

Uppdukat

Nr 4 november 2015 årgång 27



Perforerade mjuka packskynken kan innebära stora konsekvenser för patienter och personal.

Sterila system borde klara alla nivåer av belastning eller stress, eller hur?



Vi skyddar det som är viktigt för oss. I bilen sitter våra barn i robusta bilbarnstolar och när vi cyklar skyddar vi våra huvuden med säkra hjälmar. Hur märkligt är det inte då att vi transporterar och förvarar kirurgiska instrument i mjuka packskynken, där minsta håll kan leda till kontaminering och infektioner? Infektioner som kan vara livshotande! Det är bättre att vara på den säkra sidan. Med robusta Aesculap® containersystem.

Aesculap®. Originalen. Sterila containersystem sedan 1971.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B.Braun Medical AB | Post: Box 110, 118 82 Danderyd, Sverige | Besök: Svärdvägen 21, Danderyd | Tel. +46 8 634 34 00 | Fax +46 8634 34 34 | www.bbraun.se

Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

2 200 exemplar. Tidningen
utkommer med fyra nummer
per år, till alla medlemmar
i riksföreningen och övriga
prenumeranter.

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild

Arkivbild

Foto:

Marie Afzelius

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

*Kristina Lockner
Inger Andersson
Marie Afzelius
Ingrid Andersson*

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

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

Innehåll

Uppdukat nr 4 2015 årgång 27

Redaktionens ord...sid 4

Redaktionen tipsar...sid 6

Patienters upplevelser av
att vara smittade med
MRSA...sid 8

Nytt arbetssätt - mellan steriltek-
niska enheten, operations-
enheten och internservice...sid 10

Boktips...sid 13

Nationella patient-
säkerhetsprojekt...sid 14

Evidensbaserad Praktik
som arbetssätt...sid 16

Vi arbetar med
patientfall....sid 20

Föreningsnytt....sid 22



sid 16

sid 22



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, Nattvågsgatan 6, 871 45 Härnösand **Tel:** 0611-243 46 **Tryckeri:** Hemströms Tryckeri, Härnösand



Det är en klyscha att tiden går så fort nu för tiden, den går varken snabbare eller saktare. En timme är alltid en timme, en vecka är en vecka och ett år är ett år, utom nästa år som är skottår. Jag tror det är allt vi kan fylla vår tid med som skapar vår upplevelse av att tiden springer iväg. I vilket fall, vi är framme vid nr 4 av Uppdukat 2015 och jag tänker hur kunde det gå så snabbt? Vad har hänt i operationssjukvården 2015 och vad har Riksföreningen för operationssjukvård gjort?

Under året har det kommit information till riksföreningen att det på operationsavdelningar genomförs operationer utan operationssjuksköterskor, operationssjuksköterskan var ersatt av en kirurg! Vi har nu i dagarna fått höra om ytterligare en operationsavdelning där chefen funderar på att genomföra vissa ingrepp med endast kirurger då det saknas operationssjuksköterskor. Vart är vi på väg? Under första delen av sommaren skrev vårt vetenskapliga råd på uppdrag av styrelsen en debattartikel, där bland annat detta togs upp. Vi visste att det var svårt att få debattartiklar publicerade fast tänkte att detta är ett ämne som engagerar speciellt i sommartider, men nej ingen av de som fått den tillsänt har valt att publicera.

Det kan vara dags att ta nya tag runt frågan.

Nu står Höstkongressen för dörren, den 51:a. Vi har ett intressant program och en stor utställning, har du inte anmält dig än så finns fortfarande möjligheten. Se både program och inbjudan på rfop.se. En annan sak som ska göras innan det blir jul är att sammanfatta den workshop som vi genomförde den 16 oktober i projektet Stark för kirurgi, stark för livet- levnadsvanor i samband med operation. Det är tänkt att det ska bli en kort folder samt självklart kommer du att kunna läsa om det i Uppdukat nr 1 2016.

Vad är det som avgör om du ska stanna kvar på din arbetsplats eller väljer att sluta? Kanske till och med sluta helt med att arbeta som operationssjuksköterska? Avgörande frågor då det idag saknas operationssjuksköterskor på våra operationsavdelningar, för om alla utbildade är i arbetsför ålder och skulle välja att arbeta som operationssjuksköterska, så skulle det kanske till och med vara så att det skulle saknas arbete till alla? Skriv till oss och berätta vad som är bäst och viktigast för dig med ditt jobb och din arbetsplats.

Nu till årets sista nummer här kan du bland annat läsa om hur en ombyggnation blev starten till ett nytt arbetssätt mellan steriltekniska enheten, operationsenheten och interns service, eller hur arbete med patientfall bidrar till kompetensutveckling. En artikel som belyser patientens perspektiv är, patienters upplevelser av att vara smittade med MRSA, Eva Skyman som forskat om detta kommer även till Hygienforum 2016 som föreläsare i samma ämne. Du kommer även att få ta del av Irini Antoniados tid som president i IFPN.

Nu önskar jag en God jul och ett Gott Nytt År!



Den 51:a Höstkongressen

26 – 27 november 2015
Stockholm Waterfront

Vi har i år valt att hålla parallella seminarier på torsdagen. Inga förval behövs, dock är det begränsat antal platser i föreläsningssalarna så först på plats gäller.

Kom och lyssna på:

Operationssjuksköterskans patientsäkerhetsarbete

Professionens utvecklingsmöjligheter

Transplantation- och proteskirurgin

MOD – Mer organ donation

Nationella projekt för en ökad patientsäkerhet

.....och mycket mer.

Välkomna!





Mölnlycke Health Cares garderob

BARRIER arbetskläder är utformad för att garantera både patienternas säkerhet och vårdpersonalens komfort. Utbudet av avdelningskläder och värmejackor för engångsbruk erbjuder samma komfort och samma höga kvalitet varje dag. Operationskläder för engångsbruk bidrar till sjukhusens infektionskontroll¹.

Clean air suits har en effektiv infektionsbarriär² och minskar spridningen av bakteriebärande hudavlagringar från personalen till omgivningen.

1. Neely AN, Maley MP J Clin Microbiol 2000;36:724-6.

2. Verkala K et al Eur J Card Surg 1998;14:206-10.

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg. Tel. 031-722 30 00 Fax 031-722 34 01. www.molnlycke.com. Namnet Mölnlycke Health Care och logotypen samt Barrier® är registrerade globalt hos Mölnlycke Health Care.

Nyligen publicerad artikel

Operationssjuksköterskors erfarenheter av samarbete för säker kirurgi

Redaktionen vill tipsa om en nyligen publicerad vetenskaplig artikel om *Operationssjuksköterskors erfarenheter av samarbete för säker kirurgi*. Artikeln har publicerats på engelska i Nordic Journal of Nursing Research nr 3 2015. Författare är Annika Sandelin och Birgitta Å Gustafsson vid Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge och Karolinska Institutet, Stockholm.

Studiens syfte var att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av samarbete i operationsteam för att bibehålla patientens säkerhet. Studien utgick från en kvalitativ beskrivande design med intervjuer av 16 operationssjuksköterskor från storstads- och landsbygdsregioner. Intervjuerna analyserades därefter med hjälp av innehållsanalys.

Resultatet visar att personcentrerad omvårdnad, förtroendenhet med medarbetarens yrkesskicklighet/kompetens, och ett ömsesidigt beroende av varandra bidrog till patientens säkerhet. Det som motverkade patientens säkerhet var ett kort patientmöte, bristande förtroendenhet om medarbetarens yrkesskicklighet/kompetens, aggressivitet och okontrollerade vredesutbrott, samt erfarenheter av utanförskap i operationsteamet.

