

Uppdukat

Nr 1 februari 2016 årgång 28





Hygienforum

26 – 27 maj 2016, Sheraton Stockholm Hotel

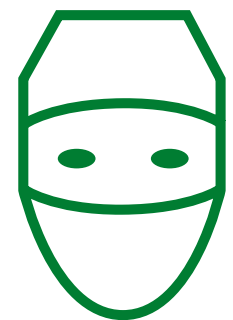
Riksföreningen för operationssjukvård inbjuder till Hygienforum i Stockholm. Forumet är öppet för alla med intresse för vårdrelaterade hygienfrågor.

Preliminärt program

- ✓ Har operationssjukvården någon nytta av infektionsverktyget?
- ✓ Rekommendationer kan minska postoperativa infektioner
- ✓ Sepsis – vår tids okända folksjukdom
- ✓ Att drabbas av sepsis – och överleva
- ✓ Huddesinfektion
- ✓ Is the increased use of the cellphones in the operating room a risk for the handhygiene
- ✓ Arbetar du säkert för att förebygga stick- och skärskador?
- ✓ Rengöring och Desinfektion av ytor i vårdmiljö
- ✓ Konsekvenser och upplevelser av MRSA i vardagslivet och i sjukvården
- ✓ Hygienforum -en paneldialog om aktuella hygienfrågor

Inbjudan skickas ut senast under vecka 11 med mer information om Hygienforum och presentation av föreläsningarna.

Mer information och anmälan på www.rfop.se



Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

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

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild

Annika Sandelin

Foto:

Mia Engman Hyrén

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Inger Andersson
Marie Afzelius
Ingrid Andersson

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

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

Innehåll

Uppdukat nr 1 2016 årgång 28

Redaktionens ord...sid 4

Redaktionen tipsar...sid 6

Hygienfrågan...sid 8

Urinblåsan – viktigare
än du tror!...sid 9

Min operations-
avdelning...sid 12

Om, kirurgisk rök och
operationssjuksköterskans
arbetsmiljö...sid 13

Höstkongressen...sid 20

Porträttet...sid 22

Patientsäkerhets-
projekten....sid 24

Rekommendationer från
PRISS expertgrupper....sid 25

Föreningsnytt...sid 26

sid 22



sid 31



sid 34



sid 20



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

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

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

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

Foto: Peo Sjöberg



Så var den på plats, Uppdukat nr 1 2016. Jag blir alltid lika imponerad av att vi år efter år, nummer efter nummer har en tidning färdig att skicka ut till er alla. Jag tänker på de gånger vi sitter och svettas och funderar på om vi överhuvudtaget ska få ihop material så att det är värt att trycka. Och till detta nummer hade vi det angenäma problemet att ha för mycket material och måste lyfta bort vissa artiklar till nr 2. Jag tolkar detta som att vi trots den tajta, tuffa vardagen orkar engagera oss i t.ex. patientsäkerhetsprojekt, deltar i möten och kongresser för att utvecklas och få ny kunskap.

En trend som många föreningar i Sverige ser är att de minskar i antal medlemmar samt i antalet som är aktiva, det är med glädje vi i styrelsen för Riksföreningen för operationssjukvård kan konstatera att vi bryter den trenden. Vi har under många år ökat och eller haft samma medlemsnivå d.v.s. strax under 1 800, vår utmaning 2 000 medlemmar är inom räckhåll! Dock vad är det som gör att vi väljer att vara medlem och eller aktiv i en förening? Jag var på ett möte med andra riksföreningar på svensk sjuksköterskeförening där vi pratade om just detta, hur får vi sjuksköterskor att välja just vår förening? Och helst både sin egen specialistförening och svensk sjuksköterskeförening som är vår övergripande

professionsförening. Vad har du för tankar om detta? Vad är det som gör att just du väljer att vara medlem i Riksföreningen för operationssjukvård? Skriv gärna och berätta för oss eller hör av dig så kan vi skriva om det.

Under Höstkongressen frågade redaktör Inger Andersson ett antal deltagare vad som var det bästa med vårt yrke, med Höstkongressen samt med Chefsnätverket. Vi kommer att publicera några svar per nummer under 2016.

I detta nummer kan du t.ex. läsa om vad som händer på olika platser i Sverige då vi har åtta rapporter från olika distriktsmöten. Två populärvetenskapliga artiklar, patientsäkerhetsprojekt, ny i kvalitetsrådet samt mycket mer finns också med.

Kom ihåg Hygienforum, 26 – 27 maj är det dags igen. Inbjudan skickas ut senast vecka 11, fast anmälan är öppen redan nu och det går bra att anmäla sig.

För dig som är chef eller ledare på operationsavdelning har vi nätverksträff den 17 mars i Stockholm. Saknar du en inbjudan? Hör av dig till Veronica Dahlgren ansvarig för nätverket: veronica.dahlgren@sodertaljesjukhus.se.

Vi behöver fler redaktörer, kan det vara du?

Är du intresserad av att skriva, redigera texter m.m. hör av dig till: rfop@rfop.se så får vi boka en tid och prata mer om vad det innebär.

Till sist vill jag tacka alla som kontaktar oss med tips och idéer och skriver till Uppdukat, fortsatt gärna med det.

4TH CONGRESS

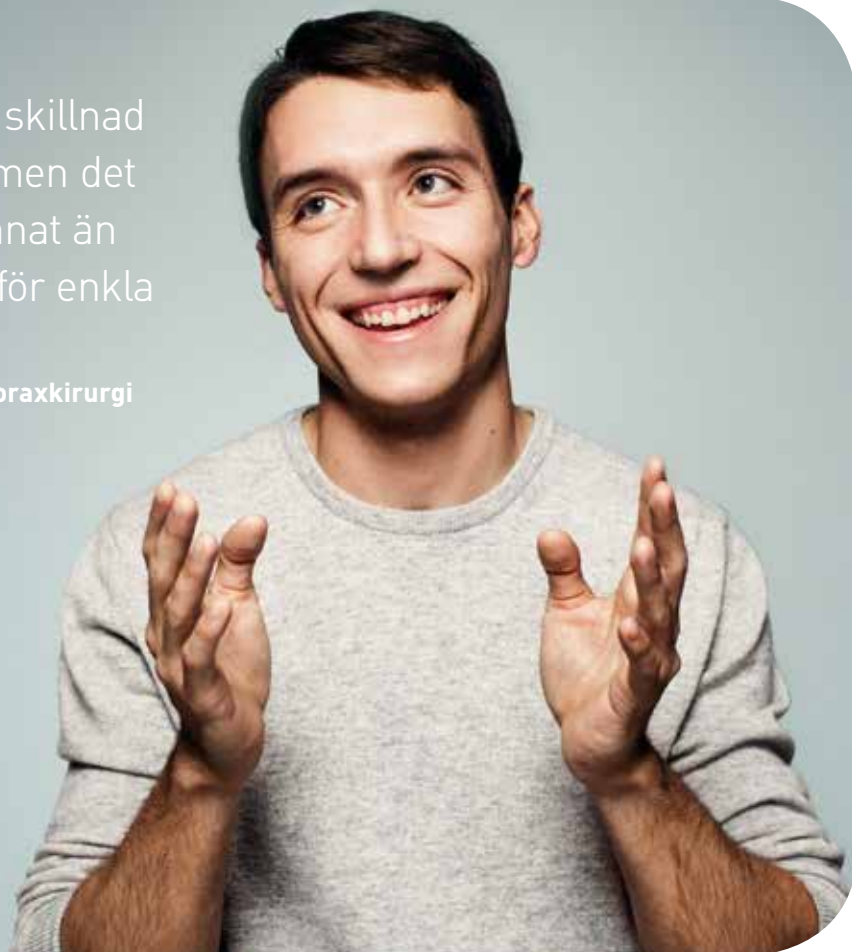
COPENHAGEN 2016
27-28 OCTOBER

PERI-OPERATIVE
NURSES IN
EDUCATION
AND PRACTICE

FORNA, SSKF, and other logos are visible at the bottom.

■ ■ Jag noterade en liten skillnad i fingertoppskänslan, men det är inte tal om något annat än dubbla handskar framför enkla handskar.

Mikael Barbu, ST läkare inom Thoraxkirurgi



Nya Biogel® PI Micro Indicator System Syntetisk polyisopren



20% tunnare
för en bättre
fingertoppskänsla



Vill du veta mer om Biogel PI Micro Indicator System, kontakta din lokala Produktspecialist.

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg.
Tel. 031-722 30 00. info.se@molnlycke.com

Namnet Mölnlycke Health Care och logotypen och Biogel® är registrerade globalt och tillhör något av företagen inom Mölnlycke Health Care-koncernen. Copyright (2015).

 **Biogel®**

 **MÖLNLYCKE
HEALTH CARE**

Attractive Work - Nurses' work in operating departments, and factors that make it attractive

Redaktionen gratulerar operations-sjuksköterskan Catrine Björn som i dagarna försvarat sin avhandling vid Uppsala universitet och därmed erhållit filosofie doktorsexamen. Avhandlingens titel är "Attractive Work - Nurses' work in operating departments, and factors that make it attractive". Disputationen ägde rum den 8 januari 2016 på Gävle sjukhus, där Catrine också arbetar. Arbetet är en sammanläggningsavhandling och innehåller fyra vetenskapliga artiklar. Avhandlingen är skriven på engelska med sammanfattning på svenska. Fakultetsopponent var professor Lotta Dellve från Högskolan i Borås, Sektionen för arbetsliv och välfärd.

Abstract: Björn, C. 2016. Attractive Work. Nurses' work in operating departments, and factors that make it attractive. *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 1164. 74 pp. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. ISBN 978-91-554-9420-9.

Sidantal: 74

Författare: Catrine Björn, RN, MSc, PhD-student

Handledare/Medförfattare: Malin Josephson, RN, PhD, Associate Professor,

Barbro Wadensten, RN, PhD, Associate Professor

Dag Rissén, RPT, PhD, Research Advisor

Eva Lindberg Boström, RN, PhD

Magnus Lindberg, RN, PhD, Senior Lecturer

I Studie I var syftet att beskriva operationssjuksköterskors uppfattning om arbetet utifrån deras eget perspektiv. 15 stycken operationssjuksköterskor, verksamma vid två sjukhus intervjuades. Tre aspekter av fenomenet "operationssjuksköterskans arbete" framträdde. Aspekterna var; "Att uppnå kontroll över situationen genom att ha framförhållning och ligga steget före", "Möjligheten till gott samarbete sker genom att vara uppmärksam på uttalade och uttalade önskemål och behov hos patienten och hos alla medlemmar i operationsteamet, framför allt kirurgen", och "Genom att medverka vid många operationer utvecklas operationssjuksköterskan inom sitt yrke".

I Studie II anpassades och testades enkäten "Attraktivt arbete" (Attractive Work Questionnaire). Studien genomfördes vid fyra operationsavdelningar på fyra sjukhus i ett landsting i mellersta Sverige, 147 specialistsjuksköterskor och undersköterskor verksamma inom operationsavdelningarna besvarade enkäten. Enkäten är utvecklad och prövad inom industrin men har inte tidigare vetenskapligt prövats inom hälso- och sjukvården. Den ursprungliga enkäten innefattar områdena: Arbetsförhållanden, Arbetets innehåll och Arbetstillfredsställelse. Till detta lades nu frågor om arbetsengagemang, arbetsförmåga och självskattad hälsa, frågor som tidigare använts i studier om sjuksköterskors arbete. För att testa validiteten beräknades faktoranalys inom respektive område: Arbetsförhållanden, Arbetsinnehåll och Arbetstillfredsställelse. Resultatet visade en överensstämmelse med den ursprungliga enkätens faktorer.

I Studie III analyserades operationspersonalens svar från den modifierade enkäten i studie II. Analyser genomfördes för att identifiera hur viktiga olika faktorer var för attraktivitet, och hur väl man upplevde att faktorerna stämde överens med ens nuva-

Catrine Björn disputerar



rande arbetsmiljö. I studien framkom att de tre faktorerna Relationer, Ledarskap och Status var viktigast för arbetets attraktivitet. De tre faktorerna med störst skillnad mellan hur viktig faktorn skattades för arbetets attraktivitet och hur detta stämde överens med det nuvarande arbetet var: Lön, Organisation och Fysisk arbetsmiljö. Det fanns ett positivt samband mellan arbetsengagemang och attraktivt arbete. Resultaten visar även att ju större arbetsengagemang och ju äldre sjuksköterskorna var desto mer uppfattade de sitt arbete som attraktivt.

I Studie IV var syftet att beskriva hur chefer, specialistsjuksköterskor och undersköterskor tolkade organisatoriska och dagliga mål, samt förutsättningarna att utföra arbetsuppgifter och nå uppsatta mål i det dagliga arbetet. Studien omfattade verksamheten vid centraloperation på ett länsjukhus. Datainsamlingen bestod av enskilda intervjuer med länsverksamhetschefen samt vård-

hetscheferna och gruppintervjuer med specialistsjuksköterskor, och undersköterskor. Dessutom genomfördes en granskning av måldokument och statistik över antalet planerade, akuta och inställda operationer. Resultatet visade att det var operationsprogrammet snarare än målen för organisationen som styrde det dagliga arbetet på operationsavdelningen. Programmet var i sin tur ofta alltför optimistiskt planerat och personalen saknade till stor del inflytande över programmet. Det visade sig även att både operationspersonal och chefer till viss del saknade kunskaper om organisationens mål och att målen inte heller alltid var förenliga med de dagliga målen för arbetet på avdelningen.

Vad kan denna avhandlings resultat tillföra operationssjuksköterskans arbete?

Bristen på specialistsjuksköterskor inom operationssjukvården är problematiskt då anestesi- och operationsjuksköterskor är högt specialiserade

och inte kan ersättas av allmänsjuksköterskor utan speciell utbildning och erfarenhet. Catrines avhandling är därför högaktuell och bidrar på flera sätt till en ökad förståelse omkring problemet med bristen på specialistsjuksköterskor på operationsavdelningar. Avhandlingen visar att förbättringar behövs inom områden som organisation, lön och den fysiska arbetsmiljön. Den beskriver också att organisationer kan ha mål som är oklara och oförenliga med specialistsjuksköterskans dagliga mål för arbetet på en operationsavdelning. Ett av Catrines egna handfasta förslag är att ge operationspersonalen större inflytande över t.ex. operationsprogrammet.

