



FÖRSVARSMAKTEN



DAGS ATT VÄLJA
NY VÅRDCENTRAL

SAMMA SJUKVÅRD. NYA PERSPEKTIV.

Gränslös och gjord för att kvalificera sig till de bästa i världen. Detta är alla våra kunskaper och erfarenheter som gör oss till den bästa vårdcentralen i världen. Du hittar oss i din vardag, även om vi aldrig ser till oss själva.

Om sjukvården i Försvarsmakten är du en möjliggörare. På heltid eller deltid. I Sverige eller utomlands.

www.forsvarsmakten.se



Säkerhet

Med originalet.



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

Aesculap®. Originalet. Sterila containersystem sedan 1971.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

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

Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

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

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild

Utställning vid kongressen

Foto:

Peo Sjöberg, Ateljé Ånggatan

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

*Kristina Lockner
Ingela Pirttilä
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 2015 årgång 27

Redaktionens ord...sid 4

Patientlagen – ersätter hälso-
och sjukvårdslagen...sid 6

Mätningar av vårdrelaterade
infektioner...sid 7

Redaktionen tipsar...sid 8

Min operationsavdelning...sid 12

Resestipendium...sid 14

Livet efter disputationen
- min vardag...sid 16

Jubileumssidor....sid 18

Porträttet...sid 28

Bristande kommunikation och
samarbete i den kirurgiska
vårdkedjan ger vårdskador
och kräver förändrade
rutiner.....sid 30

Operation - en viktig länk
i traumakedjan....sid 33

Föreningsnytt....sid 34

sid 8



sid 14



sid 18



sid 28



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



God fortsättning på det nya året, önskar jag även om det har hunnit bli februari innan du läser detta. Ett nytt år igen med nya utmaningar inom professionen, riksföreningen och privatlivet.

Förra året, vårt jubileumsår då Riksföreningen för operationssjukvård firade 50-års jubileum, avslutades med Höstkongressen på Stockholm Waterfront. Läs om de spännande föreläsningarna och innehållsrika dagarna i detta nummer av Uppdukat. Under kongressen samlades vi också under en jubileumsbankett, där vi fick njuta god mat och möta gamla och nya kollegor.

I denna tidnings porträtt får du läsa om Maud Lundbäck. Det är intressant läsning om hur Maud som engagerad operationssjuksköterska och chef tillsammans med sina kollegor på neurooperation i Uppsala satte igång med införandet av den perioperativa omvårdnadsmodellen. Maud Lundbäck har också varit ledamot i Riksföreningen för operationssjukvårds styrelse och även i det arbetet deltog hon med all sin energi och kunskap. Jag vill också nämna att Maud var en av de tre operationssjuksköterskor som startade Uppdukat.

Hygienfrågor är alltid lika viktiga för oss operationssjuksköterskor. I detta nummer skriver Inga Zetterqvist, riks-

hygienssjuksköterska, om mätningar av vårdrelaterade infektioner. Vi tar gärna emot frågor från dig eller som uppkommer på din avdelning, som vi förmedlar till Inga Zetterqvist, www.rfop.se/uppdukat/hygienfraaga/

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

Den perioperativa sjuksköterskans dag firas den 15 februari i hela Europa. Temat för dagen bestäms av EORNA och är i år: Sharps Safety begins with you.

I maj, den 7 - 10 maj, anordnas den sjunde europeiska kongressen för operationssjuksköterskor i Rom. Jag har fått möjligheten att arbeta tillsammans med sex andra europeiska kollegor i Scientific Committee och vi har läst över 300 abstracts från operationssjuksköterskor världen över. Det är fantastiskt att se vilket arbete som görs av oss inom vårt yrke! Det är speciellt roligt att flera av de mest framstående föreläsarna kommer från Sverige, en av dem kommer också att hålla sin föreläsning under rubriken "Hot topic". Håll utkik efter programmet på vår hemsida <http://www.rfop.se/internationellt/eorna/kongress/> och anmäl dig gärna! Utnyttja möjligheten att söka Riksföreningen för operationssjukvård supportstipendium!

Vi planerar förstås för fullt inför årets Hygienforum som kommer att hållas den 21 - 22 maj, 2015, på Sheraton Hotel i Stockholm. Det preliminära programmet finns på vår hemsida och innehåller bl.a. föreläsningar om EBOLA, antibiotikaresistens, vårdrelaterade infektioner m.m.

Hoppas att du ska få en trevlig stund med årets första Uppdukat!



Hygienforum

21 - 22 maj 2015

Stockholm Sheraton

Preliminärt program

Johan Struwe

Antibiotikaresistens - kampen mot det ansiktslösa hotet

Inga Zetterqvist

Calicivirus - går det att förhindra utbrott?

Maria Eriksson

ECMO - ExtraCorporeal Membran Oxygenation - att syresätta blodet med en modifierad hjärtlungmaskin.

Eva Joelson Alm

Urinblåsan - viktigare än du tror! Konsekvenser av kateeterinläggning och överfylld urinblåsa.

Gunnar Hagström

No Touch & Wash your hands! Ebolasmittan i Liberia

Ulrika Ransjö

Vilka krav ska vi ställa på operationstextilier?

Marie Källman

Vårdrelaterade infektioner - framgångsfaktorer som förebygger

Birgitta Lytsy

Multiresistenta bakterier - utbredning och konsekvenser för operationssjukvård

Nyhet!

Operio[®]
- säkrar din sterila zon

Nu lanserar vi Operio sterilzonsaggregat!

- skapar en steril zon kring sårområde och instrument

Operio är ett mobilt sterilzonsaggregat med integrerat och fällbart assistansbord, avsett för användning i den sterila operationszonen. Med ett riktat ultrarent* luftflöde skyddar Operio både sårområde och sårnära sterila instrument mot luftburen smitta och bakteriebärande partiklar.