Operationssjuksköterskorna i studien använde sig av olika strategier för att upprätthålla patientens säkerhet bland annat genom direktkonfrontation med den medarbetare som uppförde sig oacceptabelt, genom att bli distanserad och formell. Operations-sjuksköterskorna förhörde sig och bedömde medarbetarens kunskaper för att kunna bevara patientens säkerhet. Om bedömningen ansågs vara



Annika Sandelin

Fotograf: Peo Sjöberg

att patienten utsattes för risk att få en skada kontaktades en mer erfaren medarbetare.

Originaltitel: "Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe

surgery" (2015) Vol 35(3) 179-185
DOI: 10.1177/0107408315591337

Artikeln kan sökas fram via bibliotek, databas SweMed+ eller <http://njn.sagepub.com/content/35/3/179> •



NOLL - HUNDRA

Under sommaren 2015 levererade och installerades Opragonsystem nummer 100! Det är vi både glada och stolta över.

Opragon®

AVIDICARE har under de senaste fem åren fått förtroendet att leverera Opragonsystemet till många skandinaviska sjukhus och i dag har vi ett stort antal nöjda kunder i såväl Sverige, som Danmark och Norge.

Opragon **nummer 100** installerades i Landskrona under några hektiska ombyggnadsveckor sommaren 2015. Totalt omfattade denna installation fem operationsrum, ett uppdukningsrum var redan tidigare utrustat med Opragon sedan något år tillbaka.

Valet föll på Avidicares lösning

*"Valet föll på Avidicare AB för att de redan tidigare levererat ett uppdukningsrum som personalen arbetsmiljömässigt varit nöjda med. Under den rekordsnabba ombyggnadstiden, där Avidicare AB tog ansvar för en egen entreprenad, har samarbetet fungerat utmärkt. Avidicares levererans har väl överensstämt med de krav vi ställt säger **projektledaren Andreea Calotescu, Regionservice Skåne**"*

Patienters upplevelser av att vara smittade med MRSA

Bakterier har en förmåga att utveckla strategier för sin överlevnad som multiresistens. Multiresistenta bakterier (MRB) kan förorsaka svårbehandlade och därmed allvarliga infektioner. Resistenta bakterier ökar alarmerande och utgör ett av de främsta hoten mot vår framtida hälsa enligt WHO. I länder som Sverige, där förekomsten av MRB fortfarande är låg är det viktigt att begränsa deras spridning. Således kontrolleras flertalet enligt smittskyddslagen och inom vården finns riktlinjer om hur dessa patienter ska vårdas för att begränsa smittspridning.

Som vårdenhetschef på Infektion under 90-talet mötte jag många patienter som smittats med meticillin-resistent *Staphylococcus aureus* (MRSA). Det berodde på att Sahlgrenska Universitetssjukhuset drabbades av ett sjukhusövergripande MRSA-utbrott i slutet på 90-talet. Det kunde framgångsrikt bekämpas genom en rad åtgärder som till stora delar fortfarande är i bruk. Åtgärderna har, trots att de används såväl nationellt som internationellt utvärderats i mycket begränsad omfattning. Särskilt patienters upplevelse av de restriktioner som de utsätts för med syfte att minska smittspridning är lite studerat, d.v.s. hur de upplever sin situation som smittade och vilka konsekvenser det får för dem i vardagen. Patienter som befanns positiva för MRSA flyttades inom 24 tim. till Infektion. Innan överföring skedde hade patienterna erhållit information att de nu skulle vårdas på Infektion i isoleringsrum. Plötsligt skulle de lämna sin specialavdelning där de fick vård för sin grundsjukdom och där de kände en trygghet. Information om MRSA var bristfällig och när patienterna kom till Infektion var de både rädda och undrande vad de hade fått för något



Eva Skyman

förskräckligt eftersom de skulle flyttas direkt och personal på den lämnande enheten verkade rädsla för smittan.

Patienterna uttryckte sig som att de kände sig pestsmittade och radioaktiva, de var ängsliga för att föra smittan vidare till andra patienter men också till familj och vänner. Det var inte sällan som undersökningar och operationer blev uppskjutna eller avskrivna och jag upplevde att hälso- och sjukvårdslagen inte följdes. Detta gjorde mig frustrerad.

Min forskning

Jag fick möjlighet att forska om dessa patienters upplevelser av att vara smittade med MRSA dels av sjukvårdspersonal vid inläggande vård och dels patienter som smittats i samhället, men också innebörden för patienterna att få ett MRSA bärarkort. Studierna pågick under en 10-årsperiod. Avhandlingens övergripande syfte var sålunda att undersöka konsekvenserna av införda rutiner för att förhindra smittspridning av MRSA ur patienternas perspektiv samt att undersöka hur smittan och bemötandet i vården påverkar patientens vardag. Patienter smittade under två tidsperioder som omfattade nästan ett decennium studerades. Två grupper av patienterna (2004, n=92 respektive 2011, n=110) fick svara på en enkät (delarbete II). Den fokuserade på det så kallade MRSA-bärarkortet, som patienterna ska uppvisa när de söker vård. Om och hur patienterna använder kortet och deras upplevelser av vårdkontakter kopplade till att vara smittad samt hur de trodde sig vara smittade. De strukturerade frågorna besvarades med ja/nej alternativ och svaren för de två tidsperioderna jämfördes. Patienterna uppmanades även att lämna egna kommentarer vilka analyserades kvalitativt, med innehållsanalys. Enkätsvaren följdes upp med djupintervjuer av ytterligare patientgrupper, dels sex patienter som smittats med MRSA vid vård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i slutet på 90-talet (delarbete I) och därefter isoleringsvårdats samt 12 patienter som smittats med MRSA i samhället på 2000-talet (delarbete III).

Att smittas av MRSA

Att smittas av MRSA medför konsekvenser för patienten som sträcker sig vida utanför vårdmiljön. I samtliga

studier framkom att patienterna känner sig utsatta och stigmatiserade av att bära på en smitta, av några beskrivna som vår tids spetälska. Avsaknad av adekvat och ibland motsägelserfull information om hur MRSA smittar, hur farligt det är och personal som upplevs som okunnig och rädd återkom i samtliga studier t.o.m. i ökad omfattning 2011. Erfarenheter av avbruten eller uppskjuten behandling p.g.a. MRSA, okunskap om hur man själv blivit smittad och det bemötande som patienterna utsattes för gjorde att patienterna tog ett mycket stort ansvar att inte smitta andra; "ingen annan ska behöva uppleva det jag har gjort". Trots negativa upplevelser visade de i stor utsträckning upp sitt MRSA-bärarkort vid vårdkontakter och accepterade isoleringsvård trots att den upplevdes traumatisk, med en känsla av att vara fängslad och utan kontroll. Smittan påverkade också deras vardagssituation negativt, sannolikt förstärkt av bemötandet i vården. Patienterna lever med en känsla av utanförskap och skam och med en rädsla att smitta familj, vänner och arbetskamrater vilket resulterar i att de avstår från nära umgänge med nära och kära. I alla studierna framhåller patienterna att personal som är van att hantera smittsamma patienter som på Infektionskliniken, påverkar välbefinnandet positivt och lindrar upplevelsen av att vara kränkt och känslan av skam och skuld.