Vill du veta mer om avhandlingen och dess innehåll kan du kontakta: Catrine Björn på: catrine.bjorn@regiongavleborg.se

Avhandlingen i sin helhet finner du här: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:873053/FULLTEXT01.pdf> •



Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Personal med mustasch/skägg har funderingar angående val av mössor och vad gäller på operations-salen, ska mustaschen alltid vara täckt av munskydd?

Svar: Det finns ingen nationell riktlinje kring denna fråga. Skägg täcks med fördel med en mössa med dok och specialmunskydd som täcker bra. För personal som hanterar sterilt material ska allt hår täckas. Mustaschen sitter under näsan och näsan ska täckas av munskydd.

Fråga: Finns det något nationellt krav, hygienmässigt, hur personalkläderna ska var utformade på operation? Finns det krav på olika material beroende på ex. implantatkirurgi eller ej?

Svar: Standardisering arbetskläder operationsavdelning pågår och kommer harmoniera med specifikationen TS 39:2015. Målet är att inte sprida hudflagor från personal ut i operationsrummet. Hur textilen är vävd och dess genomsläpplighet för partiklar har betydelse. Vid "infektions-

känslig kirurgi" ska all personal, även tillfällig person använda specialarbetsdräkt (Clean Air Suit). Den finns som både engångs eller flergångsplagg och har muddar. Se vårdhandboken "Personalföreskrifter på operationsavdelning"

Fråga: Odlingar eller luftmätningar på operationssalar. Behöver det göras, hur gör man och hur ofta i så fall. Finns det en rekommendation från hygien?

Svar: Enligt specifikationen TS 39:2015 rekommenderas att luftprovning med Satorius utförs vid installation och vid förändring av ventilationssystem. Därutöver vid misstanke om postoperativa infektioner som kan bero på operationsmiljön. Tillvägagångssättet är bra beskrivet i TS 39:2015. Fastighetsavdelning på sjukhus utför periodiskt underhåll samt byter regelbundet ventilationsfilter. Luftflöden registreras kontinuerligt. Fråga gärna efter protokoll på utförd mätning.



Gunnar Hagström

Fakta: Inga Zetterqvist, rikshygien-sjuk-sköterska, Folkhälsomyndigheten, ansvarig för Uppdukats hygienfrågespalt, samt Hygien-sjuksköterska Gunnar Hagström Universitetssjukhuset Örebro svarar på frågor.

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

BOKA REDAN NU!

9:e Hygienforum

26 – 27 maj 2016, Stockholm Sheraton

www.rfop.se



Urinblåsan – viktigare än du tror!

Urinvägsproblem i samband med sjukhusvård är tyvärr vanligt och kan för den enskilda patienten innebära långvariga besvär som påverkar livskvalitén. Patienter som opereras utsätts för många riskfaktorer för urinretention, vilket kan leda till både övertänjningsskador på urinblåsan och kateterrelaterade skador av urinvägarna. Hur kan vi minska risken för patienterna att drabbas av dessa vårdskador i samband med operation?

Kateterrelaterade skador på urinvägarna

Den i särklass vanligaste komplikationen till kateterbehandling är vårdrelaterad urinvägsinfektion (VUVI) som dessutom är en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna i Sverige. Kvarliggande kateter (KAD) orsakar ca 80 % av dem och uppskattningsvis leder var 1000:e kateterinläggning till dödsfall. Strikta indikationer för kateterbehandling, korrekt katetervård och begränsad behandlingstid är olika åtgärder för att undvika att kateterbehandlingen leder till infektioner. Urinretention och ofullständig blåstömning kan leda till VUVI och att diagnostisera, behandla och förebygga urinretention är därför viktiga åtgärder för att minska VUVI (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011).

Kateterisering kan även orsaka skador på urinrör och intilliggande vävnader. Vid hårdhänt forcering, framför allt på män, kan kateterspetsen penetrera urinröret och orsaka en falsk gång ("via falsa") vilket kan bidra till att katetern lätt hamnar fel även vid nästa kateteriseringsförsök. Urinröret kan även skadas om kateterballongen fyllts för tidigt, det är därför av yttersta vikt att katetern förs in tillräckligt långt (på män ända in till delningsstället) och att urinretur säkerställs innan ballongen fylls. Skadan på urinröret läker med ärrbildning och uretrastrikturer kan bildas vilket medför urintömningssvårigheter för

patienten och kateteriseringsproblem (Schönebeck, 1997).

Risken för skador på urinvägarna i samband med kateterisering måste alltid vägas mot risken att få en övertänjd urinblåsa på grund av bristande åtgärder vid urinretention. Se bild 1.

Bild 1.



Urinretention och blåsovertänjning

Både en orsak och en följd av blåsovertänjning är urinretention ("urinstämma") som innebär att blåstömningen inte sker alls eller är ofullständig med residualurin mer än eller lika med 400 ml (Hansen et al., 2011; Johansson et al., 2013). Urinretention är en vanlig komplikation till sjukhusvård, speciellt vid akuta och smärtsamma tillstånd. När urinvolymen överstiger ca 150 ml aktiveras sträckreceptorer i blåsväggen och vi känner oss kissnödiga. Då blåsan är fylld med ca 300 ml är förmågan till tömning optimal, därefter minskar tömningsförmågan. Vid stigande blåsvolymer blir det allt svårare att tömma blåsan och till slut tänjs blåsväggens muskelfibrer för kraftigt och förlorar helt förmågan att dra ihop sig – blåsan kan inte tömma sig.

Urintömningsproblemen kan kvarstå i alltifrån några timmar, dagar eller veckor, men ibland uppstår en kronisk skada med långvariga urintömningsbesvär, infektioner och i svåra fall livslång kateterbehandling. Tidsfaktorn är viktig, där snabb upptäckt och behandling (inom 2 timmar) av blåsvolymer mellan 500 ml och

1000 ml minskar risken för kroniska skador (Baldini et al., 2009). Om blåsvolymen överstiger 1000 ml krävs ofta långvarig kateterbehandling och kontakt med urolog eller uroterapeut för att kontrollera om blåsfunktionen återhämtar sig.

Behandling av övertänjd blåsa

En övertänjd blåsa måste tömmas snarast, i första hand genom att patienten provar att kissa själv, därefter ska en blässcanning utföras för att kontrollera eventuell residualurin. Om patienten har urinretention behöver kateterisering utföras, antingen med intermittent kateterisering eller med KAD.

Vad är bäst, KAD eller intermittent kateterisering?

Intermittent kateterisering är oftast att föredra, eftersom KAD innebär



Eva Joelsson-Alm

stor risk för vårdrelaterad urinvägsinfektion, speciellt vid behandling som överstiger 24 timmar (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011). Vid intermittent kateterisering kan patienterna återgå till normal urintömning snabbare än vid behandling med KAD och för många patienter räcker det med en eller ett fåtal kateteriseringar innan urinblåsan återfår sin funktion (Hälleberg Nyman et al., 2013).

En aktuell systematisk litteraturöversikt och metaanalys har dock visat att KAD under högst 24-48 timmar i samband med höft- och knäartroplastiker minskar risken för urinretention

utan att öka risken för urinvägsinfektion jämfört med intermittent kateterisering (Zhang et al., 2015).

Kroniska skador av blåsövertänjning

Om patienten får en bestående blåsmuskelskada på grund av övertänjning, finns idag ingen medicinsk eller kirurgisk åtgärd som kan återställa urinblåsans funktion. För patienten kan detta innebära livslångt behov av kateterbehandling.

Förlust av normal blåsfunktion påverkar livskvaliteten och kan upplevas

som ett hot mot den fysiska och den sociala identiteten. Rädsla för att lukta urin, nödvändigheten av att ha tillgång till en ren toalett och beroendet av tidsbestämda kateteriseringar gör att många undviker resor och sociala aktiviteter (Shaw et al., 2008). Urinvägsproblem förknippas ofta med skam vilket leder till att mörkertalet är stort – många drabbade söker inte hjälp för sina problem.

I en svensk intervjustudie med 20 patienter med en konstaterad blåsskada genom övertänjning, visade resultatet att urinvägsbesvär efter blåsövertänjning innebär både praktiska och sociala begränsningar av vardagslivet, lidande och en stark oro för framtiden. Alla deltagare hade haft problem med återkommande urinvägsinfektioner och i vissa fall även urosepsis. Kunskapsbrister hos personalen, bristande rutiner, misstro och dålig kommunikation mellan patient och vårdpersonal var bidragande orsaker till att vårdskadan uppkommit (Joelsson-Alm et al., 2014).

En del patienter återfår så småningom en viss funktion hos urinblåsan och kan minska eller avsluta kateterbehandlingen, men får ofta kvarstående besvär i form av oförmåga att känna sig kissnödig, långsam urintömning, residualurin och därmed återkommande urinvägsinfektioner.

Nationella rekommendationer för att undvika blåsövertänjning

En bidragande orsak till blåsövertänjning vid sjukhusvård är bristande övervakning av urinblåsans volym hos patienter med risk för urinretention. En övertänjningsskada kan därför klassas som en vårdskada, en undvikbar skada som orsakats av hälso- och sjukvårdens bristande rutiner. Patienterna har ofta svårt att själva känna om de behöver kissa och det är därför vårdpersonalens ansvar att hjälpa patienterna att övervaka blåsvolymen.

Idag finns nationella rekommendationer i form av ett nytt kapitel i Vårdhandboken som beskriver blåsövervakning i samband med sjukhusvård. Alla patienter bör bedömas avseende risk för urinretention, och finns allmän risk eller specifik risk (t ex operation) ska patientens tömningsförmåga kontrolleras och åtgärder som blåsövervakning sättas in enligt schema i Vårdhandboken, se faktaruta. •

Utdrag från Vårdhandbokens kapitel "Blåsövervakning vid sjukhusvård" (Joelsson-Alm & Thulin, 2015)

Blåsövervakning i samband med operation

- Patienten ska tömma blåsan på vårdavdelningen så nära transport till operationsavdelning som möjligt
- Blåsscanning ska göras före anestesistart:
 - om blåsvolymen överstiger 200 ml bör patienten tömma blåsan och åter blåsscannas
 - om blåsvolymen därefter överstiger 200 ml sätts en KAD efter läkarordination
- Om operationstiden blir oväntat lång bör blåsscanning göras på patienter utan KAD när högst 3 timmar gått sedan den preoperativa blåsscanningen. Tänk på möjligheterna att använda sterilt ultraljudsskydd.
- Blåsscanning ska göras vid ankomst till uppvakningsavdelning och upprepas varje timme tills blåstömning skett.

Om patienten bedöms ha hög risk för urinretention bör perioperativ KAD sättas, lämpligen efter att anestesin inletts. Suprapubisk kateter är ett fullvärdigt alternativ till uretrakateter.

Hög risk för urinretention i samband med operation:

- Residualurin >200 ml vid den preoperativa blåsscanningen.
- Långa operationer - mer än 3 timmar från preoperativ blåstömning till ingreppets avslutande.
- Ingrepp i bäckenet.
- Höft- och lårbensoperationer.
- Ingrepp i spinalanestesi med upprepad tillförsel av bedövningsmedel.
- Ingrepp i epiduralanestesi.

Perioperativ kateterbehandling

- Katetertid längre än 1 dygn efter operation bör undvikas.
- Mobiliserad smärtfri patient kan i regel bli av med katetern operationsdagens eftermiddag.
- För övriga patienter dras katetern klockan 06 dagen efter operation.
- Om KAD-behandlingen behöver pågå längre än 24 timmar ska daglig utvärdering av behandlingsbehovet utföras. Behandlingstid ska ordnras av läkare.
- Efter borttagning av KAD ska blåsan kontrolleras enligt instruktioner i Vårdhandbokens text Bedömning och åtgärd vid risk för urinretention.

Hälleberg Nyman, M., Gustafsson, M., Langius-Eklöf, A., Johansson, J.E., Norlin, R., Hagberg, L. (2013). Intermittent versus indwelling urinary catheterisation in hip surgery patients: A randomized controlled trial with cost-effectiveness analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12):1589-98.

Joelsson-Alm E, Nyman CR, Svensén C, Ulfvarson J. (2014). Micturition problems after bladder distension during hospitalization in Sweden: "I'm not ill, just damaged for the rest of my life". *Nursing Research*, 63(6): 418-425

Joelsson-Alm E, Thulin H. (2015). *Blåsövervakning vid sjukhusvård*. Hämtad från Vårdhandbokens webbplats: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Blasovervakning-vid-sjukhusvard/Oversikt/>

Johansson, R.M., Malmvall, B.E., Andersson, Gare, B., Larsson, B., Erlandsson, I., Sund-Levander, M. ... Christensson, L. (2013). Guidelines for preventing of urinary retention and bladder damage during hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 347-55

Schönebeck J. *Blåskatetern och dess bruk*. Mölndal: Astra Tech; 1997.

Shaw C, Logan K, Webber I, Broome L, Samuel S. (2008). Effect of clean intermittent self-catheterization on quality of life: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6):641-650

Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Vårdrelaterade urinvägsinfektioner - åtgärder för att förebygga*. Stockholm: Nationell satsning för ökad patientsäkerhet.

Zhang W, Liu A, Hu D, Xue D, Li C, Zhang K, Ma H, Yan S, Pan Z. (2015). Indwelling versus intermittent urinary catheterization following total joint arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 10(7):e0130636.

Fakta: Eva Joelsson-Alm, Intensivvårdssjuksköterska, Med. Dr. Verksamhetsområde anestesi och intensivvård, Södersjukhuset.

