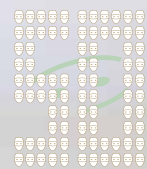


Uppdukat

Nr 2 maj 2014 årgång 26

1964-2014



Riksföreningen för
operationssjukvård



RIKSFÖRENINGEN FÖR OPERATIONSSJUKVÅRD





Laparoscopic
Ultrasonic Dissection

Ultrasonic Energy



Laparoscopic
Vessel Sealing



Laparoscopic
Vessel Sealing



Open
Vessel Sealing



Open Small Jaw
Vessel Sealing

LigaSure™ Technology



Monopolar



Bipolar

Electrosurgery



ForceTriad™
Energy Platform

The widest energy
Portfolio
with a long record of
Performance
and demonstrated
Value.

Let Us Show You

COVIDIEN, COVIDIEN with logo and Covidien logo are U.S. and internationally registered trademarks of Covidien AG. Other brands are trademarks of a Covidien company. © 2011 Covidien. - V-AD-Portfolio/GB - 03/2012



COVIDIEN

Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

2 100 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@seorna.com

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild

Operationsenheten Landskrona

Foto:

Marie Afzelius

Annonser

annonsansvarig@seorna.com

Redaktion

*Monica Kolvered
Kristina Lockner
Ingela Pirttilä
Inger Andersson
Marie Afzelius*

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

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

Innehåll

Uppdukat nr 2 2014 årgång 26

Redaktionens ord...sid 4

Hygienfrågan...sid 6

Jubileumssidor...sid 8

Porträttet...sid 12

Redaktionen tipsar...sid 14

Individuell ergonomisk kunskap
bland operationssjuksköterskor -
ett område under utveckling?...sid 16

Arbetsmiljö och hälsa hos
operationspersonal...sid 18

Boktips...sid 22

Tuberkulos...sid 24

Goda skäl för evidensbaserad
omvårdnad på operation...sid 30

Att kommunicera i team är att
värna om patientsäkerheten...sid 32

Behovet av debriefing hos
operationssjuksköterskor....sid 36

Min operationsavdelning....sid 38

Hybridsjuksköterska....sid 40

Föreningsnytt...sid 42

Krönika, del fyra...sid 46

sid 12



sid 18



sid 36



sid 40



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

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

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

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



Äntligen är det vår! Och snart är det Hygienforum, den 22 – 23 maj i Stockholm, detta forum som lockar deltagare inte bara från operationsavdelningar, har fallit väl ut och blivit en ny tradition för vår förening och andra delar av vårdserien. Denna gång ska vi bland annat lyssna på en patient och hans upplevelser av postoperativ sårinfektion. Kommer du på i sista stund att du vill och kan delta, hör bara av dig!

Innan Hygienforum har vi EORNA:s styrelse på besök i Sverige. Den 8 – 10 maj håller de sitt styrelsemöte i Stockholm, vi ser fram emot att välkomna 42 kollegor från hela Europa.

Vill du medverka med en poster eller ett föredrag, vid den 7:e europeiska kongressen i Rom, 7 – 10 maj 2015? Då är det dags att skicka in ditt abstract, läs mer om detta på: www.eornacongress.eu.

Något som är mindre roligt, är att vi under våren har tagit emot flera mejl och samtal om att operationer genomförs utan operationssjuksköterskor på flera håll i Sverige. Ibland ersätts operationssjuksköterskor med sjuksköterskor, ibland med undersköterskor

och i vissa fall är det kirurger som utför operationssjuksköterskans arbetsuppgifter. Detta anser vi är en patientsäkerhetsfråga och vi arbetar med den från flera håll med våra saks experter i vetenskapliga rådet samt med kontakter på IVO och på Socialstyrelsen. Det är en allvarlig brist på kunskap hos organisationer som godkänner detta och ett stort svek mot patienterna.

I detta nummer gläds vi åt all kompetens som finns runt om i landet. En blandning av populärvetenskapliga texter, hygienfrågor, föreningsrapporter och mycket annat. Jubileumssidorna i detta nummer är visserligen en relativt nyligen publicerad artikel, fast innehållet handlar om historia. I nr 3 kommer del två av Barbro Fribergs artiklar sen 1990 – talet.

Har du något speciellt du vill läsa om? Eller har du något du vill dela med dig av till andra? Skriv till oss i redaktionen, vi vill gärna ha kontakt med operationssjuksköterskor och få uppslag till intressanta artiklar.

Detta är vårt sommarnummer och denna gång ger vi dig extra mycket läsning.

Nu önskar jag en riktigt bra sommar!

1964–2014



Riksföreningen för
operationssjukvård

Hygienforum

22 - 23 maj 2014

är det Hygienforum på
Sheraton, Stockholm.

Kom och hör om det
senaste inom vårdhygien.



Årsmöte

Kallelse till årsmöte

Riksföreningen för
operationssjukvård
håller årsmöte
den 23 maj 2014.

Kl. 08.00 på
Sheraton hotel,
Stockholm.

Välkommen!





För dig som vill **säkra ditt beslut!**



Nu lanserar vi SteriStay – den nya generationen sterilbord

SteriStay är ett unikt sterilbord som med ultraren luft **säkrar sterildukningen** av dina instrument och utrustning, både **under uppdukning och hela operationstiden**.

SteriStay är lika smidigt att använda som ditt nuvarande instrumentbord!

SteriStay
– säkra ditt beslut

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



www.steristay.se

Effektivt* • Tystgående • Flexibelt
<5 cfu/m³ luft*

* Sterilbordet SteriStay skapar en ultraren luftmiljö kring dina sterildukade instrument som motsvarar de nya kraven på mikrobiologisk renhet i operationssalen (SIS-TS 39:2012)



Toul Meditech AB • Tunbytorpsgratan 31 • 721 37 Västerås
Tel: 021-13 50 00 • info@toulmeditech.com • www.steristay.se

toul
meditech

Skriv till: hygien@seorna.com

Fråga: Jag undrar hur vi ska göra vid misstänkt tbc på operation. Om patienten inte har en öppen tbc, men det misstänks i t.ex. en körtel som ska opereras bort för att få diagnos. Ska vi ha speciella munskydd?

Svar: Tillägg till de sedvanliga munskydden inom operationssjukvård gäller vid obehandlad öppen TB och då det finns risk för aerosol vid spolning av kroppshåla. Då gäller andningsskydd (FFP3) istället för munskydd. Det är alltid bra att kontakta landstingets vårdhygieniska enhet om det råder tveksamheter.

Fråga: Finns det några rekommendationer att vi som operationssjuksköterskor ska vara vaccinerade mot tbc? Ska vi behandlas förebyggande om vi har en patient med tbc på operation?

Svar: Det finns inte någon generell vaccinationsrekommendation för operationspersonal. Om det skulle bli en smittskyddsutredning runt en icke behandlad öppen TB patient, kan personal som varit i nära kontakt

med patienten behöva följas upp genom t.ex. ett tuberkulintest för att utesluta smitta. Resultatet av testet avgör eventuell vidare behandling. I www.vardhandboken.se och på www.socialstyrelsen.se finns mer att läsa om detta.

Fråga: Desinfektion av laserutrustning. Vi provar laserinstrument. Ett som vi testade går inte att desinfektera i maskin, utan man måste använda t.ex. Gigasept vilket jag tycker är att gå tillbaka i tiden. Vad är rekommendationen?

Svar: I kravspecifikationen inför upphandling bör det finnas med att det vid återanvändande av utrustning ska kunna genomföras en rengöring i en diskdesinfektor. Som alternativ kan kravet vara att utrustning ska handdiskas med efterföljande desinfektion med för verksamheten upphandlade desinfektionsmedel.

Fråga: Finns det riktlinjer att vi som instrumenterande operationssjuk-

sköterskor och operatörer ska ha operationsmunskydd klass IIR, d.v.s. med våtskebarriär? "Räcker" det med klass II för övriga på operationssalen?

Svar: Munskydd klass IIR ger ett bra skydd mot stänk vilket är önskvärt för dem som står direkt i såret. Kringpersonal behöver endast ha munskydd vid infektiösa kirurgi eller då det finns stänkrisk. Det kan förekomma lokala riktlinjer, så det är bra att höra sig för vilka rutiner som gäller på er operationsavdelning.

Fakta: Inga Zetterqvist, rikshygienisköterska, Smittskyddsinstitutet, ansvarig för Uppdukats hygienfrågespalt, svarar på frågor.

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

Lösnaglar och vårdrelaterade infektioner – ett svar från SBU:s kansli

Text: Inger Andersson, redaktionen

Som vi tidigare skrivit i Uppdukat får många patienter en vårdrelaterad infektion (VRI). Enligt mätningar från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har ungefär nio procent av alla patienter, undantaget psykiatri, en vårdrelaterad infektion. VRI är ett av de största hoten mot patientsäkerheten och trots att frågan uppmärksammas under flera år, minskar inte infektionerna. I syfte att öka patientsäkerheten har SKL tagit fram ett antal åtgärds-paket. Flera av dessa tar upp hygienåtgärder för att minska de vårdrelaterade infektionerna. Exempel på sådana åtgärder är korrekt handhygien, kortärmad arbetsklädsel och användande av handskar vid vissa arbetsmoment.

I Vårdhandbokens kapitel om smycken, naglar m.m. kan man läsa att: "Naglarna ska vara kortklippta.

Lösnaglar och konstgjorda naglar ska inte användas i vårdarbete. Handdesinfektion kan inte utföras med gott resultat eftersom mikroorganismer fastnar på och under dessa och kan inte desinfekteras bort." (2)

Men tanke på att antalet vårdrelaterade infektioner inte minskar och att man inte kan utföra handdesinfektion med gott resultat vid användande av lösnaglar eller konstgjorda naglar, vill redaktionen för Uppdukat uppmärksamma en publicering från Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) upplysningstjänst 2013. (3) SBU:s upplysningstjänst har svarat på frågan "Vilka studier finns som undersöker hur bärare av lösnaglar påverkar förekomst av vårdrelaterade infektioner" I sammanfattningen skriver SBU:s Upplysningstjänst att de har identifierat fem (epidemiologiska) studier över utbrott av vårdrelaterade

infektioner på sjukhusavdelningar där lösnaglar kunde vara en källa till spridning av smittämnen. Studierna visar ett samband med operationspersonal, personal på neonatal- och dialysavdelning och vårdrelaterade infektioner samt att det finns studieresultat som indikerar att lösnaglar kan sprida infektioner i vården. Enligt författarna kan det därmed också finnas en anledning att inte tillåta lösnaglar på vårdpersonal med patientkontakt.

Svaret är sammanställt av SBU:s kansli och granskat av med.dr. och överläkare Olov Aspevall vid Smittskyddsinstitutet (nu Folkhälsoinstitutet red.anm.)

1) SKL hemsida, Gemensam satsning VRI, 5 mars 2014

2) Vårdhandboken/Hygien, infektioner och smittspridning/Basala hygienrutiner och klädregler

3) www.sbu.se

En varm patient är en nöjdare patient



Patient Adjustable Warming System
by Bair Hugger® Therapy



NICE guidelines avseende oavsiktlig hypotermi rekommenderar specifikt aktiv uppvärmning med konvektiv varmluftssystem (Forced Air Warming) till alla patienter som är under anestesi under 30 minuter eller mer, som är kalla (36°C) före eller efter ingrepp eller vars ingrepp även om kortare än 30 minuter leder till ökad risk för hypotermi.³

Hur varma är dina patienter?

Hypotermi, kroppstemperatur <36 °C, har visats leda till ökad mortalitet, ökad risk för postoperativa sårinfektioner och längre sjukhusvistelse i samband med kirurgiska ingrepp. Studier har påvisat att hypotermi är vanligt. Ett exempel från en nyligen publicerad prospektiv studie av incidensen av hypotermi vid primär total höft- och knäplastik (n=672) visade nivåer på 26.3 resp 28.0%.¹

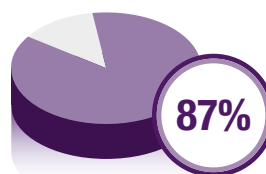
Att hålla sig varm är något av det viktigaste för en kirurgisk patient. Den unika 3M™ Bair Paws™ Flex värmerocken med aktiv konvektiv uppvärmning ger patienten värme inför, under och efter ett ingrepp. Preoperativt ansluts den till Bair Paws™ värmeenhet som ger patienten möjlighet att själv kontrollera temperaturen. Bair Paws™ Flex rocken omvandlas på operationssalen till ett klassiskt över- eller nederkroppstäck och ansluts till Bair Hugger™ värmeenhet.

Patientenkät²:

Förberedande aktiv värme med Bair Paws™ systemet

Bair Paws™ rocken höll mig
komfortabelt varm

Jag föredrar Bair Paws™ rocken framför
vanlig patientrock



I en enkät som omfattade 1,844 kirurgiska patienter svarade 87% att Bair Paws™ systemet höll dem komfortabelt varma och 89% föredrog den framför vanlig patientrock.²

Varmare patienter?

Kontakta oss för mer information och demonstration!

Referenser:

1. Leijten B et al. High Incidence of Postoperative Hypothermia in Total Knee and Total Hip Arthroplasty; A Prospective Observational Study. The Journal of Arthroplasty 28 (2013) 895-898
2. Arizant Healthcare Inc. Bair Paws Patient Satisfaction Study. 2006-2007.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence clinical guideline 65-Inadvertent perioperative hypothermia costing report-April 2008.

Blodstillandets tidiga historia

Text: Christer Drott, Öl. Kir klin
Borås lasarett

Peang finns på i stort sett alla operationsgaller. Blodstillande tekniker fanns före Peangen och utvecklingen avstannade inte med dess införande men få instrument har fått en så universell spridning och användning

Den deletära effekten av stor blodförlust var rimligen uppenbar även för den prehistoriska människan så blodstillningens konst torde vara lika gammal som mänskligheten själv. Manuell kompression tillämpades säkerligen men även en långvarig sådan är ofta otillräcklig. Den grundläggande principen för blodstillning är att nå målet till så lite vävnadsförstöring som möjligt. Denna insikt är dock förhållandevis ny och historien är kantad av mer eller mindre brutala metoder.

Blödningar kan stillas med tre principiella metoder: **Kemiska medel** syftar till blodstillning genom ämnen som får blödande kärl att dra ihop sig (adstringerande) och/eller stimulerar bildande av fibrinpluggar och koagler. Biologiska och kemikaliska ämnen kan fungera väl på smärre till medelstora blödningar. **Kauterisering** är en metod som syftar till vävnadsförstöring och därmed blodstillning genom värme, kyla, starka syror etc. Diatermi är således en kauteriseringsmetod vilken innebär överföring av värmeenergi till vävnaden. Beroende på graden av energiöverföring/vävnadsdestruktion kan effekt uppnås även på stora pulsåderblödningar. **Mekaniska metoder** innefattar ren kompression vilken, åtminstone temporärt, kan kontrollera även större pulsåderblödningar förutsatt att de är åtkomliga såsom på extremiteter. Direkt avbindning eller applicering av tänger på blödande kärl med efterföljande ligatur når blodstillningsmålet med minimal skada på intilliggande vävnad.

Induskulturen har lämnat de tidigaste skriftliga källorna. Den något pikanta seden att bedragna kvinnor skar näsan av sin otrogne man ledde fram till plastikkirurgiska näsrekonstruktioner av imponerande slag. Även om



Christer Drott

detta ingrepp inte innebar något stort blodstillningsproblem så hade man en varierande arsenal av hemostatiska metoder. Läkaren Sushruta hade tänger, "fågelnäbbar", som sannolikt applicerades på kärl för blodstillning genom ligatur. Ligaturerna utgjordes troligen av hampafibrer. Förutom ligatur beskrevs användning av kokande olja, adstringerande träbark och kyla. Catgut (ligaturtråd gjorda av djurtarm, företrädesvis från får och inte katt) beskrevs av Hinduiska kirurger efter Sushruta.

Under **Egyptens** storhetstid lades färskt kött i blödande sår, en princip som finns i modern blodstillning som kollagenprodukter vilka starkt stimulerar hemostasen.

I det **klassiska Grekland** användes blodstillande ämnen såsom antimon, blyulfat och kopparsulfat medan ligaturer ej finns dokumenterade.

Den **Romerska** medicinen var starkt influerad av Grekland och det Hippokratiska synsättet men utvecklades ytterligare under rikets storhetstid. Celsus (25 f.Kr.-50 e.Kr.) använde linnedukar dränkta i kallt vatten och ättika. Om inte dessa gav hemostas rekommenderade han brännjárn eller ligatur. Rufus beskrev cirka 200 år senare kompression, brännjárn, ligatur samt vridande av artärer. Många nu levande äldre kirurger har använt den enkla metoden att vrida runt smärre kärl för att uppnå hemostas. Gigan-ten i romersk kirurgi var Galenos (129-199 e. Kr.) som fick mycket stor erfarenhet av trauma då han arbetade

som Gladiatorläkare. Han använde blodstillande ämnen mot venösa blödningar och ligatur mot arteriella. Galenos betonade att varbildning i såren var nödvändig för läkning. Denna olyckliga föreställning bestod dessvärre långt in i renässansen. En förklaring till Galenos åsikt kan möjligen vara att varbildning kräver ett aktivt immunsystem. De som var så allmänt försvagade att deras immunsystem inte förmådde reagera dog säkert till 100 procent medan de som överlevde hade genomgått en period av sårinfektion.

Medeltiden innebar inga stora kirurgiska innovationer. Klostren var medicinska centra, dock utan kirurgisk inriktning. Tack vare översättningar av de klassiska författarna från grekiska och latin till arabiska kunde den antika kunskapen bilda grund för renässansen. Araberna var inte bara översättare utan utvecklade även det medicinska kunnandet. Rhazes (854-925) från Bagdad beskrev ligaturer gjorda av djurtarm. Avicenna (980-1037) beskrev t.ex. tetanus, gangrän och sårinfektion men i blodstillandet förblev brännjárn centralt. En massiv värmekoagulation av såren ledde till, den av Galenos, förespråkade varbildningen. Det förekom dock kritiker av suppurationens välsignelse såsom Teodorik (1160-1257) som i sin bok "Chirurgia" förnekade varbildningens goda effekter. Han understöddes av Henri De Mondeville i Montpellier i publikationen "Chirurgie" 1301. Dessa oppositionella fick dock inget större genomslag. I stället dominerade Guy de Chauliac (1300-68) det kirurgiska paradigmet med världens första kirurgiska översikt "La Grande Chirurgie" med 3299 citat från tidigare författare. Han förfäktade varbildningens välsignelse som krav för läkning "pus bonum et laudible".

Med skolastiken blev läkekonsten akademiserad varvid kirurgin förpassades till hantverk, i allmänhet utförd av barberare. Detta stred egentligen mot renässansens strävan mot det klassiska Grekland och Rom där läkarkåren ägnade sig åt såväl invärtesmedicin som kirurgi.