Framtid

Alla patienter har rätt till ett gott bemötande och sjukvård på lika villkor. Således måste de smittbegränsande åtgärder som vidtas även värderas ur ett patientperspektiv. Vård i isolering bör enbart användas när det verkligen behövs och det fortsatta bruket av MRSA-bärarkortet kan diskuteras. I framtiden måste kunskapen om och förståelsen för resistent bakterier och hur de smittar öka hos alla personal-kategorier men även hos allmänheten i stort. Ökade kunskaper och förståelse leder till minskad rädsla till gagn

för såväl patienter som personal och sannolikt även till minskad smittspridning. Det brådskar, om vi ska hålla takt med den allt ökande förekomsten av resistent bakterier såväl i Sverige som resten av världen. •

FAKTARUTA

Staphylococcus aureus (S. aureus) orsakar främst infektioner i hud och mjukdelar som bölder och sårinfektioner men kan också orsaka allvarliga infektioner som blodförgiftning och lunginflammation. En stor del av befolkningen bär dessutom på S. aureus som del av sin normalflora t.ex. i näsan, svalget och på huden. Bärarskap ger sällan upphov till infektioner. Meticillinresistent S. aureus (MRSA) är multiresistent S. aureus som har utvecklat resistens mot våra mest använda antibiotika. På 90-talet förknippades MRSA främst med infektioner, förvärvade på sjukhus (HA-MRSA) hos multisjuka och äldre patienter. Sedan slutet på 90-talet har MRSA i samhället (CA-MRSA), ökat kraftigt och är numera den dominerande smittvägen i Norden och nu drabbas även yngre personer utan andra underliggande sjukdomar.

Fakta: Eva Skyman, Hygiensjuksköterska, MD, Magister i Smittskydd och Vårdhygien, på Vårdhygien, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

För att läsa hela studien, Consequences of meticillinresistant Staphylococcus aureus (MRSA) acquisition Patient experiences and interactions in health care and daily life, kontakta: eva.skyman@vgregion.se

Nytt arbetssätt - mellan steriltekniska enheten, operationsenheten och internservice

Vi blev tvungna att ändra vårt arbetssätt när ett nytt sjukhus skulle byggas. Ett nytt arbetssätt som har utvecklat personalen och har visat att det går att arbeta på ett annat vis än som vi alltid har gjort tidigare. Samarbetet mellan operationsenheten, steriltekniska enheten och internservice har blivit väldigt bra.

Bakgrund

Innan 2014 låg steriltekniska enheten precis under operation med en egen hiss emellan. Vi hade det stora förrådet uppe hos oss och personalen på operation plockade till alla operationer, både elektiva och akuta. I samband med att vi fick klartecken att bygga ett nytt sjukhus på befintlig tomt fick vi också veta att hus måste

rivas där den nya sjukhusbyggnaden skulle byggas. Därför måste steriltekniska enheten bli tvungen att evakueras till en annan del av sjukhuset, vilket innebar en transportsträcka genom en kulvert. Samtidigt försvann avemballeringsrummet uppe på operation. Evakueringen skedde augusti 2014.

Hur vi gick tillväga

Vi började studera den lokalen som skulle bli den tillfälliga Steriltekniska enheten. Deras lokaler skulle hamna precis vid varumottagningen där allt material kommer in till sjukhuset. Vi började då rita förutom på en sterilenhetsenheten också ett stort sterilförråd och ett bra fungerande avemballeringsrum med en bana in till sterilförrådet.

Samtidigt började vi titta och fundera på om inte sterilpersonalen skulle kunna hjälpa oss med att plocka till våra operationer eftersom allt material gick in i sterilförrådet som då låg tillsammans med steriltekniska enheten. De steriliserade instrumenten och galler hamnade i samma förråd som det sterila materialet. Personalen på operation beställer allt material och ser till att det kommer in i sterilförrådet och har tillsammans med personalen från sterilen märkt upp på hyllorna så att det står likadant som på plockkortet som dras ut från vårt operationsplaneringssystem ORBIT. Det finns en skärm/monitor inne i sterilförrådet så att personalen kan ha ORBIT uppe för att se hur operationerna går och se om det kommit upp







någon akut operation. Den som är koordinator på operation har också kommunikation med personalen på sterilen om det blir strukna operationer. Vi har även startat ett samarbete med internservice angående transporter mellan operation och steriltekniska enheten. Smutsiga instrument ska ner till sterilen och rena och sterila instrument ska upp till operation. Ett problem som uppkom var att transportsträckan blev längre och gick genom en kulvert som vi tolkar som smutsig. Eftersom kulverten räknades som smutsig, fick hjulen på vagnarna som skulle till operation inte rulla på golven. Hur skulle vi kunna transportera våra containrar med sterila instrument och steriltmaterial på ett säkert och hygieniskt sätt?

Vi fick börja undersöka vilka firmor som kunde transportera våra vagnar utan att vagnshjulen rullar på golvet. Till slut hittade vi en transport-butler från Getinge som passade vår befintliga vagn. Nästa bekymmer var att i de befintliga vagnarna (busvagnar), fick inte containrarna plats. Efter ett flertal studiebesök på andra sterilenheter och operationsavdelningar, efter många funderingar och diskussioner kom vi fram till att vi var tvungna att bygga om vagnarna. Vagnarna blev ombyggda och anpassade efter våra containrar, detta arbete påbörjades våren 2014.



Nutid

Idag körs alla vagnar upp till operation med sterilt gods med dubbla skyddslager, först plastkapell och sedan ett tyg kapell. Vagnarna körs upp på en special truck (Butler) där våra vagnar lyfts upp så att hjulen inte nuddar golvet, på så sätt kan vi köra vagnarna direkt in till operation. Det finns nu ett schema på tider när transporten går från operation och från steriltekniska enheten. Det går även att ringa mellan dessa tider ifall det behövs en akut transport. Tidsschemat finns uppsatt på ett flertal ställen så att personal från operationssalarna och från sterilförrådet lätt ska kunna se tiderna när transporter kommer och går. Internservice ser även till att det sterila materialet kommer från sterilförrådet upp till operation samt det rena materialet kommer upp från avemballeringsrummet.

Framtid

Vi kommer att utvärdera detta arbetsätt och vidareutveckla det inför nya sjukhuset då vi återigen kommer att vara placerade under/över varandra med en gemensam hiss. Det stora sterilförrådet kommer att vara på steriltekniska enheten. Vagnarna vi byggde om är inte helt optimala eftersom det fortfarande är svårhanterligt att få i och ur containrarna, därför kommer vi att behöva investera i nya smidigare

vagnar för transport mellan operation och sterilenheten. Samtidigt kommer avemballeringen att fortsätta ske vid varumottagningen i en annan huskropp. Här kommer vi även behöva investera i nya smidiga vagnar som antingen kan gå direkt in i sterilförrådet eller packas om i förrummet till sterilförrådet.

Vi kommer också inför nya sjukhuset att titta på vårdnära tjänster när det gäller materialhantering så som beställning, påfyllning och framförallt upplockning (avemballering). Genom den här resan har vi byggt upp ett stort och väldigt bra samarbete mellan operationsenheten, steriltekniska enheten och internservice. Vi på operation har fått det lite lugnare mellan operationerna nu när vi inte behöver tänka på att plocka till nästa operation och personalen på steriltekniska enheten tycker det är roligt med lite nya arbetsuppgifter och framförallt samarbetet mellan oss. Internservice har fått en ny förståelse för oss och vi för dem. •

Fakta: Veronica Dahlgren, chefssjuksköterska operation Södertälje Sjukhus AB och Marina Cossi, undersköterska förrådsansvarig operation Södertälje Sjukhus AB.