Referenser

Baldini, G., Bagry, H., Aprikian, A., & Carli, F. (2009). Postoperative urinary retention: Anesthetic and perioperative considerations. *Anesthesiology*, 110, 1139-1157

Hansen, B.S., Soreide, E., Warland, A.M., Nilsen, O.B. (2011). Risk factors of post-operative urinary retention in hospitalised patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 55(5):545-548



Östersund

Vad heter ni? Nathalie Bengtsson, Maria Möller och Andreas Tullsson

Vilken operationsavdelning jobbar ni på? Centraloperation, Östersund Sjukhus. Jämtland/Härjedalens enda sjukhus!

Hur länge har ni arbetat på avdelningen? Nathalie har arbetat 2 ½ år, Maria i 26 år och Andreas har arbetat i 6 år

Hur länge har avdelningen funnits? Sedan 70-talet i de här lokalerna.

Vilka yrkeskategorier har ni på avdelningen? Operationssjuksköterskor, Anestesisjuksköterskor, Undersköterskor, Steriltekniker och Lokalvårdare

Hur många salar har ni på avdelningen? 10 varav två stycken är stora salar och två är ombyggda med ett gemensamt uppdukningsrum som vi precis har börjat använda. Vi kommer också bygga en elfte sal där vi kommer arbeta med donationer.

Vilka opererande kliniker är representerade på avdelningen? Orto-

ped- och kvinnokliniken, Allmänkirurgen och urologen. På Östersunds sjukhus finns ingen dagkirurgisk operationsavdelning utan både dagkirurgipatienter och inneliggande patienter opereras hos oss.

Använder ni WHO:s checklista? Ja, vi har tillämpat den sedan 2010. Timeouten är lätt att komma ihåg. Det är svårare att hinna med och komma ihåg avslutningen.

Praktiserar ni fika- och lunchavslutning under pågående operation?

Ja, vi löser av varandra för både fika och lunch. Undantaget är protesoperationer. Då försöker vi i möjligaste mån undvika alla dörröppningar. Om vi ändå behöver lösa av varandra på sådana operationer täcker vi över instrument och patient med övertäckningslakan under själva bytet. De flesta dagar har vi två resursteam (en operationssjuksköterska och en operationsundersköterska) som hjälper till i byten och de löser även för fika.

Har ni nedskrivna rutiner för nedräkning av framtaget material?

Ja, vi har ett PM för det och det är baserat på Riksföreningens skrift:

Riksföreningen anser och rekommenderar: Om åtgärder mot oavsiktligt kvarlämnat material.

Brukar ni som rutin följa med och rapportera patienten till postoperativa avdelningen? Nej, inte som rutin. En del av oss gör det ändå men det här är en fråga som vi behöver jobba mer med i framtiden.

Vad är det bästa med er operationsavdelning? Det är en bra gemenskap där alla personalkategorier ställer upp för varandra. På raster sitter alla tillsammans och umgås och har roligt (för det mesta)! Vi utför många sorters ingrepp och det medför att du aldrig blir är fulllärd vilket är stimulerande men det kan också upplevas frustrerande emellanåt. Senaste tiden har vi gjort ganska stora förändringar som har varit omvälvande men det blir roligt när man på lite längre sikt ser att verksamheten fungerar bättre! •

Andreas Tullsson, Maria Möller och Nathalie Bengtsson



Om, kirurgisk rök och operations-sjuksköterskans arbetsmiljö

Granskad av, Ing-Marie Bundesen, Rose-Marie Gabrielson och Anna Ekepil Riksföreningens Kvalitetsrådet.

I september 2015 antogs Riksföreningen för operationssjukvårds anser och rekommenderar om kirurgisk rök, vilken kan hämtas från www.rfop.se. Kvalitetsrådet har under och efter arbetet med rekommendationen funnit ett ansevärt antal vetenskapliga och icke vetenskapliga artiklar, några av de viktigaste har nu sammanfattats i detta material.

Kirurgisk rök genereras i stort sett under samtliga operationer. Vad innehåller röken, vilka partiklar finns, hur små är de, är partiklarna farliga? Hur lång spridningssträcka har partiklarna? Hur förebygger och skyddar vi oss för att inte inandas röken, få den i ögonen eller på huden? Några av frågorna blir belysta här, det är dock ingen heltäckande artikelsökning som är gjord, utan det är de senaste som har belysts inom kirurgisk rök, prevention eller åtgärder för skydd. Högst troligt är att det finns många fler vetenskapliga artiklar skrivna än de som ingår här.

Hur gör vi idag - Tar vi den kirurgiska rökens innehåll på allvar, vet vi beståndsdelarna och hur förebygger och skyddar sig vi oss mot kirurgisk rök idag?

Det finns beskrivet i litteraturen om minst tre personer, två operationssjuksköterskor och en kirurg, som arbetat inom operationssjukvården och som har drabbats av tumörer i relation till den kirurgiska röken. Alla var unga när de fick diagnosen, kirurgen var 44 år och operationssjuksköterskorna var 28 respektive 47 år. Troligen finns ett stort mörkertal. De två operations-sjuksköterskorna har fått sin sjukdom bedömd som arbetsskada, det är oklart om kirurgens tumörsjukdom

blev klassad som arbetsskada. De har arbetat med kirurgisk rök som alstrats av elektrokirurgi och laserkirurgi. I Sverige finns en av dem. Hennes situation har beskrivits i Uppdukat nr 2, 2012 (Råghall, 2012).

Medicintekniska produkter

Inom operationssjukvården används i stort sett till samtliga operationer värmeproducerande medicintekniska apparaturer för att dela eller dissekera vävnader och stoppa mindre blödningar. Dessa medicintekniska apparaturer är nödvändiga och fyller viktiga funktioner bl. a. genom att hindra att blödningar uppstår, att snabbt kunna koagulera blödningar, att kirurgen har ett förbättrat synfält i operationsområdet, att de förkortar operationstider avsevärt och det blir en effektivare operationsteknik samt möjliggör kirurgi inom olika riskområden (Dåvöj et al., 2012; Jacobson & Öberg, 2003; Rothrock, 2011). Vid användning av dessa värmeproducerande medicintekniska apparaturer utvecklas rök. Kirurgisk rök är förbränningsgaser som bildas vid värmeproducerande energi och genereras vid bl. a. monopolär och bipolär diatermi, laserkirurgi, dissektion med argongas, ultraljud, sågar, borrar, fräsar och mekanisk morcellator mm (Ball, 2010; Ulmer, 2008; Watson, 2010). Den mängd rök som bildas vid kirurgi är bl. a. beroende av vilken medicinteknisk utrustning som används. Faktorer som påverkar rökutvecklingen och innehållet i röken är beroende på val av kirurgi; laparotomi eller laparoskopi, patientens ålder och BMI, patologi, kirurgens teknik, styrka/effekt på den medicintekniska utrustningen, teflonblad/stift eller stål, och exponeringstid under operationen (Ulmer, 2008; Watson, 2010; Wu, 2011). Den kirurgiska röken innehåller 95 % vattenånga och 5 % förbränningsprodukter (Ulmer, 2008).

Kirurgisk rök

Kirurgisk rök beskrivs i litteraturen som en gasformig biprodukt som uppstår vid skärning och koagulering i vävnad. Dessa gasformiga biprodukter innehåller bioaerosoler med både livskraftiga och icke livskraftiga cellulära material. Biprodukter från ultraljudsapparatur beskrivs vanligen som aerosoler eller ånga. Den kirurgiska röken som uppstår av diatermi och laser har samma bakomliggande mekanismer. Vid skärning, koagulering och fulgurering i vävnaden upphetas cellerna till kokpunkten vilket leder till ruptur i cellmembranen och ultrafina partiklar sprids i luften eller i pneumoperitoneum. Vid ultraljudsdissektion bildas aerosoler utan värme och beskrivs som förångning vid låg temperatur. Dessa aerosoler som uppstår vid låg temperatur har större risk att innehålla livskraftiga och infektionsbärande partiklar jämfört med partiklar genererade vid högre temperatur (Alp et al., 2006).

Denna artikel tar upp några av de vanligaste förekommande medicintekniska produkterna:

Diatermi

Rök vid kirurgisk diatermi, högfrekvent elektricitet, finns vid både monopolär och bipolär diatermi. Monopolär diatermi kan användas för skärning/vaporisation eller koagulering/fulguration. Skärande ström, kontinuerlig strömvåg, gör att vävnaden kokar vid 100° C vilket gör att cellväggen exploderar och frigör cellvätska som ånga/vaporisation och därmed sprids som rök. Koagulering är intervallström, vilket orsakar en mer gradvis ökning av temperaturen i cellvätskan. Då temperaturen stiger över 90° C förångas cellvätskan och över 200° C är vävnaden förkolnad (Jacobson & Öberg, 2003; Ulmer, 2008). Wang et al. (2015) visade att

de första sekundernas användning av diatermi eller laser är de som genererar höga halter av ultrafina partiklar (se förklaring under rubrik partikelstorlek) i rumsluften och som därmed innehåller många hälsofarliga ämnen.

Laser

Vid användning av laser vid kirurgi uppstår höga temperaturer i vävnaden, från 100° C till 1000° C, vilket gör att cellvätskan kokar och exploderar (Jacobson & Öberg, 2003; Ulmer, 2008). Rök som bildas av laser består av partiklar och ånga. Kemikalier som har identifierats i laserröken är benzen, formaldehyd, koloxid och vätecyanid. Livskraftiga partiklar har hittats i röken vilket är en potentiell infektionsrisk. HIV-DNA och Bovin papillomavirus-DNA har påvisats i laseraerosoler (Hallmo & Naess, 1991).

Ultraljud

Ultraljudsdissektion avlägsnar vävnad med snabb mekanisk friktion med låg temperatur i vävnaden, vilket skapar aerosoler (Ulmer, 2008). Stora mängder cellulärt material återfinns i kirurgisk rök som uppkommer vid ultraljudsdissektion. In et al. (2015) visade, genom in vivo experiment, att röken från ultraljudsdissektion innehöll levande celler som förökade sig i odlingsmedium och vid fortsättning av experimentet injicerades de tillväxta cellerna i vävnader hos laboratoriemöss vilket gav dem tumörer inom två veckor. Alp et al. menade år 2006 att risken att inandas mer livskraftiga celler genom aerosolerna är större eftersom de är genererade under låg temperatur och därmed är potentiellt mer livskraftiga (Alp et al., 2006).

Elektriska höghastighetsapparater

Sågar, borrar mm inräknas till dessa, vilka blir upphettade vid användning och dessa kyla ner med spolning av kall vätska för att minska temperaturen i vävnaden, detta i sin tur skapar ånga av aerosoler som kan innehålla blod- och vätskeprodukter (Ulmer, 2008).

Partikelstorlek

Levande celler har en storlek på ungefär 15 µm, mikrometer (Bjälje et al., 1998). Den rök som bildas vid användning av värmeproducerande medicintekniska apparaturer innehåller ultrafina partiklar (UFP) som är mindre än 0,1 µm (Näslund Andreasson, 2011).



Partikelstorlek i kirurgisk rök för olika medicintekniska apparater (Alp et al., 2006; Ulmer, 2008)

Apparat	Medelvärde för aerodynamisk partikelstorlek
Diatermi	0,07 µm
Laser	0,31 µm
Ultraljudsdissektion	0,35 till 6,5 µm

Partikelstorlek för olika ämnen enl. De Boorder et al. (2007)

Ämne	Storlek i mikrometer
Virus	0,01 - 0,3 µm
HIV	0,18 µm
HPV	0,045 µm
Bakterie	0,3 - 15,0 µm
Tuberkelbakterie	0,5 - 5,0 µm
”Lung-damaging dust”	0,5 - 5,0 µm
Tobaksrök	0,1 - 3,0 µm
Kirurgisk rök	0,1 - 5,0 µm
Minsta synliga partikel	20 µm

Ju mindre en partikel är desto djupare kan den penetrera i respirationsorganet och om en partikel är mindre än 2,5 µm storlek kan den transporteras till bronkerna och alveolerna där gasutbytet sker. Om partikeln är 5 µm eller större fastnar den i bronker, trachea, pharynx och övre luftvägarna (Brüske-Hohfeld et al., 2008; Ulmer, 2008).

Komponenter

Ultrafina partiklar (UFP) bildas vid förbränning av material såsom tobak, trä, ljus, asfaltsanläggning, bilavgaser etc. (Näslund Andreasson, 2011). UFP som finns i röken vid användning av elektrokirurgisk utrustning ska ses som toxiska då de innehåller cellfragment och gasformiga kemiska ämnen, partiklarna kan deponeras i



Deltagarna i Tough Viking springer genom rök

alveolerna skrev Nyman, redan 1996 i Uppdukat, Mowbray et al. (2013) lyfter fram att det finns infekterade och maligna celler i röken. Tomita et al. beskrev ännu tidigare, redan 1981 i Mutation Research att rök från koldioxidlaser från 1 gram bränd vävnad hade jämförbara mutagena värden som rök från 6 cigaretter. Röken innehåller döda och levande cellmaterial från patientens vävnader, HPV-DNA, toxiska gaser, mutagenter och carcinogent material (AORN, 2014; Nyman, 1996; Tomita et al., 1981; Ulmer, 2008; Watson, 2010). Det är många kemiska ämnen som förekommer i kirurgisk rök, mest förekommande är kolväten, fettsyror, fenoler och nitriler enligt Barrett och Garber (2003). De ämnen som i litteraturen beskrivs som hälsoskadliga och som bör uppmärksammas är bl. a. akrylnitril, vätecyanid, benzen och toluen, vilka några beskrivs av Näslund Andreasson (2011). Choi et al. (2014) har identifierat 18 av 52 olika flyktiga organiska föreningar i den kirurgiska röken, varav 5 var

carcinogena vid radikal eller partiell nefrektomi vid njurcellscarcinom. Enl Alp et al. (2006) kan dessa kemiska ämnen absorberas genom hud och lungor och har en toxisk effekt som kan påverka till irritationer i ögon, illamående och kräkning, huvudvärk, nysning, svaghet och yrsel. Även emfysem, astma och kronisk bronkit kan orsakas av kirurgisk rök. Benzen är dokumenterad som en "trigger" för leukemi (Ulmer, 2008).