Renässansen inleddes med en etablerad boktryckarkonst vilket bildade grunden för spridning av kirurgisk kunskap. De många väpnade konflikterna i det Tysk-Romerska riket stimulerade utvecklandet av sårbehandlingsprinciper. Exempel på denna kirurgiska litteratur var Brunschwigs bok år 1497: "Dis ist Das Buch Der Chirurgia Hantwirkung der Wundartzeny" och Gersdorff (1480-1540) "Feldtbuch Der Wundartzeny". Anatomikunskaperna ökade påtagligt genom skickligt illustrerade dissektioner som nu för första gången sedan den Alexandrinska epoken blev tillåtna och bedrevs systematiskt. De berömda illustratörerna DaVinci (1452-1519), Michelangelo (1475-1564) och fr.a. Vesalius (1514-1564) beskrev i sin lärobok "De Humani Corporis Fabrica" 1543 en mycket detaljerad anatomi. De anatomiska framstegen motsvarades dock inte av fysiologisk förståelse då renässansen innebar en återupptäckt av Hippokrates och Galenos felaktiga fysiologi. Enligt dessa var suppuration nödvändig för läkning. Fr.a. ansågs de nya krutvapnen medföra vävnadsförgiftning där behandling med kokande olja framkallade den eftersträvade suppurationen (och samtidig blödningshämning). Denna åsikt framfördes i skrift av den Bayerska armékirurgen Heinrich von Pfolzspeundt 1460 samt av Elsasskirurgen Hieronymus Braunschwig 1497. Den störste opponenter mot oljebehandlingsparadigmet var Ambroise Paré (1510-90) som, under ett stort fältslag, fick slut på olja. Efter en orolig natt jämförde han dem som fått oljebehandling med dem som blev utan och fann till sin förvåning att de som inte fått den gängse oljekuren mårde mycket bättre. Han publicerade sina rön och förespråkade även ligatur för blodstillning genom att först fatta det blödande kärlet med en tång "Bec de Corbin". Trots att han refererade till att även Galenos använt ligatur fick han utstå mycket kritik av samtiden som fortsatte med kokande olja och brännjärn. Paré förespråkade även en temporär avsnörning med ett enkelt rep så att assistenten slapp manuell kompression av tillförande artär vid amputation. En intressant och omedelbar blodstillning kunde uppnås genom att en glödande kniv användes vid amputation (Wilhelm Fabry Van Hilden, 1560-1634). Förutom detta råd angav Van Hilden även en innovativ behandling av skottskador från krutvapen: En salva bestående av: mumiepulver, dagmask, järnoxid, grishjärna, mossor från en man som hängts under venus tecken skulle

smetas på vapnet som orsakat skadan och därmed underlätta läkningen. Renässansen avslutades med att kirurger som oftast även var barberare fick officiell acceptans. I England godkände parlamentet 1540 "The Barber-Surgeons Company". I Frankrike antogs i slutet av 1500-talet en förordning som slog ihop barberare och kirurger. Även i Sverige fick bårdsckärare ett eget skrä och Gustav Vasa föranstaltade att varje fänika fotfolk skulle ha en bårdsckärare. Utöver arméns behov så föranstaltade Johan III 1571 att Stockholm skulle ha 6 bårdsckärare.

Tidigmodern tid innebar fortsatt kirurgigenererande konflikter och krig. Kirurgskräet i Sverige var starkt influerat av Tyskland och stadfästes i upprepade privilegiebrev. På 1680-talet myntades begreppet fältskär och Karl XI skrev 1685 brev till Chirurgiska Societetens praeses Gustav Lohremann att han skulle övervaka examina och prov. Ytterligare reglering kom 15/4 1685 genom Kongl. Majts Resolution om att alla fältskärer (även gamla) skulle examineras samt att assessor Urban Hiärne och livmedicus Lohremann skulle besiktiga regementenas fältkistor. Utbildningen till fältskär fastställdes 1686 i Reglemente för Chirurgiska Societet: 4 år som gesäll följt av 3 år hos en mästare och därefter examen inför hela societeten och Kongl. Majts livmedicus (eleven fick demonstrationsoperera). Kirurgen stod dock inte högt i den Karolinska arméns hierarki då en regementsfältskär hade rang just under pusklagaren. Medicinalordningen 1688 förbjöd uttryckligen fältskärer att behandla invärtes fall. De fick dock understundom utföra åderlätningar som sedan antiken använts flitigt för att behandla allehanda åkommor. Logiken bakom åderlätning var humoralpatologins föreställning att blodet bildades i levern för centripetal distribution utan recirkulation. Genom att tappa ut "dåligt blod" skulle blodnybildning ske och den sjuke förbättras. Då Harvey 1628 beskrev blodomloppet och Malpighi 1661 genom beskrivning av kapillärer knöt ihop förklaringen om det recirkulerande blodet föll den teoretiska basen för åderlätning. Emellertid var fortfarande antikens påverkan så stark att man fortsatte med åderlätning ända till mitten av 1800-talet. Det förekom emellertid även kritiska åsikter såsom: "Åderlätning tömmer inte endast patientens kärlsystem utan dessutom hans krafter, hans förhoppningar och hans börs". Medicinarnas vanmakt kan illustreras av Van Helmont (1578-1644) som beskrev

två typer av sjuka: de obotliga och de som blir bra av sig själva.

Under den tidigmoderna tiden synes kokande olja få en minskad användning medan brännjärnet stod sig i konkurrensen med ligaturer vid blodstillning. En innovativ blodstillningsteknik utvecklades i den Engelska flottan på 1700-talet. Man hällde en rejäl dos krut i såret och tände på. Förmodligen vågade man inte hålla öppna eldar för att glöda brännjärnen på sina eldfångda träfartyg.

Ett nytt sätt att minska extremitetsblödningar uppfanns 1718 av Petit som beskrev en skruvtourniquet av trä eller mässing där trycket fr.a. riktades mot tillförande artär. Användning av djurtarm för att tillverka ligaturer hade beskrivits långt tidigare i historien men amerikanen Physick (1768-1837) populariserade catgut (fast fårtarm användes). Under mitten av 1700-tal kom idéer om att provinsialläkare i Sverige skulle kunna både medicin och kirurgi. Dessa innovativa idéer blev dock nedsablade av Universiteten. Emellertid kom allt starkare åsikter om att kirurger borde flytta från hantverkarestatus till att upptas i den medicinska världen. Kirurger fick så småningom professionellt status i paritet med medicinare vid olika tidpunkter i olika länder så det är omöjligt att ange ett årtal när kirurgin blev rumsren. Tex bildades Academie de Chirurgie 1731 Paris och Royal College of Surgeons 1800 London. Som en kvarleva från 1700-talet tituleras kirurger i Storbritannien än idag "Mister" och inte "Doctor".

1800-talets första hälft innebar ingen direkt revolutionerande kirurgisk utveckling. Pincetter hade använts länge men dessa förfinades nu och försågs med enkla lås för att hålla dem stängda. Dessa pincetter kunde förses med små plattor mellan vilka artären kunde komprimeras under en längre tid. På 1840-talet beskrev Joseph Frédéric Charrière ett instrument med korsade ben där topparna kneps ihop av fjäderverkan.

Inhalationsanestesi uppfanns 1846 och infördes successivt inom kirurgin. Detta medförde att operationer kunde utföras utan den stress och tidspress som tidigare varit rådande. Ingrepp på organ som dittills ansetts oåtkomliga blev nu möjliga. Detta ställde nya krav på blodstillning på svåråtkomliga ställen. År 1850 presenterade Chassaignac inför Société de Chirurgie i Paris sitt nya instrument *écraseur* →



Foto: Pontus Lundström

tillverkat av den kände instrumentmakaren Mathieu. Detta instrument bestod av en kedja på toppen av ett tudelat långt skaft. Kedjan drogs successivt åt medförande kompression/blodstillning och så småningom genomsågande av vävnaden.

Jules Emile Péan (1830-98) studerade på Hôpital Lariboisière i Paris där den entusiastiske Chassaignac demonstrerade sin *écraseur*. Som färdigutbildad arbetade Péan hos den berömde Nélaton som 1862 utförde en av de första exstirpationerna av en ovarialcysta. Péan kände till att Koeberlé i Strasbourg också ägnade sig åt äggstocksoperationer och vågade sig sedan själv 1864 på ingreppet. Både Péan och Koeberlé insåg att tillgängliga hemostasmetoder med pincetter och *écraseur* fungerade dåligt och började använda den kugglåsförsedda dukång som Charrière uppfunnit 1858. I och med låsmekanismen kunde denna ång lämna på plats i flera dagar för att uppnå säker hemostas. Péan och Koeberlé tävlade om modifieringar och förbättringar av instrumentet och

förblev fram till sin död rivaler om vem som först kommit på den bästa idén. Péan samarbetade med instrumentmakaren Guérin i Paris och gick segrande ur tvekampen. Tillsammans konstruerade de den geniala konstruktionen med kuggar på båda skänklarnas skaft och ringförsedda grepp. Detta tillät en enkel låsning och upplåsning av tången. Instrumentet marknadsfördes som *pincés de Péan*. Enligt en version av historien uppfanns instrumentet av Péan själv och enligt en annan var det en av hans underläkare. Skälet skulle i det senare fallet ha varit att assistenten tröttnat på att bli utskäld av Péan när denne fick sina manschetter nedblodade. Han opererade nämligen iförd frack. Snart utvecklades olika storlekar och käftar på instrumentet. Grundprincipen i Péans tång har förblivit oförändrad men modifieringarna närmast oändliga. Under den senare delen av 1800-talet skedde en explosionsartad utveckling av kirurgin. Behovet av instrumentutveckling ökade i samma takt. Varje kirurg med självaktning hittade på nya storlekar, käfträfflingar

och vinklar. Många modeller blev bestående med namn efter modifieraren såsom: Kocher, Halstead, Crile, Lahey, Rochester, Craaford, Thornton, Kelly och Carmait. Idag har vi en uppsjö av instrument baserade på Péans princip. Förutom Peangen som är ganska vävnadskrossande i käftarna finns t.ex. atraumatiska kärklämmare.

Materialet i kirurgiska instrument var genom historien fr.a. järn, koppar, brons och silver. Under 1800-talet började man använda härdfärsning för att genom koltillförsel få stålkaraktär av järnet vid instrumenttillverkning. Med industrialiseringen kom de storskaliga Bessemer, Martin och Thomas metoderna. 1912 uppfanns det rostfria stålet genom kromtillsatser. Beroende på önskade egenskaper tillverkas kirurgiska instrument idag av varierande järnlegeringar med kol, krom, volfram, nickel, vanadin och titan.

Namn på kirurgiska instrument baseras på fyra olika principer:

1. Uppfinnaren eller den som populariserade användningen ex. Peang
2. Funktionen ex. benrasp
3. Utseendet ex. mygga (liten peang)
4. Öknamn som ofta är lokala

Av oklar anledning förblev Jules Péan hedrad endast i Sverige med försvenskningen "peang" medan instrumentet har olika namn i andra länder:

Danmark/ Norge: klemme eller tang

USA/ Storbritannien: clamp, artery forceps eller hemostatic forceps

Frankrike: clamp eller pincés hémostatiques

Italien: clamp eller arteria pinza

Tyskland: klemma eller arterienpincette

Ingen blir ju profet i sitt eget land men den gode Péans namn och instrument hedras i varje fall dagligen i Sverige. ●

Litteratur:

1. Rutkow I M. Surgery- An illustrated history. Mosby. St. Louis, 1993
2. Friedman S G. A history of vascular surgery. Futura Publishing Co. New York, 1989.
3. Fähræus R. Läkekonsstens historia. Från magi till vetenskap. Wahlström & Widstrand. Stockholm, 1970.
4. Haeger K. Kirurgins historia. Nordbok. Göteborg, 1988
5. Renander A. Kortfattad lärobok i medicinens historia. Almqvist & Wiksell. Uppsala 1962.
6. Kock W. Svensk kirurgi- historisk rapsodi. Rabén & Sjögren. Södertälje, 1978.

AVIDICARE

PERFECT CARE WITH PERFECT AIR



Opragon®

Nytt förtroende för Avidicare AB

Avidicare AB fick förtroendet att leverera 42 stycken Opragonsystem till nya operationshuset vid sjukhuset i Gävle. Installationen av Opragonsystemet i flera olika storlekar har skett i 15 Operationsrum, 13 Uppdukningsrum, 5 packstationer på sterilcentralen samt 2 PCI lab med ett uppdukningsrum. Nya operationshuset tas i drift våren 2014.

"Valet föll på Avidicares lösning..."

"Valet föll på Avidicares lösning efter att vi haft en testinstallation med både ett operationsrum samt uppdukningsrum på den gamla operationsavdelningen i drift för att utvärdera tekniken under något års tid. Efter detta tog vi beslutet att använda systemet i det nya operationshuset. Ny teknik, hög mikrobiologisk renhet i hela operationsrummet, bra komfort för personalen, god driftsekonomi har varit avgörande faktorer för valet av ventilationslösning." säger Torbjörn Henriksson, verksamhetsrepresentant för nya operationshuset.



AVIDICARE

Avidicare AB, Medicon Village
Scheelevägen 2, 223 81 Lund, Sverige
Telefon 046 275 61 50
info@avidicare.se www.avidicare.se



Porträttet
Ulla Ots

Utbildningsbakgrund – hur kom det sig att yrkesvalet blev just inom operationssjukvården?

Jag tog studenten på biologisk linje 1961 på gymnasiet i Helsingborg. Inspirerande lärare ledde mig in på studier i botanik, genetik och pedagogik vid Lunds Universitet. Samtidigt hade jag sedan länge ett intresse för medicin och för sjuksköterskeyrket. Jag lämnade därför efter lång eftertanke studentlivet och började som elev på Södra Sveriges Sjuksköterskehem (SSSH) i Lund 1964. Att bo och leva i kollektiv var en ny och annorlunda upplevelse. Florence Nightingales anda och ideal upplevde vi elever starkt i undervisningen. Hygienundervisningen var som ett evangelium, att iakttagelse, reflektion och förståelse för vad vi gör är nödvändigt i vården av sjuka betonas starkt. Att jag valde inriktningen mot operationssjukvård tror jag bl.a. berodde på den mycket fina handledning jag fick av sjuksköterskorna på operationsavdelningarna och att jag tyckte att kirurgi var det mest spännande ämnesområdet i utbildningen.

Arbetslivserfarenhet – var och med vad har du arbetat?

Efter sjuksköterskeexamen 1967 arbetade jag som operationssjuksköterska på centraloperationsavdelningen vid lasarettet i Lund i ca två år, med en kort avstickare till Uddevalla. Efter vårdlärarutbildningen i Malmö 1970, började min anställning som lärare i hälso- och sjukvård vid Vårdskolan i Helsingborg. Efter kurser i medicinsk mikrobiologi vid Linköpings Universitet, var jag 1972-1976 huvudlärare i mikrobiologi och sjukvårdshygien. Hösten 1971 kom ett erbjudande från marinstaben om att vara med att iordningställa ett fältsjukhus med operationsavdelning. Jag undervisade militära sjukvårdare och under en stor höstmanöver utförde vi regelrätta operationer på krigsskadade (grisar). Detta gav goda kunskaper om principer vid krigskirurgi.

Flytten gick till Borås 1977 och efter en tid som operationssjuksköterska vid Borås lasarett, började jag min lärartjänst vid Vårdskolan med huvudsakliga undervisningsområden operationssjukvård samt mikrobiologi och hygien. I mina fortsatta studier valde jag att studera vård i samband med operation ur olika perspektiv. En studie som jag genomförde vid Centraloperationsavdelningen vid Borås lasarett har rubriken: "Betydelsen av individuell vårdplanering inom operationssjukvården – sett ur operationsteamets synvinkel" (FoU-rapport nr 1 1988-02-01). Mina studier resulterade som ett avslut i en magisterexamen i vårdvetenskap 1997.

Kan du nämna några viktiga händelser under din yrkesmässiga karriär?

Det var vid studiedagar i Lausanne, så tidigt som 1980, som begreppet "perioperativ vård" fastnade hos mig. Jag var med när det första European Operating Room Nurses Association (EORNA)-mötet hölls i Brighton 1981. Under 1980-talet kunde jag följa undervisningen i perioperativ vård vid Helsingfors svenska Sjuksköterskeinstitut, där författarna till "Perioperativ vårdlära", Marianne Panelius och Hannele Varisto, undervisade. Jag blev själv allt mer övertygad om det förnuftiga med denna vårdmodell.

Under min tjänst som lärare och internationell koordinator i Borås byggdes det upp nätverk och samarbete med skolor i de nordiska länderna. Efter hand utvecklades även nätverk inom Europa och i övriga världen. Genom samarbetsavtal kunde vår institution erbjuda en mångkulturell utbildningssituation för studenter i både grund- och vidareutbildningarna i såväl teori som praktik. European Nursing Module (ENM) Network, ett nätverk för student- och lärarutbyte inom grund- och specialistutbildningar, omfattade vid min pensionering 26 skolor i 14 länder. Tack vare alla sjuksköterskor som medverkade ute på avdelningarna och lärare som undervisade på engelska kunde vi hålla våra överenskommelser i samarbetet. Vi var fyra internationella vårdlärare som samarbetade med att i en artikel med rubriken "Reflections Across Boundaries, The European Nursing Module", beskriva erfarenheter av att planera och genomföra modellen. Artikel publicerades i Journal of Transcultural Nursing i oktober 2002.

Vad har Riksföreningen för operationssjukvård betytt för dig? Har du varit engagerad aktivt, och med vad?

Arbetet i Riksföreningen har varit spännande. Riksföreningen för operationssjukvård förstod tidigt värdet av internationalisering, vilken betydelse det har med bättre kunskaper och högre grad av förståelse för andra kulturer inom sjukvården. Jag har fått tillfälle att föreläsa och representera internationellt. Det har känts viktigt att vara med och påverka utvecklingen inom operationssjukvården och det har varit en utmaning både på det personliga och det yrkesmässiga planet. År 1987 och 1989 deltog jag tillsammans med andra representanter för Riksföreningen vid världskonferenser i Singapore och Paris och åren 1997 och 2000 medverkade jag i planeringen av de två första EORNA-konferenserna i Bryssel, Belgien samt i Bergen, Norge.

Under 1992 antogs stadgar för samarbetet inom EORNA. Ett beslut fattades också om att vi skulle arbeta för en gemensam europeisk kursplan i operationssjukvård. Det är glädjande att kursplanen nu är klar och att den skall revideras för att relateras till Bologna-processen. Mycket arbete har gjorts sedan min tid. En kompetensbeskrivning för perioperativ omvårdnad samt ett ackrediteringssystem (som Sverige genom det svenska ackrediteringsorganet SWEDAC var initiativtagare till) har färdigställts. Jag är imponerad!

Hur ser du på Riksföreningen för operationssjukvård i framtiden?

Jag är övertygad om att internationaliseringsprocessen kommer att fortsätta att vara en betydelsefull del av Riksföreningens arbete. Vi har mycket att både ge och lära i samarbete med kollegor internationellt. Riksföreningen har betytt och betyder mycket för utvecklingen av operationssjuksköterskans roll i vården. Jag önskar föreningen all lycka med fortsättningen.

Tankar om operationssjukvården – hur kommer den att se ut i framtiden?

Naturligtvis funderar man på vad som ska hända inom 30-40 år. Har sjukvårdskostnaderna nått sitt tak? Hur kommer nedskärningar, rationaliseringar, effektiviseringar och ökad administration att påverka operationssjukvården? Jag tror att yrkeskunskap, empati och målorientering kommer att vara honnörsord även i framtiden. Att ha patienten i centrum, får inte bara vara en fras. Kunskapen om andra kulturer är ett redskap som jag tror att vi behöver mer av i framtiden, för att ge alla patienter en känsla av att bemötas med respekt och omsorg. Vi kommer att möta allt fler äldre med specifika behov och den tekniska kunskapsutvecklingen blir fortsatt en utmaning också för oss inom operationssjukvården.

Vad gör du idag?

I dag har jag tid för familj och vänner. Jag gör spännande resor och försöker hålla "det friska" friskt. Jag är engagerad i Röda Korsets lokalförening. Det känns som en meningsfull sysselsättning att vara en liten kugge i detta världsomfattande nätverk. Min uppgift just nu är att fungera som läxhjälp till invandrare som läser kurser i svenska. Här möter jag många unga och äldre människor som flytt undan krig och förföljelse, som jobbar med att lära sig språket för att komma in i samhällslivet. Jag oroar mig inte särskilt för framtiden för egen del. Men visst kan jag känna oro för miljön och klimatet och att en del av vår värld är på väg åt fel håll. •

Nyligen publicerad licentiatuppsats

Att vårda patienten inom operations- sjukvård - en fenomenografisk studie

Redaktionen vill gratulera operations-sjuksköterskan/universitetsadjunkten Ann-Catrin Blomberg till genomförda forskarstudier och till genomförd licentiatuppsats. Avhandlingen framlades vid Karlstads Universitet i december 2013. I avhandlingen ingår två artiklar och avhandlingen är skriven på svenska.Handledare har varit Lillemor Lindwall, RN, PhD, Docent, prodekan, Institutionen för hälsovetenskaper, Karlstads universitet; Birgitta Bisholt, RN, PhD, universitetslektor, Institutionen för hälsovetenskaper, Karlstads universitet, Jan Nilsson, RN, PhD, universitetslektor, Institutionen för hälsovetenskaper, Karlstads universitet

Licentiatuppsatsens titel: "Att vårda patienten inom operationssjukvård - en fenomenografisk studie".