Ny bok!

GRUNDERNA I OPERATIONSSJUKVÅRD

Åsa Söderström



Boktips

Grunderna i Operationssjukvård, Studentlitteratur 2015 av författaren Söderström Å.

Boken ger avgränsade insikter inom operationssjukvård. Vetenskapliga rådet inom Riksföreningen för operationssjukvård och erfarna lärare inom operationssjukvård anser att innehållet är för allmänt hållet för att kunna användas inom specialistsjuksköterskeutbildningar och utbildning inom klinisk operationssjukvård. Vetenskapliga rådet är också tveksam till bokens målgrupper eftersom innehållet i boken har en ansats att lära vem som helst inom vården vissa yrkesspecifika moment inom operationssjukvården. Boken hade därmed vunnit på att ge en mer övergripande beskrivning av operationssjukvården som vårdområde.

Vetenskapliga rådet inom Riksföreningen för operationssjukvård.

Lägesrapport

Nationella patientsäkerhetsprojekt

SPOR -

Svenskt Perioperativt register

Från 2015 är SPOR ett äkta kvalitetsregister i SKL:s ögon. Svenskt Perioperativt register är med andra ord lika godkänt som exempelvis Svenskt bräckregister och Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi m.fl.

I SPOR:s produktionsmiljö finns nu 38 operationsenheter vid 23 sjukhus och 7 vårdgivare. Tre vårdgivare finns i testmiljön och flera är på väg att ansluta.

SKL har beviljat medel för fyra projekt inom SPOR. Det är:

1. Validering av data.
2. Utveckling av rapporter. Hur går man tillväga om andra kvalitetsregister vill ta del av data?
3. Postoperativa komplikationer.
4. Patientmedverkan, där man engagerar patientföreningar att utse personer som kan ingå i en framtida referensgrupp.

I kvalitetsregistret, finns för närvarande 19 obligatoriska variabler. Den senaste som Riksföreningen för Operationssjukvård bidragit med är variabeln ”byte av operationsmetod”. Det är av stort intresse att få data på, om patienten genomgår ett annat ingrepp än vad som från början var planerat. Riksföreningen bidrar med förslag på variabler inom området

postoperativa infektioner. En annan variabel som ska utvecklas i framtiden är perioperativa komplikationer. Men det som är viktigt att poängtera är att variabeln uppgraderas inte oftare än en gång/år. Så arbetet går sakta och mycket säkert framåt!

Sök gärna mer information via Riksföreningens hemsida, under rubriken Nationella patientsäkerhetsprojekt, där finns en länk till SPOR:s hemsida.

Och ett ypperligt tillfälle att vara delaktig och komma med synpunkter är användarmötet som nästa gång är den 13 november i Stockholm.

Säker traumavård

Revisionen av Västra Götalandsregionen är i full gång. Det blir åtta sjukhus samt helikopterverksamheten. En utbildningsdag för övningsledare hölls nyligen liksom startseminariet för revisorerna.

Nästa region i Säker traumavård blir Stockholm/Mälardalen/Gotland. Deltagande sjukhus blir Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, KS/Solna, KS/Huddinge, Capio St Göran, Mälarsjukhuset Eskilstuna, Västmanlands sjukhus Västerås, Nyköpings lasarett, Norrtälje sjukhus, Södertälje sjukhus och Visby lasarett.

Det kommer att behövas en bra blandning bland de olika yrkesorganisationerna och minst 55 revisorer behöver rekryteras inför revisionen. Övningsledarutbildning kommer att



Fotograf: Peo Sjöberg

Maria Svensson

ske i Stockholm i mars 2016 och startseminarium för revisorer månaderna därefter.

Du som kommer till Höstkongressen kommer att få ta del av när projektledaren Pelle Gustafsson från LÖF, beskriver syftet med Säker traumavård. Du får även lyssna på en av våra revisorers, Lasse Salomonsson, berättelse, om hur det är att jobba med uppdraget som revisor. Anmäl ditt intresse till maria.svensson@rfop.se

Säker bukkirurgi

Sista sjukhuset inom projektet har nyligen reviderats. Därefter väntar utvärdering och när den blir klar kommer återrapportering i Uppdukat. •

9:de Hygienforum

26 – 27 maj 2016, Stockholm Sheraton



Unik bladdesign, överlägsen prestanda



OBS! 3M™ Clipper Professional 9681 kan blötläggas i desinfektionslösning för att säkerställa en god rengöring!



3M™ Clipper Professional 9681 kombinerar en överlägsen design och prestanda för att minska risken för postoperativ infektion

- 160 minuters klipptid
- Endast 3 timmars laddningstid
- Utformningen på bladet förhindrar risken för huden att dras in i bladet
- Avlägsnar alla typer av huvud- och kroppshår – fint eller grovt, vått eller torrt
- Ett blad för alla indikationer
- Gradvis batteriladdningsindikation

Så här gjorde vi!

Evidensbaserad Praktik som arbetssätt

Flera riktlinjer för arbetsmetoder på operationsavdelningar saknar evidens. Det här är en rapport om hur vi, en grupp på centraloperation på Gävle sjukhus, har gått tillväga för att arbeta fram en rutin gällande trycksårsförebyggande arbete.

För att underlätta arbetet med att skapa rutinen testade vi att arbeta enligt en modell, Socialstyrelsens "Kunskapsguiden" för evidensbaserad praktik, vilken ger praktisk handledning i förändringsarbete.

Bakgrunden till att riktlinjer behövdes för att förebygga trycksår

Vi hade via flera avvikelser fått indikationer på att patienter fått trycksår under tiden de varit på operationsavdelningen. Vi behövde alltså se över hur vi arbetade, och eventuellt förändra vårt arbetssätt. Vi ville utforma riktlinjer för att arbeta evidensbaserat, det vill säga en medveten och systematisk användning av flera kunskapskällor för beslut om insatser baserat på: den bästa tillgängliga kunskapen, den professionelles expertis samt berörda personens situation erfarenhet och önskemål. För att kunna göra detta på ett så enkelt sätt som möjligt beslutade vi oss för att arbeta efter "Kunskapsguiden" för evidensbaserad praktik, <http://www.kunskapsguiden.se/Sidor/start.aspx>. Kunskapsguiden är utgiven av Socialstyrelsen i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Tandvårds och Läkemedelsförmånsverket (TLV).

Syftet med att arbeta fram trycksårsförebyggande riktlinjer var att inga patienter ska få trycksår, alternativt inte förvärra redan uppkomna trycksår, under tiden de vistas på

operationsavdelningen. Ett ytterligare syfte var att testa en modell för evidensbaserad praktik, Socialstyrelsens "Kunskapsguiden" som ger praktisk handledning i förändringsarbete.