Operio kan användas i alla typer av operationssalar och vid alla typer av kirurgiska ingrepp.



Operio ersätter assistansbordet i operationszonen och tar ingen ytterligare plats.

* <5 cfu/m³ luft

Vid större kirurgiska ingrepp, komplettera med sterilbordet **SteriStay** för ett komplett skydd för all steril utrustning.

SteriStay
- säkra ditt beslut



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



www.toulmeditech.com



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

toul
meditech

Patientlagen

– ersätter hälso- och sjukvårdslagen

Den nya patientlagen träder i kraft 1 januari 2015. Den har utvecklats från att ha:

Läkarfokus till patient/invånarfokus

Kallelser till inbjudan/dialog

Upptagningsområde till valfrihet

Den nya lagen ställer krav på information och nytt förhållningssätt i vårt möte med patienten. Patienten ses som en aktiv del av vårdteamet vilket ger en effektivare och säkrare vård.

En patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppenvård i hela landet.

- Patienten får rätt att fritt söka offentligt finansierad öppenvård i hela landet
- Gäller **öppen vård**; primärvård, öppen specialistvård (inklusive dagkirurgi) och öppen högspecialiserad vård.
- Även privata vårdgivare/utförare med avtal.
- Hänsyn måste tas till remisskrav. Om mottagande landsting har remisskrav måste patienten ha remiss för att få vård där.
- Patienten ska få möjlighet att välja behandlingsalternativ
 - i hemlandstinget - öppen och sluten vård
 - i annat landsting - öppen vård
 - utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet
 - om kostnaderna är befogade
- En patient ska ges vård utifrån medicinska behov på samma villkor som de som är bosatta



Ingela Pirttilä

i vårdlandstinget. Det är alltså den medicinska bedömningen som ska ligga till grund för när jag som patient får mitt besök – inte intäkterna för mitt besök.

- Vårdgarantin gäller enbart hemlandstinget. Om jag väljer vård utanför mitt eget landsting så avsäger jag mig vårdgarantin där.
- Hemlandstinget bekostar vården. Patienten betalar själv resa och uppehälle. Vårdlandstingets patientavgifter gäller.
- Om patienten har en livshotande eller allvarlig sjukdom ska han

eller hon kunna få en ny medicinsk bedömning i hemlandstinget eller i ett annat landsting, det vi vanligtvis kallar second opinion. Patienten har möjlighet att få den nya bedömningen utförd av en annan läkare än den som gjorde den första bedömningen.

Den nya lagen kommer att ställa stora krav på oss som medarbetare i vården när det gäller den information som patienten behöver.

Gå gärna in på www.skl.se och läs mer. Under fliken hälsa och vård och patientlagen finns mer utförlig information. •

Mätningar av vårdrelaterade infektioner

Sedan 2008 har 13 punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner (VRI) genomförts inom slutenvården i Sverige. Uppslutningen från sjukhusen har varit stor och cirka 21 000 patienter har inkluderats vid varje mättillfälle. Efter de två inledande mätningarna med ett mätresultat på cirka 11 % har andelen patienter med en VRI legat på 9 % dvs. ingen sänkning har setts vid de senaste mätningarna trots ett stort fokus på hygienfrågorna.

Studeras de olika landstingens resultat går det att se en stor spridning i andelen patienter med en VRI. Det landsting med lägst andel patienter med en vårdrelaterad infektion i den senaste mätningen låg på cirka 5 % och det landsting med högst förekomst låg på cirka 13 %. Vissa landsting har förutom en låg förekomst också lyckats minska andelen vårdrelaterade infektioner.

Vad är orsaken till att vissa landsting lyckats sänka VRI och andra inte? För att besvara denna fråga genomförde Sveriges Kommuner och Landsting en jämförande studie våren 2014. Studien kunde, efter intervjuer med

bland annat chefer och medarbetare i landsting med bättre samt sämre resultat, identifiera åtta framgångsfaktorer med betydelse för att förbygga vårdrelaterade infektioner.

De åtta framgångsfaktorerna är

- 1) VRI ses som oacceptabla
- 2) Hygienriktlinjer ses som självklara
- 3) Riskbedömningar ger proaktiva arbetssätt
- 4) Goda lokalmässiga förutsättningar
- 5) Konsekvent budskap och regelbunden återkoppling
- 6) Städning ses som en viktig del
- 7) Vårdhygien och verksamheter samarbetar tätt
- 8) Fokuserad ledning som agerar via adekvata kanaler.

Rapporten belyser att det inte finns en enkel lösning på hur VRI ska minska utan det är ett komplext arbete som både kräver kunskap och engagemang



Inga Zetterqvist

på alla nivåer i en organisation samt ett systematiskt arbetssätt. De landsting som klarar att få hygienfrågorna på agendan på alla nivåer har också stora möjligheter till ett framgångsrikt arbete som i sin tur leder till en förbättrad patientsäkerhet. •

Läs mer <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/vardrelateradeinfektioner.746.html>

Under våren 2015 kommer ett forskningsprojekt att ta sin början gällande operationssjuksköterskors yrkeskompetens.

I en webb baserad enkät kommer den egna kompetensen i relationen till det arbete som utförs att skattas. Enkäten är översatt, validerad och har använts i Australien och kommer att ingå i ett internationellt samarbete. Anestesisjuksköterskor i landet kommer också att tillfrågas att delta i studien. Vi är tacksamma om du vill delge oss din mejladress så vi kan skicka en enkät till dig för deltagande i studien.

Skicka din mejladress till rfop@rfop.se för att delta.