Dåvöj et al. (2012) tar även upp koloxid, som är särskilt problematiskt för patienten, då det under laparoskopisk kirurgi absorberas genom peritoneum in i blodbanan. Koloxid bildar tillsammans med hemoglobin karboxyhaemoglobin, HbCO och methaemoglobin, MetHb. Ökade mängder av HbCO och MetHb orsakar hypoxisk stress hos friska individer genom reducerad oxygenbärande förmåga i blodet. Hos patienter med kardiovaskulära sjukdomar kan det medföra en försämring av den kardiovaskulära funktionen, även an-

dra symtom finns beskrivet (Watson, 2010). Patienter som opererades för laparoskopisk cholecystectomi fann Dobrogowski et al. (2014) halten av benzen och toluen ökade signifikant i patienters urin postoperativt jämfört med preoperativt. Slutsatsen var att röken som uppstod peroperativt i det intraabdominella rummet absorberades av peritoneum och transporterades via blodbanan till urinvägarna.

Rökspridning

Vid studier i miljön avseende rökspridning kan man se att de olika medicintekniska apparaterna sprider röken på olika sätt. De Boorder et al. (2007) som studerade röken från diatermi och koldioxidlaser kunde se att röken av koldioxidlaser spreds mer explosivt och längre bort från operationsfältet jämfört med röken från diatermi. Då evakueringsystem används samlas röken effektivt oavsett medicinteknisk apparat, men det fångar inte upp aerosolerna. De är tunga och faller neråt, risken är därför mindre att inandas stora aerosoler. →



Annika Sandelin

Brüske-Hohfeld et al. (2008) visade att toppar av höga koncentrationer med ultrafina partiklar uppstår under korta exponeringsperioder under bukoperationer, högst koncentration var vid hemihepatectomi och minst vid laparoskopisk appendectomi. Kim et al. (2014) studerade effekter av laminärt och turbulent flöde av kirurgisk rök vid ultraljudsdissektioner vid laparoskopier. Resultatet visade att då böjda blad användes uppstod turbulent flöde av rök vilket minimerade synfältet för kirurgen. Raka blad genererade laminärt flöde, vilket gjorde att synfältet blev tydligare och röken försvann snabbare från synfältet. Kisch et al. (2015) kunde konstatera att teflonövertäckta blad/stift genererade mindre rökutveckling än rostfritt stål vid monopolär diatermi.

Prevention och skydd mot kirurgisk rök

Först och främst gäller det att ha en fungerande ventilation på operations-salen med korrekt antal luftväxlingar vid konventionell ventilation, minst 15/tim, och att luften är filtrerad eller att laminärt luftflöde brukas. Vid normal ventilation försvinner ultrafina partiklar i operationssalen inte förrän 20 minuter efter avslutad användning av diatermi (Brandon et al., 1997 i Benson et al., 2013).

Evakueringsystem

Centrala evakueringsystem är kraftfulla och de är tystare än mobila evakueringsystem eftersom det installeras utanför operationssalarna. Centrala system installeras oftast då nybyggnationer sker eftersom det är förenat med en hög kostnad (Ulmer, 2008).

Mobilt evakueringsystem – Det bästa effektiva systemet är det med trippelfiltersystem utrustad med ett ULPA (ultra-low particulate air) -filter eller HEPA (high efficiency particulate air)-filter, vilket tar partiklar 0,1 µm och större, kapaciteten är nästan 100 % (en partikel på miljonen kommer undan). Systemen har ett förfilter som tar de största partiklarna, ULPA filtret är det andra steget i filtreringen och det slutliga filtret är ett kolfilter som tar bort toxiska kemiska beståndsdelar i röken. Viktigt är att placera själva röksuget inom 2 cm från rökkällan. Ett observandum är om innerdiametern på sugslangen är för smal kan det ge oacceptabla ljudnivåer. Faktorer som påverkar uppsamlingsförmåga av röken är kapaciteten av aspirationsflöde (liter/minut) i rökutsuget, avståndet mellan röksug och rökkälla, innerdiametern i röksugen och mängd rök som produceras under operationen (Schultz, 2014).

Laparoskopiskt evakueringsystem: speciella filter och evakuerings-system finns för laparoskopisk kirurgi och inom området sker nu en snabb utveckling.

Personligt skydd

För att minska exponering mot kirurgisk rök används personlig skyddsutrustning. Det som är känt i dagsläget är att det är viktigt att skydda andningsvägar, ögon och hud (Benson et al. (2013). Till ögonen behövs skyddsglasögon och för huden är rock och handskar lämpliga skyddsåtgärder. Den största betydelsen idag är ett effektivt evakueringsystem och att personalen följer gällande instruktioner för de medicintekniska apparaterna som alstrar rök. Utvecklingen inom området sker snabbt och i framtiden kan det finnas andra skyddsåtgärder. Munskydden som används idag inom operationssjukvården kan enligt Ulmer (2008) filtrera partiklar som är 5 µm eller större. Högfiltreringsmunskydd eller lasermunskydd kan filtrera partiklar som är 0,1 µm (Ulmer, 2008). Inget andningsskydd kan totalt eliminera att partiklar inandas. Swedish Standards Institute har klassificerat andningsskydd enligt SS-EN 149:2001+A1:2009 (SIS). De Boorder et al. (2007) menar att mest effektivt är munskydd med HEPA filter. Vid användning av andningsskydd måste det sitta korrekt och enligt tillverkarens anvisning, annars har det ingen effekt. Av betydelse är också hur lång tid munskyddet används eftersom

effekten minskar med tiden. Benson et al. (2013) menar att om operationspersonalen kan känna lukt av den kirurgiska röken är det troligt att skadliga och infekterade ämnen, partiklar och föroreningar kommer ut i atmosfären och kan orsaka ohälsa. De menar vidare att munskyddet alternativt andningsskyddet som används är *"the last line of defense"* alltså den sista försvarslinjen mot inandning av ultrafina partiklar, och som personal är det viktigt att kunna bedöma vad som är relevant att använda. Frågor som ska tas med i bedömningen är; finns ett effektivt evakueringsystem, hur lång exponeringstid beräknas, hur ser effektinställningen ut, vilken operation ska utföras, patientens ålder och BMI, föreligger någon smittorisk? Choi et al. (2014) påtalar att operationspersonal och speciellt kirurgen inte ska exponeras för kirurgisk rök, utan använda den skyddsutrustning som finns för det kommer inte att vara känt förrän efter flera decennier vilka risker som vi utsatt oss för.

Filterbyte

Avfallet, alltså filterbyten i evakueringsystemen ska betraktas som smittförande material enligt AORN (2014) eftersom det är avfall från kirurgisk rök. Det kan kvarstå en risk att inandas ultrafina partiklar och filtren ska tillslutas effektivt så att inte partiklar kommer ut i rumsluften. Viktigt att tänka på i den här situationen är att skydda sig med andningsskydd, ögonskydd och handskar, liksom att även skydda arbetsdräkten mot kontamination.

Regelverk, standarder och rekommendationer för prevention av ohälsa

I 1 § i arbetsmiljölagen, (SFS 1977:1160), beskrivs lagens ändamål och det är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet, men även att uppnå en god arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket har gett ut föreskrifter om arbetsmiljön, i AFS 2005:1 med ändringar i 2012:7 och 2014:7. Mikrobiologiska arbetsmiljörisker – smitta, toxinpåverkan, överkänslighet. I arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om hygieniska gränsvärden, AFS 2011:18, beskrivs hygieniska gränsvärden för luftföroreningar. Däri kan man bl. a. läsa vilka ämnen som är cancerframkallande och som tas upp genom huden av de ämnen som finns registrerade. I föreskriften, AFS 2014:43 Kemiska

arbetsmiljörisker, finns beskrivet om kemiska ämnen, kemiska riskkällor och produkter och avfall. Riksföreningen för operationssjukvård har 2015 gett ut rekommendation om hantering av luftföroreningar som kirurgisk rök i operationssjukvården. Den amerikanska föreningen AORN har 2014 uppdaterat rekommendationen "Recommended Practices for Electrosurgery" och i rekommendationen beskrivs hur kirurgisk rök identifieras och hur säkra rutiner upprättas.

Utbildning

Det är arbetsgivarens skyldighet att informera personalen om risker i arbetsmiljön så att personalen har kunskaper om riskerna, enligt AML (SFS 1977:1160).

Utbildning bör ske av skyddsutrustning som finns tillgänglig, speciellt krävs utbildning att ta på andningsskydden korrekt enligt Benson et al. (2013). I Europa ska arbetsgivaren informera om hur korrekt påtagning av andningsskydd FFP 3 ska ske (Europeiska kommissionen, 2010). Ball (2010) fann att ju mer kunskap och träning operationssjuksköterskorna fick inom området kirurgisk rök desto bättre blev följsamheten till rökevakueringsystemen under operationerna.

EU-direktiv

Lagstiftningen inom Europa syftar till att minimera hälsorisker med biologiska agens på arbetsplatser (Europaparlamentets och rådets direktiv 2000/54/EG om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering för biologiska agens i arbetet). Dessa föreskrifter är minimikrav och som ska införlivas i nationell lagstiftning. I direktivet indelas biologiska agens i 4 riskgrupper beroende på om de kan orsaka ohälsa och möjligheter att förebygga och behandla. I förteckningen, i direktivet, av biologiska agens anges potentiella allergiframkallande eller toxiska effekter. När det gäller verksamhet som skulle kunna innebära en risk för exponering för biologiska agens, skall arten, graden och varaktigheten av arbetstagarnas exponering fastställas dels för att göra det möjligt att bedöma risker för arbetstagarnas hälsa eller säkerhet, dels för att bestämma vilka åtgärder som skall vidtas. I direktivet finns åtgärder beskrivet för riskreducering (Europeiska arbetsmiljöbyrå, 2003).

I det svenska arbetsmiljöverkets föreskrift (AFS 2012:7) innebär detta att:

- Exponeringsrisken reduceras till en så låg nivå som krävs för att tillräckligt skydda arbetstagarnas hälsa och säkerhet
- Utforma arbetsprocesser och tekniska kontrollåtgärder för att undvika eller minimera utsläpp av biologiska agens
- Gemensamma skyddsåtgärder och individuella skyddsåtgärder
- Utformning av tillvägagångssätt för att på ett säkert sätt, skall kunna samla upp, lagra och slutbehandla avfall; vilket också innefattar användning av säkra och identifierbara behållare
- Åtgärder för säker hantering och transport av biologiska agens inom arbetsplatsen

Det finns mer att skriva om inom området kirurgisk rök, detta är bara en liten del som har tagits upp och är på inget vis fullständig. Utvecklingen i prevention mot kirurgisk rök fortsätter förhoppningsvis så att patienter och operationsteamens medlemmar får en ännu bättre vårdmiljö. •

Referenser

AFS 2014:43 Arbetsmiljöverkets författningssamling. Kemiska arbetsmiljörisker. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om ändring i Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2011:19) om kemiska arbetsmiljörisker. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/kemiska-arbetsmiljorisker-foreskrifter-afs2014-43.pdf> [Hämtad 2016-01-06]

AFS 2014:7 Arbetsmiljöverkets författningssamling. Mikrobiologiska arbetsmiljörisker-smitta, toxinpåverkan, överkänslighet. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om ändring i Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:1) om mikrobiologiska arbetsmiljörisker-smitta, toxinpåverkan, överkänslighet. https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/andningsforeskrift/afs2014_7.pdf [Hämtad 2016-01-06]