Ann-Catrin Blomberg undersökte operationssjuksköterskors yrkesfunktion med särskilt fokus på omvårdnad. I studien intervjuades dels 16 legitimerade sjuksköterskor och studenter under sista terminen av grundutbildningen och 15 kliniskt verksamma operationssjuksköterskor

Ann-Catrin har använt sig av en kvalitativ beskrivande design med en fenomenografisk metod i båda studierna. Resultatet av studie I visade att operationssjuksköterskans yrkesfunktion uppfattades som osjälvständig, men ändå med ansvar för patientens vård, utifrån specifika kunskaper i hygien och operationsmetodik. Omvårdnaden i yrkesfunktionen var dock otydlig och uppfattades som fragmentarisk eftersom operationssjuksköter-



Ann-Catrin Blomberg

skor enbart var delaktiga i en del av patientens vårdprocess. Det framkom att det fanns få möjligheter att skapa en vårdrelation med patienten. Resultatet i studie II visade att operations-sjuksköterskor ville följa patienten hela vägen d.v.s. att lära känna patienten både före och efter operationen. Operationssjuksköterskorna blev därigenom ansvariga för att säkerställa patientens kontinuitet och säkerhet i vården. Genom att hålla ett vakande öga, skyddade de patientens kropp och bevarade patientens värdighet. Studiens slutsats är att operations-

sjuksköterskans yrkesfunktion och uppfattades vara otydlig och medicintekniskt inriktad. Det framkom att vårdandet inom operationssjukvård och perioperativ vård var otydlig. Det fanns en vilja att bli mer delaktig i patientens vård och att vårdandet blir tydligare för andra yrkeskategorier inom vården. Operationssjuksköterskans vårdande blev tydligt genom vårdhandlingarna. *Att bry sig om, att skydda och bevara patientens värdighet* i samband med operationen, även om inte patienten var vid medvetande eller närvarande. ●

Avhandlingen kan hämtas från internet: kau.diva-portal.org/smash/get/diva2:675679/FULLTEXT01.pdf (Tillgänglig 20140316)

Skydda dig själv!

Med ögonskydd i engångsmaterial minskar risken för spridning av bakterier, virus och infektioner.*

Ögonskyddet på bilden heter FlipEase och är lätt att använda med ett enkelt handgrepp.

Kontakta OneMed om du vill prova dem.

Referens:

* **Eyewear Contamination Levels in the OR**, 2012

Victor R. Lange, Principal Investigator
Director, Infection Prevention & Control,
Fallbrook Hospital, Fallbrook, CA

ONEMED

OneMed Sverige AB

Box 8255, SE-163 08 Spånga

Tel. 0770-111 115

www.onemed.se

Individuell ergonomisk kunskap bland operationssjuksköterskor – ett område under utveckling?

I utbildning till specialistsjuksköterska inom operationssjukvård vid Göteborgs Universitet, ingår att som student genomföra ett examensarbete på magisternivå. Omfattningen är 15 högskolepoäng. Vi valde att för sitt examensarbete, kartlägga kunskapsläget och medvetenheten om, individuell ergonomi bland kvinnliga operationssjuksköterskor. Syftet med uppsatsen var också att utforska om belastningsbesvär finns. Det genomförda examensarbetet är en s.k. forskningsdesign.

Tidigare forskning belyser belastningsproblematik bland vårdpersonal, där operationssjuksköterskor verkar vara särskilt utsatta. Förhållningssättet till ergonomi och olika hjälpmedel ser ut att variera på olika operationsenheter i världen. Det är diffust hur kunskap om ergonomiska principer sprids mellan arbetsgivare, lärosäte, medarbetare och olika aktörer inom sjukvården. Hur stort bekymret är med faktiska belastningsbesvär bland operationssjuksköterskor i Sverige, är inte kartlagt. Det finns också få studier utförda på operationspersonal och belastningsskador i yrket. Ett projekt från Lund finns presenterat, i vilken tekniska mätningar utfördes ute i verksamheten i syfte att undersöka den fysiska belastningen bland kvinnor på operation (1). *(artikel finns att läsa på s. 18 i detta nummer av Uppdukat, redaktionen)*

Studien

För att genomföra pilotstudien inhämtades data via två enkäter. Enkäterna analyseras och presenteras med beskrivande statistik. En sambandsanalys utfördes också. I studien deltog 20 operationssjuksköterskor. Alla svarade, men en respondent fyllde inte i alla svar i enkäterna,

vilket resulterade i ett internt bortfall. Operationssjuksköterskor som ingick i studien arbetade på centraloperation, thoraxoperation, ortopedoperation och ögonoperation. Yrkeserfarenhet som operationssjuksköterska, var mellan ett och 25 år, med ett medelvärde på 13 år. Av respondenterna hade enbart 15 personer fyllt i sin ålder som var mellan 32 och 58 år, medelåldern var 46 år.

Pilotstudien visade att smärtområden stämde överens med litteraturen där det framkom att rygg, nacke och axlar var mest utsatta (tabell 1). Besvaren var så påtagliga att 37 % uppgav att de trodde sig behöva byta yrke i framtiden, vilket också framkommer i flera andra studier och som är ett oroväckande resultat.

Tabell 1: Respondenternas svar i Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ)

(Respondenterna kunde svara ja på flera alternativ, således skall varken antal eller procent summeras).

N = 19	Besvär i rörelse organen senaste 12 månader	Ej utfört dagligt arbete senaste 12 månader r/t besvär	Besvär senaste 7 dgr
Nacke	12	3	7
Procent	63%	16%	37%
Skuldror/Axlar	12	4	4
Procent	63%	21%	21%
Armbågar	1	1	0
Procent	5%	5%	0%
Handleder/händer	4	2	3
Procent	21%	11%	16%
Rygg övre	10	4	4
Procent	53%	21%	21%
Rygg nedre	10	1	2
Procent	53%	5%	11%
En el båda höfter	1	1	1
Procent	5%	5%	5%
En el båda knä	3	0	2
Procent	16%	0%	11%
En el båda fotlederna/fötter	3	1	2
Procent	16%	5%	11%

Resultatet från NMQ påvisade besvär från rörelseorganen främst i nacke 12 (63 %), skuldror/axlar 12 (63 %) och övre/nedre rygg 10 (53 %). Enligt författarnas egna utformade enkät ansåg sig 13 (68 %) inte ha tillräckligt kunskap om individuell ergonomi på operation. Enbart 3 (16 %) av respondenterna uppgav att de fått ergonomisk undervisning under de senaste två åren.

Vad kan denna pilotstudies resultat tillföra operations-sjuksköterskans arbete i perioperativ omvårdnad?

*** Behov av kunskap.** Det krävs kunskap för att kunna arbeta på ett förebyggande sätt. Pilotstudien visade att 68 % kände att de inte hade tillräcklig kunskap om individuell ergonomi. Medvetenheten om vikten av ergonomi var däremot stor då många hade sökt kunskap själva.

*** Att använda de hjälpmedel som finns för att underlätta arbetet som operationssjuksköterska.** Hjälpmedlen som fanns tillgängliga användes i stor utsträckning (95 %). Det ansågs finnas behov av fler innovativa produkter. I studier framkommer att användandet av hjälpmedel styrs av tillgänglighet, tidspress, användarutbildning och arbetsgivares inställning. Arbetsmiljölagen anger arbetsgivares skyldigheter gentemot arbetstagaren (2). Detta är dock ingen garanti för att arbetsgivare har kunskap och budget för utarbetande av en god ergonomisk arbets-situation.

*** Att få möjlighet som operationssjuksköterska att rotera med arbetsuppgifter.** Centralisering och specialisering av olika typer av operationer kan medföra en risk för mindre rotationsmöjligheter. Införandet av roticentral kan om möjligt leda till minskade förutsättningar för varierande arbetsuppgifter. I dagsläget finns det avdelningar som använder "packen/sterilen" som ett avlastande alternativ för operations-sjuksköterskor någon gång i veckan. Ensidiga och statiska arbetsmoment kan således minskas.

*** Ekonomiska påverkansfaktorer.** Den åtstramade sjukvårdsbudgeten kan tänkas vara orsak till, att så få av respondenterna har fått besök av ergonomer på arbetsplatsen (16 %) i



Gisela Cajuste och Birthe Holmström

förebyggande syfte. En av respondenterna uppgav att hon haft så kallad "ergonomdag" på arbetstid. En tanke är att ergonomer i kliniskt samarbete skulle kunna utgöra ett betydande kunskapslyft.

*** Träning på arbetstid.** Subventionerad träning erbjöds av alla sjukhus som deltog i pilotstudien, men inte på arbetstid. Förvånansvärt många kryssade inte i alternativet om subventionerad träning i enkäten. Man kan fråga sig om detta är bristande information från arbetsgivare eller bristande intresse från arbetstagare. Eget ansvar hos arbetstagarna för sin hälsa visade sig vara avsevärt stort då betydande tid avsattes till träning på fritiden hos de flesta. Kondition och styrka var den typ av träning som det satsades på enl. respondenterna i studien, vilket är helt i linje med gällande rekommendationer (3,4). Önskvärt vore dock att en högre andel av operationssjuksköterskorna utövade styrketräning. Glädjande var att de flesta tränade i förebyggande syfte och även för nöjes skull, vilket tyder på en sund och motiverad yrkeskår.

*** Inslag av föreläsningar och övningar i ergonomi under utbildningstiden.** Vid lärosäten idag finns både sjukgymnaster och ergonomer som undervisar i ergonomi. Kan ett samarbete inledas redan här i med specialistutbildningens studenter i förebyggande syfte för att undvika negativa konsekvenser som felbelastningar kan innebära. Den viktiga delen inom ergonomi är samspelet mellan människa - teknik och organisation. Ett ökat fokus på ergonomi redan i början av karriären kan skapa goda förutsättningar för ett långt och

hållbart yrkesliv. Önskvärt vore att de lärosäten som erbjuder operationssjuksköterskeutbildning öppnade för ett samarbete/kunskapsutbyte med ergonomer/sjukgymnaster. Arbetsplatserna i sig försöker ha ett ergonomiskt förhållningssätt, dock saknas fortfarande mycket evidensbaserad kunskap och det är slumpmässigt hur operationssjuksköterskorna lyckas få sin kunskap om individuell ergonomi.

Slutord

Ergonomisällskapet framhåller även att utvecklingen av ergonomi måste föregås av ett tvärprofessionellt samarbete (5). USA arbetar tvärprofessionellt och aktivt med detta högaktuella ämne som är relativt nytt och outforskat (6). Arbetsmiljöverket vill optimera åtgärdsprogram rörande belastningsergonomi. Arbetsmiljöverket menar vidare att mer fokus bör läggas på psykosociala, kognitiva och organisatoriska faktorer som har inverkan på detta område. Ett gott ledarskap med god kommunikation på arbetsplatsen och med satsning på gemensamma mål och värderingar är av vikt. Såväl dessa positiva faktorer som begränsandet av risker är enligt arbetsmiljöverket områden av betydelse. Tidigare har man haft en tendens att enbart titta på risker, men forskning visar att produktivitet och hälsa styrs även av de positiva faktorerna. För att det skall vara kostnadseffektivt, måste man ha evidensbaserat underlag så att olika aktörer kan arbeta tillsammans på ett tvärprofessionellt sätt. •

Referenser

- 1 Arbets- och miljömedicin, Labmedicin Skåne. (Elektronisk) Tillgänglig: <http://www.ammlund.se>. 2012-02-10.
- 2 Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling, AFS 1998:01-Belastningsergonomi. (Elektronisk) Tillgänglig: http://www.av.se/lagochratt/afs/afs1998_01.aspx. 2012-01-10.
- 3 Arbetsmiljöverket. Hur påverkas våra muskler vid stress? Växjö: Davidssons tryckeri, 2007.
- 4 Wallbom B. Innan du får ont - ergonomi i vården. Stockholm: Liber, 1989.
- 5 EHSS. (Elektronisk) Tillgänglig: <http://www.ergonomisallskapet.se/>. 2012-01-10.
- 6 Rothrock J. C, ed. Alexander's Care of the Patient in Surgery. 14th ed. Toronto: Mosby, 2010.

Fakta: Gisela Cajuste och Birthe Holmström, leg sjuksköterskor och operations-sjuksköterskor, Sahlgrenska Universitets-sjukhuset, Göteborg

Studien kan erhållas i sin helhet av birthe.sigvaldsen@tele2.se eller Gisela Cajuste gisela.cajuste@gmail.com

Arbetsmiljö och hälsa hos operationspersonal

Smärta i muskler och leder är ett stort folkhälsoproblem. En stor andel av dessa smärttillstånd har sannolikt samband med olika faktorer i arbetet. Man vet dock inte om det är den fysiska arbetsbelastningen, den psykosociala arbetsmiljön eller individuella faktorer som har störst betydelse - och vad som bör prioriteras vid förebyggande insatser.

Arbets- och miljömedicin i Lund har undersökt arbetsförhållanden i många olika yrkesgrupper, för att identifiera riskfaktorer för arbetsrelaterad smärta. I studierna ingår bl. a. kartläggning av hälsotillståndet i muskler och leder (1), samt tekniska mätningar av den fysiska arbetsbelastningen (2). Som ett led i denna forskning har vi nu på samma sätt undersökt arbetsmiljön och hälsan hos operationspersonal i Södra Sjukvårdsregionen. Syftet med projektet är att skapa kunskaper som kan användas i det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Undersökningen är basen i ett långsiktigt (prospektivt) projekt, som förutom operationspersonal omfattar lärare. Just nu pågår en uppföljning med ny enkät till alla deltagare, med frågor om hälsotillstånd, arbetsmiljö och eventuella förändringar i arbets-situationen.

Deltagare och metoder

Undersökningen omfattar undersköterskor (USK), anestesisjuksköterskor (ANE-SSK) och operationssjuksköterskor (OP-SSK) vid 22 operationsenheter inom Södra Sjukvårdsregionen. Av 1205 tillfrågade kvinnor deltog 928 (77 %); 324 USK, 298 ANE-SSK och 306 OP-SSK. Samtliga deltagare besvarade en enkät med frågor om den fysiska arbetsbelastningen, psykosociala arbetsmiljön och besvär från rörelseorganen. Vid fyra av sjukhusen genomfördes dessutom *fördjupade undersökningar*,

där 286 av kvinnorna deltog i intervju om upplevda arbetsförhållanden, samt klinisk undersökning av nacke, axlar, armar och händer. Tolv personer i varje yrkeskategori deltog i *tekniska mätningar* av arbetsbelastningen, där vi fäste mätutrustning på kroppen och registrerade arbetsställningar, rörelser och muskelaktivitet under

arbetsdagen. Mer information om våra metoder, inklusive hänvisning till referenser, finns i "metodrutan". Nedan beskrivs de viktigaste resultaten av vår undersökning. För den som vill läsa mer finns den fullständiga rapporten om projektet (3) att hämta på <http://www.skane.se/labmedicin/amm/rapport14-2013> (rapport nr 30).

METODER

Psykosocial arbetsmiljö

Enkätfrågor om:

- * *Krav* - t ex hårt arbete, att arbeta snabbt, motstridiga krav (4)
- * *Kontroll* - t.ex. möjlighet att fatta egna beslut, inflytande, frihet att bestämma hur arbetet ska utföras (4)
- * *Socialt stöd* från arbetskamrater och arbetsledning (4)
Maslach Burnout Inventory"; känslor relaterade till arbetet och emotionell belastning mäts i dimensionerna
- * *Utmattning* (5),
- * *Cynism/likgiltighet* - coping-strategi för att hantera emotionell belastning (5)
- * *Professionell effektivitet* (5)

Resultaten jämförs med referentgrupper som besvarat samma frågor.

Fysisk arbetsbelastning:

- * *Mekaniskt index* - enkätfrågor om arbetsställningar och rörelser (6)
- * *Fysiskt index* - enkätfrågor om lyft och fysisk aktivitet (6)
- * *Tekniska mätningar* av arbetsställningar, rörelser och muskelaktivitet (2). Medelvärdena för USK, ANE-SSK och OP-SSK jämförs med arbetsbelastningarna i andra yrkesgrupper som registrerats med samma metoder.

Intervju

- * Öppna frågor om positiva respektive negativa faktorer i arbetsmiljön, vilka arbetsmoment som ansågs vara mest belastande för kroppen, samt om egna förslag angående förbättringar av arbetsmiljön

Kartläggning av smärta i muskler och leder:

- * *Enkätfrågor om besvär* de senaste 12 månaderna och 7 dagarna (7)
- * *Standardiserad klinisk undersökning* av nacke, axlar armar och händer, där vi ställer diagnos enligt förutbestämda kriterier (1)

Andelen personer (%) med smärta respektive diagnos jämförs med andra yrkesgrupper som undersökts med samma metoder

Psykosocial arbetsmiljö

Personalen på operationsavdelningarna framhöll en lång rad positiva faktorer i arbetet. Majoriteten av personalen trivdes och tyckte arbetet var roligt, intressant och utvecklande. Arbetskamraterna och team-arbetet upplevdes också positivt. De positiva faktorerna som framkom i intervjuerna bekräftas av enkätsvaren, t ex av dimensionen "socialt stöd", som

visade bättre värden än för referenterna (figur 1). Andra positiva faktorer var höga värden avseende "professionell effektivitet" och låga värden i dimensionen "cynism/likgiltighet" (en coping-strategi för hantering av emotionell belastning; (figur 2). Arbetet är dock förknippat med höga krav. En hög andel av personalen (68 %) låg över medianvärdet för referentpopulationen i dimensionen

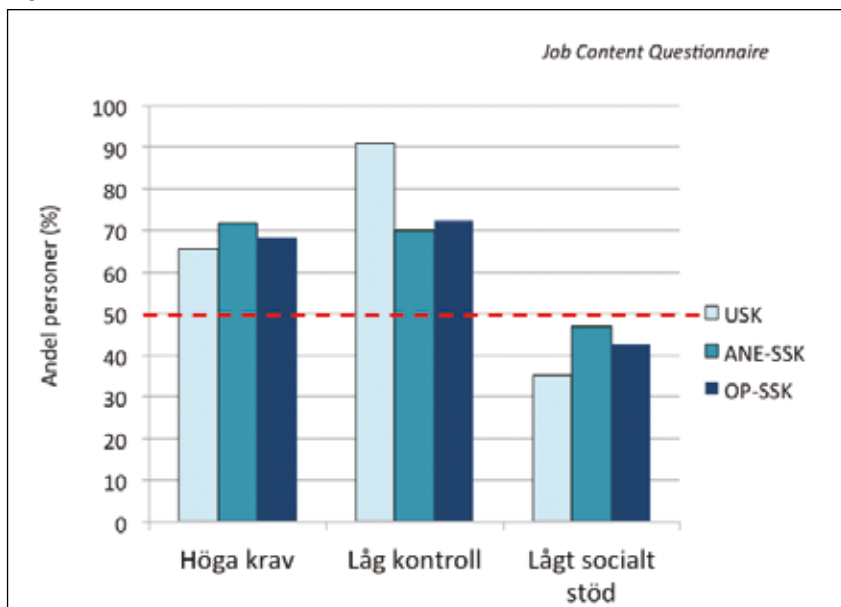
krav (figur 1). En ännu högre andel (78 %) rapporterade låg kontroll i arbetet, d.v.s. att de hade små möjligheter att påverka vilka arbetsuppgifter som skulle prioriteras, eller hur de kunde utföras (figur 1). Detta gällde särskilt för USK. I många yrken har låg kontroll visat sig vara en riskfaktor för belastningsskador. Vi tror dock att arbetets karaktär med fasta rutiner och icke påverkbara operationsprogram kan vara en bidragande förklaring till varför man svarat så. Den låga kontrollen behöver således inte nödvändigtvis vara en riskfaktor för besvär inom operationsverksamhet, men detta kommer att utredas närmare vid analyserna av våra uppföljande enkäter.