Nyligen publicerad avhandling

Being critically ill and surrounded by sound and noise. Patient experiences, staff awareness and future challenges.

Redaktionen vill uppmärksamma en nyligen publicerad avhandling som den 21 november, 2014, framlades av leg. sjuksköterskan och intensivvårds-sjuksköterskan, Lotta Johansson, Göteborgs Universitet.

Monica Kelvered, redaktionen

Titel på avhandlingen är: Being critically ill and surrounded by sound and noise. Patient experiences, staff awareness and future challenges.

Text: Lotta Johansson, Universitetsadjunkt, Göteborgs Universitet.

Avhandlingen finns tillgänglig via Göteborgs Universitet: <http://hdl.handle.net/2077/36757>

Att vara svårt sjuk och vårdas omgiven av ljud och buller

Lotta Johansson försvarade den 21 november vid Göteborgs universitet, sin avhandling med titeln: *Being critically ill and surrounded by sound and noise. Patient experiences, staff awareness and future challenges*. Det övergripande syftet med avhandlingen var att belysa hur svårt sjuka patienter upplever att vårdas omgivna av ljud och buller. Vidare var syftet att undersöka personalens kunskap om ljud och buller samt identifiera förslag på förbättringar, liksom att undersöka möjligheterna att utföra en komplex interventionsstudie med kontinuerliga ljudmätningar inom intensivvård.

Inom intensivvården vårdas de allra mest svårt sjuka och skadade patienter inom somatisk vård och varje år

vårdas ca 45 000 personer på intensivvårdsavdelningar (IVA) runt om i Sverige. Intensivvården karakteriseras av en hög bemanning, omfattande övervakning av fysiologiska parametrar och behandlingar som pågår dygnet runt. Det innebär att ljudmiljön runt patienten både är komplex och krävande. Tidigare forskning visar att ljudnivåerna inne i patientrummet på IVA är betydligt högre än WHO:s rekommendationer och ingen förbättring har skett de senaste åren. Det är anmärkningsvärt, eftersom patienter som vårdas inom intensivvården är sköra och utsatta och därmed i behov av en miljö som stärker individens resurser och medverkar till återhämtning.

Hur upplever patienterna ljudmiljön på IVA?

Eftersom ingen studie tidigare har frågat patienter som vårdats på IVA specifikt angående deras upplevelser av ljud och buller på IVA, intervjuades 13 patienter efter utskrivning från IVA.

I resultatet framkom att patienterna mindes många ljud och kunde beskriva dem, ljuden kunde vara av positiv såväl som negativ karaktär. Patienterna mindes ljud från omgivningen, från personalen, från patienterna i samma rum och ljud från teknisk utrustning. Vidare beskrev patienterna upplevelsen och innebörden av att vårdas i ett ljudintensivt rum. Patienterna beskrev att ljuden kunde komma oväntat och plötsligt, vilket innebar att de aldrig kunde förbereda sig eller värja sig. De kunde uppleva en känsla av trygghet när ljuden gav information

om att man var väl omhändertagen, det vill säga att befinna sig *"in a proper pitch"*, men ljuden kunde också upplevas som skrämmande och skapa känslor av rädsla och hjälplöshet; *"being surrounded by piercing sounds"*. Patienterna kunde förflyttas mellan dessa tillstånd helt oförutsägbart och oväntat.

Vad vet personalen som arbetar patientnära om ljud och buller

En web-enkät med frågor om ljud och buller och dess effekter skickades till 1047 läkare, specialistsjuksköterskor inom intensivvård och undersköterskor vid nio intensivvårdsavdelningar i Västra Götalandsregionen och Halland. Av dessa svarade 305 på frågeformuläret. I resultatet sågs att vårdpersonalen som arbetar nära patienten på IVA har en mycket låg kunskap när det gäller ljud och buller och dess negativa effekter på människan.

Vad kan man göra för att förbättra ljudmiljön?

I en delstudie intervjuades 20 läkare, specialistsjuksköterskor inom intensivvård och undersköterskor från nio intensivvårdsavdelningar i Västra Götalandsregionen och Halland och ombads komma med förslag på förbättringar. Personalen gav många förslag och menade att åtgärder måste vidtas på flera nivåer för att någon förbättring ska ske. Dels föreslogs åtgärder som den enskilde vårdaren kan göra under sitt arbetspass, t.ex. justera larmgränser, koordinera

vårdaktiviteter och erbjuda öronskydd. Vidare föreslogs åtgärder där individer och grupper på avdelningen måste interagera och samordna, t.ex. organisera vilostunder för patienterna under dagtid eller involvera arbetsledningen. Slutligen gavs förslag på åtgärder som gällde den fysiska miljön.

Framtida forskning

Det finns ett stort behov av interventionsstudier som visar effekter av vårdåtgärder och därför planerades en interventionsstudie med syfte att studera skillnaden mellan två olika ljudmiljöer. I avhandlingen presenteras en s.k. feasibility-studie, en studie som undersöker möjligheterna

att genomföra en större fullskalig interventionsstudie med kontinuerlig ljudmätning. Ett två-bädds patientrum på IVA byggdes om och utrustades med ljudabsorbenter, ett nytt ljus-system och ny estetisk utformning. Ett likadant två-bäddsrum behölls i originalskick. Med syfte att undersöka om det är möjligt att genomföra en fullskalig studie, samlades data in från dessa två rum under en sju-månaders period. Forskningsprocessens alla steg observerades fortlöpande samtidigt som hinder identifierades och förslag på förbättringar utvecklades. Studien visade att en intervention ute i klinisk verksamhet, där man har som mål att mäta bullernivåer och relatera dessa till en fysisk parameter, är ett komplext och resurskrävande arbete men möjligt att genomföra.