Hur vi gick tillväga, metoden

En grupp bestående av både anesthesi och operationssjuksköterskor med olika teoretiska och kliniska kunskaper bildades. "Kunskapsguiden", som är baserad på fem steg, guidade gruppens arbete och en träff per steg i

modellen genomfördes. En gruppleddare utsågs och var den som förberedde träffarna, sammanfattade, dokumenterade och ledde arbetet framåt. De olika stegen i "Kunskapsguiden" är:

Steg 1 – en välformulerad fråga

Steg 2 – söka kunskap

Steg 3 – värdera kunskapen

Steg 4 – väga samman kunskapskällor

Steg 5 – följa upp och förbättra



Maria Hansson, Ulrika Wendel och Carina Fröberg under en av gruppträffarna



Ulrika Wendel och Markus Forsberg diskuterar madrasser till op-borden



Vad kom vi fram till, resultatet

Våra framarbetade riktlinjer innehåller en bakgrund med vetenskaplig evidens för bland annat definition av trycksår samt vilka faktorer som ökar riskerna för trycksår. I riktlinjerna definieras ansvar och roller samt den praktiska trycksårspreventionen. Den praktiska trycksårspreventionen kan kort sammanfattas i punkterna:

- Nortonbedömning i journalen ska finnas från vårdavdelningen och ska kontrolleras
- Inspektion av patientens hudkostym ska ske både pre- och post-operativt
- Avkylning av patienten ska förhindras
- På operationssalarna ska finnas stöd för upplägg, tryckavlastande material samt material som förhindrar att tvättvätska blir ligande under patienten eller under manschetter

- Patientens positionering ska ske med hänsyn till operationsläge och trycksårsrisk, vid redan uppkomna trycksår ska så långt det är möjligt avlastning ske av området med trycksår
- Under operationen ska lägesändring ske när så är möjligt
- Noggrann dokumentation i anestes- och operationsjournal
- Muntligt samt skriftlig rapport till nästa vårdgivande instans, till exempel UVA
- Rapporten och dokumentationen ska innehålla uppgifter om hur patienten varit positionerad under operationen, hur länge, om och var blodtomhetsmanschett, diatermiplatta, positioneringsstöd och saturationsmätare suttit





Carina Fröberg och Ulrika Wendel provar uppläggning av patient (Maria Hansson) i höftläge

Dessa riktlinjer är baserade på den bästa tillgängliga kunskapen, den professionelles expertis samt berörda personers situation, erfarenhet och önskemål. Därmed inte sagt att de är "sanna", kunskap förändras och riktlinjer behöver därför kontinuerligt ses över och uppdateras.

Inför implementering av de nya riktlinjerna

Sjuksköterskan och med dr. Eva Sving, föreläste för operationspersonalen på en utbildningsdag. Föreläsningen handlade om trycksår och implementeringskunskap. Efter det beslutades att gruppen ska träffas ytterligare ett par gånger för att förbereda för implementeringen av de trycksårsförebyggande riktlinjerna.

Sammanfattningsvis

Många av omvårdnadshandlingarna vi utför på operationsavdelningar är idag inte evidensbaserade. När vi fick indikationer på att vi behövde utar-

beta riktlinjer för trycksårsförebyggande arbete var det viktigt att dessa riktlinjer vilade på en evidensbaserad grund. Framgångsfaktorerna i arbetet med att ta fram rutinen för trycksårsförebyggande arbete på operationsavdelningen kan sammanfattas med:

- Arbetet behöver vara prioriterat från arbetsledarhåll
- Att följa "Kunskapsguiden" var enkelt och gav struktur och tydliga riktlinjer
- Att ha en grupp med intresserade deltagare med olika professioner och erfarenheter är en styrka
- Att ha en gruppleddare som ansvarar för den praktiska planeringen av gruppträffar och att strukturen i arbetet bibehålls är en förutsättning för effektivt grupp-
arbete

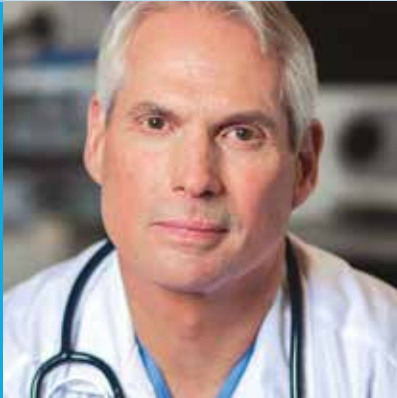
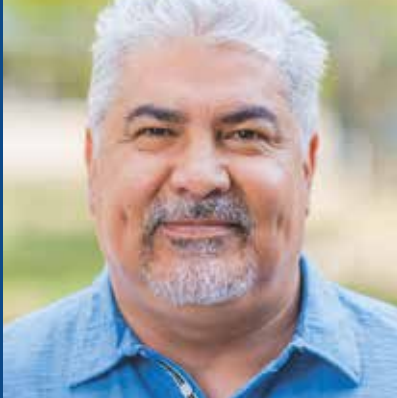
- Att ha en gruppleddare eller någon/några gruppmedlemmar som är väl insatta i hur man söker vetenskaplig kunskap underlättar arbetet
- Att gruppen tidigt enas om att arbetet ska vara roligt och att det ska genomsyras av ett tillåtande klimat
- Att få hjälp med hur implementeringen av de nya riktlinjerna bäst sker är nödvändigt för att lyckas •

Fakta: Gruppleddare: Catrine Björn, op-ssk, huvudhandledare och doktorand
Gruppmedlemmar: Markus Forsberg an-ssk, fil mag, Carina Fröberg op-ssk, Maria Hansson op-ssk, fil mag, Ulrika Wendel, an-ssk, fil mag., Centraloperation Gävle sjukhus. Mer information kontakta, catrine.bjorn@regiongavleborg.se

INNOVATING WITH PATIENTS AND PROVIDERS IN MIND

Helping patients get healthy, feel better, live longer is all in a day's work at Medtronic. Helping healthcare systems be more efficient is, too.

Learn about how **we're taking healthcare Further, Together** by visiting Medtronic.com.



Medtronic
Further, Together



Vi arbetar med patientfall

Annika Jolfson och Anna-Pia Wennerholm

Vi arbetar på Operationsavdelningen på Helsingborgs lasarett och ett av verksamhetens mål är att ha en diskussion kring ett patientfall en gång per månad. Syftet med diskussionen är att vi alla delar med oss av kunskaper och erfarenheter för en ökad kompetensutveckling i och om vårt vardagliga arbete. Det är viktigt att det finns möjligheter till kompetensutveckling vid arbete i så komplexa verksamheter som vår.

Patientfallen som diskuteras bygger på händelser som har inträffat på vår avdelning, 2014 års patientfall finns med som en bilaga, se nästa sida. Under 2015 har patientfallen berört händelser kring rektumamputation i bukläge, vaginal blödning, luftvägshinder, hjärtstopp, thoraxdränage/thorakotomi och operation av kraftigt överviktig patient.

Det är vi i personalgruppen som själva formar och håller i genomförandet. I första hand har vi försökt få de som arbetat med fallet att presentera det

och vi som ansvariga har ansvarat för att presentationerna av patientfallen blir av och att diskussionerna blivit strukturerade. Ibland har vi som ansvariga presenterat patientfallet och styrt diskussionen. Våra enhetschefer har stöttat och visat stort intresse både som bollplank och i diskussionerna.

Patientfallen har oftast diskuterats tvärprofessionellt i hela arbetsgruppen. I de fall ämnet blivit för yrkesspecifikt har diskussionen förts i varje profession. Diskussionerna har förts från olika uppkomna problem, men även viss undervisning i ämnet har förekommit.

För att underlätta planeringen finns ett bestämt datum varje månad då patientfallsdiskussioner äger rum, vilket har varit positivt och nödvändigt för genomförandet. Avsatt tid kl. 16.15-17.00 skapar inte de bästa förutsättningar eftersom hur många som kan delta är avhängigt av hur stor del av den dagliga verksamheten som är klar vid den tiden.

Ett tydligt mönster vi sett är att i början av 2014 då patientfallsdiskussionerna precis startat, var det svårt att motivera och få igång en bra dialog i gruppen, många ville lyssna på ett föredrag men inte delta själva. Detta har dock förbättrats under resans gång, fler vill vara med och intresset för dessa diskussioner har ökat. Personalgruppen vill dela med sig av aktuella händelser och viljan att lära av varandra är tydlig.