En tredjedel av personalen påtalade att stress var en negativ faktor i arbetsmiljön. Många ansåg att arbetstempot hade ökat och att det blev ett alltmer pressat operationsprogram. Flera beskrev att arbetet innebar ett "betungande ansvar under stress". Den genomsnittliga poängen i dimensionen "utmattning" låg högre än för referentgruppen (figur 2), men betydligt lägre än för kvinnliga lärare. Cirka 16 % av operationspersonalen hade en förhöjd grad av utmattning, vilket kan innebära risk för stressrelaterade sjukskrivningar och försämrad kvalitet i arbetet. Det fanns inga signifikanta skillnader i nivån av utmattning mellan USK, ANE-SSK och OP-SSK, men en stor spridning mellan olika operationsavdelningar. De genomsnittliga värdena för utmattning på olika operationsavdelningar varierade mellan 1.2 och 2.7 poäng i skalan. På några av operationsavdelningarna fanns det också ett missnöje med långa arbetsdagar, jourschema och beredskap, medan sådant missnöje inte tycktes finnas på andra avdelningar.

Fysisk arbetsbelastning

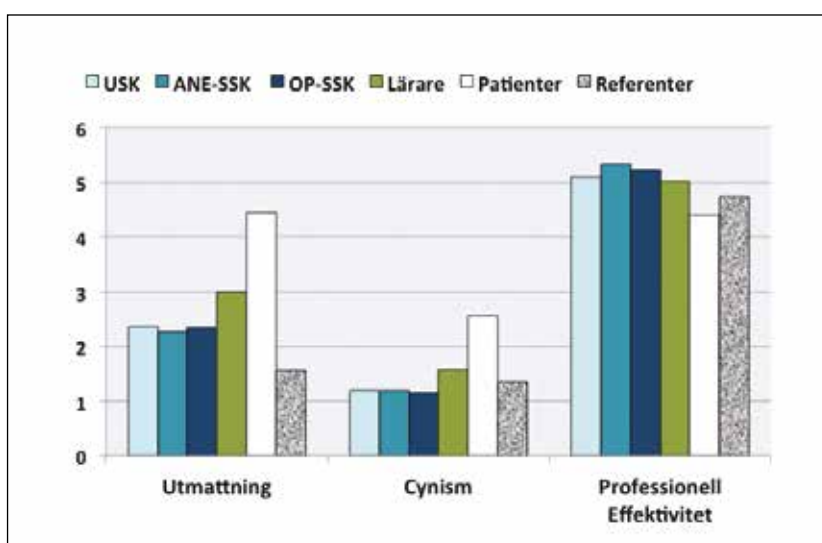
De tekniska mätningarna visade att operationspersonalen hade en medelhög fysisk belastning, i jämförelse med kvinnor i en lång rad andra yrken. Mätningarna visade att OP-SSK hade de mest ansträngande arbetsställningarna, framförallt för armarna (figur 3) och nacken, medan USK generellt hade högre rörelsehästigheter (dvs. de "var igång" stor del av tiden och arbetade med snabbare rörelser). Operationspersonal har ett fysiskt varierande arbete. Arbetets karaktär medför en del vila och väntan mellan (eller under) opera-

Figur 1



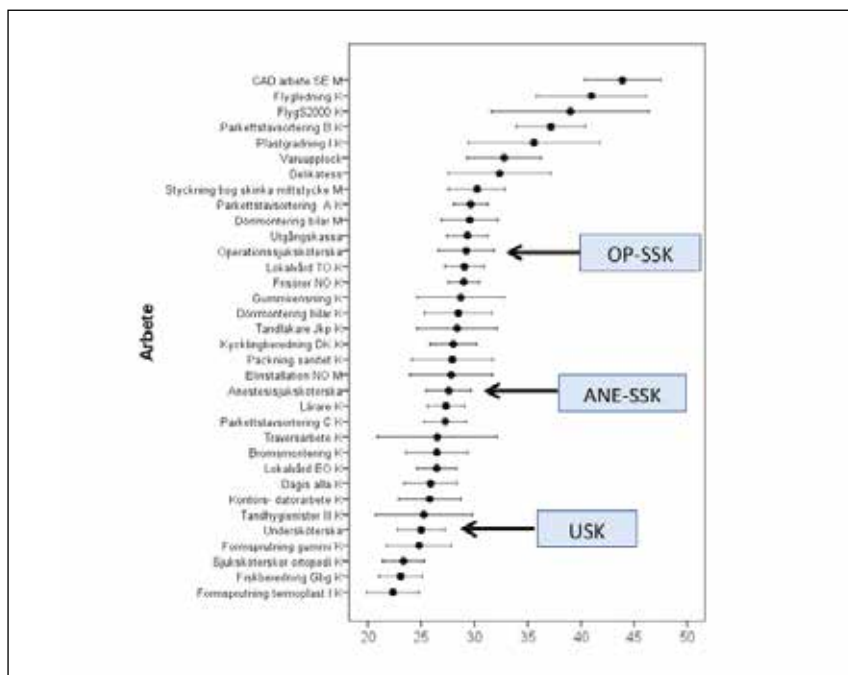
Karaseks och Theorells krav-kontroll modell, inklusive socialt stöd. I figuren visas andel personer (%) som rapporterade höga krav, låg kontroll och lågt socialt stöd (dvs. över respektive under mittvärdet för referentpopulationen = röd streckad linje), hos USK, ANE-SSK och OP-SSK.

Figur 2



Maslach Burnout Inventory. Dimensionerna utmattning, cynism och professionell effektivitet. Figuren visar de genomsnittliga värdena (0-6 möjliga poäng) för USK, ANE-SSK och OP-SSK. Som jämförelse visas värdena för kvinnliga lärare, patienter som sökt vård på grund av utmattningssyndrom (n = 74), samt en referentgrupp.

Figur 3



Arbetsställning för höger arm (dvs. framåtförning; antal grader) hos kvinnor i olika arbeten. Figuren visar gruppernas genomsnittliga värden under arbetsdagen.



Att hålla hakor kan vara ett ergonomiskt problem



Lyft i obekväm ställning

tionerna, vilket är positivt och ger möjlighet till återhämtning. Dessa "viloperioder" varvas uppenbart med många tunga moment, vilket framkom i enkäten (mekaniskt och fysiskt index), samt beskrevs i svaren på de öppna intervjufrågorna. USK är den grupp som har de tyngsta arbetsuppgifterna - de står och går, lyfter och bär, samt transporterar patienter och utrustning. Operationspersonalen gav många olika exempel på arbetsmoment som är ansträngande och belastande för kroppen. För USK och ANE-SSK var det framförallt lyft och hantering av patienter och utrustning, medan OP-SSK framhöll statiska arbetsställningar vid operationerna. Ett exempel på statiska arbetsställningar för OP-SSK är att "hålla hakor" under operationerna. Ofta utförs detta arbetsmoment i obekväma arbetsställningar, t.ex. med höjd arm och i vriden position. Detta har resulterat i ett samarbete med Lunds Tekniska Högskola, där studenterna vid Maskinkonstruktion fick i uppgift att hitta lösningar på problemet. De har utarbetat en prototyp för förbättrad utformning av handtaget till hakarna (se bild 3 och 4). Det nya handtaget, som kan monteras på befintlig hake, provas nu under riktiga operationer på ett av sjukhusen i Skåne. Vissa belastande moment rapporterades från någon avdelning men inte från andra (t ex statiska belastningar då man håller i kameran vid laparoskopiska operationer), vilket tyder på skillnader i arbetsmetoder, utrustning eller befintliga hjälpmedel. Alla tre grupperna upplevde att långa transporter av utrustning, op.-bord och sängar var ansträngande. Dessa belastningar är värre på operationsavdelningar med långa avstånd mellan salarna.



Bild 3. Befintlig operationshake



Bild 4. Prototyp av nytt handtag för op-haken, som utarbetats av studenterna E Salic, I Teskera, E Persson, H Frido och P Sandahl vid LTH

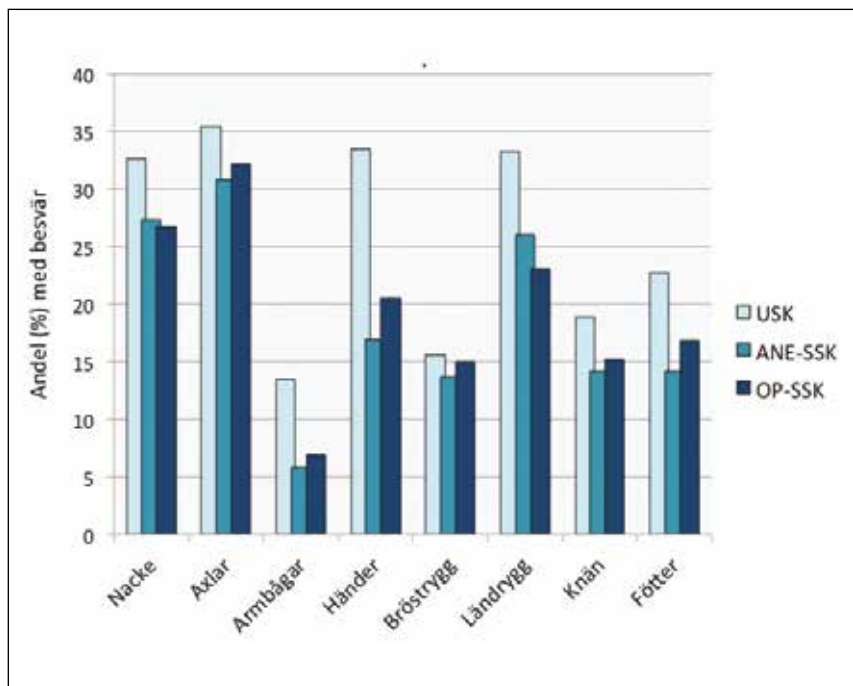
Kvinner i ulike yrken

Andel (%) med minst en diagnose i nævnte år

Yrke	Andel (%)
Verneoffiser	6
Verneoffiser	9
Verneoffiser	12
Verneoffiser	14
Verneoffiser	14
Verneoffiser	14
Verneoffiser	17
Helsearbeider	18
Verneoffiser	20
Verneoffiser	21
Verneoffiser	22
Læringsveileder	23
Læringsveileder	25
Verneoffiser	25
Verneoffiser	29
Verneoffiser	31
Verneoffiser	32
Verneoffiser	34
Verneoffiser	35
Verneoffiser	38
Verneoffiser	43
Verneoffiser	45
Verneoffiser	47
Verneoffiser	48
Verneoffiser	49

Annotations: OP-SSK (Helsearbeider), ANE-SSK (Læringsveileder), USK (Læringsveileder)

Figur 5.



Uppdukat nr 2 2014

renhetsutbyte och tips mellan olika operationsavdelningar kunde vara av värde, t.ex. genom gemensamma möten eller via digitala plattformar. En annan möjlighet vore en gemensam "inbyggd" företagshälsovård för sjukvården som skulle ha bättre möjlighet att bygga upp bransch-specifik kompetens. Sådan företagshälsovård finns i flera andra delar av landet. ●

Kontaktperson:

Inger.EM.Arvidsson@skane.se

Referenser

1. Nordander C, Ohlsson K, Åkesson I, Arvidsson I, Balogh I, Hansson G-Å, Strömberg U, Rittner R, Skerfving S. Risk of musculoskeletal disorders among females and males in repetitive/constrained work. *Ergonomics* 2009;52(10):1226-1239.

2. Hansson G-Å, Balogh I, Ohlsson K, Granqvist L, Nordander C, Arvidsson I, Åkesson I, Unge J, Rittner R, Strömberg U, Skerfving S. Physical workload in various types of work: Part II. Neck, shoulder and upper arm. *Int J Ind Ergon* 2010; 40: 267-281.

3. Arvidsson I, Gremark Simonsen J, Dahlqvist C, Granqvist L, Larsson A, Karlsson B, Nordander C. Arbetsmiljö och hälsa hos operationspersonal. Operationssjuksköterskor, anestesijüksköterskor och undersköterskor i Södra sjukvårdsregionen. Arbets och miljömedicin, Lund; Rapport 30:2013 <http://www.skane.se/labmedicin/amm/rapport14-2013>.

4. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998;3:322-55.

5. Maslach C, Jackson S. MBI Maslach Burnout Inventory ("Human Services Survey"). Research Edition. Manual. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press; 1981.

6. Balogh I, Ørbaek P, Winkel J, Nordander C, Ohlsson K, Andersen J-E, Malmö Shoulder Neck Study Group. Questionnaire-based mechanical exposure indices for large population studies – reliability, internal consistency and predictive validity. *Scand J Work Environ Health* 2001;27:41-48.

7. Kuorinka I, Jonsson B, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G, Jørgensen K. Standardised Nordic questionnaires for the analyses of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon* 1987; 18, 233-237.

Fakta: Inger Arvidsson, Belastningsergonom, Dr Med Vet., Arbets- och miljömedicin, Lund

TEMA BOKTIPS



Kirurgi

Text: Monica Kelvered, redaktionen

Det har nyligen kommit ut en andra upplaga av boken – *Kirurgi* - under redaktion av Bertil Hamberger och Ulf Haglund. Boken ges ut på Liber förlag, Stockholm 2013.

ISBNR: 9 789147 108114

Den första upplagan av Frankssons kirurgi gavs ut 1981. Sedan dess har boken reviderats flera gånger och nu senast – *Kirurgi* -2013. Det blir den åttonde upplagan och flera delar i boken har reviderats. Nya kapitel har tillkommit bl.a. om tumörer, barnkirurgi, nutrition och vätskebalans. Boken är främst skriven för blivande läkare, men har stort värde även för andra yrkeskategorier. Innehållet i boken är informativ och lärande då det förutom faktainnehåll finns sammanfattningar i faktarutor samt fina illustrationer. Ett kapitel handlar om kirurgiska infektioner där läsaren får utökad kunskap bl.a. om infektionsförsvaret, profylax, olika mjukdelsin-

fektioner, stelkramp och blodsmitta. Ortopedi finns inte som eget avsnitt, men text om frakturkirurgi finns insprängt i de olika kapitlen i sitt sammanhang. När det gäller operationsmetoder inom de olika kirurgiska disciplinerna, finns det i en del kapitel väldigt fina beskrivningar av sådana, men för mer fördjupning behövs dock kompletterande litteratur. Bokens innehåll utgör ett bra komplement med kirurgiskt innehåll och erbjuder ett kunskapsdjup för den specialistutbildade operationssjuksköterskan i sitt arbete i den perioperativa vården.

Till boken finns eLabb, ett webbaserat studieverktyg, som är specialskrivet för att hjälpa studenter att lära sig mer i ämnet. Här finns frågebänk, fallstudier och kunskaps-test. Koden till eLabbet erhålls när man köper boken. ●



Abstrakt välkomnas till Höstkongressens posterutställning

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

Ett abstrakt som beskriver projektet ni vill presentera i postern skickas till, birgitta@seorna.com före den 25 september.

Instruktion för abstrakt

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

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

Vänliga Hälsningar

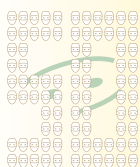
För Riksföreningens Vetenskapliga råd
Birgitta Å Gustafsson

Vill du ställa frågor till panelen på Hygienforum?

Mejla dina frågor till
seorna@seorna.com

eller ställ dem
direkt på plats.

1964-2014



Riksföreningen för
operationssjukvård



EORNA ROME2015

THE ART OF PERIOPERATIVE
CARE: ETERNALLY EVOLVING

7TH EORNA
CONGRESS
MAY 7 -10, 2015



www.eornacongress.eu



Landstinget i Östergötland informerar

Välkommen att söka till postgraduate utbildning för specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård

Utbildningen syftar till en ökad kunskap och fördjupning inom specifika och generella temaområden. Föreläsare är disputerade och specialister med kompetens inom aktuella områden.

Ämnesområden:

- | | | | |
|------------------|-----------------|---------------|--------------|
| - Anatomi | - Arbetsledning | - Forskning | - Hygien |
| - Instrumentvård | - Suturteknik | - Sårsläkning | - Teamarbete |

Utbildningen anordnas av Operationskliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping.

För mer information och anmälan:

www.vardgivarwebb.lio.se/Verksamheter/SC/Operationskliniken-US/Postgraduate-utbildning/

Postgraduate utbildning – LIO senast 19 juni 2014

Vid frågor kontakta kursansvariga: anna.myhrman@lio.se , maria.warnelius@lio.se eller anna.wardell@lio.se

www.lio.se



Landstinget
i Östergötland

Tuberkulos

En undersökning om sjukdomsrelaterat stigma i Sverige samt ur ett globalt perspektiv

I över 100 år har det varit känt att *mycobacterium tuberculosis* är orsaken till tbc. Fungerande läkemedel har funnits i 50 år. Trots kunskap och effektiv behandling skördar sjukdomen människoliv i en allt för stor och orimlig omfattning mot denna kunskapsbakgrund (1). Tuberkulos är en av de mest utbredda infektionssjukdomarna i världen. Ungefär en tredjedel av jordens befolkning, två miljarder individer, lever med tuberkulos. Varje år insjuknar 8-10 miljoner människor och ca två miljoner dör. De flesta sjukdomsfall inträffar i Afrika och Asien. I och med den ökning av människor som reser runt om i världen och kommer i kontakt med länder där det förekommer tuberkulos är det en nödvändighet att se Sveriges situation gällande tuberkulos i ett globalt sammanhang (2) samt att i takt med mer utlandsfödda personer i vår befolkning i Sverige, patientgruppen ökat de senaste åren. Sverige är ett av de länder som representerar vad WHO benämner låg förekomst av tuberkulos. Sjukdomen kanske därför oftare frambringar associationer av fattigdom, isolering och utanförskap än en bild av ett överhängande och allvarligt stort folkhälsoproblem som tuberkulos är idag (1). I Sverige har det sedan flera decennier skett en minskning av tbc, men denna minskning har nu planat ut och de senaste åren har det anmälts ca 500 fall per år. I den svenskfödda befolkningen gäller de flesta nya fall personer över 65 år varav de flesta fått smittan under början och mitten av 1900-talet. De flesta fall är främst bland vår utrikes födda befolkning (3).

Som sjuksköterskor på infektionsklinik vårdar vi ofta patienter med tuberkulos. Våren 2013 läste vi kursen "Infektionssjukvård, hållbar



Kerstin Cechova och Susanne Davidsson

utveckling, 7,5 hp”, anordnad av Göteborgs universitet och valde som examinationsuppgift att skriva om sjukdomen tuberkulos. Syftet var att undersöka hur stigmatisering påverkar tbc-smittades levnadssituation och även hur det kan påverka följsamheten i behandlingen i Sverige, samt ur ett globalt perspektiv. Sjuksköterskans roll gällande bemötande och stöd, framför allt under den behandlingstid som kräver isolering till dess patienten är smittfri, är av stor betydelse.

Bakgrund

För knappt 50 år sedan var det för många människor skamfyllt att drabbas av tbc. I många delar av världen är tbc fortfarande en fruktad och skamfylld sjukdom, jämförbar med AIDS, lepra och psykisk sjukdom. Sjukdomen ses som en ”smutsig” sjukdom som drabbar de fattiga och har en låg status i samhället (4). Sambandet mellan tuberkulos och fattigdom har påvisats i flera studier. Sjukdomen i sig innebär stor risk för malnutrition och social utarmning. För ekonomiskt utsatta grupper kan inkomstbortfall i samband med sjukdom leda till nödvärn lån för att finansiera diagnostik och sjukvård. Social isolering och sjukdomsrelaterat stigma kan också bli följderna som påverkar möjligheterna till att behandlingen lyckas (1).