Slutsats

Ljudmiljön i patientrummet på IVA är undermålig och något måste göras för att förbättra detta. Patienterna minns ljuden och upplever dessa i många fall som obehagliga och okontrollerbara. Personalen som arbetar nära patienten har låg kunskap i området och därför behövs utbildning för att lyfta medvetenheten. Däremot har personalen många idéer om hur miljön kan förbättras. Fortsatta studier behövs för att utforska om det finns ett samband mellan fysiologiska negativa effekter och ljud och buller på IVA men interventionsstudier i den här miljön är komplexa och resurskrävande. •

Två artiklar är publicerade

Johansson L, Bergbom I, Persson Waye K, Ryherd E, Lindahl B. The sound environment in an ICU patient room - A content analysis of sound levels and patient experiences. *Intensive Crit Care Nurs* 2012; 28(5):269-279.

Johansson L, Bergbom I, Lindahl B. Meanings of Being Critically Ill in a Sound-Intensive ICU Patient Room - A Phenomenological Hermeneutical Study. *The Open Nursing Journal* 2012; 6:108-116.

Mer information kan erhållas av:
lotta.johansson@gu.se

Lotta Johansson



Nyligen publicerad artikel

Bakteriekontamination på övertäckt operationsdukning

- en pilotstudie med mätning av bakterier på operationsdukningar i tomma fullt ventilerade operationsrum efter 12, 15 och 24 timmar

En artikel om *Bakteriekontamination på övertäckt operationsdukning - en pilotstudie med mätning av bakterier på operationsdukningar i tomma fullt ventilerade operationsrum efter 12, 15 och 24 timmar* har publicerats på svenska i *Vård i Norden*, nr 2, 2014. Författare är operationssjuksköterskorna Maria Sandström och Karin Klarin vid Norrlands universitetssjukhus Umeå, m fl. författare.

Experiment genomfördes med mätning av antal bakteriekolonier per m² bordsyta med hjälp av agarplattor utplacerade på iordningsställda operationsdukningar. Designen valdes för att efterlikna en klinisk situation där det av praktiska skäl och för patientens säkerhet ibland snabbt behövs tillgång till en steril och säker i förväg iordningsställd operationsdukning. Metoden är tydligt beskriven och kan replikeras av kollegor på andra operationsavdelningar.

Studiens resultat ger stöd för rutinen att täcka över iordningsställd operationsdukning med en steril duk. Resultatet visar att övertäckta operationsdukningar är kontaminerade 12, 15 och 24 timmar efter uppdukning och att graden av kontamination tycks vara tidsberoende för övertäckta dukningar. **Resultatet ger inte besked om hur lång tid innan en operationsdukning kan förberedas inför en operation.** Studiens design och resultat visar vägen för kommande experiment



Arkivbild

och evidensutveckling. Experimentet bör replikeras och kompletteras med fler upprepningar och mättider, dels i direkt anslutning till att uppdukningen iordningsställs och dels efter t ex. fyra och åtta timmars övertäckt förvaring.

Artikeln kan t ex sökas fram via databas SweMed+, och den finns i fulltext om biblioteket har avtal med *Vård i Norden*. Om inte, kan bibliotekarien beställa hem den. •



BELGIUM



BELGIUM



CROATIA



CYPRUS



CZECH REP.



DENMARK



ESTONIA



UNITED KINGDOM



TURKEY



THE NETHERLANDS



SWITZERLAND



SWEDEN



SPAIN



SLOVENIA



SERBIA



RUSSIA



PORTUGAL



POLAND



NORWAY



ITALY



ISRAEL



FINLAND



FRANCE



GERMANY



GREECE



HUNGARY



IRELAND



ICELAND





Västerviks sjukhus

Vad heter ni? Katarina Wengelin och Jenny Brandt

Vilken operationsavdelning jobbar du på? Centraloperation på Västerviks sjukhus

Hur länge har du jobbat på avdelningen? Katarina har arbetat 2,5 år och Jenny lika lång tid.

Hur länge har operationsavdelningen funnits till? Vi tror att det är 15 år i nuvarande lokaler.

Hur många operationssjuksköterskor jobbar på din arbetsplats? Här arbetar tre killar och tolv tjejer som operationssjuksköterskor.

Vilka yrkeskategorier har ni på din operationsavdelning? Operations-sjuksköterskor, anestesisjuksköter-

skor och undersköterskor. Sterilen hör till kliniken och hämtar den rena disken. Vi diskar själv. Vi har också hjälp av en städerska till mellanstädning.

Hur många operationssalar har ni på avdelningen? Vi har åtta operationssalar men använder sju salar. Vi har en sal iordningställd för urakuta snitt men det är långt att springa till den salen.

Vilka opererande kliniker är representerade på operationsavdelningen? Urologi, kirurgi, ortopedi och gynekologi, där också öron-näsa-hals opererar.

Använder ni WHO:s checklista för säker kirurgi? Ja. Vi följer incheck, timeout och avslut i Optimera.

Praktiserar ni fika- och lunchavlösning under pågående operation?

Vid längre operationer, inte på ortopediska plastiker dock.

Har ni nedskrivna rutiner för nedräkning av framtaget material? Ja, det gjordes i samband med att författningen togs bort.

Brukar ni som rutin följa med och rapportera patienten till postoperation? Nej.

Vad är det bästa med din operationsavdelning? Vi har fantastisk utsikt och dagsljus! Och att få arbeta med alla specialiteter är jättebra.