Vi ser med stor entusiasm fram emot att utveckla detta uppdrag och har tankar om att få fler engagerade i att hålla i de olika patientfallsdiskussionerna. Det känns viktigt att det är ett forum för alla. Det skulle också ses som en utmaning att komplettera våra diskussioner med vetenskaplig kunskap. •

Fakta: Anna-Pia Wennerholm, operations-sjuksköterska, Annika Jolfson, anestesisköterska, Helsingborgs lasarett.

Patientfall	Händelser	Risker	Möjligheter	Diskussion/Resultat	Åtgärd
Struma	Nya rutiner vid strumakirurgi.	Alla kände inte till de nya rutinerna.	Kunskapsutveckling och ökad patientsäkerhet genom enat koncept.	Säkrare rutiner och materialkännedom.	
Sepsis/PRISMA	PRISMA kördes peroperativt.	Okunskap och oförståelse.	Ökat samarbete med IVA och därmed en ökad patientsäkerhet.	Kunskap om PRISMA funktion, när det används och vilka resurser och vilken tid som behövs.	
Organdonation	Två patientfall.	Osäkerhet vid förberedelser. Vilket material som ska användas. Operationsmetodik.	Förtydliga rutinerna.	Utbyte av kunskap.	
Celocurin	Pseudocolinsterasbrist.	Monitorering. Awareness. Blodprovsverifiering.	Kunskap. Handlingsberedskap.	Användandet av alternativa muskelrelaxantia.	Diskussion i forum med narkosläkare.
Id. förväxling	Två patienter inkörda på fel salar.	Stressig och rörig arbetsmiljö. Likheter i identitet.	Förhindra att liknande händelser inträffar igen.	Kommunikation. Respekt för varandras arbetsuppgifter.	Ombyggnation. Respekt. Flytt av informationstavla.
Hepatit C	Avdelningens hygienrutiner i samband med infekterad patient.	Stressig arbetsmiljö. Kommunikation. Bristande följsamhet till rutinerna.	Tänk efter före.....gör rätt!	Otydlighet i Orbit. Hygienmanual. Slussystem.	
Femurfraktur barn	Handhavande av akut anmälda barn på operation.	Katetrisering. Blodförlust. Temperatur.	Säkerställande av och kunskap om rätt utrustning.	Uppdatera sig själv. Barn bord, PM m.m.	
Intubation i sidoläge	För att skapa ett effektivare flöde. Tvätta och lägga patient i sidoläge i förberedelserum. Patienten kan medverka vid upplägg innebär att du får utvärdering från patient om bekvämt läge.	Stressig arbetsmiljö. Svårigheter med intubation i sidoläge. Oförutsedda risker i samband med intubation som t.ex. anatomi, dålig sikt m.m.	Patientkategori och rutiner som vi kommer att utsättas för framöver? Skapa tydliga rutiner kring hantering av dessa patienter. Hur gör man på andra ställen?	Vikten av samspel. Vems är ansvaret? Hur gör vi vid situationer som vi inte har rutin på?	Vi kollar med Ängelholm om hur de gör. Chefen tar med sig detta till medicinskt ansvarig läkare.
Flera patientfall med olika händelser och risker.	- Vårdrelaterade infektioner - Förväxling och glömska - Läkemedelshantering - Medicinsk teknik - Kommunikation	Apxlock av händelser de senaste månaderna. En del känner igen sig – andra har fler händelser att ta upp. Väcka tankar – inga lösningar. Vi arbetar i en riskfylld miljö - se Socialstyrelsen.	Alla verksamheter inom hälso- och sjukvården ska definiera sina egna risker och arbeta systematiskt för en hög patientsäkerhet i sin egen verksamhet.	Viktigt att belysa och diskutera händelser samt lära av varandra.	



President's message

En hälsning och kort rapportering (ett axplock av aktiviteterna under 2014-2015) från min tid som president för IFPN (International Federation of Perioperative Nurses).

En spännande, lärorik och mycket intressant tid (april 2012 - maj 2015) då jag fick möjligheten att som svensk operationssjuksköterska, tillsammans med flera kollegor från andra länder/kontinenter, driva frågor som berör t.ex. utbildning, yrkesutveckling, perioperativ omvårdnad, ledarskap, samverkan med internationella orga-

nisationer/partners etc. Jag är oerhört tacksam och stolt för dessa erfarenheter! Stort tack för all support jag fick från kollegor, vänner och min familj!

Honorable International Perioperative Colleagues,

The time goes very quickly for all of us, that feeling we do share when occupied in different professional/family/life tasks within our lives. It was a while ago since we presented an IFPN Newsletter; but here it comes! The reason for not delivering, after

the last one in October of 2013, is that IFPN has been without a web master from November 2013. In last October(2014) our colleague Ms. Fiona Unac, Chair of PNC, New Zealand, has undertaken the task of coordinator the IFPN newsletter which I deeply thank her for.

IFPN has continued in making efforts for developing the federation; making the bonds between the member associations stronger, opened up to collaboration with both old as well



as new partners and other perioperative nurses associations around our globe. Many colleagues I have met during my presidency have expressed the desire in coming together and collaborate equally, in respect to each other for the best development of our profession and our organizations.

I wish to show up some of the IFPN activities that have been taken place during 2014/2015 such as;

- Informal urgent IFPN meeting 29th of March 2014 in Chicago which took place in the 3M international lounge at the AORN conference event. A new Nomination Committee/NC was proposed/decided to start the voting procedure for the next Executives; Chair of the NC as agreed: Sue Lord/ President of AfPP and the two NC/members Ms. Rupinder Khotar/President of ORNAC and Ruth Melville/ President of ACORN.

- At AORN; Chicago, 29th - 31st March 2014, I was invited speaker- representing IFPN, at the 5th Annual International Summit, with the theme “*Perioperative Innovations Unite a Global community*”.
- Attended at EORNA Board meeting in Stockholm, Sweden, on the 9th of May 2014 invited by Caroline Higgins, EORNA President to present IFPN activities from April 2012 (Lisbon meeting) to present time.
- Contact with the Global Infection Control study group, OASIS (previous name ISIS) and attended their conference on 3rd -4th June 2014 in Vienna, Austria. Leading WHO officers are Dr. Didier Pitet and Dr/Professor Benedetta Alegranzi as well as others from Europe, USA and

Africa region were speaking on infection control globally and how we could collaborate internationally in achieving global goals on this topic.

- Attended the AfPP 50th anniversary in York 15th-17th of August 2014.
- IFPN informal gathering on the 16th of August with those of IFPN Board members who were attending the AfPP celebrations.
- Attended as key note speaker at the ASIORNA conference on, 9th -11th of October 2014 taken place in Fukuoka, Japan.
- Formal IFPN Board meeting in Queenstown, NZ, 16th of October 2014, hosted by Ms. Fiona Unac President of PNC.



Together with Ms. Sue Lord, AfPP President, August 2014, York, UK





Together with Ms. Phyllis Davies, IFPN Ambassador and Ms. Eunice Laim, President of Papua New Guinea 17th October 2014, Queenstown, New Zealand



Ms. Bonnie McLeod IFPN Secretary, Ms. Rupinder Khotar ORNAC President and Ms. Irini Antoniadou IFPN President, 17th of October 2014, Queenstown, New Zealand.