Tuberkulos

Tuberkulos orsakas av mycobacterium tuberculosis, en tunn stavformad bakterie, och är en smittsam sjukdom som hos människor framförallt angriper lungorna. Tbc smittas främst via andningsvägarna och sprids lättast när en person hostar eller nyser. I den aerosol (små vattendroppar) som kommer ut i luften vid hosta eller nysning finns tuberkelbakterierna och varje liten droppe kan innehålla 1-3 tuberkelbakterier. Ett fåtal bakterier i lungorna är tillräckligt för att få en lokal infektion, s.k. primärinfektion. De bakterierna som den sjuke hostar eller nyser ut kan i luften hålla sig levande i upp till två timmar. Bakterierna dör av solljus och luftdrag, men i en mörk och fuktig miljö kan smittämnet överleva längre, ibland i månader. Bakterierna är känsliga för värme som t.ex. pastörisering samt också för desinfektionsmedel som är alkoholbaserat. Trångboddhet, dålig ventilation och mörker ökar smittorisken (5)

En tuberkulös primärinfektion i lungorna är en begränsad infektion

i lungvävnaden och i angränsande lymfkörtlar. I nio fall av tio läker den ut av sig själv. När tuberkelbakterierna når lymfkörtlarna i lungan bekämpas de av vita blodkroppar från kroppens immunförsvar, vilket lämnar spår i form av en hård ärrvävnad just på de ställen där primärinfektionen inträffat. Dessa förhårdnader kallas tuberkler (från latinets tuberculus, liten knöl) vilket också har gett namn åt sjukdomen (5). Riskfaktorer för utveckling av sjukdomen är till exempel hiv-infektion eller läkemedel som sätter ner immunförsvaret, diabetes, hög eller låg ålder. Efter smitta är risken för sjukdomsutveckling störst under de två första åren men kvarstår hela livet. De flesta organ kan drabbas, t.ex. lymfkörtlar, skelett och tarm, men vanligaste lokalisering är lungorna (3).

MDR-TB (multiresistent tbc) är definitionen på sjukdom som orsakas av mycobacterien tuberculosis, men som är resistent mot två av tre antibiotika. Ca tio procent av alla tbc-fall är av multiresistent typ. MDR-TB är svårt att bota och behandlingen består av 7-8 olika antibiotika under minst 18 månader. Behandlingen är mycket dyr, samt krävande för patienten med en hel del svåra biverkningar. Den ökande spridningen av både hiv och multiresistent tuberkulos har ytterligare förvärrat situationen i många länder, bl.a. i Östeuropa och Centralasien (2).

Symtom, diagnos och behandling

De klassiska allmänsymtomen vid tuberkulos är feber, nattliga svettningar, avmagring och trötthet. För lungtuberkulos är långvarig hosta typisk och då med eller utan upphostningar som kan vara blodiga (3). Vanligast symtom vid tbc i lymfkörtlar är förstörade oömma körtlar främst på halsen. Tbc-härddar i skelett och leder, knän, höfter eller ryggkotor, ger symtom där de uppkommer. Smärtor är vanliga (5).

Diagnosen lungtuberkulos ställs ofta utifrån patientens sjukhistoria samt lungröntgenbild. Bakteriologisk diagnostik (mikroskopi, PCR, och odling) utförs vid alla former av tbc för att säkerställa diagnosen. Bakteriedodning är känsligast, men nackdelen är att det kan ta flera veckor innan slutgiltigt odlingssvar vilket beror på att tuberkelbakterierna växer mycket långsamt (3).

Tuberkulintest eller PPD-hudtest används när man vill undersöka om en person är infekterad med tbc. En liten mängd vätska, tuberkulin som innehåller ett antal av tuberkelbakteriens proteiner, sprutas in i huden på underarmen. En ”positiv” reaktion visar sig som en liten upphöjning och förhårdnad på huden och om dess diameter överskrider sex millimeter är det ett tecken på att personen är infekterad av tuberkelbakterie. Testet blir positivt oavsett om personen är infekterad men inte är sjuk (latent tbc) eller om det pågår en aktiv tbc-sjukdom med tydliga symtom. Testet blir också positivt för personer som vaccinerats mot tbc. Numera finns även immunologiska metoder, IGRA-test, (Interferon Gamma Release Assay), ett blodprov som mäter immunsvaret efter exposition av tuberkelbakterier. Med detta test kan man vid positiv PPD-reaktion skilja mellan latent infektion och vaccination. Testerna ersätter inte tuberkulintest men kompletterar varandra (3).

Tuberkulos behandlas framför allt med antibiotika för såväl lungtbc som tbc som angripit andra delar av kroppen. För att undvika resistensutveckling används två eller flera läkemedel i kombination. I regel inleds behandlingen med fyra läkemedel som vanligen efter två månader reduceras till två preparat. Det är mycket viktigt att hela behandlingen fullföljs på minst sex månader för att infektionen ska läka ut. Risken för återinsjuknande är då mycket liten. Att behandlingen noggrant fullföljs är också viktigt för att motverka resistensutveckling (3).

BCG (Bacillus Calmette Guérin-vaccin) är för närvarande det enda tillgängliga vaccinet mot tbc. Sedan mitten på 1970-talet utförs BCG-vaccination inte längre rutinmässigt på nyfödda barn. I dag tillämpas ”riktad vaccination” vilket innebär att i Sverige erbjuds vaccination i första hand till invandrarfamiljer från länder där hög förekomst av tbc förekommer, samt till barn som planerar vistas längre tid i sådant land (5).

Stigma

Stigma kommer från latinets stigma som betyder märke efter stick, brännande punkt, fläck. Enligt Wikipedia innebär stigmatisering i sociologisk mening ett nedvärderande, utpekning, en psykologisk brännmärkning, ett ”vi mot dem”, ett förakt mot grupper

eller enskilda personer som avviker från den egna samhällsnormen.

Internaliserat stigma innebär att man själv bär på skamkänslor, upplever sig annorlunda och mindre värd. Socialt stigma innebär undvikande från omgivningen, att inte vara välkommen i sociala aktiviteter, mycket beroende på omgivningens rädsla att bli smittad. Risken finns också att bli av med sitt arbete. Kulturellt stigma kan i vissa kulturer innebära att sjukdomen ses som ett straff. Sjukdomen kan också ses som "smutsig" som drabbar fattiga människor med låg status.

Det kan finnas en känsla av skuld och att patienten har ett ansvar över att blivit drabbad av sjukdomen. Stigmatiseringen kan medföra att personen avstår eller väntar med att söka vård. Stigmatisering kan därför bidra till ett starkt hinder för ett effektivt behandlande av sjukdomen. Synen på tbc varierar beroende på vilken kultur man kommer ifrån samt vilken utbildning och social situation som patienten har (5). Patienten som sökt sjukvård kanske kommer från en del av världen där människor med tuberkulos ofta dör, trots tillgång till sjukvård och läkemedel, vilket kan bero på att personer bär på andra sjukdomar eller att sjukvård söktes för sent för att rädda liv. Vid olika slags hot eller yttre påverkan, i detta fall sjukdom, har människan en tendens att söka trygghet i invanda kulturmönster och i en sådan situation är man mindre benägen att ändra på dessa mönster. Det kan därför ibland vara svårt för patienten att dela och förstå sjukvårdspersonalens optimism om ett tillfrisknande (2). Patientens upplevelse av ohälsa och sjukdomens orsaker kan skilja sig från vårdgivarens uppfattning. Patienten vill bli frisk från sjukdomen men kan också behöva förstå orsaken till att han blev drabbad (5).

WHO publicerar varje år data över tbc-förekomst i världen och har sedan början av 1990-talet satt fokus på DOTS (direct observed therapy short course) som innebär ett globalt initiativ för kontroll av tbc. Förutom att lösa de medicinska problemen omfattar även DOTS rekommendationer för organisation och administrering.

WHOs fem punkter för tuberkuloskontroll:

1. Regeringsstöd till verksamheter för tbc-kontroll

2. Identifiering av fall genom diagnostik av symtomatiska patienter som på eget initiativ söker hälso- och sjukvård

3. Standardiserad behandlingsstrategi med 6-8 månaders behandling, framförallt alla de fall av lung-tuberkulos med positiva sputumutstryk. Minst under de två första månaderna av behandlingen bör medicinerna intas under direkt observation.

4. Jämn, fortlöpande tillgång till tbc-medicinerna.

5. Standardiserat rapporteringssystem med möjlighet att bedöma behandlingsresultatet för varje patient och för tbc-programmet generellt.

WHO:s Stop TB-strategi bygger på framgångarna av DOTS. Strategin stöder utvecklingen av nya och effektiva redskap för att förebygga upptäcka och behandla tbc. Stop TB-strategin ligger till grund för Stop TB partnerships globala plan med målet att drastiskt minska den globala utvecklingen av tbc till år 2015 (6).

I socialstyrelsens nya vårdprogram mot tbc i Sverige vill man förorda en striktare övervakning av patienternas följsamhet i behandlingen då det nyligen inträffat ett fåtal dödsfall i tbc där patienterna inte tagit sina mediciner. Antalet tbc-fall har ökat och det finns också ett hot gällande bakteriestammars förmåga till resistensutveckling. Behandlingsstödet omfattar grundlig information till patienten om sjukdomen och smittspridning samt DOT "direkt observerad terapi". DOT innebär att patienten i början av behandlingen intar sina mediciner under övervakning. Läkemedlen kan därefter ges i dosett för varje vecka. Inom öppenvården kontrolleras patienter under pågående behandling minst varannan månad. Sjukvården uppmärksammar särskilt patienter som missköter kontrollerna, till exempel genom uppsökande verksamhet. Enligt smittskyddslagen är alla smittsamma tbc-patienter skyldiga att underordna sig behandlingen (hjärt-lungfonden, 2009).

DOT på Infektionskliniken utgår från Socialstyrelsens riktlinjer "Tuberkulos - vägledning för sjukvårdspersonal.

Resultat

I studien har sju vetenskapliga artiklar har granskats.

Resultatet visade att det finns mycket okunskap, falska föreställningar och rädslor av sjukdomen tuberkulos. Att sjukdomsrelaterad diskriminering och stigmatisering förekommer var tydligt påvisat i studierna. Olika metoder har också inrättats för att minska sjukdomsrelaterad stigmatisering. För att minska hälsorelaterad stigma och diskriminering var det inte tillräckligt att inrikta sig på metoder till enbart målgruppen patienter och sjukdomen. Det uttrycktes att det först krävdes en mer patient-centrerad vård med fokus på relationen sjuk-sköterska/patient och utifrån detta utveckla metoder för en förändrad inställning till sjukdomen. En metod för mer patient-centrerad vård innebar att vårdpersonal gjorde hembesök hos patienten för att lära känna patienten. Detta för att få en inblick i patientens sociala situation och nätverk, identifiera styrkor och svagheter i nätet samt planera olika aktiviteter för att stödja patienten. Vårdpersonalen hade samtal med familj, släktingar och grannar för att fånga upp deras känslor för patienten som t.ex. rädsla, avsky, support mm. Utifrån dessa insikter inrättades en plan för att stödja patienten under dennes behandling.

Projekt med inrättandet av självhjälpgrupper/stödgrupper, s.k. TB-klubbar med syftet att minska social stigmatisering beskrevs också. Att organisera stödgrupper där patienter kunde dela erfarenheter visade goda resultat och påverkade i positiv riktning följsamheten i behandlingen. Patienterna kände sig bättre genom att få prata med andra i samma situation och kunde bättre relatera till varandras problem då alla befann sig i liknande situation. Läkare med ansvar för epidemiologi på vårdcentralen samt tbc-sjuksköterska var initialt ansvarig för grupperna. I vissa av klubbarna ingick även personer som haft tbc och blivit botade och friska. Dessa personer blev ett stöd för tbc-patienterna och en förebild för ett lyckat resultat med effektiv behandling. Resultatet visade att dessa åtgärder som inkluderade TB-klubbar och hembesök var framgångsrika för att minska internaliserad stigmatisering av tbc-patienter.

En studie undersökte patienternas behov av stöd under behandling utifrån deras eget perspektiv vilket var relevant information om sjukdomen, för dem själva och deras familjer, dess behandling och ev. biverkningar och hur

dessa bäst kunde hanteras, tillgänglig och stödjande vårdpersonal. Det var också angeläget att familjens stöd inte befriade vårdpersonalens stöd. Det framkom också att närstående till tuberkulosdrabbade som fått god information kunde bättre hantera stödet till den sjuke. Patienter som upplevde att de fått fullständig och lämplig förklaring av behandlingen kände sig mer aktivt delaktiga i behandlingen samt hade en bättre kontroll över sin sjukdom.

Om inte samarbetet mellan vårdpersonal och patient har varit bra under vårdtiden och man känt sig illa behandlad kan risken bli att inte våga söka sjukvård igen. Detta kan i sin tur påverka följsamheten till behandlingen. I en studie med intervjupersoner från Ghana belystes sjukvårdspersonalens attityder gentemot patienten. Det var tydligt att det sociokulturella hade en stor inverkan för de attityder som framkom. Sjukdomen sågs av personalen som "smutsig" och patienten ansågs avsiktligt vilja smitta ned personal och medpatienter.

Det framkom också att det fanns ett manligt respektive kvinnligt perspektiv på ohälsa, vilket kan ha betydelse för hur tidigt man söker för sina symptom och även hur behandlingen sedan fullföljs. Sjukvårdspersonal uppgav att många patienter dröjde med att söka vård och var ibland mycket svårt sjuka när de sökte. Vårdpersonalen ansåg att denna fördröjning berodde på brist på kunskap om tuberkulos men även en rädsla för diskriminering. Sent sökt vård var mest uttalad hos kvinnor på grund av lokal kultur. Kvinnor förväntades sköta sina åtaganden i hemmet och hade dessutom mycket dålig kunskap om sjukdomen. Män oroade sig för förlorad inkomst då de oftast var familjeförsörjaren. Unga kvinnor oroade sig för att inte bli gifta, på grund av sin diagnos även om sjukdomen var utläkt.

I flera studier beskrevs sjukvårdspersonalens ofta saknade grundläggande kunskaper i kommunikation. All vårdpersonal bör förstå skillnaden mellan "tbc-patienter" och "personer med tbc" och dess konsekvenser. Det var viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal insåg att om en persons hälsa skulle kunna förbättras krävdes mer än bara effektiv medicinsk behandling. Att utbilda sjukvårdspersonal i grundläggande kommunikation för att främja bättre samverkan mellan

vårdgivare och patient skulle leda till en betydande ökning av patienters kunskap och förståelse av deras behandlingsprogram.

Genom hiv-epidemin har en ökad medvetenhet skett i sjukvården om patienternas upplevelse av stigmatisering på grund av deras diagnos. I en studie hävdades att vårdpersonalen hade en mindre medvetenhet om att en sådan stigmatisering även var förknippad med tuberkulos. Denna brist på medvetenhet kunde bero på att botemedel fanns för tuberkulos. Författaren citerar Brandts (1995) teori att medicinskt botemedel kunde ses som "ett magiskt klot". Denna "magi" kunde dock inte övervinna att problemet med stigma kvarstod och förhindra de negativa reaktioner som patienterna upplevde.

Det framkom tydligt att många människor som var drabbade av tbc fortfarande hade svårt att accepteras av familj, vänner samt av sjukvården. Patienten led i det tysta och sökte inte hjälp vilket gjorde att sjukdomen fortsatte att spridas vidare i samhället. Författarna i studien menade att sjukvårdspersonalens rädsla för att själva bli smittade kunde vara en orsak till att det fortsatt är så skamligt med tbc i samhället. För att få bort stigma i samhället måste nationella riktlinjer sättas upp för att skydda och hjälpa hälso- och sjukvårdspersonal och för att ändra attityder borde man belöna och motivera sjukvårdspersonal som arbetar med tbc-drabbade patienter.

Diskussion

Att sjukdomsrelaterad diskriminering och stigmatisering förekommer var tydligt påvisat i studierna. Eftersom ofullständig tuberkulosbehandling kan få allvarliga konsekvenser i samhället måste metoder utvecklas för att förhindra sjukdomsrelaterat stigma.

Resultatet belyste brister när det enbart sattes fokus på sjukdom utan att samtidigt förstå samhällets i sitt sammanhang där sjukdom uppstår. I en av studierna menades att insatser för en minskad internaliserad stigmatisering var en komplex fråga som inte kunde separeras från sitt sammanhang Enligt författarna av denna studie vore det naivt att tro att enbart tbc-klubbar och hembesök oberoende av sammanhang och intressenter skulle minska stigmatisering för tbc-patienter. Lika viktigt som den vårdpersonal som står i frontlinjen, vad gäller tbc-vård, var

stödet från myndigheter samt intressenter på lokal nivå.

Att ha en förståelse och medvetenhet om patienternas upplevelser kan hjälpa sjukvårdspersonal att förstå patientens beteende vid dålig samverkan av behandlingen vilket belyste bristerna med att bara ha fokus på sjukdomen utan att ha satt det i sitt sammanhang där både familjen och samhället ingick. Eftersom avslutad tbc-behandling kan få allvarliga konsekvenser för samhället måste sjuksköterskor utveckla metoder för att motverka sjukdomsrelaterat stigma.

Utbildning är ofta det första steget för att minska stigmatisering och i kombination med andra strategier. Utbildningsåtgärder syftade på att informera allmänhet och samhällsgrupper genom att öka kunskapen om en speciell sjukdom vilket kunde motverka felaktiga föreställningar som ofta stigmatisering är grundad på. Att främja ökad kunskap och medvetenhet om sjukdomen och dess behandling i patientens familj borde utgöra en central del av hälsopolitik för behandling av tuberkulos samt även andra smittsamma sjukdomar.

För att stödja personer med tbc under deras behandling måste hälsopolitik som praxis ha en förståelse av att tbc påverkar flera aspekter av patienternas liv. Fokus att ta hand om varje patient som en individ borde vara en grund för alla aspekter av behandling. Förbättrad kommunikation mellan vårdgivare och patient gav ökad kunskap och förståelse och gav också patienten en bättre känsla av delaktighet i behandlingen av sjukdomen.

Minst lika viktigt var att lägga fokus på tbc-drabbades välbefinnande och inte enbart på tbc-kontroll. WHO (2001) menar att tbc-relaterat stigma kan betraktas som en s.k. "dold börda av sjukdom". Inriktning på och att verka för minskat stigma borde vara en integrerad aspekt snarare än ett avsides intresse vad gäller tbc-kontroll.

I resultatet var de flesta studier utförda i låginkomstländer och med olika hälso- och sjukvårdssystem. En intressant fråga skulle vara om resultatet hade blivit annorlunda om vi funnit studier i ämnet gjorda i Sverige, hur situationen ser ut angående stigma inom den svenska sjukvården. Flertalet av de patienter som vårdas

i Sverige för tuberkulosinfektion är utrikesfödda personer. I mötet med patienter från olika kulturer är det viktigt med en medvetenhet att det finns olika föreställningar om sjukdomen tuberkulos beroende på vilken kulturell och social bakgrund patienten har. Det framkom i flera av studierna att social stigmatisering leder till utanförskap, social isolering och känslan av skuld.

Slutsats

Synen på tbc varierar beroende på vilken kultur, utbildning och social situation patienten har. Eftersom social och internaliserad stigmatisering påverkar patientens situation lika väl som en lång och mödosam behandling kan stigma också inverka på patientens följsamhet i behandlingen. Resultatet av litteraturstudien visade att utbildningsprogram, inrättning av stödgrupper och en mer patientcentrerad vård, var goda metoder som i stor utsträckning minskade stigmatisering. För ett bättre stöd till patienter med tuberkulos måste hälso- och sjukvården förstå, att tuberkulos påverkar alla aspekter av patientens liv och måste utveckla behandlingsprogram.

Aktuell forskning

Forskningen har dock tagit fart i takt med att allt fler stammar av tuberkelbakterien blivit resistenta mot de läkemedel som finns till hands idag. Internationella samarbetsprojekt pågår med målet att få fram nya vacciner som ger ett effektivare skydd mot sjukdomen. Det saknas bl.a. ett effektivt vaccin att ge till personer som redan är infekterade med tbc för att förhindra utvecklingen av öppen, och därmed också smittsam, tbc. En del av den svenska tbc-forskningen drivs vid Folkhälsoinstitutet där flera internationellt uppmärksamade projekt inom diagnostik och utveckling av vaccin bedrivs. Olika tbc-vacciner ligger i "pipeline" runt om i världen och innehållet består av olika kombinationer av grundskydd samt påföljande förstärkningsinjektion. Målet är att bredda och förstärka den skyddande effekten.

