. Men några distrikt saknar distriktssamordnare eller den som är distriktssamordnare hittar ingen som vill ta över. **Är du den vi söker?**

Alla DS får inbjudan 2-3 gånger om året till Stockholm. Ett jätteintressant nätverksmöte där nästan hela Sverige är representerat. Vi får en inblick i vad styrelsen arbetar med för riksföreningen, vilka projekt som vi kan hjälpa till med. Vad de olika råden - vetenskapliga rådet och kvalitetsrådet arbetar med.

Vi DS stöttar varandra om det är svårt att få till ett möte, eller ge förslag på olika teman eller föreläsningar som varit lyckade. Vi diskuterar även ombyggnationer på operationsavdelningar och hur flytten har varit, T-Doc, operationsjournaler, nyheter inom hygien och städrutiner, preparat-hantering, bemanningen vid dag och natt på olika operationsavdelningar och mycket mera.

Ja, vi får en förståelse för hur lika och olika vi har det på våra operationsavdelningar i Sverige.

Jag känner att jag är en del av riksföreningen som distriktssamordnare. Men jag måste erkänna att det är svårt att vara länken till alla medlemmar i distriktet. Jag hoppas att alla medlemmar känner sig bekväma med att kolla hemsidan www.rfop.se ofta. Som t.ex. att söka stipendier, läsa material från föreläsningar från hygienforum och höstkongresser, läsa Uppdukat, vad som händer internationellt, följa de senaste rekommendationerna, ha koll på när ditt distrikt ska ha nätverksträff.

Att ha nätverksträff hoppas vi ska låta intressant. För att du ska få möjlighet att träffa operationssjuksköterskor i ditt distrikt för att diskutera och utveckla operationssjukvården. Alla DS som har haft en nätverksträff under året i sitt distrikt får Höstkongressen betald av Riksföreningen. Och då träffas vi igen för att lära känna varandra och utbyta erfarenheter.

Vi saknar representanter från några distrikt och några önskar ersättare för nya uppdrag eller pensionsavgång.

Just nu saknar vi representanter i: Norrbotten, Västernorrland, Uppland, Södermanland och Göteborg 1.

Är du den vi saknar, hör av dig till varmland@rfop.se om du är intresserad.



Lotta Olsson

Foto: Peo Sjöberg

CONGRESS 8th

EORNA

THE COLOSSUS OF PERIOPERATIVE NURSING

4 - 7 MAY 2017 Rhodes Island, GREECE

Rodos Palace
International
Convention Centre

www.eornacongress.eu



CONGRESS SECRETARIAT



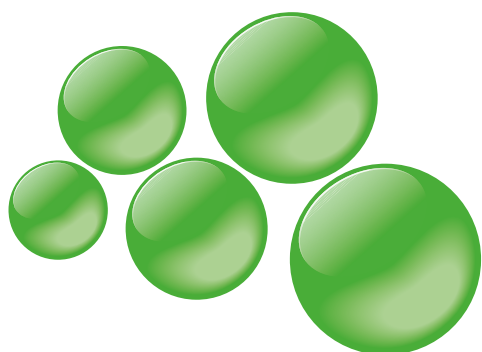
ERA Ltd. 17, Asklipiou str. | 106 80 Athens - Greece

Tel.: (+30) 210 36 34 944 | Fax: (+30) 210 36 31 690 | E-mail: info@era.gr | Website: www.era.gr

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



ONE MED
Sverige AB