- AFS 2012:7 Arbetsmiljöverkets författningssamling. Mikrobiologiska arbetsmiljörisker-smitta, toxinpåverkan, överkänslighet. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om ändring i Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:1) om mikrobiologiska arbetsmiljörisker-smitta, toxinpåverkan, överkänslighet. https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/andningsforeskrift/afs2012_7.pdf [Hämtad 2016-01-06]
- AFS 2005:1 Arbetsmiljöverkets författningssamling. Mikrobiologiska arbetsmiljörisker-smitta, toxinpåverkan, överkänslighet. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/mikrobiologiska-arbetsmiljörisker-smitta-toxinpåverkan-overkänslighet-foreskrifter-afs2005-1.pdf> [Hämtad 2016-01-06]
- Alp, E., Bijl, D., Bleichrodt, R.P., Hansson, B., & Voss, A. (2006). Surgical smoke and infection control. *Journal of Hospital Infection* 62(1), 1-5.
- Arbetsmiljöverket. Sjukdomar, smitta och mikrobiologiska risker. <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/sjukdomar-smitta-och-mikrobiologiska-risker/> [Hämtad 2016-01-06]
- AORN (2014). Recommended practices for electrosurgery. *Perioperative Standards and Recommended Practices. For Inpatient and Ambulatory Settings*. Denver: Association of perioperative Registered Nurses.
- Ball, K. (2010). Surgical smoke evacuation guidelines: compliance among perioperative nurses. *AORN Journal* 92(2), e1-e23.
- Barrett, W.L. & Garber, S.M. (2003). Surgical smoke – a review of literature. Is this just a lot of hot air? *Surgical Endoscopy* 17, 979-987.
- Benson, S.M., Novak, D.A., & Ogg, M.J. (2013). Proper use of surgical N95 respirators and surgical masks in the OR. *AORN Journal*, 97(4), 458-467.
- Bjälle, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø.V., & Toverud, K.C. (1998). Människokroppen. *Fysiologi och anatomi*. 7th Ed. Stockholm: Liber.
- Brüske-Hohfeld, I., Preissler, G., Jauch, K-W., Pitz, M., Nowak, D., Peters, A., & Wichmann, H-E. (2008). Surgical smoke and ultrafine particles. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 3(3), 31.
- Choi, S.H., Kwon, T.G., Chung, S.K., & Kim, T-H. (2014). Surgical smoke may be biohazard to surgeons performing laparoscopic surgery. *Surgical Endoscopy* 28, 2374-2380.
- De Boorder, T., Verdaasdonk, R., & Klaessens, J. (2007). The visualisation of surgical smoke produced by energy delivery devices: significance and effectiveness of evacuation systems. *Proc. Of SPIE* 6440, 64400R-1-64400R-7
- Dobrogowski, M., Wesolowski, W., Kucharska, M., Sapota, A., & Pomorski, L.S. (2014). Chemical composition of surgical smoke formed in the abdominal cavity during laparoscopic cholecystectomy – assessment of the risk to the patient. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 27(2), 314-325.
- Dävöj, G.M., Hansen, I., & Eide, P.H. (2012). *Operationssjukvård. Operations-sjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Europeiska arbetsmiljöbyrå. (2003). Facts. Biologiska agenser. <https://osha.europa.eu/sv/tools-and-publications/publications/factsheets/41> [Hämtad 2016-01-06]
- Europa parlamentets och rådets direktiv 2000/54/EG om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering av biologiska agens i arbetet.
- Europeiska kommissionen. (2010). *Hälso- och säkerhetsrisker för anställda inom hälso- och sjukvården. Riktlinjer för förebyggande och god praxis*. Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå, 2013.
- Hallmo, P., & Naess, O. (1991). Laryngeal papillomatosis with human papillomavirus DNA contracted by a laser surgeon. *European Archives of Otorhinolaryngology* 248, 425-427.
- In, S.M., Park, D-Y., Sohn, I.K., Kim, C-H., Lim, H.L., Hong, S-A., Jung, D.Y., Jeong, S-Y., Han, J.H., & Kim, H.J. (2015). Experimental study of the potential hazards of surgical smoke from powered instruments. *British Journal of Surgery* 102, 1581-1586.
- Jacobson, B., & Öberg, P-Å. (2003). *Teknik i praktisk sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Kim, F.J., Sehr, D., Pompeo, A., & Molina, W.R. (2014). Laminar and turbulent surgical plume characteristics generated from curved- and straight-blade laparoscopic ultrasonic dissectors. *Surgical Endoscopy* 28, 1674-1677.
- Kisch, T., Liodaki, E., Kraemer, R., Mailaender, P., Brandenburger, M., Hellwig, V., & Stang, F.H. (2015). Electrocautery devices with feedback mode and teflon-coated blades create less surgical smoke for a quality improvement in the operating theatre. *Medicine* 94(27), 1-6.
- Mowbray, N., Ansell, J., Warren, N., Wall, P., & Torkington, J. (2013). Is surgical smoke harmful to theatre staff? A systematic review. *Surgical Endoscopy* 27, 3100-3107.
- Nyman, S-O. (1996). Diatermirök och utsug. *Uppdukat* 2, 12-14.
- Näslund Andréasson, S. (2011). *Work environment in the operating room during cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy: factors influencing choice of protective equipment*. Avhandling. Uppsala universitet, Uppsala. <http://www.avhandlingar.se/avhandling/3ca98dfac3/> [Hämtad 2016-01-06]
- Riksföreningen för operationssjukvård. (2015). Riksföreningen anser och rekommenderar om kirurgisk rök. <http://www.rfop.se/media/1794/riksfoereningen-anser-och-rekommenderar-om-kirurgisk-roek.pdf> [Hämtad 2016-01-06]
- Rothrock, J. (2011). *Alexander's care of the patient in surgery*. 14th Ed. Mosby Elsevier Philadelphia.
- Råghall, K. (2012). Tungbascancer – av jobbet. *Uppdukat* 24(2), 26-28.
- Schultz, L. (2014). An analysis of surgical smoke plume components, capture and evacuation. *AORN Journal* 99(2), 289-298.
- Svensk författningssamling (SFS 1977:1160) Arbetsmiljölagen.
- Swedish Standard Institute. (2009). Andningsskydd – Filtrerade halvmasker mot partiklar – Fordringar, provning, märkning.
- Tomita, Y., Mihashi, S., Nagata, K., Ueda, S., Fujiki, M., Hirano, M., & Hirohata, T. (1981). Mutagenicity of smoke condensates induced by CO₂ – laser irradiation and electrocauterization. *Mutation Research* 89(2), 145-149.
- Ulmer, B. (2008). The hazard of surgical smoke. *AORN Journal* 87(4), 721-734.
- Wang, H-K., Mo, F., Ma, C-G., Dai, B., Shi, G-h., Zhu, Y., Zhang, H-L., & Ye, D-W. (2015). Evaluation of fine particles in surgical smoke from an urologist's operating room by time and distance. *International Urology and Nephrology* 47, 1671-1678.
- Watson, D.S. (2010). Surgical smoke evacuation during laparoscopic surgery. *AORN Journal* 92(3), 347-349.
- Wu, Y-C., Tang, C-S., Huang, H-Y., Liu, C-H., Chen, Y-L., Chen, D-R., & Lin, Y-W. (2011). Chemical production in electrocautery smoke by a novel predictive model. *European Surgical research* 46(2), 102-107.

Fakta: Annika Sandelin, medlem i kvalitetsrådet



ALWAYS
ON

HANTERA EN SÄKER OCH EFFEKTIV OPERATIONSSAL!

Medline International Sweden AB är en ledande leverantör av produkter och tjänster till sjukhus i hela Europa. Från intuitivt utformade kundanpassade set till bekväma skyddskläder, Medline bidrar till en säker och effektiv Operationssal. Medline förser operationspersonalen med produkter för ökad komfort och tillförlitligt skydd.

Medline erbjuder många lösningar för operationssalen, inklusive:

- Kundanpassade operationsset
- Operationsdraperingar och Operationsrockar
- Personlig skyddsutrustning
- Kirurgiska handskar
- Munskydd och andningsmasker
- Steriliseringsomslag



För att ta del av vårt hela utbud av produkter inklusive lösningar för operationssalen och er patientvård besök www.medline.eu.



Höstkongressen 2015 - Aktuella ämnen

Text: Inger Andersson Foto: Peo Sjöberg

Det vi alla pratar om; Patientsäkerhet – var det genomgående ämnet på 2015 års höstkongress. Patientsäkerhetsarbete och vår profession som operationssjuksköterskor i utvecklingen av patientsäkerhet, tänk vilket arbete vi dagligen utför med patientens säkerhet i fokus.

Under kongressens två dagar fick vi 257 deltagare ta del av patientsäker-

hetsarbete där vi som operations-sjuksköterskor är inblandade i och en inblick i vår professions utvecklingsmöjligheter som ju är enorm.

Med inspirerande föredrag om hudförberedelser, händer, handskar, temperatur och omvårdnad parallellt med mycket intressanta föreläsningar om personcentrerad vård, utvecklingsmöjligheter och vårt

hygieniska vårdande gjorde det på årets första kongressdags förmiddag svårt för oss att välja vad vi skulle ta del av. Eftermiddagen med nyheter om transplantation, proteskirurgi och organdonation var spännande ämnen att få ta del av. Vikten av att som operationssjuksköterska arbeta i nationella projekt och representera vår Riksförening håller vi med operationssjuksköterskan Lasse





och vår årliga gemensamma mötesplats

Salomonsson att det är "ett unikt tillfälle till professionellt lärande".

Andra dagens kongressprogram fortsatte lika intressant och inspirerande som dag ett och vi fick mycket ny information till oss. 44 anmälda till Chefskonferensen fick i år som avslutning ta del av den mycket inspirerande föreläsningen av Claes Schmidt eller vi kanske ska säga

Sara Lund. En eftertänksam och roligt föredrag med mycket skratt!

Våra 20 närvarande distriktssamordnare och 8 deltagare i lärarnätverket hade sin årliga arbetsdag i samband med kongressen och dessa redovisas i en annan del i tidningen.

Riksföreningens kongress har hållit hög klass på både föreläsningar och

helhetsintryck. Utställningen med produkter vi dag använder blandat med nyheter gjorde utställningen i samband med lunch- och kaffe pauser till en intressant del av dagarna.

Kongressen ett årligt tillfälle för lärande, träffa kollegor, få inspirationer och byta erfarenheter och vi hoppas att Ni som ännu inte fått chansen att delta – passa på och gör det nästa år! •



Porträttet

Johanna Fahlén

Johanna Fahlen
OPERATIONSSJUKSKÖTERSKA

070-5391926
johannafahlen70@hotmail.com
johannafahlen.vpsite.se

Johanna Fahlén får gestalta porträttet i Uppdukat nr. 1. Johanna har arbetat som operationssjuksköterska i 20 år. Är född och uppvuxen i Stockholm, men olika anledningar har gjort att Johanna har flyttat runt och sett olika delar av Sverige. Det har varit möjligheterna som har styrt, vilket tyder på mod att bryta upp och en stor målmedvetenhet. Johanna har också ett eget visitkort med anknytning till både operation och opera.

Utbildning

Egentligen hade Johanna Fahlén tänkt arbeta inom teatern som skådespelerska. För att kunna utbilda sig inom skådespeleriet behövde hon tjäna lite extra pengar på helger, kvällar och nätter och därför utbildade Johanna sig till undersköterska. Efter det blev det inga teaterstudier, utan det blev en ansökan till operationssjuksköterskeutbildningen. Johanna kom inte in på den ort hon hade önskat, men de ringde från Boden och frågade om hon ville börja där. Det blev två års studier (80 p) i Boden och en utbildning till operationssjuksköterska som hon var klar med 1993. Johanna läste sista kursen där eftersom det var möjligt att läsa specialistutbildningen direkt.

Arbetsmarknaden var "trög" och efter utbildningen fick hon inget

arbete, utan valde att läsa ett år till allmänsjuksköterska i Eskilstuna. Det har även blivit 10 p anatomistudier i Uppsala.

Ett stort intresse hos Johanna är att sjunga, hon uppträder och sjunger vid olika event. Detta intresse ledde till operastudier under ett år på Operastudion på Kulturama i Stockholm, då hon samtidigt arbetade deltid.

Arbete

Det var svårt att få arbete som operationssjuksköterska efter studierna, vilket gjorde att Johanna började arbeta på vårdavdelning som sjuksköterska. Efter att ha arbetat ett år som sjuksköterska gick Johanna till arbetsförmedlingen för att söka arbete som operationssjuksköterska var som helst i Sverige, eftersom det var det hon ville arbeta med. Det besöket resulterade i ett vikariat i Mora och därefter bar det av till Varberg. Nu arbetar Johanna i Stockholm på Huddinge/Karolinska sjukhuset. Här arbetar hon på den allmänkirurgiska operationsavdelningen, med framförallt övre GI-ingrepp och transplantation, men även i viss utsträckning mindre operationer.

Johanna har arbetat på fem olika sjukhus och även vid några arbetstillfällen i Norge via ett bemannings-

företag. Olika specialiteter har gällt, förutom ortopedi.

Engagemang

För att hålla sig uppdaterad inom yrket söker Johanna kunskap och information via internet. Frågor som engagerar är hur vi dokumenterar engångsmaterial och vår ergonomi i vardagen.

Johanna är nybliven distriktssamordnare för Huddinge sjukhus. Stockholm är så pass stort att här finns det flera distriktssamordnare. Det ska bli spännande och lärorikt att få engagera sig i Riksföreningen för operationssjukvård, säger Johanna.

Om yrket

Det bästa med att vara operationssjuksköterska är variationen, ingen dag är den andra lik. Johanna gillar att lösa problem och det är ett kreativt yrke där det finns möjlighet att improvisera. Just nu är det också en bra arbetsmarknad. En fysisk nackdel kan vara att stå sterillklädd länge.

Ord på vägen från Johanna

Våga förändra saker och ting. Ingen-ting är ingenting omöjligt och det gäller både på arbetet och i övriga livet. Nyttänkande helt enkelt. •

Stipendium 2016

Du vet väl att du som medlem i riksöreningen kan söka våra egna stipendier

- Supportstipendium
- Hygienforum
- NORNA kongress 27 – 28 okt 2016
- Höstkongress
- EORNA kongress 4 – 7 maj 2017

Läs mer och ansök på rfop.se



Patientsäkerhetsprojekten

Vid Höstkongressen 2015 hade patientsäkerhetsprojekten ett eget seminarium där bland annat Pelle Gustafson Chefläkare på LÖF (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) och en av Riksföreningens representanter, revisor för Säker trauma, Lasse Salomonsson fanns med i föreläsarprogrammet.

LÖF är ett rikstäckande försäkringsbolag som har till huvuduppgift att försäkra de vårdgivare som finansieras av landstingen och regionerna. Deras slutkunder är de patienter som drabbats av en patientskada. Uppdraget är att utreda och lämna ersättning till patienter som skadas i vården samt att bidra till att antalet skador i vården minskar. Löf är ett ömsesidigt försäkringsbolag som ägs av sina försäkringstagare, landstingen och regionerna.

Patientsäkerhetsarbete

Ett annat av de uppdrag som LÖF har är att arbeta för en ökad patientsäkerhet i svensk sjukvård. De verkar genom att stödja sina ägare landsting och regioner, samt professionella organisationer, i deras pågående patientsäkerhetsarbete. Ett av det viktigaste skälet till det är etiskt och humanitärt, det är inte acceptabelt att patienter skadas i vården om detta är undvikbart, och vi är därför skyldiga att arbeta för att minska onödigt lidande och försämrad livskvalitet. Det finns också andra skäl, såsom arbetsmiljö. Medarbetare som varit delaktiga i en situation som lett till vårdskada bär med sig denna vetskap under lång tid, och plågas av det.

Idag är de olika patientsäkerhetsprojekt som bedrivs via LÖF t.ex WHO:s Checklista för säker kirurgi, Rökfri inför operation, PRISS, Säker läkemedelsanvändning i öppenvård, Säker Bukkirurgi, Säker förlossning och Säker trauma.

Under föreläsningen fick vi även ta del av resultat från både PRISS och Säker

förlossningsvård. Och Pelle Gustafson avslutade sin föreläsning med orden; *"Kunskap är inte nog, den måste brukas. Vilja är inte nog, vi måste handla!"* Citat (JW von Goethe). Vill ni läsa mer finns hans presentation på vår hemsida.