Ett nytt läkemedel, Sirturo (bedaquiline) mot tuberkulos har godkänts i USA för första gången på mer än 40 år. Läkemedlet påverkar tuberkulosebakterien genom att blockera ett enzym som är nödvändigt för bakteriens förökning. Dock kan tuberkulos aldrig behandlas med enbart ett läkemedel utan det krävs en kom-

bination av flera läkemedel för att undvika resistensutveckling. Eftersom multiresistent tuberkulos hela tiden ökar krävs alltid flera läkemedel och detta nya läkemedel kan vara en bra början. •

Finns intresse att läsa studien i sin helhet kontakta:

kerstin.cechova@vgregion.se eller
susanne.davidsson@vgregion.se

Referenser:

1. Thorson, A., Lönnroth, K. & Diwan, V. (2004) Tuberkulos – socialt, ekonomiskt och politiskt problem. *Läkartidningen* Nr. 5. Volym 101.
2. Almås, H. (2004). *Klinisk Omvårdnad*, del 2. Stockholm: Liber AB.
3. Smittskyddsinstitutet. www.smi.se/sjukdomar/tuberkulos Hämtad från internet 13-01-27
4. Andersson, A., & Jagers, S. C. (2008). *Global hållbar utveckling*. (2:a uppl.). Stockholm: Folkuniversitetet.

5. Hjärt-lungfonden. www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/lungsjukdomar/tuberkulos Hämtad från internet 13-01-29

6. Socialstyrelsen. "Tuberkulos- vägledning för sjukvårdspersonal" <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17744/2009-9-19.pdf>

7. WHO. www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/index.html Hämtad från internet 13-03-02



AKADEMISKA SJUKHUSET

Med 8 000 anställda, 1 100 vårdplatser och omfattande öppenvård är Akademiska sjukhuset ett av Sveriges största universitets- och forskningsjukhus. Förutom rollen som länssjukhus är Akademiska leverantör av högspecialiserad vård och betjänar två miljoner människor i Mellansverige.

Operationssjuksköterska/ ögonsjuksköterska

För mer information, kontakta:

Avdelningschef Marianne Säfwenberg 018-6115112

Sista ansökningsdag 18 maj 2014 på www.akademiska.se/arbeta

www.akademiska.se

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

Med förvärmning

Utan förvärmning

Acceptera inte hypotermi -

Stop the drop

**Ta del av våra
kostnadsfria
eLearning-kurser**

Förvärmning av patienter innan operation bidrar till att förhindra konsekvenserna av hypotermi.

Lär dig mer om oavsiktlig perioperativ hypotermi och hur man kan hjälpa till att förhindra det. Ta del av våra eLearning-kurser:

- Patientuppvärmning och förvärmning
- BARRIER EasyWarm aktivt självvärmande filt

Kurserna är gratis och på svenska.

Gå in på www.DiscoverPrewarming.com för att registrera dig!

Goda skäl för evidensbaserad omvårdnad på operation

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kräver av vården idag att arbetet genomförs enligt evidensbaserad praktik för patienters säkerhet. Målet med att arbeta evidensbaserat är att använda metoder som gör störst nytta och som är mest kostnadseffektiva.^{1,2} Med evidensbaserad praktik menas att använda bästa tillgängliga kunskap, använda den professionella vårdarens expertis och att ta hänsyn till den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål.³ I den här artikeln från Riksföreningens för Operationssjukvårds Vetenskapliga Råd resonerar vi kring vad som menas med respektive komponent inom evidensbaserad vård.

Bästa tillgängliga kunskap

Redan 1995 fastslog Conway⁴ att det viktigaste inte är att kunna utföra arbetsuppgifter på operationssalen i sig, utan den bakomliggande kunskapen. Utan den kunskapen blir operationssjuksköterskan en 'trained monkey'-som mekaniskt och oreflekterat bara utför uppgifter. Operationssjukvården utvecklas hela tiden och om operationssjuksköterskan inte uppdaterar sina kunskaper kontinuerligt är det i slutändan patienten som får lida för det.

Hälso- och sjukvårdens snabba utveckling och att befolkningen blir allt äldre leder till att vårdens kostnader stiger - det finns därför krav på att vården ska vara kostnadseffektiv. Trots det förekommer det att vård ges som inte har effekt, eller ibland till och med är skadlig.² En granskning utförd av Socialstyrelsen⁵ visade att 8,6 % av patienterna inom slutenvården hade fått en vårdskada. Mer än 60 % av vårdskadorna uppstod inom kirurgiska verksamhetsområden. För vårdskador i samband med invasiva åtgärder och operationer, var den främsta orsaken till vårdskada själva ingreppet i sig.

Inom kompetensområdet perioperativ omvårdnad (d.v.s. perioperative nursing) finns ca 14 000 studier i databasen Pub Med. Hur ska vi veta vilka studieresultat vi ska arbeta efter i den stora mängden av vetenskapliga publikationer?

Att tillämpa evidensbaserad praktik innebär att arbeta utifrån en femstegsprocess;

1. Formulera en forskningsfråga. Frågan kan vara av generell eller specifik art, beroende på vilken typ av kunskap som söks. Specifika frågor kan röra sig exempelvis om att bedöma eller mäta ett omvårdnadsproblem. Kunskapsguiden³ ger god vägledning om vilka principer frågorna ska följa. Frågan måste vara välformulerad eftersom det är frågan som visar fokus för kunskapssökningen.

2. Söka bästa tillgängliga kunskap för att besvara frågan. Detta görs genom att göra en sökstrategi och det finns flera olika kunskapskällor som kan användas. Exempelvis kan forskning som sammanfattats av andra användas, alternativt kan primärkällor (vetenskapliga originalartiklar) i internationella databaser användas. Om primärkällor används, behövs en detaljerad sökstrategi då specifika sökord väljs ut, kombinationer av sökord och specifika databaser väljs ut. Därefter genomförs litteratursökningen och resultatet av denna sorteras. En första sortering kan göras på varje artikels titel, verkar den överensstämma med forskningsfrågan? Om svaret är ja, läses artikelns abstract, verkar resultatet svara på åtminstone någon del av forskningsfrågan läses hela artikeln. De artiklar som inte svarar på forskningsfrågan sorteras bort.

3. Nästa steg är att värdera materialet som sökningen och sorteringen gett. Nu granskas varje studie kritiskt. För denna typ av granskning finns det olika protokoll som kan användas så att granskningen blir systematisk. Granskningen är bl.a. till för att granska studiernas kvalitet och tillförlitlighet. För att få en hög kvalitet görs ibland en andra sortering, då studier av bristande kvalitet sorteras bort.

4. Därefter vägs resultatet från alla studier samman och det sammanställda resultatet tolkas. Du har därmed fått ett resultat som visar vilken insats som har bäst vetenskapligt stöd avseende forskningsfrågan. Du kan då rekommendera vilka vårdåtgärder som är lämpliga att använda vid omvårdnadsproblemet.

5. Det sista steget är tillämpning av rekommendationerna du kommit fram till och att utvärdera tillämpningen. Läs gärna mer om hela arbetsprocessen i Socialstyrelsens material.⁶

Den professionella vårdarens expertis

Inom operationssjukvård samverkar flera professionella vårdare, vars expertis inom sitt eget specifika kompetensområde ska användas optimalt. Teamet som samverkar på operationssalen inkluderar vanligen specialistsjuksköterska inom operationssjukvård, cirkulerande personal, kirurg, eventuell assisterande kirurg, anestesilog och specialistsjuksköterska inom anestesi. I teamet kompletterar kompetenserna varandra så att var och en inom sitt specifika ansvarsområde erbjuder patienten bästa möjliga vård. Vitsen med att arbeta i team är att medlemmarna genom sitt synkroniserade samspel skapar samarbetsvinster som har ett tydligt mål.⁷



Personcentrerad vård

Hänsyn till den berörda personens situation, erfarenheter och önskemål kan sammanfattas i begreppet *Personcentrerad vård*. Ekman & Norberg⁸ beskriver personcentrerad vård som ett partnerskap mellan patienter, närstående och professionella vårdare. Vården utgår från patientens upplevelse av situationen och inkluderar personens resurser, förutsättningar och hinder – som vårdaren får ta del av genom patientberättelsen. Utifrån patientens berättelse görs gemensamt en individuell hälsoplan med mål, genomförande och uppföljning. För att säkerställa att vården genomförs enligt den gemensamma planen dokumenteras denna i patientjournalen. I denna definition av personcentrerad vård finns alltså klara incitament för varför perioperativa samtal ska göras. •

1. Evidensbaserad vård. Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2013. Hämtad 2013-11-26 från: <http://sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/>

2. Johansson E, Wallin L. Evidensbaserad vård. I: Edberg A-K, red. *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur; 2013:103-145.

3. Kunskapsguiden för dig som arbetar med hälsa, vård & omsorg. 2013. Hämtad 2013-11-26 från: <http://www.kunskapsguiden.se/ebp/Sidor/default.aspx>

4. Conway JE. A monkey could do your job! *The British journal of theatre nursing: NATNews : the official journal of the National Association of Theatre Nurses*. Dec 1995;5(9):12-15, 31.

5. Socialstyrelsen. *Vårdskador i somatisk slutenvård*. 2008. Hämtad 2013-11-26 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/200810916_rev2.pdf

6. Socialstyrelsen. *Att skapa en grund för evidensbaserad praktik - en guide för ledningen i vård och omsorg*. Hämtad 2013-11-26 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18857/2012-10-16.pdf>

7. Carlström E, Kvarnström S, Sandberg H. Teamarbete i vården. I: Edberg A-K, red. *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur; 2013:63-101.

8. Ekman I, Norberg A. Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I: Edberg A-K, red. *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur; 2013:29-61.

Fakta: Ann-Christine von Vogelsang, Vetenskapliga rådet, Riksföreningen för operationssjukvård

Att kommunicera i team är att värna om patientsäkerheten

En magisteruppsats om barriärer och möjligheter i den interdisciplinära kommunikationen i operationsteamet



Annika Larsson



Katarina Göransson



Det hela började med två vänner som bestämde sig för att läsa till specialist-sjuksköterskor inom varsin specialitet. Redan under de introducerande föreläsningarna var bilden av våra kommande yrken tydliga: det finns en skarp gräns mellan disciplinerna. Det finns ett vi på narkosen och ett vi på operation. Vi förstod att denna gräns utgör utmaningar för operationsteamet och barriärer i kommunikationen påverkar arbetsmiljön. Detta väckte en nyfikenhet som resulterade i en magisteruppsats, där nyckelpersoner i operationsteam intervjuades för

att ge sin bild av att kommunicera i multidisciplinära team. Hur ser kommunikationen inom operationsteamet egentligen ut?

Bristande kommunikation ger konsekvenser

Ett dilemma i dagens vård är operationsteam med många olika yrkesgrupper med ibland otydliga och överlappande arbetsområden och ansvarsuppgifter, som utgör en utmaning för kommunikationen. Sjukvården utvecklas mer och mer till en högriskmiljö när det gäller säkerhet och

där misstag i operationsteamet kan få väldigt allvarliga konsekvenser (1).

Misstag i kommunikationen mellan personer i vårdkedjan är en vanlig orsak till skador för patienten. Mellan hälften till två tredjedelar av allvarliga komplikationer i sjukvården inträffar i kirurgisk vård. Mer än hälften av dessa tros vara möjliga att förebygga. I en intervjustudie granskades 146 anmälda fall där komplikationer uppstått i den kirurgiska vården. Av dessa fall resulterade 33 % i permanenta skador för patienten och i 13 % avled

patienten. Över två tredjedelar av rapporterade skador skedde i den intraoperativa fasen och 43 % av alla fall berodde på haveri i kommunikationen i operationsteamet (2). Kommunikationsmisstag orsakade över 60 % av totalt 2034 medicinska misstag som ledde till allvarliga, negativa vårdhändelser i USA under 2005 (3).

Ansvar för patientsäkerheten finns reglerad i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) 2:a §. Sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bl.a. innebär att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Både anestesijuksköterskor och operationssjuksköterskor utgör viktiga medlemmar i operationsteamet och färdigheter inom kommunikation och samarbete över yrkesgränserna är viktigt.

Teoretisk utgångspunkt

Uppsatsen utgick ifrån en relationsbaserad kommunikationsteori, som tar avstamp i att mellanmänsklig kommunikation bestäms av relationer och att syftet med kommunikation är att upprätthålla, underhålla och förändra dessa relationer (4). Kommunikation mellan individer kan påverkas av en rad olika faktorer såsom mål, förväntningar, olika roller samt kommunikationshinder (5). Begreppet team definierades på följande sätt: *"Ett team är en grupp människor som arbetar i varandras närhet, som samarbetar och samordnar sina olika insatser och som, i en övergripande mening arbetar för samma mål"* (6, s 219). För att bli ett bra team krävs att medlemmarna får chansen att arbeta tillsammans under en längre tid, men samtidigt måste nya medlemmar med andra perspektiv och kunskaper då och då tillföras. Det är också viktigt att det finns en tydlighet vad som är enskilda uppgifter respektive teamuppgifter (5).

Syftet med studien var att undersöka hur operationsteam upplevde den interdisciplinära kommunikationen och hur denna kommunikation påverkade samarbetet i operationssalen.

Metod

Uppsatsen genomfördes som en kvalitativ intervjustudie, där 12 intervjuer genomfördes. I studien ingick 4 operatörer, 5 operationssjuksköterskor samt 3 anestesijuksköterskor. Författarna använde sig av en semistrukturerad intervjuguide och materialet analy-

serades, efter transkribering, med hjälp av latent innehållsanalys. Totalt kunde 5 huvudkategorier och ett antal subkategorier utläsas, som sorterades in under respektive huvudrubrik.

Resultat

Organisatoriska faktorer

När jag har jobbat på sådana ställen där man är sektionerad – en hel ortopedsektion och då är man bara den personalen och då blir det ju väldigt kul att jobba ihop. Lätt att jobba ihop. – Operatör

De viktigaste faktorerna som påverkade kommunikationen på en organisatorisk nivå är hur *operationsteamet organiseras*, det vill säga hur mycket arbetsro det finns för att etablera en teamkänsla och möjligheten att arbeta ihop sig som ett lag. Till den organisatoriska nivån hör också *rutiner och riktlinjer* som styr det praktiska arbetet, med WHO:s checklista som det absolut viktigaste arbetsredskapet. En annan punkt gäller *ledarskap* och att organisationen är strukturerad så att det finns ett stöd för medarbetarna som inger trygghet och möjligheter till öppen kommunikation. Informanterna påtalar att en faktor som påverkar samarbetet är det faktum att operationsavdelningar idag ofta är

stora med mycket jourverksamhet och stor personalomsättning. Detta gör det svårt att få samspelta team och omöjliggör den viktiga tysta kommunikationen mellan medarbetarna som etableras i det nära samarbetet som bildas när samma personer arbetar länge tillsammans.

Välfungerande verbal kommunikation

God kommunikation så flyter operationen praktiskt också. – Operations-sjuksköterska

Informanterna nämner flera *personliga egenskaper* som ger ett bättre samarbete och därmed en bättre kommunikation. Några av dessa är en förmåga att anpassa sig till nya grupper och arbetsuppgifter, lyhördhet, tolerans, en förmåga att kunna reflektera och vara medmänsklig. Att *känna till varandras* styrkor och svagheter gör att det finns en möjlighet att läsa av och avlasta en kollega som inte mår bra, uttrycker sig klumpigt eller behöver stöd.

Under intervjuerna framkom att det finns en tydlig skiljelinje mellan operationssidan och anestesisisidan, men att denna inte alltid upplevs som negativ utan tvärtom naturlig. Många är eniga om att operatören är arbets-

Tabell över resultatet

Barriärer och möjligheter i kommunikationen på operationssalen

Huvudrubrik	Subkategori
Organisatoriska faktorer:	- Arbetsro i operationsteamet - Ledarskap - WHO:s checklista
Välfungerande verbal kommunikation:	- Personliga egenskaper - Att känna varandra "Vi och de" - Att vara ny - Återkoppling
Välfungerande icke-verbal kommunikation	
Bristfällig verbal kommunikation:	- Personliga egenskaper - Att känna varandra - Irritation "Vi och de" - Missförstånd och språkliga barriärer - Stress
Bristfällig icke-verbal kommunikation	Skriftlig kommunikation

ledaren, som fattar de avgörande och övergripande besluten. Däremot räknar de flesta med att samtliga yrkesgrupper tar ansvar för sin del och kommunicerar om det är några svårigheter: att anestesijukssköterskan rapporterar problem med patienten och att operationssidan rapporterar om det uppstår problem i såret.

Samtliga informanter upplever att nya medarbetare har ett tunnelseende som påverkar kommunikationen och samarbetet, men att det är naturligt och måste få vara så under lärandefasen. En tydlig bild som också framkom var att kommunikationen i operations-salen bör präglas av återkoppling och bekräftelse på att det som kommunicerats har hörts och förstås. Tydliga mottagare och sändare av information gör att arbetet flyter smidigare och att teamet hjälps åt att komma ihåg vilka uppgifter som ska göras.

Välfungerande och bristfällig verbal kommunikation

Man behöver inte prata alltså överhuvudtaget under operationen. Det låter ju tråkigt, men det är så roligt när det flyter på så bra att det ersätter allt annat prat. – Operatör

Tyst kommunikation, där arbetet flyter utan ord är något som många nämner som eftersträvansvärt. Att medlemmarna i teamet kan samarbeta utan ord med lyhördhet och en tillit till att varje medlem i teamet gör sin del och kan ligga steget före. Prat blir onödigt, det kan räcka med teckenspråk eller en blinkning. Nackdelar med den icke-verbala kommunikationen har beskrivits som att medlemmar i teamet tänker saker för sig själv, som inte uppfattas av de andra och det skapas en irriterad och spänd stämning när underförstådda tankar inte genomförs. Flera informanter nämner att den icke-verbala kommunikationen begränsas av omständigheter i miljön på operationssalen. Munskydd gör att det är svårt att höra vad medarbetarna säger och gör det näst intill omöjligt att uppfatta mimik och ansiktsrörelser.

Bristfällig verbal kommunikation

Patienten kan inte föra sin egen talan och vi måste, vi måste kunna kommunicera med varandra annars blir det inte bra alls. – Anestesijukssköterska

Den verbala kommunikationen kan vara en källa till irritation, missförstånd och risker för patientsäkerheten. Stress nämns som den enskilt största

faran för att den verbala kommunikationen ska bli fel. Arbetet i operations-salen kan också påverkas negativt av enskilda personer och hur kollegor beter sig mot varandra. Här spelar personliga egenskaper in, t.ex. personer som inte lyssnar för de redan tror sig veta bäst eller att vara väldigt driven och köra över andra. När medarbetare är irriterade eller arga påverkar detta också kommunikationen. Generellt var informanterna dock överens om att alla har ett ansvar för att inte föra över sin irritation eller stress på de andra i teamet och framförallt inte så att det påverkar patienten.

Stressade situationer kan lätt bli kumulativa, i takt med att adrenalinpåslaget ökar. Order och information skriks ut utan tydlig adress och kan få konsekvensen att information missförstås eller uppgifter inte görs. Stressen beskrivs av flera som tunnelverbaliserande, där det som sägs är självklart för den som säger det, men inte självklart för någon annan.

Om man drar allting riktigt långt så, det kan ju gå väldigt galet när man har med sjuka människor att göra. Att de får fel behandling. Patienten blir ju lidande. – Operationssjuksköterska

En frustration gällde också den osynliga skiljelinjen mellan narkos- och operationssidan. I vissa lägen är en tydlig rollfördelning i operationsteamet önskvärd, men flera informanter poängterar flera negativa aspekter med ett "vi och de-tänk" såsom en oklar gränsdragning, hierarkier och ett alltför uppdelat team. En annan orsak till svårigheter i kommunikationen är om någon i teamet pratar en sämre svenska eller om ljudnivån är väldigt hög på salen.