Katarina Wengelin och Jenny Brandt





Mölnlycke Health Cares garderob

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

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

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

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

Läs mer på www.molnlycke.se

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

Resestipendium 2013, Tokyo, Japan

Jag heter Åsa Appelgren Svärd och jobbar som operationssjuksköterska på centraloperation, Karolinska Huddinge. Tillsammans med Veronica Fronda, undersköterska, arbetar vi som omvårdnadsansvariga för endoskopin på operation.

Varför vi valde Japan!

Det hela började med att vi har haft besök av japanska läkare på vår arbetsplats. De kom för att lära och stötta några av våra läkare med ESD-ingrepp. Det var då idén att få åka till Japan växte fram!

ESD står för Endosubmucosa dissektion, ett ingrepp som görs endoskopiskt där man lokalt tar bort tidiga förändringar i slemhinnan i esofagus, ventrikel, duodenum eller i kolon. Tidigare har man gjort esofagusresektion på dessa patienter, ett stort ingrepp med stort trauma och lång återhämtningsstid för patienten.

Vi hade kontakt med Jikei University Hospital i Japan och planerade både att se hur omvårdnaden runt ESD-patienten gick till på detta sjukhus i Tokyo, samt att såklart besöka operationsavdelningen. Jag sökte Mölnlyckes resestipendium tillsammans med Veronica som ett team och vi FICK det! Så i april i år, 2014, bar det iväg!

Resan tog oss ca 16 timmar innan vi landade på Tokyo Narita Airport och vi tog oss till hotellet väldigt jetlagade. Redan första kvällen mötte dr. Soichi Saito, endoskopist, med kollegor upp oss och tog oss ut på välkomstmiddag. Detta blev en av många middagar vi blev bjudna på av dessa trevliga läkare.



Veronica Fronda och Åsa Appelgren Svärd



Vårt studiebesök på Jikei University Hospital

Vi fick besöka operationsavdelningen under en dag. Efter att bytt kläder fem gånger så hittade vi rätt storlek i XXXXL! Vi tömde lagret... Operationen vi tittade på var en laparoskopisk resektion av en GIST-tumör i ventrikeln. I Japan är det kirurgen som utför preoperativ huddesinfektion, draperar och färdigställer slangar och sladdar sterilt. Den sterilklädda operationssjuksköterskan dukar upp på sterila bord och lägger fram instrumenten så att assisterande läkare kan ta dem. Två sjuksköterskor finns på sal och den mest erfarna passar på sal. Kirurgerna lämnar inte operationssalen innan patienten har åkt ut. De satt till och med och väntade på golvet innan man hade väckt patienten!

Endoskopienheten på Jikei University Hospital är en stor avdelning som gör 16000 endoskopier/år (ERCP inte medräknade). Man arbetar mån-lör och det finns alltid en endoskopist på sjukhuset. Patienterna kommer in från en korridor utanför endoskopiavdelningen där de har bytt om. De får lägga sig på en smal brits och sjuksköterskan kopplar upp SO2 och blodtrycksmanschett. Läkaren sätter PVK och kopplar Ringer Acetat som sjuksköterskan förberett.

Undersökningsbåsen är små med bara draperier mellan. Patienterna är otroligt tysta och "fogliga", kan det bero på kulturen i landet eller är de mycket tåligare än oss?

Sjuksköterskan pysslar om patienten och har ansvar för positionering, dropp, journalföring och övervakning. Det är inte sjuksköterskor som assisterar vid undersökningarna eller ingreppen, utan tekniker. Det är 3 års utbildning för att bli endoskopitekniker och förutom att assistera har de ansvar för skötsel av endoskopen, plocka fram tillbehör och ta hand om den medicinska tekniska apparaturen.

Basala hygienrutiner – endast inomhus?

Det är ett ständigt flöde med alla patienter som tas in och slussas ut, och personal överallt. Handsprit såg vi aldrig användas men det fanns spritflaskor i varje endoskopibås. De flesta använde handskar och skyddsrockar men bytte dem sällan. Munskydd däremot var det flera som använde. Men å andra sidan användes det munskydd utomhus också...

Läkarna arbetar i team som består av tre läkare, en överläkare, en "staff-doctor" – en specialistläkare och en

"trainee" – en läkare som är under upplärning. I stort sätt utför man ESD-esofagus och ventrikel på samma sätt som vi gör, men patienten är endast sederad och knappt det ibland.

Vi pustar ut

Vi kände oss väl omhändertagna trots att det var svårt att göra sig förstådd på engelska, det var endast några läkare som kunde prata engelska. De var otroligt gästvänliga och artiga! Lite turistande hann vi med också, det bestod av sevärdheter, bl.a. Tokyo Tower och Kejsarpalatset, shopping och restaurangbesök med många japanska specialiteter.

Det var en fantastisk resa och en otrolig upplevelse att få möjligheten att besöka Japan. Vi vill TACKA Mölnlycke Healthcare för att ni gjorde denna resa möjlig för oss! Vi vill också tacka centraloperation på Karolinska Huddinge för allt stöd och alla glada tillrop vi fått från kolleger, läkare och chefer. •

Fakta: Åsa Appelgren Svärd, operations-sjuksköterska och Veronica Fronda, undersköterska, båda Karolinska sjukhuset, Huddinge

Livet efter disputationen - min vardag

För precis ett år sedan disputerade jag. Det var en fantastisk dag som innehöll alla känslomässiga tillstånd som finns på mindre än 24 timmar. Som ett fyrverkeri som smälde av och sedan var över.

När jag, på morgonen efter min disputation, gick runt i ett blomsterhav i lägenheten började jag sakta ta in att jag nu faktiskt var med. doktor. En blandning av trötthet och lättnad men också saknad infann sig liksom också tankarna på vad jag skulle göra nu. Vad förväntas av mig nu? Vad vill jag själv? Vad finns det för karriärvägar för mig efter min 4 åriga forskarutbildning? Vilka professionella strategier möjliggör fortsatt akademiskt arbete? Finns det någon samverkansform där jag kan ingå för att få fortsätta med forskningen?