Closing Ceremony at ASIORNA Conference, October 2014, Fukuoka, Japan. Ms KeSook Young, outgoing ASIORNA President (with flowers in her hands), Ms. Salya Paikemsirimongkol ASIORNA incoming President (to the left) and Ms. Kyoko Kikuchi (to the right), JONA President amongst other ASIORNA Board members.

- Voting results were presented by Ms. Sue Lord, AfPP President and Chair of NC. Mr. Patrick Voight /Ambassador/AORN as IFPN Treasurer; Ms. Ruth Melville, Australia/ACORN, as IFPN President elect; and Ms. Rupinder Khotar, Canada/ORNAC, as incoming IFPN Secretary. The transition/handover for President and Secretary Positions will take place in 10th of May 2015, Rome, Italy. The Treasurer position took place immediately after the Formal Board meeting in Queenstown.
- New member was voted at Formal Board meeting in Queenstown: GORNA- GREECE, welcome to IFPN!
- Membership interest has been shown from: GHANA, CHINA and SINGAPORE.
- Attended at SEORNA (Swedish Operating Room Nurses Association) 50th anniversary invited in presenting IFPN, 27th of November 2014, Stockholm, SWEDEN.
- Informal IFPN gathering 8th of March 2015 in conjunction to AORN congress in Denver, USA, generously hosted by AORN/ Ms. Victoria Steelman, AORN President.
- Attended Singaporean OR Nurses annual conference as invited keynote speaker by Ms. Jessica Leong, Chairperson of SINGAPOREAN

OR Nurse Chapter, 21st of March 2015 in Singapore.

On behalf of IFPN and Executives I wish to extend our thanks to all colleagues of IFPN and all partners for the great collaboration we have. With special gratitude towards the PNC NZ colleagues for the huge welcoming in Queenstown, NZ, where we were welcomed in a special traditional way in accordance with the Maori culture. Such a fantastic experience; thank you all!

A great thank you also to AfPP (York) August 2014 and AORN (Chicago) March 2014 and AORN (Denver) March 2015 for hosting our informal IFPN meeting.



Together with President Ms. Guo Li and Ms. Chen Xiaomin Vice President of Committee of Peri-Operative Room Nurses of Chinese Nursing Association, October 2014/Fukuoka, Japan



Together with International Colleagues at International Summit/ AORN, 7th of March 2015, Denver, USA.

My gratitude also to the colleagues of ASIORNA, JONA, KAORN, the ORN Chapter of SINGAPORE and the Committee of Perioperative Operating Room Nurses of CHINA for the networking we have had and the willingness you showed in coming together with IFPN. Together we can build our professions future and the perioperative nursing care for patients undergoing surgery; wherever in the world we are. Every single patient deserves best of care and we can make the difference for those patients with our knowledge, compassion, professionalism and willingness to care and to share.

Dear International Colleagues, my time as IFPN President comes to its end when the handover takes place in next meeting on 10th of May 2015. I have learned so many things from you

all. I learned even more about how organizations are build and how procedures look like, depending where in the world they take place, but mostly I have learned more about how we humans can come together, sharing experience and knowledge and that feeling of togetherness makes the difference for all of us...there is our success, our strength and our joy! My gratitude to you all for opening your doors and windows towards IFPN and me, inviting to share a task, a moment, an idea...a vision and a dream about future best perioperative nursing and care!

I always will honor the time in IFPN and the great leaders and colleagues I did met and worked with.

A special THANK YOU to my closest collaborator; IFPN Secretary Ms. Bonnie McLeod, we made it together; pulling our strengths jointly for the best interest of IFPN and our profession. I feel very proud of what I learned from you!

My best wishes to the next IFPN Executive group and all future Board Members! ●

Fakta: Irini Antoniadou, IFPN President
(April 2012- May 2015)
Uppsala, Sweden 13 April 2015

A huge Thank You All and hope to meet somewhere sometime!



Studiebesök under EORNA-kongressen i Rom

Under kongressdagarna fick kongressmedlemmar tillfälle att besöka även polikliniken Umberto I vid fakulteten för medicin och kirurgi.

Sjukhuskomplexet ligger utanför Rom utspjutt på ett stort område bestående av flera separata byggnader kopplade till varandra genom kulvertsystem. Sjukhuset är det största offentliga sjukhuset i Italien. Det byggdes 1883, med stöd av läkare och politiker.

Vi kongressdeltagare blev mottagna av administrativ chef, chefen för akutmottagningen samt ansvarig sjuksköterska från kirurgens operation. Engelskan var bristfällig, varför utbytet blev begränsat, men alla blev väl omhändertagna och det märktes en stolthet hos de ansvariga över att få visa sjukhuset. Vi delades in i tre grupper och fick se olika delar av sjukhuset.

Förhållanden var annorlunda jämfört med vad vi är vana vid. Byggnaden



Klara Krizbai Karlsson

var sliten och inventarierna av något äldre modell. Operationsdelen som tillhörde akutmottagningen låg i källaren. Ingen officiell utbildning fanns inom operationssjukvård utan intresserad personal lärdes upp på plats.

Hygienföreskrifter följdes utifrån hur upplärningen hade skett. Anhöriga fick vänta i väntrum utanför. De informerades om händelserna genom en kontaktperson.

Trots olikheter kändes ett stort engagemang hos personalen och när vi kongressdeltagare efteråt reflekterade tänkte vi att, oavsett förhållanden, så är det mest viktiga vilken syn vi har på vårt arbete och hur vi bemöter våra patienter!

Tiden i Rom flög snabbt förbi. Vi kom hem med många intryck, nya lärdomar och fulla av energi med att fortsätta utveckla vår fantastiska profession.

Tack för möjligheten att söka stipendium för att delta på kongressen! •

Fakta: Klara Krizbai Karlsson, operationssjuksköterska, SUS Lund



Webbaserad enkät riktad till operationssjuksköterskor i Sverige

Mitt namn är Camilla Wistrand, jag är doktorand samt arbetar som operationssjuksköterska i Örebro. Jag ska kartlägga hur operationssjuksköterskor i Sverige arbetar i kliniks praxis med preventiva åtgärder i syfte att reducera bakterieförekomst och postoperativa infektioner. Detta kommer jag att göra genom en webbenkät som börjar skickas ut i slutet av november 2015.

Antalet operationssjuksköterskor som kommer att få enkäten är 2 500, du är förhoppningsvis en av dem. Du kommer att kontaktas med informationsbrev och enkätfrågorna via ett webbenkätforetag. Om du ej har fått ett mejl i slutet av december så beror det på att jag saknade jag din adress, hör då av dig till mig camilla.wistrand@regionorebrolan.se så även du kan delta.

Enkäten kommer att vara studiespecifik med syfte att undersöka hur operations-sjuksköterskan förbereder patientens hud inför kirurgi, åtgärder för att minska nedkylning och att undersöka om enkla eller dubbla handskar används och orsakerna till att handskarna byts. Enkätfrågorna kommer att konstrueras utifrån litteratur och delarbete I-III i en avhandling och ske i samråd med handledare för att sedan testas, i en mindre grupp av operationssjuksköterskor, vad gäller begriplighet och relevans innan enkäten sänds ut. Demografiska data som kön, ålder yrkeserfarenhet och typ av sjukhus kommer också att inhämtas.

När studien är färdig och sammanställd kommer jag att redovisa resultatet i Uppdukat.