Diskussion och implikationer för vård

Några generaliseringar var svåra att göra, med tanke på studiens begränsade storlek och antalet intervjudeltagare, men författarna tyckte sig ändå ana ett antal mönster. Framförallt blev det tydligt att operationsavdelningar idag inte är organiserade för att gynna etablerade och samspelta team och författarna tror att detta skapar en otrygghet, som spås på av de allt högre kraven på produktivitet och ett allt högre arbetstempo under stora besparingskrav. Ett interdisciplinärt team har ett större samarbetsklimat, en större medvetenhet om situationer och risker och framförallt gemensamma mål och syften (7). För-

fattarna tror att en aktiv strävan efter att skapa interdisciplinära operations-team hade haft en positiv inverkan på kommunikation och samarbete. Arbetsro och teamträning är två viktiga hörnstenar i arbetet med att etablera en säkrare kommunikation.

En stark ledning, som vågar fokusera på stabila arbetsgrupper skulle gynna kommunikationen och en säker kommunikation har positiva följder även för patienten. Med teamträning skapas en tryggare handlingsberedskap i stressade situationer. Att ha struktur, i form av och mallar likt WHO:s checklista underlättar arbetet eftersom kommunikationen standardiseras och därmed är lätt att följa och initiera även som ny medarbetare. Tillsammans kan detta minska kostnader, eftersom komplikationer till kirurgisk vård utgör en stor utgift för sjukvården idag. Dessutom vågar författarna påstå att arbetet blir roligare när kommunikationen flyter, för då flyter arbetet också! •

Referenser:

1. Sharp L. (2012). *Effektivare kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur AB
2. Gawande A.A., Zinner M.J., Studdert D.M., & Brennan T.A. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*. 133 (6): 614-621
3. Elks K.N., & Riley R.H. (2009). A survey of anaesthetists' perspectives of communication in the operating suite. *Anesth Intensive care*. 37:108-111
4. Eide H., & Eide T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur AB
5. Forchuk C., Evens C.L.S., & O'Connor N. (1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorier II*. Lund: Studentlitteratur AB
6. Sandberg H. (2009). Det godaste teamet. IL. Berlin J., Carlström E., & Sandberg H. (Red). *Team i vård, behandling och omsorg. Erfarenheter och reflektioner*. (s. 217-238). Lund: Studentlitteratur AB
7. Bleakley A., Boyden J., Hobbs A., Walsh L., & Allard J. (2006). Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *Journal of Interprofessional Care*. 20 (5) 461-470

Fakta: Annika Larsson: Fil.mag. i omvårdnad, anestesijukssköterska, Skånes Universitetssjukhus Malmö

Katarina Göransson: Fil.mag. i omvårdnad, operationssjuksköterska, Skånes Universitetssjukhus Lund

THERE IS A THIN LINE BETWEEN INFECTION AND SUCCESSFUL SURGERY.



YOU ARE WATCHING IT.

ENLIGT EN NY META-ANALYS
MINSKAR
PLUS-SUTURER
SÅRINFEKTIONSRISKEN MED
30%*

För att ta itu med en av riskfaktorerna till sårinfektioner har Ethicon tagit fram världens första antibakteriella suturer. **Antibakteriella Plus-suturer** dödar bakterier och hämmar bakteriell kolonisering av sutur. Synd för bakterierna – bra för dina patienter.

Besök **ethicon.com** för mer information om Ethicons Plus suturer.

*Wang et al. Systematic review and meta-analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical site infection. Br J Surg 2013 Mar;100(4):465-73.

ETHICON
PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

Behovet av debriefing hos operationssjuksköterskor

Foto: Maria H. Williamsson



Rebecka Samuelsson



Maria H. Williamsson

När vi arbetade tillsammans som allmänsjuksköterskor upplevde vi ett behov av att få ventilerade händelser, tankar och funderingar som olika vårdssituationer gav upphov till. Vi anser att det är ett viktigt ämne att lyfta och det blev grunden till vår magisteruppsats under vidareutbildningen till operationssjuksköterskor. Syftet med studien var att undersöka operations-

sjuksköterskans upplevelse av behovet av debriefing i samband med kritiska händelser. Studiens resultat påvisade ett otillfredsställt behov av debriefing hos operationssjuksköterskor. Behovet grundade sig till stor del i en önskan om en återkoppling efter en kritisk händelse. Det vill säga att få reda på hur det gick för patienten och därigenom kunna få ett avslut.

Enligt arbetsmiljöverket (AFS 1980:14) är det viktigt att medarbetare får ett gott stöd på sin arbetsplats för att kunna bevara en god psykisk och social hälsa, vilket på sikt tros påverka patientsäkerheten positivt. Denna påverkan relateras till att en kritisk händelse kan leda till starka känslomässiga reaktioner och påverka den funktionella förmågan men även leda till posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Mitchell, Sakraida & Kameg, 2003). Vår studie är av betydelse för att synliggöra det otillfredsställda behovet av debriefing hos operationssjuksköterskor.

Bakgrund

Tidigare forskning gällande behovet av debriefing hos operationssjuksköterskor var begränsad. Det fanns endast ett fåtal relaterade artiklar inom akutsjukvårdsverksamheten och inom barnsjukvården. Däremot fanns det forskning som visade på operationssjuksköterskors psykiska ohälsa. Grunden till detta var tillstötande komplikationer under operationen som till exempel död, kvarglömmande bukdukar och instrument (Michael & Jenkins, 2001; Rydberg, 2010). Det främsta syftet med att tillämpa debriefing är att förhindra och hantera traumatisk och/eller yrkesrelaterad stress (Hammarlund, 2008). I vår studie användes Dyregrovs (2003) definition på psykologisk debriefing, vilket innebär att en grupp människor har en gemensam systematisk och strukturerad genomgång i efterförloppet av en händelse. Psykologisk debriefing bidrar till möjligheten att få höra andras synpunkter på situationen, ta del av andras hantering av händelsen och få information om reaktioner som är normala vid kritiska händelser. Som ett led i detta kan egna reaktioner bli bekräftade genom de andra deltagarna och därigenom hjälpa och stötta varandra (Dyregrov, 2003).

Metod

För att belysa det upplevda behovet av debriefing användes en kvalitativ metod. Informationsinsamlingen genomfördes med hjälp av enskilda intervjuer med åtta operationssjuksköterskor från två olika landsting på ett närsjukhus och ett universitets-sjukhus. För att delta i studien skulle operationssjuksköterskorna ha arbetat i sin profession i minst två år och även ha erfarenhet av jourverksamhet. Det insamlade materialet bearbetades genom innehållsanalys.

Resultat

Analysen resulterade i två huvudkategorier med två underkategorier vardera: *Behov av debriefing; behovet av ett avslut och behovet av bekräftelse* samt *Tveksam till debriefing som modell; stöd av egenvalda kollegor och ordnar självåterkoppling*. Materialet visade på att det fanns operationssjuksköterskor som varit med om en kritisk händelse i samband med en operation och som upplevt ett behov av strukturerad debriefing i efterförloppet. Det främsta behovet som studien kunde påvisa var en önskan om återkoppling för att veta hur det hade gått för patienten i efterförloppet av en operation. Genom engagemanget och arbetsinsatsen under operationen skapades en relation till patienten.

”... / man har ont i benen när man går hem. Man har stått med samma patient hela dagen, hela kvällen eller hela natten och bekymrat sig om dem och kämpat länge, länge, länge. Då finns de med en, så därför tror jag att man behöver det, man behöver veta hur det har gått.”

Återkopplingen var en del av grundbehovet av att erhålla ett avslut, att kunna lägga tankar och funderingar bakom sig. Det fanns även ett behov av att tillsammans samtala inom operationsteamet som varit delaktiga i en kritisk händelse. Behovet låg till grund för att bland annat få möjligheten att ”prata av sig”, ”tömma ut” och ”ventilera” samt önskan att få en bekräftelse genom debriefing. Att sitta ner tillsammans och samtala gav en känsla av samhörighet. Det gav även tillfälle att få dela med sig av sina erfarenheter och bli bekräftad av sina kollegor gällande arbetsinsatsen under den kritiska händelsen. Frågor som ”Gjorde jag något fel? Kunde jag ha gjort något annorlunda? Vad kunde vi gjort bättre?” behövde bli besvarade. Detta för att inte skuldbelägga sig själv. Ett ökat behov av debriefing

kunde ses när operationssjuksköterskan kände till patientens bakgrund. Andra faktorer som påverkade behovet var patientens ålder och möjligheten till mental förberedelse för operationssjuksköterskan innan operationen. Behovet av debriefing var oberoende av arbetslivserfarenhetens längd. Däremot var behovet mindre om det hade gått bra för patienten i den kritiska situationen. Erfarenhet av tidigare genomgången debriefing var begränsad och operationssjuksköterskorna upplevde en bristande tillgång till debriefing. Det framkom att tillgång till debriefing skulle upplevas vara en trygghet för flera av operationssjuksköterskorna. I de fall debriefing inte fanns att tillgå bearbetades och hanterades den kritiska händelsen enskilt eller med en nära kollega. En annan anledning till egen hantering av händelsen var att det fanns hos ett fåtal en tveksamhet till debriefing som modell. I dessa fall hade debriefingen utförts på ett otillfredsställande sätt.

Slutsats och vidare forskning

Studien visade på bristande tillgång till debriefing för de intervjuade operationssjuksköterskorna. Denna brist kunde även ses i andra studier bland allmänsjuksköterskor inom akutsjukvården där önskemålet om att erhålla debriefing var större än i den utsträckning som debriefing erbjöds (Helps, 1997, Healy & Tyrrell, 2013).

Vår förhoppning är att behoven gällande debriefing tas i beaktande inom operationssjukvården för att främja den psykosociala hälsan hos operationssjuksköterskor och för en ökad patientsäkerhet, detta som ett steg för att kvalitetssäkra vården enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Vi anser att det finns ett behov av vidare forskning om hur debriefing som modell kan utarbetas och anpassas till operationssjukvården. •

För mer information kontakta

Rebecka Samuelsson
rebeckasamuelsson@hotmail.com

Maria H Williamsson
maria.williamsson@outlook.com

Faktaruta

Definition Kritisk Händelse: Enligt Mitchell, Sakraida och Kameg (2003) definieras en kritisk händelse av att något plötsligt sker, utan förvarning som påverkar en persons känsla av kontroll och tilltro till sin omgivning. Vidare kan en sådan händelse leda till starka känslomässiga reaktioner under och efter den kritiska händelsen som kan påverka den funktionella förmågan.

Referenser

Arbetsmiljöverket. AFS 1980:14. Hämtad 10 januari, 2013, från Arbetsmiljöverket, http://www.av.se/dokument/afs/afs1980_14.pdf

Dyregrov, A. (2003). *Psykologisk debriefing*. Lund: Studentlitteratur.

Hammarlund, C-O. (2008). *Bearbetande samtal*. Stockholm: Natur och kultur.

Healy, S & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency nurse*, 20 (10), 32-37. Hämtad från database Cinahl.

Helps, L, S. (1997). Experiences of stress in accident emergency nurses. *Accident and emergency nursing*, 5, 48-53. Hämtad från databasen Pubmed.

Michael, R. & Jenkins, J, H. (2001a). The impact of work-related trauma on the well-being of perioperative nurses. *Collegian*, 8 (2), 36 -40. Hämtad från databasen Pubmed.

Mitchell, A. M., Sakraida, T. J. & Kameg, K. (2003) Critical Incident Stress Debriefing: Implications for Best Practice. *Emergency Nurses Association*, 1, 46-51. doi:10.1016/S1540-2487(03)00008-7

Rydberg, K. (2010). *Operationssjuksköterskors upplevelser av svåra situationer- I relation till patientsäkerheten och det perioperativa teamet*. (Magisteruppsats i vårdvetenskap). Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap.

Fakta: Rebecka Samuelsson, operations-sjuksköterska, Region Skåne - Skånes universitetssjukhus, SUS.

Maria H. Williamsson operations-sjuksköterska Västra Götalandsregionen - Barnoperation 1, Drottning Silvias barn-och ungdomssjukhus, DSBUS, Sahlgrenska universitetssjukhuset, SU.

Hela studien finns att läsa på följande länk:

<http://www.lunduniversity.lu.se/o.o.i.s?id=24965&postid=3806023>



Lindesberg



Alexandra Granberg
och Maria Arenvang

Vad heter ni? Alexandra Granberg och Maria Arenvang

Vilken operationsavdelning jobbar ni på? Centraloperation på Lindesbergs lasarett.

Hur länge har ni jobbat på avdelningen? 4,5 år respektive 3,5 år.

Hur länge har operationsavdelningen funnits till? Sedan sjukhuset byggdes 1961. Senaste ombyggnationen skedde 2004.

Hur många operationssjuksköterskor jobbar på din arbetsplats? 17 stycken.

Vilka yrkeskategorier har ni på din operationsavdelning? Operations-sjuksköterskor, anestesisjuksköterskor, undersköterskor samt steriltekniker.

Hur många operationssalar har ni på avdelningen? 5 st.

Vilka opererande kliniker är representerade på operationsavdelningen? Kirurg-, Ortopedkirurgiska och Kvinnokliniken samt ÖNH- och Ögonmottagningen.

Använder ni WHO:s checklista för säker kirurgi? Ja.

Praktiserar ni fika- och lunchavlösning under pågående operation? Ja, i

den mån det är möjligt, med undantag för knä- och höftplastiker.

Har ni nedskrivna rutiner för nedräkning av framtaget material? Ja, vi har ett lokalt framtaget PM.

Brukar ni som rutin följa med och rapportera patienten till postoperativa avdelningen? Inte som rutin, ofta på grund av tidbrist, men i särskilda fall gör vi det.

Vad är det bästa med din operationsavdelning? Variationen mellan olika ingrepp ger en bred kompetens samt att vi har ett bra arbetsklimat och ett bra och nära samarbete mellan alla yrkeskategorier.



Skydda det viktigaste vi har igår, idag och imorgon

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

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

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

3M™ Steri-Drape™ Operationsdrapering



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

© 3M 2013. Alla rättigheter förbehålls.



Hybridsjuksköterska

– en ”ny” och efterfrågad operationssjuksköterskekompetens

Det har på senare år skett en stadig ökning av andelen kärlkirurgiska ingrepp utförda endovaskulärt. År 2010 behandlades 58 % av alla kärlkirurgiska patienter endovaskulärt, och 2011 hade siffran ökat till 63 % (SLL, 2013). Genom den endovaskulära tekniken kan nu sjukdomstillstånd som tidigare endast kunnat behandlas i mindre omfattning eller inte alls, nu framgångsrikt behandlas. Endovaskulära ingrepp genomförs antingen på en operationssal med radiologisk utrustning och kompetens, eller på en röntgenavdelning, ett så kallat angiografiskt laboratorium. Ingreppets svårighetsgrad kräver dock en beredskap för att kunna ha möjlighet att konvertera till öppen kirurgi, och kombinationssalar, så kallade hybridsalar etableras på ett flertal sjukhus.

Hybridsal

En hybridsal är en kombination av operationssal och angiografiskt laboratorium där högavancerad kirurgi kan genomföras tillsammans med kateterbaserad röntgenstyrd intervention. Genom att ha tillgång till en hybridsal kan nya alternativa behandlingar genomföras, som tidigare inte varit optimala att utföra varken på den traditionella operationssalen eller på den radiologiska enheten (Urbanovicz, 2011). Hybridsalen kan erbjuda patienten intervention med högteknologisk radiologisk utrustning och kompetens under optimala aseptiska förhållanden.

Hybridsjuksköterska – den ”nya” specialiteten inom operationssjukvård

På hybridsalen arbetar i dagsläget personal från både radiologisk avdelning och från operationsavdelning. Det är således röntgensjuksköterskor och operationssjuksköterskor som interprofessionellt behandlar patienten

tillsammans. För optimalt nyttjande av kompetens och för att säkerställa kvaliteten på denna högavancerade vård som utförs på en hybridsal har behovet av en så kallad ”hybridsjuksköterska” identifierats. Det är en sjuksköterska som besitter kompetens både för intervention och öppen kirurgi, det vill säga är dubbelkompetent inom både radiologisk omvårdnad och operationssjukvård. Stockholms Läns Landsting har två av landets tre största kärlkirurgiska enheter med över 2100 ingrepp/år, med en förväntad ökning om fem till sju procent per år. Stockholms Medicinska Råd har i sin årsrapport från 2012 identifierat ett behov för Stockholms Läns Landsting om tio stycken hybridsjuksköterskor fram till 2018 för att kompetensförsörja det framtida personalbehovet. I dagsläget saknas kompetensen av hybridsjuksköterskor helt (SLL).

Södersjukhusets initiativ

Mot bakgrund av den stora ökande andelen endovaskulära ingrepp tillsammans med det identifierade behovet av hybridsjuksköterskor har nu Kirurgoperation på Södersjukhuset i Stockholm påbörjat ett kompetenshöjande initiativ. Två operationsjuksköterskor, Anna Vestergren och Linda Wikström, har i januari 2014 startat kompletterande studier på röntgensjuksköterskeprogrammet vid Luleå Tekniska Universitet, för att erhålla dubbelkompetens och bli Södersjukhusets första hybridsjuksköterskor. Anna och Linda, som har mångårig erfarenhet av att arbeta på Södersjukhusets hybridsal, ser denna kompletterande utbildning som en möjlighet att utvecklas i sitt arbete som operationssjuksköterskor och som ett viktigt steg i att förbereda sig för de kompetenskrav framtidens operationssjukvård kommer att ställa. Linda berättar att hon alltid tyckt att det varit roligt att hantera ledare, ka-

tetrar och arbeta med genomlysning och har fascinerats av den endoskopiska verksamheten, av hur mycket det går att göra med minimal invasiv teknik. Anna betonar också vikten av att lära sig nya saker och att utvecklas: *”Jag gillar innovation och att inte veta vart ingreppet ska ta vägen” och det kommer att bli väldigt roligt att vara en del av framtiden.”*

Både Linda och Anna har en del funderingar kring hur de som hybridsjuksköterskor kommer att bemötas i verksamheten, att de kanske kommer att ses som ett hot av den personal som idag arbetar på hybridsalen. De understryker dock att hybridsjuksköterskan inte bör ses som en konkurrent, utan att de innehar en funktion som skulle kunna lyfta verksamheten



Hybridsalen på Södersjukhuset

och fördjupa förståelsen och samarbetet mellan operationssjuksköterskorna och röntgensjuksköterskorna i det dagliga arbetet kring patienten. De vill också poängtera betydelsen av att det i dag råder ett välfungerande arbetsklimat och ett gott samarbete mellan de två klinikerna, och personalen ställer sig positiva till detta utbildningsinitiativ. Anna och Linda efterlyser också ett liknande initiativ från den radiologiska verksamheten. De nämner styrkan i teamet med att kunna ha samma formella utbildning men olika bakgrund.