Lasse Salomonsson presenterade hur det är att vara revisor i ett patientsäkerhetsprojekt. Vi var många som smittades av hans entusiasm och intressanta föreläsning. Efter föreläsningen var det flera deltagare som kom fram till mig och frågade hur man gör för att bli Riksföreningens representant och får åka på ett revisorsuppdrag. Och då kan jag berätta att om du är medlem i Riksföreningen

för operationssjukvård och vill bli revisor, hör av er till mig: maria.svensson@rfop.se

Nationella Patientsäkerhetsprojekt är mycket viktiga och fyller en avgörande funktion i hur kvaliteten på den vård vi utför blir, med god kvalitet, i rätt tid och med rätt kunskap. Så från Riksföreningen ser vi med spänning på framtiden, och just nu vilket resultat Säker bukkirurgi kommer att presentera så småningom. •

Fakta: Maria Svensson, styrelseledamot och samordnare för patientsäkerhetsprojekten



Gunnar Enlund och Pelle Gustafsson

Rekommendationer från PRISS expertgrupper

Expertgruppsdokumenten reviderades under hösten 2015 och gäller tills vidare, dock längst till och med november 2018. Om ny kunskap tillkommer kan de komma att ändras tidigare.

Som tidigare har arbetet skett med stöd från Patientförsäkringen LÖF i tvärprofessionella grupper. Operationssjuksköterskor, anestesijuk-sköterskor, ortopedier, anestesiologer, sjukgymnaster, hygienläkare, hygien-sjuksköterskor och ortopedsjuk-sköterskor har alla representerat sina riksforeningar och bidragit men viktig kunskap.

Rekommendationerna gäller följande områden:

- Riskfaktorer samt optimering
- Profylaktiskt antibiotikum
- Uppföljning och infektions-registrering
- Optimal operationsmiljö

Syftet har varit att skapa rekommendationer som är kortfattade och lättlästa med referenser för de som vill fördjupa sig mer. När det gäller dokumentet som rör optimal operationsmiljö så har jag under de senaste åren förstått att det på många operationsavdelningar pågår diskussioner kring hur man bör arbeta för bättre säkerhet på operation. Många gånger uppstår konflikter mellan professionsgrupper då man ser olika behov beroende på det egna perspektivet. Min förhoppning är att rekommendationerna kan bli ett stöd för alla det som vill arbeta för en säkrare vård och som tidigare haft svårt att hinna med att hitta argument för bra arbetssätt i litteraturen. •

Länk till rekommendationerna finns på riksforeningens hemsida. Ni hittar även dem via LÖFs hemsida: <http://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/priss/>



Fakta: Annette Erichsen Andersson, Operationssjuksköterska, Lektor med inriktning Smittskydd och Patientsäkerhet Riksföreningens representant i PRISS expertgrupp.

Vad är det bästa med Chefnätverket?



Namn: Camilla Sturnegk
Arbetsplats: Operation
Ort: Linköping

"Bra möjlighet att utbyta erfarenhet från andra chefer i liknande situation"



Namn: Christer Forsström
Arbetsplats: Kärl- thorax operation
Universitetssjukhuset Örebro
Ort: Örebro

"Möjligheter att få nya kunskaper i chefsspecifika frågor"



Namn: Birgitta Möller
Arbetsplats: SöS
Ort: Stockholm

"Träffa chefskollegor från Stockholm och övriga Sverige för att veta att man är på rätt spår vad gäller ledning och operationsverksamhet"



Lärarnätverket

Riksföreningen för operationssjukvårds lärarnätverk har haft sitt årliga nätverksmöte i Stockholm den 25 november 2015. Lärare som närvarade representerade lärosäten såsom Uppsala Universitet, Karolinska institutet, Göteborgs Universitet, Västerås sjukhus, Lunds Universitet och Växjö Universitet.

Mötet inleddes av sammanställande för nätverket Monica Kelvered. Fokus för nätverksmöte var att diskutera pedagogiska frågor, bedömningsunderlag och hur vi får fler sjuksköterskor att bli intresserade av att söka till specialistutbildning inom operationssjukvård.

Ordförande för Riksföreningen för operationssjukvård, Kristina Lockner, besökte oss och berättade om sitt uppdrag som ordförande samt riksföreningens aktuella arbetsområden. Riksföreningen deltar just nu i projekt som "Stark för kirurgi, stark för livet" som är ett regeringsuppdrag som spänner över hela sjukvården. Tidigare har personer som representerar operation och anestesi inte

varit inkluderade i detta arbete och det är mycket positivt att dessa nu är inbjudna att delta. Projektet berör riskfaktorer inför kirurgi som i hög grad påverkar operationssjuksköterskans omvårdnadsåtgärder på operationsalen. Detta kan t.ex. innefatta rökning, alkoholbruk, fysisk aktivitet, nutritionsstatus och förberedande preoperativa hygienåtgärder.

Vidare berättade Kristina Lockner om en nystartad certifieringskurs för medicintekniska produktspecialister i operationsmiljö, riktad till medicintekniska produktspecialister som medverkar på operationsavdelning. Certifieringskursen ges i samarbete med Branschorganisationen för medicinteknik, Swedish Medtech. Det är inte helt ovanligt att representant för en produkt befinner sig sterilklädd i operationsområdet och det finns därför ett tydligt behov av utbildning. Tonvikten i kursinnehållet är rutiner och riktlinjer vid arbete i operationsrum med stort fokus på kommunikation. Ett annat viktigt lärandemoment, där bristande kunskaper har identifierats, är hanteringen av sterila förpackningar innan de når operationsavdelningen. Ett av huvudbudskapen under utbildningen är att produktspecialister inte ska delta i patientnära vård. Det förekommer att produktspecialisten ombeds hänga upp bukdukar och dylikt, detta är såklart inte deras ansvar utan operationssjuksköterskans.

Kristina efterlyste även uppslag till Uppdukat, det behöver inte vara färdigskrivna artiklar. Alla idéer och uppslag som kan stödja operationssjuksköterskor i arbetet välkomnas!

Vår profession står inför flera utmaningar

En oroväckande utveckling som diskuterades vid vårt nätverksmöte, är den att ett antal sjukhus i viss utsträckning börjat fundera över vilka operationer som kan genomföras utan operationssjuksköterskor närvarande



Monica Kelvered, Eva Kvidal och Veronica Ramirez Johansson

(på grund av brist på operationssjuksköterskor). Detta innebär såklart risker för patientens säkerhet! En debattartikel är under framtagande och Vetenskapliga rådet är involverade. Önskar man ta del av innehållet i artikeln före publicering, för att till exempel använda som argument i den egna verksamheten går det bra att kontakta riksföreningen.

Hur får vi sjuksköterskor att vilja utbilda sig till specialist-sjuksköterska inom operations-sjukvård?

En viktig åtgärd är att prioritera och ta hand om sjuksköterskestudenter i grundutbildning som gör kortare Verksamhetsförlagd utbildning, (VFU) på operationsavdelning. De måste få bra handledning av en operations-sjuksköterska och delta i arbetet på operationsavdelningen. I dagsläget är det inte helt ovanligt att sjuksköterskestudenterna får följa en undersköterskas arbete på operationsavdelningen istället, vilket är missvisande. Lärargruppen tror också på att sjukhusens ledning behöver göra bättre reklam för



Ulrika Synnerborn och Harriet Söderström

yrket genom att erbjuda hospitering och möjligheter till betald specialistutbildning.

Men, även om vi utbildar fler så återstår fakta: I Sverige finns ungefär 4000 operationssjuksköterskor i arbetsför ålder men bara runt hälften av dessa arbetar på operation. Varför det är på detta viset är inte helt känt i dagsläget och här behövs en kartläggning. Flera kliniker runt om i landet gör försök med annorlunda arbetssätt för att få operationssjuksköterskor att stanna i yrket, exempelvis förkortad arbetstid. Vi följer den utvecklingen med intresse.

Hur kan vi stödja blivande operationssjuksköterskor att utstråla självförtroende i sin profession?

Birgitta Åkesdotter Gustafsson redogjorde bl.a. för den språkför- enkling omkring våra omvårdnads- åtgärder som vi delvis själva står för, samt ett antal förslag att använda i utbildningarna. Huvudbudskapet är att kalla saker för vad det är och undvika uttryck som tvätta och klä, stå i såret, lägga upp etc. (Se textruta nedan för exempel). Lärarnätverket och Vetenskapliga rådet kommer att arbeta vidare med terminologin och tar tacksamt emot förslag på uttryck från medlemmarna.

Maila ditt förslag/dina tankar direkt till: Birgitta Åkesdotter Gustafsson, Birgitta.A.Gustafsson@ki.se

Förslag till förnyat språkbruk

Stå i såret → Ansvarar för patientens avancerade omvårdnad under operation

Lägga upp → Positionerar patienten inför operation

Tvätta och klä → Huddesinfektion och drapering

Städa, damma, sprita → Desinfektion

Förbereda salen → Säkerställa salen/operationsrummet

Duka upp → Iordningställa operationsdukning

Instrumenterar → Samarbetar med kirurgen för att patienten ska nå målet med sin operation

Fler exempel finns.. Plocka, Räkna etc.

Nationell klinisk slutexamination för operationssjuksköterskor, NKSEOP är ett verktyg utvecklat av lärarnätverket och har för syfte att examinera de nationella examensmålen. Verktöget används på samtliga lärosäten i någon form och fick mycket beröm av UKÄ när våra utbildningar utvärderades. Andra inriktningar på specialistsjukskö-

terskeprogrammen vill nu ta efter vår modell, vilket är glädjande. Verktöget revideras regelbundet och så även vid vårt nätverksmöte den 25 november.

Kvalitetsrådet: stöd för operationssjuksköterskan i dagligt arbete

Ing-Marie Bundesen berättar om kvalitetsrådets uppdrag, arbetssätt och styrdokument. En viktig produkt är "Riksföreningen anser och rekommenderar". Lärarnätverket bekräftar också att "Riksföreningen anser och rekommenderar" används flitigt i utbildningarna.

- Den senaste i raden av sammanställningar är den om kirurgisk rök och planerade sammanställningar finns inom följande områden:
- Preparathantering och vävnadsprov
- Sterila engångshandskar
- Övertäckning av sterila instrument
- Handtvätt och preoperativ handdesinfektion

Förslag på kommande rekommendationer tas tacksamt emot via hemsidan. Sammanfattningsvis är arbetet med studenterna en förmån på många sätt, men vi lärare är få till antalet och spridda över hela landet. Lärarnätver-

Vad är det bästa med att vara operationssjuksköterska?



Namn: Eva Bohjort

Arbetsplats: C-op

Ort: Hudiksvall

"Samarbeta i ett team tillsammans med olika yrkeskategorier. Utvecklande, man blir aldrig fullärd"



Namn: AnnKatrin Engvall

Arbetsplats: C-op

Ort: Gävle

"Ingen patient är den andra lik. Man lär sig hela tiden. Roligt yrke. Utvecklande. Lagarbete"



Namn: Mats Johansson

Arbetsplats: Kirurgoperation, Universitetssjukhuset Örebro

Ort: Örebro

"Den bästa kombinationen av teknik och omvårdnad!"

Fakta: Anna Hauffman, Doktorand, Kursledare, Uppsala Universitet



Certifieringskurs för medicin- tekniska produktspecialister



I samarbete mellan Riksföreningen för operationssjukvård och branschorganisationen Swedish Medtech arrangeras certifieringskurser för medtechpersonal som medverkar i operationssalar och på operationsavdelningar. Syftet är att kvalitetssäkra att alla aktörer har rätt kunskap kring regler och praxis i samband med en operation. Nu är den första kursen genomförd.

Kursen har föregåtts av ett års intensivt planeringsarbete där vi stött och

blött kursplan, syfte och upplägg, så det var med spänning vi såg fram emot kursstart. 21 deltagare från 17 företag var på plats under de två dagarna som kursen är. De två kursdagarna är fullmatade med både teori och praktik. Syftet är att ge deltagarna kunskap kring skrivna och oskrivna regler i och omkring en operationssal. Dag 2 genomfördes med Birgitta Å Gustafsson och Annika Sandelin som saks experter från Riksföreningen för operationssjukvård. Fastän dagen präglades av praktisk karaktär får deltagarna en teoretisk inblick i hur patienten upplever vård och omvårdnad under den perioperativa perioden och hur operationssjuk-

sköterskor erfar sitt arbete i operationsteamet. Under dagen lades även stor vikt vid att tydliggöra rollerna i operationsteamet, alltså medarbetarnas ansvar och uppgift i teamet inklusive produktspecialisters ansvar och funktion. Fokus blev på dialogen om just produktspecialistens roll i teamet i operationsrummet, och det underströks att produktspecialisten inte ska delta i det intraoperativa arbetet, dvs. vara sterilklädd eller vara cirkulerande/"passa

Medicinteknisk
produktspecialist
vid operation



Certifierad 14/001

Anna Andersson
Andersson AB





på salen”. Detta var något som alla var överens om fast det framkom att det i praktiken inte alltid är på det viset.

Den praktiska träningen som genomfördes gällde basal hygien vid en operation, vilket bland annat innebär kunskap om vilka klädregler som gäller, träning att utföra handdesinfektion, på- och avtagning av hjälm, munskydd, ögonskydd och osterila handskar på ett korrekt sätt.

Dagarna genomströmdes av god stämning, många nätverkande samtal och erfarenhetsutbyte. En del i erfarenhetsutbytet skedde under middagen dag 1 då vi även har några av föreningens distriktssamordnare med för att dela med sig av sina erfarenheter av mötet med produktspecialister.

Utbildningen, ska fungera som en kvalitetsstämpel för de individer som representerar företag som av olika anledningar har ett arbete att utföra på operationsavdelningar och på operationssalar. De som genomgår utbildningen och klarar de teoretiska respektive det praktiska provet med godkänt resultat erhåller diplom och ett certifikat i form av en badge med namn och datum för certifieringen.