Jag har under mitt första år efter disputationen haft delad tjänstgöring mellan Örebro Universitet, Institutio-



Karin Falk-Brynhildsen

nen för hälsovetenskap och medicin, omvårdnad och Käril-Thoraxkliniken på Universitetssjukhuset Örebro.

Genom mitt nya uppdrag som lektor har jag bland annat fått möjligheten och förtroendet att planera och starta en Vårdhygienutbildning på avancerad nivå 7.5hp för specialistsjuksköterskor inom operation, anestesi och IVA. Idén till och behovet av fördjupad kunskap inom Vårdhygien fick jag under min forskarutbildning när jag själv fick möjligheten att fördjupa mig i ämnesområdet. Kursen kommer åter att finnas i vårt kursutbud ht 2015. Jag är nu också en del av forskningsmiljön Perioperativ omvårdnad där jag är delaktig i ett spännande forskningsprojekt.Handledning av studenter inom olika utbildningar tillhör också min vardag.

Det var en tuff, spännande och personlighetsutvecklande resa under min doktorand tid. När jag tittar tillbaka på min disputation idag så känner jag bara glädje och stolthet över att var medicine doktor och operationssjuksköterska. •

EORNA-kongress – Rom den 7 – 10 maj 2015

Nu har registreringen för den sjunde EORNA-kongressen öppnats på EORNA Congress hemsida: <http://eornacongress.eu/registration>

Kongressavgift, se nedan!

REGISTRATION FEES (current VAT is included)

Registration Category	EARLY	LATE	ON SITE
	Until 28 February 2015	Until 30 April 2015	
Delegate	€ 470	€ 570	€ 660
Accompanying Person	€ 200	€ 200	€ 200
Exhibitor	€ 235	€ 235	€ 235
One Day Registration (participant)	€ 235	€ 235	€ 235
Perioperative Nursing Student	€ 220	€ 220	€ 220
One Day Registration (perioperative nursing student)	€ 100	€ 100	€ 100
Congress Gala Dinner	€ 134	€ 134	€ 134



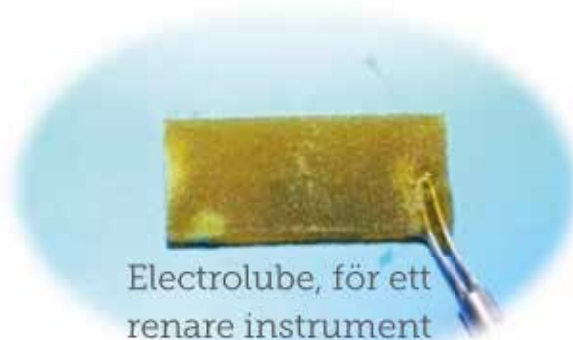


Elektrokirurgi utan rök
är möjlig med SafeAir
diatermipenna och
SafeAir rökutsug

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



Fascia
skalpel



Electrolube, för ett
renare instrument

Vi har
utrustningen
ni behöver!

info@keborned.se | KEBOMED AB | Kanalvägen 1 A | 194 61 UpplandsVäsby | Sverige | 040-30 51 05

KEBOMED

Höstkongress 2014

Stockholm Waterfront, 27-28 november

Nu var det dags för vår jubileumskongress då Riksföreningen för operationssjukvård fyllde 50 år. Kongressen var även detta år förlagd till Waterfront i Stockholm och det var en jubileumsmiddag på torsdagskvällen. Det anordnades också en konferens för chefer och ledare vid Sveriges operationsavdelningar. Representanter för våra nordiska grannländer deltog också i kongressen. Föreläsningarna handlade om vår arbetsmiljö, hur komplex den är, vad som påverkar den, teamarbete, hur den har utvecklats och vad som komma skall.

Uppslutningen var god, ca 280 personer deltog. Allmänt prat om hur kul det är att träffa så många operationssjuksköterskor samtidigt och att kunna utbyta erfarenheter. Känslan av samhörighet upplevs som mycket viktig i kontrast till vår vardag där vi ofta arbetar självständigt och inte har så stor möjlighet att utbyta erfarenheter. Vi gör så mycket på våra arbetsplatser som inte kommer fram förrän vi träffas så här många, alltid är det något var och en kan ta med sig tillbaka till sin arbetsplats. På sätt och vis blir Höstkongressen både ett tillfälle att återse många vänner och att få lyssna på intressanta föreläsningar. Det gavs beröm till de som anordnat kongressen, att den var välordnad, höll hög klass på både föreläsningar och helhetsintryck.

Torsdag 27 november

Torsdagen började med gratulationer från vår "närmaste" riksförening, Riksföreningen för anestesioch intensivvård, de gav en gåva till Operation Smile samt att May Lena Färnert överlämnade 50-års ballonger. Vårdförbundet representerades av Eva Szutkowska och gratulerade oss med en gåva till Girl Child Education Fund. Vår finska motsvarighet och dess ordförande Jaana Perttunen fanns också på plats med gratulationer.





Eva Szutkowska

ner och en gåva. Från den norska operationssjuksköterskeföreningen fick vi blommor och gratulationer genom deras styrelseledamot Lise Rastum. SSF gav även de en gåva till Girl Child Education Fund och representerades av Birgitta Wedahl. IFPN gratulerade vår förening genom sin president Irini Antoniadou.