Men vägen till detta utbildningsprojekt har varit lång. Från början var önskemålet att gå en kortare kompletteringsutbildning vid Karolinska Institutet, men på grund av rådande ekonomiska förhållanden var kostnaden för denna uppdragsutbildning alltför stor. I stället har Anna och Linda påbörjat den reguljära treåriga utbildningen till röntgensjuksköterskor 180 hp, men de kommer att ansöka om att få tillgodoräkna sig ett flertal omvårdnadskurser som anses vara likvärdiga med de kurser de redan har i och med sin sjuksköterskeexamen. Kirurgoperation på Södersjukhuset stöttar utbildningen med att finansiera resor och uppehälle vid de Campusförlagda föreläsningdagarna i Luleå, samt ge tio procents betald studietid utöver de

obligatoriska studiedagarna. Initiering av dubbelkompetenta hybridsjuksköterskor på hybridsalar med högteknologisk, högavancerad vård anses kunna höja patientsäkerheten och förbättra det interprofessionella samarbetet kring denna komplexa, ofta multisjuka patientgrupp. Södersjukhusets initiativ är unikt och ett spännande steg in i framtidens operationssjukvård och operationssjuksköterskans specialitet. Gun Löfgren, vårdenhetschef på Kirurgoperation, berättar att hon ser med spänning och tillförsikt fram mot denna utveckling och är både glad och stolt över att två operationssjuksköterskor från hennes avdelning påbörjat sin väg mot dubbelkompetens. Hon fortsätter med att belysa behovet av denna utökade kunskap och att det även är en möjlighet för den enskilda operationssjuksköterskan att fördjupa och vidareutbilda sig inom sitt yrke. Som vårdenhetschef ser Gun ett allt större behov av operationssjuksköterskor som även har en radiologisk utbildning och hon tror att Södersjukhusets initiativ ligger helt rätt i tiden: *"Inom de närmaste åren behöver vi satsa i högre grad på s.k. hybridsjuksköterskor eftersom framtida operationer troligen i allt större utsträckning kommer att innehålla både traditionell operationsteknik och mera intervention."*



Gun Löfgren, vårdenhetschef på kirurgoperation

Peter Gillgren, överläkare och kärlkirurg med stor erfarenhet av "hybridkirurgi" på Södersjukhuset, betonar också den snabba utvecklingen inom sjukvården och i synnerhet inom kärlkirurgin. Han ser en framtid där en stor del av de kärlkirurgiska ingreppen kommer att ske med en kombinerad öppen operationsteknik tillsammans med kateterledd röntgenteknik. Denna kombination kräver avancerade hybridsalar som nu finns färdigställda eller är under uppbyggnad på ett flertal ställen i Sverige. Personalkompetensen på läkarsidan finns också för att kunna utföra dessa ingrepp. Däremot, påpekar Peter, saknas det välutbildade sjuksköterskor med dubbelkompetens. Han menar att det är av yttersta vikt att det planeras för ett sådant utbildningsinitiativ på samtliga större kärlkirurgiska kliniker. På frågan hur Peter ser på Södersjukhuset som föregångare för detta utbildningsinitiativ med två blivande hybridsjuksköterskor under utbildning utbrister han *"Jag är överlycklig för detta"*.

Framtiden för hybridverksamheten på Södersjukhuset ser ljus ut, speciellt med tanke på att det år 2018 planeras stå färdigt två hybridsalar i det nya operationshuset som ska byggas. Med detta utbildningsinitiativ kommer det att finnas möjlighet att bemanna salarna med hybridsjuksköterskor. •

Urbanowicz, J. (2011). The Hybrid Suit – Sweet. *Journal of Radiology Nursing*, 30(2); 62-66

Fakta: Ann-Mari Fagerdahl Leg. Operationssjuksköterska, Medicine doktor, Utvecklingssamordnare, Kirurgkliniken, Södersjukhuset.





Rapport

Chefsnätverksmöte

 den 13 mars

Per Wahlenius, ansvarig för nätverket för chefer i operationsverksamheter, hälsade så många som 34 deltagare välkomna till mötet på Clarion Sign i Stockholm, denna härliga vårvinterdag.

Inbjuden gästtalar denna dag var Stefan Gunnarsson, som vi tidigare haft glädjen att lyssna på. Stefan arbetar mycket med grupputveckling och ledarskapsutveckling och utbildar också i den goda konsten att ge feedback.

Dagens tema var konflikter och hur vi hanterar dessa. I uppdraget som chef kan konflikthantering vara något som tar mycket tid i anspråk.

På frågan "Vad tycker du är svårt med konflikter och konflikthantering?" listade vi några punkter:

- lätt att det blir sak och person
- svårt att välja vilka konflikter man ska ta
- vara opartisk i en konflikt
- mycket som hamnar i knät på chefen, kommunikationsbrister
- svåra samtal, svåra personer
- inte springa på bollen på en gång
- innan det når mig kan det ha fått stora proportioner
- personer som är i konflikt måste inse sin del i den
- inbyggd i hierarkiska organisationer
- små grupper kan vara svårare, då chefen är närmare
- hitta kärnan i konflikten

Stefan belyste några viktiga faktorer när det gäller konflikthanteringen. Avsaknad av kommunikation är vad de flesta konflikter handlar om och det är inte konflikterna i sig som är problemet utan hur vi hanterar dem. Det är viktigt att vårda relationerna och visa respekt för varandra – skilja på sak och person. Respekt för var-



Clarion Sign

andra, kommunicera med varandra – då kan en vision och en värdegrund skapas. För alla behöver inte vara lika och tycka lika för att vi ska kunna fungera tillsammans och göra ett gott jobb. Många konflikter beror på att balansen rubbas på något sätt, man har svårt att se sin egen del i konflikten – polarisering, dvs. det är bara den andre det är fel på. Båda måste bidra för att en konflikt ska knytas upp och landa i en överenskommelse om hur vi ska ha det framöver.

Några faktorer för en framgångsrik konflikthantering är:

Vi är varandras arbetsmiljö och påverkas av varandra.

*Tala till varandra och inte om varandra
Skilj på sak och person*

Använd mer jag-budskap istället för du- och man-budskap

Säg ditt beteende istället för du

Ägna inte mer än 3 minuter per person åt orsaken till konflikten; sen



Chefsdialog



ska samtalet komma in på vad som krävs för att komma framåt – för det är framåt vi ska!

Ingen konflikt löses av att vi ältrar!

För den som önskar, titta på hemsidan www.feedbackakademin.se eller får man kontakt med Stefan på hans adress: stefan.gunnarsson@feedbackakademin.se

Vi hade också tid till vårt förfogande för dialog i mindre grupper, vi samtalade om rekryteringsproblematiken i landet, löneutvecklingen, hur vi får operationssjuksköterskeyrket mer synligt och attraktivt, hur samverkan med andra kompetenser, t.ex. steriltekniker, kan underlätta i arbetet, hur och var operationsledning diskuteras och organiseras. Många platser bygger om eller till eller omorganiseras, frågan är hur det gagnar yrkesutövningen, ska man sektioneras eller vara mer allround var en fråga som vi också samtalade om i grupperna. Att arbeta som chef kan innebära att man ska vara psykolog, medspelare och byggkonsult. Alla har inte tillgång till mentorskap, coaching för chefer eller handledning, vilket borde vara en självklarhet!

Dagen avslutades med en uppmaning till alla chefer och ledare inom operationssjukvården att delta på chefskonferensen den 28 november i samband med Riksföreningen för operationssjukvårds jubileumskongress på Stockholm Waterfront den 27 - 28 november. Boka in dessa datum och kom du med, till dagar fyllda med inspirerande talare och utvecklande samvaro! ●

Nya kollegor

Riksföreningen vill gratulera följande nya kollegor till, examen inom Specialist-sjuksköterskeutbildningen inriktning operationssjukvård i januari 2014.

Grattis!

Umeå Universitet, Institutionen för omvårdnad

Kursansvarig: Harrieth Söderström, univ adj



Bakre raden från vänster: Saidy Lundberg, Julia Sandlén, Linda Skarin, Ida Eldebrant, Regina Mårtensson, Frida Sjölund, Elisabeth Nilsson, Madeleine Fjellström. **Främre raden:** Maria Lundström, Christine Schvarzmann, Viktoria Persson, Anna Holmström, Tanja Schliker **Sittande:** Abraraw Lehuluante och David Lindfors



Perioperativa sjuksköterskans dag

Syftet med dagen är att belysa den perioperativa sjuksköterskans avancerade omvårdnads kunskaper i en högteknologisk vårdmiljö där patientsäkerheten alltid står i fokus. Årets tema var "Be Safe – Be Seen – Be Heard"



Linköping

Text: Maria Wärnelius

Torsdagen den 13 februari fanns chansen att träffa operations- och anestesisjuksköterskor i foajén, vid cafeterian på Universitetssjukhuset i Linköping. Vi ville berätta om ett fantastiskt yrke som många vet ytterst lite om.

Vi ville också berätta om vårt teamarbete tillsammans med undersköterskor, anestesisjuksköterskor, anestesiloger och kirurger. Att vi tillsammans ansvarar för patientens omvårdnad före, under och efter en operation. Att vi som operationsjuksköterskor är "experter" inom vår specialitet och att mixen med allas specifika kunskaper i teamet känns unik.

Dagen blev mycket lyckad och redan innan vi plockat ner vår "operationssal" hade flera personer anmält

intresse till våra vårdchefer om att få komma och hospitera hos oss. Många visade också intresse för att söka till specialistutbildningen i operationssjukvård. ●

Karlskoga

Text: Inger Andersson

Vi på Operationsavdelningen, Karlskoga Lasarett tog tillfället att vara på plats i Lasarettets entré för att informera besökare, patienter och anhöriga om vår verksamhet. Vi delade ut informationsblad med fakta om hur många vi är som arbetar på operationsavdelningen, personalkategorier, antal utförda operationer/år mm.

Besökarna tittade på apparatur, instrument, implantat och vi berättade om operationsmetoder, hygien, anestesimetoder mm. Det mest populära var implantaten för höft- och knäproteser vilket de flesta var imponerade av att se. Det var återigen en uppskattad visning och vi kommer att återkomma nästa år. ●





Distriktsmöten

Skåne 13 februari 2014

Text: Eva-Lena Isaksson och Marie Avinder, distriktssamordnare Skåne

Den 13 februari träffades vi på sjukhuset i Malmö. Några personer var med för första gången – kul att se nya ansikten på distriktsmötet. In i det sista kom tyvärr avbokningar bland annat från den person som skulle fotografera och skriva artikel till Uppdukat. Så är det att ha möte efter arbetstid. Vi är trötta och är mötet på annan ort än där vi arbetar, känns det ibland som att det är svårare för en del medlemmar att komma.

Innan kvällens program startade hade vi avsatt tid för att hinna prata med varandra, njuta av sallad, bröd och kaka till kaffet samt besöka de två företag som visade en del av sina produkter, bl.a. indikatorhandskar, olika typer av säkerhetsskalpeller och knivblad. I pausen mellan program-punkterna fanns det mer tid att besöka utställningen.

Marie Afzelius informerade oss om Riksföreningen för operationssjukvård och vad som är på gång. Hon informerade om Hygienforum, att ansöka om stipendium, årsmötet, att föreningen fyller 50 år och mycket mer.

Ann Folin berättade, under två timmar, för oss om EU's direktiv mot förhindrande av stick- och skärskador. Alla som vid något tillfälle lyssnat på Ann vet att hon hinner med mycket. Tiden gick väldigt fort och vi fick en del tankeställare. Ann har föreläst om samma ämne på en del arbetsplatser i Skåne (kanske var det därför inte så lockande att komma till distriktsmötet), men det var absolut inte fel att lyssna en gång till. Det blir andra diskussioner och man hör andra saker.

Kvällen gick snabbt och vi avslutade med att påminna om Hygienforum och Höstkongressen. •

NU-sjukvården 20 mars 2014

Text: Annelie Henriksson, distriktssamordnare NU-sjukvården

Den 20 mars var det dags för mig att anordna mitt första möte som distriktssamordnare för NU-sjukvården, Uddevalla och NÄL på Riverside i Uddevalla.

Att efterträda Kerstin Thorsson som gjort ett så fantastiskt jobb under många år kändes lite skrämmande. Men med trevliga kollegor blev det ett mycket lyckat möte.

Mötet började med att alla hälsades välkomna och att vi berättade att det här mötet var inplanerat först för att fira operationssjukvårdens dag den 15 februari, men att det inte gick att få till då, utan att vi fick fira det denna dag istället.

Jag berättade om fördelarna med ett medlemskap i Riksföreningen för operationssjukvård och gav övrig information om vad som händer i föreningen.

Jenny från ConMed visade bilder och pratade kring axelartroscopier. Denna programpunkt var enligt våra önskemål, då denna grupp av patienter ökar i Uddevalla.

Stina från Mölnlycke gick sen över för att prata om de ”nya” EU-direktiven - prevention from sharp injuries in hospitals. Information vi behöver få till oss frekvent för vår egen säkerhet.

Två mycket intressanta och nyttiga föreläsningar!

Allt avslutades med en fantastisk buffé där vi fick möjlighet till trevlig samvaro.

Stort tack till Stina, Jenny och alla fina kollegor som kom på mötet och gjorde det till en trevlig kväll. •

Nya medlemmar

Välkomna!

Föreningen har under perioden 1 januari till 4 april fått 91 medlemmar välkomna!

Cecilia Andersson, Hannah Andersson, Louise Andersson, Seydi Arslan Akkurt, Helene Berg, Jonna Bergström, Marthina Bergström, Emelie Berneus, Pia Björklund, Anna Boden, Christine Bohagen, Gill Bokmark, Jonas Boström, Pernilla Brandtlund-Runsten, Karin Broman, Catharina Bårring Söderberg, Katarina Carlsson, Bodil Dalqvist, Nina Damber, Stina Edin, Parinda Edström Lee, Maria Einerth, Lydia Engfors, Helena Engvall, Susanne Falk, Camilla Feurst, Frida Fossan, Ingrid Frantz, Rita Fuchs, Christine Garbers, Helena Granroth, Jessica Gribble, Hulda Gudmundsdottir, Margareta Gustavsson, Åsa Gustavsson, Johanna Gåfvels, Jenny Haglund, Pia Hagstein, Maria Hasselgren, Anna Hauffman, Susanne Hedman, Karin Hellman, Marianne Hiller, Petra Holmberg, Ann-Christine Häggberg, Maija Högström, Heli Issakainen, Solveig Jonsson, Helena Kayondo, Malin Keller, Lena Klingener, Judit Kolumban, Annika Königsson, Sofi Lagerström, Wande Larsson, Maria Lindberg, Sofia Lindberg, Sofie Lindström, Lena Ljungström, Charlotte Malmberg, Susanne Minshull, Sara Mo, Agneta Mårtensson, Johanna Nikkinen, Jessica Nilsson, Sofie Nilsson, Annika Nordkvist, Jelen Nordlander, Katarina Olsson, Lena Pettersson, Maria Pliatsika Zatrzeni, Maria Qvistgaard, Veronica Renai, Jane Samuelsson, Gunilla Sandin, Birthe Sigvaldsen-Holmström, Linda Skarin, Maria Skoglund, Karolina Svanfeldt, Maria Svedberg, Elin Särnström, Carolina Söderback, Mia Tegelberg Bergqvist, Sofia Terkildsen, Gabriella Vigren, Camilla Vitulic, Maria Wallgren, Ann-Charlotte Westerlund, Maria Williamsson, Esmat Esmacil Zadeh och Josefin Österholm.

Ny på jobbet – att växa in i den gröna uniformen!

Kalla mig gärna naiv, men jag är uppvuxen med en bild av kirurger som grundar sig på amerikanska TV-program. Först ut var Dr Benton i Cityakuten, kommer ni ihåg? Den långa, mörke, alltid så samlade mannen. Som ringdes ner när någon hade ont i magen, han klämde lite och konstaterade: rupturerad mjälte – patienten måste till OP nu, tog tag i sängen och sprang upp till ett väntande operationslag. Några år senare var det Greys anathomy som gällde. McDreamy och McSteamy, som hade tid med intrikata kärleksförhållande och valde assistenter till det aldrig-tidigare-utförda neurokirurgiska ingreppet utifrån vem de just hade eller inte hade umgåtts med i något linneförråd. Hur fånigt den än låter så var detta mina referenser när jag började läsa till operationssjuksköterska. Naturligtvis hade jag stött på många kirurger under min tid som avdelningssköterska på en colorektal-avdelning. Men innanför de magiska dörrarna, på plan 2 på OP – dit hade jag aldrig kommit.

Den allra första operation som jag fick uppleva som student var en knepig laparoscopisk galla. Jag minns det tydligt, från mitt hörn där jag placerats på en pall med uppmaningen: ”gör ingenting – rör ingenting”! Allra tydligast är minnesbilden av kirurgen. Han råkade osterila sin axel och rygg och fick därför en 75:a-duk fäst på sina axlar. För mig var han sinnebild av en äkta hjälte, en livräddare som superhjalteaktigt flaxade runt med en grön cape. Gallan tog 4 timmar och grundmurade min respekt för ingreppet. Men operationen lyckades, tack vare en envis kirurg i cape och där grundmurades också min respekt för kirurger.

Men är det en sann bild? Är de i klass med Stålmannen eller Will Smith i Independence Day? Som ny operationssjuksköterska är det lätt att få



den uppfattningen. Och det är lätt att genast kika upp på piedestalen, underkasta sig, falla in i rollen som den som servar. Den första tiden var jag så nervös och osäker att jag gjorde allt för att behaga. Jag var bara glad om det blev rätt och jag inte förstörde eller ställde till med besvär. Men ju längre tiden går, börjar det klia mer och mer i mig. Frustrationen ökar – men vi då? Vårt arbete? Vår profession? När blir den synlig? För det är sällan så akut att vi måste springa med patienten i hissen. Snarare är det timmar efter timmar med dissektion kring en tumöröversväxt pankreas. Eller en perforerad blindtarm, där det petas och petas med långa laparoskopiska instrument. Vi jobbar sida vid sida. Rollen att spela andra-fiolen är så given. Varje dag krattar jag manegen, dukar upp till bords, ger operatören minsta möjliga arbetsyta där hen ska utföra sitt stordåd. Försöker ligga steget före – underlätta, suga,

torka, räcka fram. Det måste vara så. För kirurgerna ÄR hjältar – de botar människor från cancer, de återställer det vanställda. De förlöser barn och räddar liv. De är outhärliga. När deras jobb är klart står jag med röran, blodiga instrument och intrasslade kablar. De skulle klara sig utan sin operationssjuksköterska. Men det skulle inte bli lika bra. Och det där lika bra önskar jag skulle bli mer synligt. Förståelsen för lagspelarna. Det är inte bara målen som räknas.

Kirurgerna är hjältar, men de är också människor, helt vanliga människor med svagheter, styrkor och karaktärsdrag. Jag har stått bredvid leverkirurgen som kräver 100 % kontroll – av dig, av teamet, men framförallt av sig själv. Det är svettiga timmar, men oh så inspirerande. Jag har stått bredvid akutläkaren som är så snabb att portarna är på plats innan vi andra hunnit ta två andetag. Jag har stått bredvid norrlänningen som kallar alla på teamet för kamrater och får 9 timmars pankreaskirurgi att kännas som en härlig fika i ett ombonat kök. Vår arbetsmiljö är så unik, därför att vi står så nära varandra både fysiskt, men också i en unik beroendesituation. Allting måste fungera. Det här är allvar. Inte mycket i världen är på liv och död – inte OS-finalen i ishockey, inte räntesatser, inte val till riksdagen. Men vårt yrke och vårt verk tillsammans med kirurgerna handlar exakt om liv och död. Därför är jag fortfarande så förbannat ödmjuk inför kirurgernas kunskap. Därför blickar jag fortfarande upp mot deras piedestal. Men därför vill jag också synliggöra operationssjuksköterskans unika kunskap, vårt expertområde och vår stora betydelse i hela operationsverksamheten.

För vi är en stor del i det som händer. Varje dag. ●

Den klassiska handdesinfektionen som vårdar dina händer.



Skydda dina patienter och dig själv!

Sterillium® classic pure –
skyddar händer som vårdar.
Handdesinfektion utan färg och parfym.

Sterillium® classic pure är godkänd för både preoperativ
och hygienisk handdesinfektion.

Nu också 1-litersflaska!

BODE Chemie GmbH
Research for infection protection.
www.bode-science-center.com

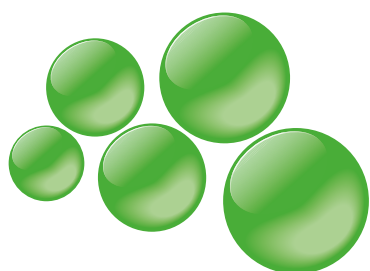


POSTTIDNING B

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



GULDSPONSORER



MÖLNLYCKE
HEALTH CARE



SILVERSPONSORER



AVIDICARE

Johnson & Johnson
Nordic

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

 COVIDIEN
positive results for life™

BERNER
MEDICAL

ONEMED
Sverige AB

toul
meditech

KEBOMED 