Välkommen att söka till post graduate-utbildningen för specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård

Kursen bygger på operationssjuksköterskans kunskaper och kompetens. Utbildningen syftar till en ökad kunskap och fördjupning inom generella, men även specifika temaområden. Föreläsare är disputerade och/eller specialister med kompetens inom de aktuella områdena. Ämnesområden: arbetsledning, hygien, suturteknik, sårsläkning, instrumentvård, anatomi, forskning, teamarbete. Utbildningen anordnas av Anestesi- och operationskliniken, Universitetssjukhuset i Linköping. Kurstillfälle kan eventuellt ske på annan ort.

Kursansvariga: Anna Myhrman, anna.myhrman@regionostergotland.se, Anna Wårdell, anna.wardell@regionostergotland.se, Louise Almström, louise.almstrom@regionostergotland.se

För mer information och anmälan: www.vardgivarwebb.lio.se





Distriktssamordnare

Dalarna

Mitt namn är Maria Gustafsson och jag arbetar på Centraloperation på Falu Lasarett. Jag är distriktssamordnare för Dalarna vilket innefattar Falu Lasarett med Centraloperation, Dagkirurg och öronoperation samt Mora Lasarett med Centraloperation och Dagkirurg.



Vi har inte haft träffar på många år eftersom vi inte har haft någon vald DS, så det blir min uppgift att ta tag i!

Jag vill uppmana mina kollegor att också bli DS. Det är ett bra tillfälle att knyta kontakter runt om i landet och kunna jämföra arbetssätt. Det är också många intressanta föreläsningar som man får möjlighet att lyssna på under mötena.

Önskas kontakt med mig så kan jag nås på maria.i.gustafsson@ltdalarna.se

Södra Älvsborg



Mitt namn är Elin Wass och jag arbetar på operation 1 i Borås. Jag är distriktssamordnare för södra Älvsborg vilket innefattar Borås, Skene och Alingsås.

Vi brukar träffas cirka 1 gång per år och då brukar vi äta något gott, lyssna på föreläsningar, få information om nyheter från inbjudna företag och få känna på eventuella instrument eller maskiner som företagen har tagit med.

Under det mest minnesvärda mötet vi har haft hade vi en helkväll i en mysig konferenslokal tillsammans med trevliga kollegor, god mat och lärorika föreläsningar.

Jag vill uppmana mina kollegor att också bli distriktssamordnare för att det är ett bra sätt att få inblick i hur det är på operationsavdelningar runt om i Sverige. Vi kan ta lärdom av varandra så vi inte gör samma misstag som en avdelning precis har gjort eller få det bekräftat att vi har det bra på vår avdelning. Vi kan diskutera med varandra och hålla oss uppdaterade om ny forskning. Operationsavdelningar har annars en tendens att bli isolerade från omvärlden.

Önskas kontakt med mig så kan jag nås på: alvsborgsodra@rfop.se eller 033-616 30 72.

Örebro

Mitt namn är Inger Andersson och jag arbetar som sektionsledare på ortopedoperation på Karlskoga Lasarett. Jag är distriktssamordnare för Region Örebro Län vilket omfattar operationsavdelningarna på sjukhusen i Karlskoga, Lindesberg, Örebro samt Capio Läkargruppen i Örebro. Vi brukar träffas 1 gång per år och fördelar värdskapet mellan oss. På våra träffar har vi någon eller några leverantörer som informerar och uppdaterar oss om nya produkter och metoder. Vi får också aktuell information från Riksföreningen för operationssjukvård samt blir rundvisade på den aktuella operationsavdelningen. Det bästa med distriktsmötena är att träffa kollegor från olika kliniker och få lyssna till intressanta föredrag.

Jag vill uppmana mina kollegor att bli medlemmar i Riksföreningen för att bredda operationssjuksköterskornas nätverk och också bli distriktssamordnare för att arbeta för att få en samhörighet i närområdet.

Önskas kontakt med mig så kan jag nås på inger.andersson7@regionorebrolan.se eller tel. 0586- 66085.





**Från användarnas idé till
färdig produkt !**



Ny örondrapering som möjliggör...

- ✓ kontrollerad inövad draperingsrutin
- ✓ tidseffektivitet
- ✓ minskad risk för kläm- och vikskador på örat
- ✓ att lägga snittet mycket närmare örat oberoende infallsvinkel
- ✓ minskad risk för djupa infektioner eller skador vid rupturerad trumhinna
- ✓ att Operatörerna har bättre kontroll på var örat är då draperingen är genomskinlig
- ✓ minskad antibiotika mängd då man klär bort örat eftersom örat är klassat rent.
- ✓ att man kan sterilt greppa örat under operationen

Vi ser fram emot att få visa dig
DEN NYA ÖRONDRAPERINGEN
på Höstkongressen
den 26. - 27. november 2015
på Stockholm Waterfront





Distriktsmöten

Västerbotten den 5 maj 2015

Text: Karin Klarin, distriktssamordnare

Mötet startade med att "mingla" runt bland de utställare som kommit för att medverka detta år. Jag hade glädjen att hälsa välkommen till för mig ett rekordstort antal kollegor som kunde närvara. Även antalet utställare var fler än tidigare år. Många operationssystrar anlände från Umeå, även de från Skellefteå och Lycksele kunde närvara, vilket kändes som en ära att de tagit sig ända till Umeå.

När alla hade kommit gick jag igenom den "nya" länken som tar medlemmarna till den rätta internetsidan som gäller Riksföreningen för operations-sjukvård. Jag informerade bland annat om föreningen som förra året firat 50 år och att antal medlemmar ökar till antalet, vilket är väldigt trevligt.

Kvällens föreläsning hölls av Maria Sandström från kirurg op och av mig



Karin Klarin

Karin Klarin från neuro op, där vi nu kunde få ett ypperligt tillfälle att berätta om den studie vi skrivit och som nu har tagits med som artikel i Vård i Norden. Där kunde vi förklara att vår studie i Umeå (NUS) ligger till grund för ett p.m. (IIPO dokument) hos oss

som nu resulterat i och hänvisar oss till att 15 timmar får en operations-uppdukning stå övertäckt innan den måste rivas om den inte blivit använd. Även svagheter i studien gick vi igenom, där funderingar och frågor kom upp och belystes bland kollegorna.

När sedan föreläsningen var slut fortsatte kvällen med mat, träff bland utställare och en trevlig stämning bland de kollegor man har tur att få omge sig av på ett eller annat sätt. Vi fortsatte att diskutera olika frågor bland annat angående studien som vi presenterade och saker som vi operationssjuksköterskor kan ställas inför i vårt yrke. Även saker vi gör för att vi tror eller anser oss veta där vikten är att ta reda på fakta så bra det går.

Tack till er alla som ställde upp genom att komma denna kväll, både alla kollegor, Kristina Hansen och alla trevliga utställare som återigen förgyllt vår tillvaro. •

Fotograf: Peo Sjöberg

Den perioperativa sjuksköterskans dag 2016

Text: Marie Afzelius, redaktionen

Den 15 februari är det den perioperativa sjuksköterskans dag. Det kan vara ett bra tillfälle att sprida kunskap om vår profession som operations-sjuksköterska antingen internt på sjukhusen eller externt på skolor eller för allmänhet.

Flera av våra distriktssamordnare brukar arrangera distriktsmöten den 15 februari eller i nära anslutning till dagen.

2016 års tema som röstats fram inom EORNA är: United: Perioperative Team & Patient Safety •



**Skonsam snabb
Effektiv desinfektion**

Bacillol® 30 Tissues

Färdig att använda,
alkoholbaserad snabb
desinfektion verksam
mot MNV.

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



BODE Chemie GmbH

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



POSTTIDNING B

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

GULDKONGRESSPONSORER



SILVERKONGRESSPONSORER