När alla gratulationer var genomförda var det dags för föreläsningarna. EORNAs president Caroline Higgins inledde med att föreläsa om **Perioperativ Nursing a Human Profession**. Föreläsningen handlade om hur komplex vår vardag är. Hur det ekonomiska - kontra patientperspektivet styr. Likaså hur viktigt det är med reflektion efter dagens arbete och att reflektera över sitt eget värde – Vad behöver jag lära mig för att öka mitt värde? Att alltid sikta högt för att arbetet ska bli mer tillfredställande. Ett talesätt som Caroline Higgins belyste var: Du kan inte gå tillbaks och börja om, men du kan börja här och nu och förändra slutet. Caroline Higgins kommer att gestaltas närmre i ett senare nummer av Uppdukat under året.

Birgitta Åkesdotter Gustafsson tog vid. Birgitta är medlem i det Vetenskapliga rådet inom vår riksforening. Hennes föreläsning handlade om

Operationssjuksköterskans profession och kompetens. Förutsättningarna och kraven på operationssjuksköterskans profession och kompetens har varierat och förändrats i takt med hur samhället har utvecklats. Birgitta Å Gustafsson menar att en viktig fråga blir därför vad som kommer att förväntas av oss framöver. Behöver vi ha dubbelkompetens (både operation- och röntgenkompetens) för att kunna arbeta med hybridgrepp? Hybridgrepp kräver både aseptiska förhållanden och kunskap om högteknologisk utrustning och utförs i dagsläget antingen på en operations-sal eller på ett röntgenlaboratorium. Nästa föreläsare var Annika Sandelin som presenterade sitt arbete **Operationssjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av teamarbete för säker kirurgi**. Resultatet av hennes arbete visade att säker kirurgi utifrån operationssköterskans perspektiv uppnåddes när samarbete i operationsteamet utfördes med synergi och målstyrning. Operationssjuksköterskan har på så vis förtroende för den egna kompetensen och de andra teamarbetarnas kompetens. Det allra bästa är om det förekommit ett preoperativt samtal med patienten, då en strategi kan arbetas fram utifrån det samtalet. **Evidensbaserad praktik – vad är det, hur gör man och varför behövs det på operation?** Det handlade Ann-Christin von Vogelsangs föreläsning om. Målet är att vi ska ge vård som är evidensbaserad genom att använda metoder som ger störst nytta och som är kostnadseffektiva. Vi behöver undersöka mer om vilken vård som ska ges eftersom det händer att vård som ges inte har någon effekt eller i värsta fall kan göra mer skada än nytta. Ann-Christin von Vogelsang pratade om grunderna i den evidensbaserade processen. Vår arbetsmiljö blir mer och mer komplex genom att flera olika behandlingar kan/ska genomföras inom bland annat kärllkirurgi. Endovaskulära kärllingrepp där det krävs beredskap för att konvertera till öppen kirurgi – hybridgrepp. Ann-Mari Fagerdals föreläsning, **Hybridsjuksköterska – en "ny" och efterfrågad operationssjuksköterskekompetens** handlade om detta. Kirurgoperation på Södersjukhuset har påbörjat ett kompetenshöjande arbete för att höja patientsäkerheten och förbättra samarbetet kring denna komplexa och ofta multisjuka patientgrupp. Kompetenshöjningen går ut på att det ska vara dubbelkompetenta hybridsjuksköterskor på hybridsalar,

kompetens inom både operation- och röntgenkunskap.

Ett hett återkommande alltid lika aktuellt ämne är hygien. **Infektionsprevention i operationsmiljö med fokus på handhygien** handlar Veronika Megeus arbete om. Hon påvisar hur svårt det är att använda handsprit på ett korrekt vis på en operationsavdelning. Hennes mätningar visar att det är låg följsamhet till handdesinfektionsrutiner i en operationssal även om handdesinfektion sker väldigt många gånger. Undersökningen visar att behovet av att utveckla rutiner som fungerar på en operationssal är stort och att det behövs utbildning och praktisk träning hur man använder handskar på rätt sätt. Dagens föreläsningar avslutades av Claes Schmidt/Sara Lund med föreläsningen – **Kvinnor, män och alla vi andra**. Han satte olika begrepp som vi använder dagligen på sin spets och fick oss att tänka till. Vem är det som är normal och vem är onormal? Hur är man när man är normal? →



Claes Schmidt/Sara Lund

Riksföreningens hedersmedlemmar



Hur väl känner vi våra vänner när det visar sig i mätningar att en av fem är transvestit, homo- eller bisexuell? Claes/Sara bjöd på sig själv och sitt liv och han avslutade med att berätta om sin frus acceptans av sin man. Det blev ett lustfullt och tänkvärt avslut med stående ovationer på en bra dags föreläsningar.

Jubileumsmiddag

På torsdagskvällens jubileumsmiddag bjöds vi, förutom god mat och dryck, på en musikalisk resa genom 50 år, från 1964 till idag. Kristina Lockner inledde festkvällen med att hälsa alla välkomna och samtidigt hälsa de två nyutnämnda hedersmedlemmarna Marie-Louise Lundholm och Ulla Ots välkomna. Hela publiken stod upp och sjöng med i de välkända låtarna som spelades upp. Ragnhild Alfvén som var med och startade föreningen för femtio år sedan, lämnade sina



Ragnhild Alfvén

gratulationer i ett tal under jubileumsmiddagen. Våra hedersmedlemmar uttryckte stor glädje att återigen återse många kolleger och få ta del av såväl nytta som nöje. Det är fantastiskt att





de fortfarande deltar på kongresser som fullvärdiga medlemmar!