Under 2016 är det fyra tillfällen planerade och första är 21-22 april, mer information kan ses på swedish-medtech.se. •

Programmet

Dag 1

- Hur styrs och leds sjukhusen i Sverige?
- Lagar och regler som styr verksamheten
- Upphandling i praktiken
- Samverkansöverenskommelsen
- Medicinteknikbranschens förutsättningar
- Medicintekniska direktivet och regler för vigilance

Dag 2

- Patienten och operationsteamet
- Så fungerar operationsrummet – ansvar, roller och förväntningar
- Miljö i operationsrum; hygien, aseptik, prevention, smittspridning och röntgenstrålning
- Gruppdiskussion- rollen som produktspecialist
- Inbjuden gäst som berättade om sitt arbete och sina möten med medicinteknikföretagen.
- Praktiskt prov
- Skriftligt prov

”Kursen har gett mig en större säkerhet i regelverket vid besök på operationsavdelningar, samverkansavtal, upphandlingsprocessen”.

Kursdeltagare, Jan Brandin OneMed

Deltagande företag vid första kurstillfället

Kungshusen Medicinska
Kebomed
OneMed
Cook Medical
Medline International
Medtronic/MITG
Senzime
Vingmed
Carl Zeiss
Olympus
Johnson & Johnson
Baxter Medical
Edwards Lifescience
Boston Scientific
Elekta Instrument



Kvalitetsrådets uppdrag och arbetsprocess

Kvalitetsrådet inom Riksföreningen för operationssjukvård bildades under våren 2008. Syftet med rådets arbete är att formulera riktlinjer enligt kvalitetsindikatorer och ge förslag till standards inom perioperativ omvårdnad.

Kvalitetsrådets uppdrag är att:

- Ansvara för att utforma Riksföreningens anser och rekommenderar
- Vara behjälpliga i att besvara remisser
- Bevaka rapporter inom perioperativ omvårdnad
- Delta i samverkansprojekt

Riksföreningen anser och rekommenderar

Kvalitetsrådets främsta uppgift är att utforma Riksföreningens anser och rekommenderar. Intentionen med dessa rekommendationer är att varje patient ska få en god och säker vård som vilar på kvalitet utifrån evidens. Intentionen är också att skapa en god arbetsmiljö för operationssjuksköterskor och medarbetare i teamet. Rekommendationerna kan med fördel användas som grund för verksamhetens riktlinjer.



Som ett stöd i arbetsprocessen att utforma rekommendationer används evidensbaserad praktik enligt de fem steg som finns beskrivet i Kunskapsguiden <http://www.kunskapsguiden.se/ebp/om-evidensbaserad-praktik/fem-grundsteg/Sidor/default.aspx>

Evidensbaserat arbete – en process med fem grundsteg.

1. Omvandla information till en fråga som kan besvaras.
2. Söka bästa tillgängliga kunskap för att besvara frågan.
3. Värdera kunskapen utifrån tillförlitlighet och användbarhet.
4. Väg samman kunskapskällorna med den egna professionella kompetensen, den berörda individens problem, unika förutsättningar och önskemål.
5. Följa upp de fyra föregående stegen och sträva efter att förbättra arbetet

Sjuksköterskans kärnkompetenser och kompetensbeskrivning för operationssjuksköterskor är ytterligare dokument som ligger till grund för rekommendationerna. Medicinska experter inom respektive område anlitas för att kvalitetssäkra rekommendationerna. Färdigställda och av styrelsen antagna Riksföreningens anser och rekommenderar publiceras på Riksföreningens hemsida rfop.se/om-oss/kvalitetsrådet. •

Fakta: Kvalitetsrådet, Ing-Marie Bundesen, Anna Ekepil, Rose-Marie Gabrielson och Annika Sandelin



Rose-Marie Gabrielson



Ing-Marie Bundesen



Ny medlem i kvalitetsrådet

Anna Ekepil

Visby centraloperation

1. Erfarenheter från föreningsarbete och vilka utmaningar jag ser för RF

DS i många år i Riksföreningen för operationssjukvård. Varit med och delaktig i många idrottsföreningar. Jag ser Riksföreningen som en viktig förening som jobbar för min/vår profession och bevakar våra intressen. Det är viktigt att visa vad vi gör och vad vi står för och att vi har en framtidsvision.

2. Mitt utvecklingsområde som jag önskar driva i rådet:

Riksföreningen rekommenderar och anser är utvecklande för oss. Vi ger ut grunder att jobba vidare på för att använda i det dagliga arbetet och kanske att få ett mer liknande arbetssätt nationellt. Sedan finns det oändligt många intressanta ämnen att "grotta ner sig i". •



Anna Ekepil

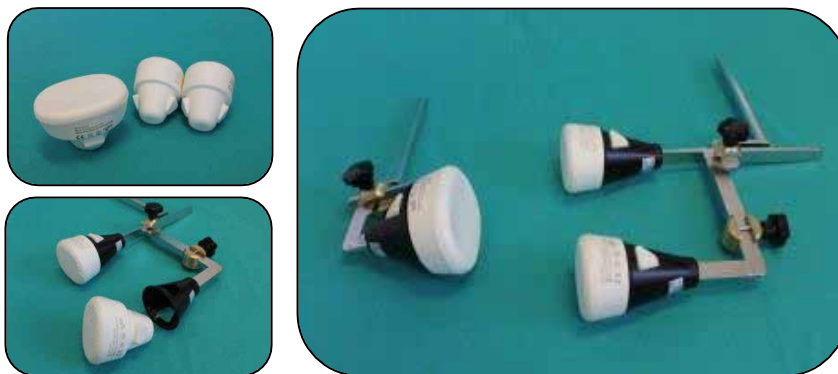
Foto: Peo Sjöberg

Nya HIPFIX®

NYHET!

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

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



 **OSSANO**
SCANDINAVIA

www.ossano.se

Tel: 08-665 10 18

Mail: info@ossano.se



Distriktsmöten



Kronoberg Blekinge

Kronoberg Blekinge 16 april 2015

Text: Anette Ernstson, distriktssamordnare

Vi var sex stycken operationssjuksköterskor från Karlskrona som åkte till Ljungby för DS möte. Från operationsavdelningen i Ljungby deltog sju operationssjuksköterskor.

Först samlades vi i personalrestaurangsalen på sjukhuset, där vi fick lite mat. Under tiden gav jag information om Riksföreningen för operationssjukvård. Jag visade Riksföreningens hemsida och talade om den tillsammans med Catarina Augustsson. Allmän diskussion om vår status som operationssjuksköterska blev det också.

En av operationssjuksköterskorna från Ljungby, Maria Larsson, höll ett mycket spännande och roligt föredrag om Operation Smile. Hon har haft två uppdrag på två helt olika kontinenter,

Nicaragua och i Kina, där de har helt olika syn på hur man arbetar. Hon visade härliga bilder till.

Vi avslutade med en rundvandring på operationsavdelningen. Det är ju alltid lika roligt att se hur olika operations-salar kan vara!

En inbjudan var även skickad till Karlshamn, till THX, Karlskrona och till Växjö till detta möte. Tyvärr kunde ingen komma därifrån. •



Jönköping

Jönköpings län 15 oktober 2015

Text: Inger Karlsson, distriktssamordnare

Denna höstkväll samlades vi 18 stycken operationssjuksköterskor från Operationscentralen, Dagkirurgen, KBC (Konsultations- och Behandlingscentral) en bemanningssjuksköterska samt en VUB student i konferensrummet OPC Ryhov Jönköping. Kollegorna från Eksjö och Värnamo kunde inte närvara, men hoppas kunna vara med nästa år. Mötet startade med lite mingel och sedan var det dags för en bit mat. Under maten höll Peter Johnsson från Covidien en mycket uppskattad föreläsning om elsäkerhet vid diatermi.

Till kaffet informerades det om Riksföreningen för operationssjukvård, hemsidan och det viktiga arbete som kvalitetsrådet gör med "Riksföreningen anser och rekommenderar". Vi ser fram emot de kommande rekommendationerna om preparathantering och diatermirök. Kollegorna uppmanades också att söka det supportstipendium som Riksföreningen delar ut.

Stort tack till alla som deltog och bidrog till att vi fick en trevlig kväll. •



Stockholm

Stockholm 15 oktober 2015

Text: Yvonne Törnqvist, distriktssamordnare

Nora Kollin välkomnade alla till mötet som hölls på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Yvonne Törnqvist inledde mötet med att informera om viktiga datum framöver som höstkongressen, hygienforum och NORNA-kongressen i Köpenhamn nästa år och några av de projekt som Riksföreningen för operationssjukvård arbetar med.

Första talare för kvällen var Veronika Pulgar, ortoped på Södertälje sjukhus. Hon visade bilder och berättade om sin intressanta volontärresa till Nepal år 2012. Där arbetade hon under sex veckor i ett av de fattigaste områdena i Nepal, nämligen Dadeldhura-sjukhuset. Hon var noga med att poängtera att det var riktigt läskigt att bege sig iväg själv som volontär, men så givande och utvecklande både på det professionella och personliga planet. Hon inledde hela presentationen med att berätta att hon alltid önskat att få åka iväg och hjälpa till i Nepal. Men hon kände sig aldrig tillräckligt förberedd. Hon är idag så glad att hon till slut tog steget och gav sig iväg. Hon menar att om man bara vill, kan man göra stor nytta genom att åka iväg och arbeta ute i världen. Tillräckligt fullärd känner man sig nog aldrig riktigt, men man ska inte låta det hindra en. En väldigt givande och inspirerande presentation och vi tackar Veronika Pulgar för att hon tog sig tid att komma och berätta om sin resa för

oss, och önskar henne lycka till på sin kommande volontärresa nästa år.

Magnus Eriksson från Mölnlycke som var nästa talare tog oss tillbaka till nutid och I-lands problem, nämligen om sår och forskning kring förband och smärta relaterat till förbandsbyte i avancerad sjukvård. Han pratade om deras Safetac-förband och hur man bäst använder dem samt likheter och skillnader mellan Mepilex Border och Mepilex Border Post-op. Vi fick även information kring hur vi ska tänka när vi väljer förband. Det är viktigt att titta på hur effektiv absorption, spridning och retention förbandet har. Vi tackar Magnus Eriksson för att han tog sig tid att komma och presentera väldigt intressant och uppdaterad information kring förband. Förband är en stor och väsentlig del i patientens postoperativa behandling. En viktig del i vårt yrke ligger i att hålla oss uppdaterade kring marknaden och forskning kring förband.

Sist ut på kvällen presenterade Anders Hallbeck Ethicons antibakteriella plus-suturer. Studier visar att dessa suturer är ett bra sätt att minska antalet bakterier i operationssåret. Plus-suturerna är behandlade med Triclosan som skyddar suturen från kolonisering av många bakterier. Triclosan metaboliseras och utsöndras i neutralform. Mängden Triclosan från en operation har man räknat ut är mindre än en daglig dos av tandkräm. Anders nämnde också att det inte finns något som visar på att triclosan skulle utveckla resistens. Vi tackar även Andres Hallbeck för en intressant presentation om antibakteriella suturer.

Tack även till alla operationssjuksköterskor från Stockholmsdistriktet som kom på mötet. •

Värmland 15 oktober 2015

Text: Lotta Olsson, distriktssamordnare

Nya och gamla medlemmar i Riksföreningen för operationssjukvård träffades efter arbetet i matsalen på operation väst i Karlstad. Jag som distriktssamordnare arbetar på operation väst i Karlstad, så därför valdes vår matsal som även används som föreläsningssal för mötesplats för vårt distriktsmöte 2015. Operations-

sjuksköterskor från operation öst och väst i Karlstad kom, även operationssjuksköterskor som arbetar på universitetet och planeringsansvarig för operationsprogram för öronklinikerna närvarade. Jättetrevligt med en blandning av olika arbetsuppgifter för operationssjuksköterskan och med ett intresse för operationssjuksköterskans framtid. Tyvärr kom inga operationssjuksköterskor som inte bor i Karlstad.

Under mötet visar jag hemsidan rfop.se och även Uppdukat för att fördjupa oss i flera artiklar. Vi diskuterar utbildningar som är på gång, infektioner och hygienrutiner - varför det alltid är svårt. Hur vi får studenter att läsa till operationssjuksköterskor, hur levnadsvanor har betydelse vid operation.

Vi fick en fin presentation om ambulanshelikoptern av Ragnar Henningsson. Ambulanshelikopterns verksamhet startade i Värmland för ca. ett år sedan. Ragnar gav en trevlig och intressant presentation om hur nya arbetssätt, kommunikation och övningar av svåra olyckor ingår i nya arbetsuppgifter. Våra anestesiläkare alternera sina arbetsuppgifter med ambulanshelikoptern och vår arbetsplats. Även flera av våra arbetskamrater sökte arbete när helikopterverksamheten startades för ca 1 år sedan. Nyfikenheten om hur det är att arbeta med helikoptern var anledningen att bjuda in anestesiläkare för att berätta om deras nya arbetsuppgifter

I Karlstad valde jag att inte bjuda in företag som sponsor utan riksföreningen bjöd på en god kvällsmat. •



Lotta Olsson, Värmland



Gävleborg

Gävleborg 20 oktober 2015

Text: Mi Sundberg, distriktssamordnare

Årets möte hölls i konferensrummet på centraloperation i Gävle. Vi var 17 stycken operationssjuksköterskor från Centraloperation samt dagkirurgen i Gävle som deltog i mötet.

Kvällen startade med lite mingel och mat och jag öppnade mötet genom att hälsa alla välkomna.

Jag visade vår hemsida på storbildsskärm och informerade om Riksföreningen för operationssjuksjukvård och att vi är en intresseförening för operationssjuksköterskor. Föreningens främsta mål och uppgift är att bevaka och gagna operationssjuksköterskornas gemensamma utbildnings- och yrkesintressen samt att främja utvecklingen av den perioperativa omvårdnaden. Jag belyste fördelarna med ett medlemskap samt hur man går till väga för att bli medlem.

Vi tittade runt på hemsidan och jag berättade om kvalitetsrådet och deras arbete "Riksföreningen anser och rekommenderar".

Berättade även att riksföreningen för operationssjukvård medverkar och har representanter i nationella projekt som leder till ökad kvalitet och patientsäkerhet i svensk operations-sjukvård.

Lotta Nykvist och Anders Hallbeck från Ethicon var inbjudna för att fö-

reläsa om suturer och olika nåltyper. Kvällens höjdpunkt var den praktiska övningen där vi fick öva på att sy samt träna på start och stoppknutar.

Ett stort tack till Lotta och Anders samt till mina kollegor som kom på mötet och gjorde det till en trevlig kväll. •

Jämtland 28 oktober 2015

Text: Andreas Tullsson, distriktssamordnare

Vi träffades efter jobbet en helt vanlig onsdag. Extra roligt var det i år eftersom vi hade tre nya medlemmar som just börjat sina karriärer som operationssjuksköterskor. Sammanlagt var vi 15 operationssjuksköterskor från vårt sjukhus. Vi höll till på Arctura, en restaurang uppe vid skidstadion med utsikt över stan.

Kvällen började med att Glenn Lundberg från Mölnlycke gick igenom olika standarder som deras produkter skall uppfylla. Lite nyheter hann vi också med.

Kvällens andra punkt var att Gabriella Thunell och Magnus Bursell från B.Braun berättade för oss hur man arbetar med sterilkontainrar. Intressant för oss som aldrig har använt något containersystem. Fler och fler sjukhus har gått över från packskynken till någon form av flergångssystem. Det finns både fördelar och nackdelar, men fördelarna överväger helt klart.



Foto: Peo Sjöberg

Andreas Tullsson, Jämtland

Efter detta var det dags för föreningsfrågor. Vi gick bl.a. igenom hemsidan steg för steg. Att "Riksföreningen anser och rekommenderar: Kirurgisk rök" nu släppts. Vi hamnade i livlig diskussion kring att det genomförs operationer utan utbildade operationssjuksköterskor.

Vi pratade också om certifieringskursen för medicintekniska produktspecialister. Allt som allt: En trevlig och intressant kväll. Tiden flyger när man har roligt! Jag hann inte ens få upp kameran denna kväll vilket var lite synd. •

Södra Älvsborg 2 november 2015

Text: Elin Wass, distriktssamordnare

Efter en akademisk kvart var vi alla samlade i konferensrummet på operation 1 i Borås. Både Borås och Skene var inbjudna men tyvärr kunde ingen från Skene närvara. Vi som var på plats kom från operation 1 och 2 i Borås samt två representanter från Mölnlycke.

Jag som Distriktsamordnare hälsade alla hjärtligt välkomna och berättade lite om kvällens dagordning. Sedan kom lite information om Riksföreningen för operationssjukvård, höstkongressen och en guidning via hemsidan. Kvällens föreläsare Ann Folin tog sedan plats på scen och berättade inlevelsefullt om, multiresistenta bakterier, MRB. Första delen av föreläsningen innehöll skrämmande statistik

och siffror om hur de flesta av dessa bakterier ökar i vårt samhälle/vården. Vi fick en repetition av dessa bakteriers mikrobiologi, förekomst och spridning av dessa bakterier i Sverige och i övriga världen. Efter en timmes koncentration behövdes en matpaus. Det bjöds på en uppskattad libanesisk buffé. Med ny energi fortsatte föreläsningen om klädkoder, mössor och munskydd. Vi fick en nyttig repetition och ny kunskap. Kollegor såg rutinerna på avdelningarna med nya kritiska ögon och kom med en del förbättringsförslag.

Kvällen avslutades med kaffe, kaka samt lite mingel. Heléne Hegardt från Mölnlycke hade med sig prov på kläder, drapering, mössor och munskydd som testades och inspekterades. Kvällens deltagare gick hem mätta och med mer kunskap om hygien. Tack Heléne Hegardt och Ann Folin för en mycket trevlig och lärorik kväll. •



Henrik Forsberg



Kristina Forslund



Ann Folin

Skaraborg 10 december 2015

Text: Monika Briggner, distriktsamordnare

Vi samlades efter jobbet i konferensrummet på Centraloperation i Skövde. Denna gång var vi ett tappert gäng från Skövde och Falköping som deltog.

Mötet startade med information om Riksföreningen för operationssjukvård och dess aktiviteter, samt en rundtur på riksföreningens hemsida. Jag fick även tillfälle att presentera senaste nytt från höstkongressen och en del matnyttigt från distriktsamordnarnas heldagsmöte som ägde rum i samband med kongressen.

Bland annat informerade jag om att en artikel kommer att publiceras på temat "operationssjuksköterskor ersätts med annan personal" och att Swedish Medtech tillsammans med riksföreningen har tagit fram en certifieringskurs för medicintekniska produktspecialister i operationsmiljö.

Kvällen fortsatte med föredrag om utlandstjänstgöring av våra operationssjuksköterskor Henrik Forsberg och Kristina Forslund.

De visade fantastiska bilder och det blev fascinerande berättelser om deras

strapatser. De har båda tjänstgjort i Afghanistan vid olika tillfällen, Henrik 2014 och Kristina 2010, och deras uppdrag skilde sig åt en del beroende på var de var stationerade. Deras bilder och berättelser beskrev på ett engagerande sätt hur deras arbetssituation kunde se ut.

Henrik har även varit i Sydafrika och där studerat traumavård, framförallt skottskador, under sex veckor. Han passade även på att berätta om och visa bilder från den studerandepraktik han fick möjlighet att göra på en operationsenhet i London.

Kristina hade också en hel del spännande att visa och berätta från Afghanistan. Hon fortsatte med att presentera sin resa med HMS Carlskrona där hon hade uppdraget som operationssjuksköterska ombord. Fartygets uppdrag var att eskortera sjötransporter för world food program samt patrullera och övervaka havsområdet utanför Somalias kust.

Det var intressant att höra och se hur de, under olika förutsättningar, arbetat med sjukvård i sina olika uppdrag. Vi fick veta att det var blandat med arbete och övningar, som det är inom det militära.

Ett stort tack till Henrik och Kristina för engagerande föreläsningar! •



Distriktsmöte 25 november 2015

Text: Inger Andersson, Redaktionen

I samband med Riksföreningen för operations-sjukvårds höstkongress den 26-27 november 2015 samlades distriktssamordnarna (DS) för ett gemensamt möte. Vi var 20 nya och gamla kollegor som tillsammans representerade de flesta av våra 24 distrikt i Sverige. Vår huvudsakliga uppgift är att sprida information från riksföreningens styrelse till våra medlemmar ute i våra distrikt.



Kristina Lockner, riksföreningens ordförande, startade mötet och hade nationell information till oss och vad riksföreningen arbetar med just nu. Vi fick bl.a. vetskapen om den nystartade utbildningen som vår förening tillsammans med Swedish Medtech har startat för produktspecialister som besöker våra operationsavdelningar. Och frågan som vi ställer oss: Vad gör de 2000 legitimerade operationssjuksköterskorna som inte arbetar på våra operationsavdelningar?

Lotta Olsson, som är sammankallande distriktssamordnare, guidade oss i frågorna vi hade om riksföreningens arbete på distriktsnivå och hur vi ska arbeta för att få fram informationen till våra medlemmar. Vi ser fram emot vintern och vårens distriktsmöten där vi får träffa kollegor, får informera om nya riktlinjer och utbyta erfarenheter.

Resten av dagen diskuterades sakfrågor och rutiner som vi hade med från våra distrikt eller arbetsplatser. En väldigt givande dag och vi tar med oss ny information hem till kollegorna i våra distrikt. •

Nya medlemmar

Föreningen har under perioden 1 juli till 31 december fått 75 medlemmar välkomna!

Agnes Solyomne Sandor
Andrea Martinez Espinoza
Angelika Wikberg
Anita Gustafsson
Anna Engström
Anna Filipowska
Anna Westerberg
Anne Palmgren,
Annika Olsson
Birgitta Holm
Caroline Sjögren
Christella Liew
Ellinor Gribbe
Emely Schannong
Emma Claesson
Emma Larsson
Erik Steneröd
Eva Karin Bengtsson
Frida Dahl,
Hanna Martinsson
Hanna Sundell
Helene Asplund
Isabel Villegas Peredo
Jacqueline Björklund
Joachim Svensson
Joanna Nyhren
Johanna Larsson
Johanna Nordholm
Josefin Astros
Josefin Stehn
Karin Brunström
Katarina Bergstrand
Katarina Eriksson
Katarina Henriksson
Katarina Puhls
Kristina Ökvist
Laila Frid
Lena Freden
Lena Moen

Lena Molin
Lina Hedlund
Linda Sjöberg-Akhimienmho
Line Vestberg
Lisa Kantola
Magnus Sundman
Maria Backman
Maria Danielsson
Maria Grund
Maria Kärrman
Maria Linden
Maria Svensson
Maria Thorell
Marie Ackarsjö
Marie Strömdahl
Marie Widgren
Marlene Idensjö
Nahid Asplund
Pamela Jönsson
Paola Fuentes Fernandez
Patricia Bäckström
Patrik Tuason
Peter Elvcrona
Sandra Franzen
Sara Bengtsson
Sara Fellbrink
Sarah Sannemalm
Sofia Gustafsson
Sofia Sutherland
Sonja Berggren
Susanne Karlsson
Therese Karlsson
Therese Lundgren
Ulrika Bringhed
Unni Stensson
Yvonne Hellgren

Välkommen!



Tredje konferensen för chefer och ledare vid Sveriges operationsavdelningar

Konferensen startade med ett nätverkande mingel på torsdagskvällen, vilket var väldigt uppskattat av de som medverkade. Det nätverkades flitigt under kvällen, roterades runt bland borden och mycket diskuterades.

Konferensen

Fredagen bjöd på en bra blandning av föreläsare. Allt från forskning angående chefers arbetsmiljö till att höra en operationssjuksköterska berätta hur svårt det är för chefer att leda implementering av evidensbaserad vård. Väldigt intressanta föreläsningar och det blev många bra diskussioner och frågor som ställdes.

Efter det kom vi in på ett ämne som är väldigt aktuellt just nu med alla om – och nybyggnationer runt om i Sverige. Tiden räckte tyvärr inte till med alla frågor och diskussioner som

uppstod. Alla var överens om att detta är ett ämne som det behövs mer kunskap om för en chef på en operationsavdelning.

Tack alla för en rolig, inspirerande och tänkvärd dag.

Konferensen avslutades med en väldigt tänkvärd föreläsning av Sara Lund/Claes Schmidt med mycket humor inlagt.

Vi ses den 17 mars!

Jag vill passa på att påminna om nätverksträffen torsdagen den 17 mars 2016, vecka 11, för chefer på operationsavdelning i Sverige. •

Fakta: Veronica Dahlgren, Kontaktperson och ansvarig för nätverket



Veronica Dahlgren



Malin Bolin, en av föreläsarna

Vad är det bästa med/på årets Höstkongress?



Namn: Fredrik Warnicke

Arbetsplats: ÖNH-operation, Universitetssjukhuset Örebro

Ort: Örebro

"Stor variation på föreläsningssämne"



Namn: Maria Taube och Carin Olandersson

Arbetsplats: Operationsenheten Ljungby/ C-op Kristianstad

Ort: Ljungby/ Kristianstad

"Nätverkande och ny information"



Namn: Maria Hestad och Sara Sjungargård

Arbetsplats: Operationsavdelningen, Karlskoga Lasarett

Ort: Karlskoga

"Bra föreläsningar. Trevligt att träffa kollegor från hela landet"



Nya kolleger

Uppdukats redaktion gratulerar de nya specialistsjuksköterskorna inom operation som avlagt sin examen i januari 2016.



Umeå Universitet

Universitet: Umeå Universitet, Institutionen för omvårdnad

Ort: Umeå

Kursansvarig: Harriet Söderström

Från vänster, sittande: Olesia Bergström, Nadeesha Marklund Aluthgama Guruge, Lina Hedlund, Linnéa Sjöli

Rad två: Ida Jonsson, Maria Åsdell, Linda Blixt, Marica Nöjd

Översta raden: Harriet Söderström, Jakob Ekman, Benjamin Bernroth, Mikael Hultebrand, Helena Olsson, Staffan Rudberg

Karolinska Institutet

Universitet: Karolinska Institutet

Ort: Stockholm

Kursansvarig: Veronica Ramirez Johansson
Examinator: Ann-Mari Fagerdahl

Övre raden från vänster: Johanna Edstedt, Emma Käck, Fanny Lindgren, Marika Martinsson Bialas, Cesilia Hörk, Jason Gahrén, Matilda Dalhov, Caroline Sjögren, Line Henningsson, Ebba Sylwan

Nedre raden från vänster: Anna Axell, Aglaya Demidova-Sjtjedrina, Johanna Lindblom, Anna Lagerström, Petra Madeley, Agnes Claesson och Josefin Astros



CONGRESS 8th

EORNA

THE COLOSSUS OF PERIOPERATIVE NURSING

4 - 7 MAY 2017 Rhodes Island, GREECE

Rodos Palace
International
Convention Centre

www.eornacongress.eu



CONGRESS SECRETARIAT



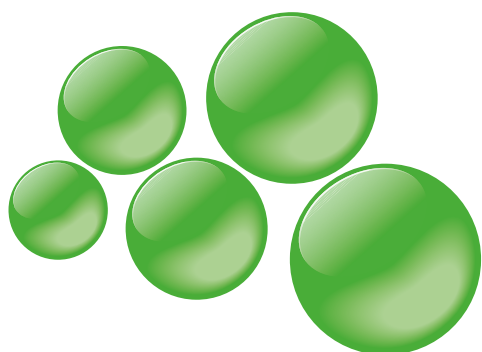
ERA Ltd. 17, Asklipiou str. | 106 80 Athens - Greece

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

POSTTIDNING B

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

GULDKONGRESSPONSORER



MÖLNLYCKE
HEALTH CARE

SILVERKONGRESSPONSORER

KEBOMED

Johnson & Johnson
Nordic

 COVIDIEN
positive results for life™

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

BERNER
Medical



ONE MED
Sverige AB