Fredag 28 november

Dag två inleddes av Maria Berezeck som är arkitekt och har forskat på vårdlokaler. Vad krävs av framtidens vårdlokaler handlade hennes föreläs-

ning om. Utvecklingen som sker inom högteknologiska område är snabb och detta påverkar planering, användning och utseende av våra lokaler. Det blir mer och mer teknisk utrustning och det kanske är så att vi ska kräva mindre och mindre apparater för att göra arbetsmiljön bättre, skapa plats i operationssalen. En sak som också påvisats i hennes arbete är att dagsljus gör att vi presterar bättre. En annan sak är att klimatet på salarna gör att vår hud torkas ut och detta sker på grund av att luften inte återfuktas. Ljudnivå och belysning är andra viktiga faktorer som påverkar. Det är helheten av alla faktorerna som bestämmer hur mycket vi påverkas och därför är det viktigt att ta bort så mycket som möjligt av störande faktorer. Efter att ha lyssnat på vad som krävs av våra vårdlokaler kom vi in på vad som krävs av dem som arbetar i dessa miljöer.



Hybridsalar och högteknologiska vårdmiljöer – krävs nya utbildningar och kompetenser? Detta handlade Ingegerd Bergboms föreläsning om. Vårdmiljöer utvecklas till att bli alltmer tekniktäta, oavsett om det är på sjukhusen eller i hemvården. Sjukhusen utvecklas mot att bli allt mer centraliserade inom både diagnostik och behandling med kortare vårdtider och färre vårdplatser. Vad detta kommer att betyda för oss som arbetar där vet man inte riktigt idag, inte heller om det kommer att krävas nya utbildningar eller hur de ska se ut. Däremot vet man att en ständigt återkommande fortbildning/utbildning behövs för att klara dessa krav. Mikael Ekelund är överläkare på kirurgiska kliniken på Skånes universitetssjukhus och han berättade om **Practicum Clinical Skill Centre** i Lund. Practicum Clinical Skill Centre är Skånes universitetssjukhus (SUS) centra för klinisk färdighetsträning och simulering. Kursutbudet omfattar såväl grund- som specialist- och efterutbildningsnivå. Övningarna varvas mellan praktiska och teoretiska moment. Här finns en komplett operationsavdelning där olika scenarier kan simuleras. Teamträning för att öka patientsäkerheten och olika operationstekniker är bara några exempel på vad som kan tränas. För att bli bra på något krävs det mängdträning och det är något som kan fås här. Mängdträning på vad du än gör är det som krävs för att nå goda resultat. Mikael Ekelunds andra föreläsning handlade om **Laparoskopisk obesitas kirurgi – Då, Nu och i Framtiden**. Obesitas kirurgi har pågått sedan 1950-talet och metoderna har förfinats och förändrats. Olika metoder presenterades och vilka nya som håller på att införas. Nuvarande mängd obesitasoperationer kommer varken att öka eller minska utan vara konstant framöver. Fetma handlar om in- och uttag, du äter mer än du gör av med. Sen finns det faktorer som påverkar att vi kan äta mer eller mindre, genetiskt, biologiskt och våra vanor. Genom forskning och nya operationstekniker kommer forskarna allt närmre vad som orsakar fetma och de sjukdomar som kopplas till fetma. Idag dör lika många kvinnor i fetma som i bröstcancer varje år.

Vi hade också besök av Geert Driessen, företrädare för 3M. Hans föreläsning handlade om hur vi kan skapa miljön genom att minska utsläppen inom vården, **Sustainability in the OR-room**. Hålsosammare ekologiska system och miljö krävs för överlevnad

av mänskligheten och andra organismer. Vi behöver tänka hållbarhet i vårt arbete. Ett exempel som Geert Driessen beskrev är att alla lokaler idag är uppvärmda dygnet runt, även om de inte används nattetid. Kan vi då styra rum för rum och sänka värmen i ett oanvänt rum sparas energi. Ett annat sätt är att gå över till procedur pack/kundanpassade set, mindre förpackningsmaterial kasseras. Dessa delar måste vi bygga vidare på för att rädda framtiden. **Global utveckling med fokus på mänsklig utveckling** avslutade andra och sista dagens kongress, om detta pratade Staffan Landin. Föreläsningen handlade om hur världen har förändrats de senaste 50 åren när det gäller befolkningsmängd, födslokal och hur ekonomin har förändrats. Staffan Landin pratade om vikten av att kunna tolka statistik som tas fram. Man måste förstå vad statistiken visar, du måste kunna tolka trenderna och det handlar om människor inte siffror var några begrepp som är viktiga för tolkningen. Han åskådliggjorde tydligt med "rörlig" statistik/kurvor hur förändringen i världen skett. Som exempel, den ekonomiska utvecklingen har samtidigt påverkat födslokal. Tidigare kunde en kvinna föda 6-8 barn, men endast 2 överlevde, vilket gjorde att befolkningsökningen blev liten. Idag när ekonomin blivit bättre, bättre sjukvård, regeringar infört preventivmedel, har födslokalen per kvinna minskat, men fler barn överlever och därmed ökar befolkningen i större utsträckning.

Posterutställningen

Nytt på kongressen var posterutställningen. Sex postrar visades med arbete som gjorts på avdelningar.

Perioperativ dialog - framtidens arbetssätt för förbättrad patientsäkerhet och kvalitet i samband med patientens omhändertagande vid operation. Ett nytt arbetssätt som Yvonne Törnqvist och Veronica Ramirez Johansson arbetat fram och som införts på Karolinska Universitetssjukhuset 2010. **Oavsiktlig hypotermi** har Petra Holmberg och Carolina Söderback arbetat med. De har kommit fram till att hypotermi är komplext och bör involvera flera yrkeskategorier och att mer forskning krävs för att kunna tydliggöra operationssjuksköterskans roll. Monika Bröms och Maria Fish har arbetat fram rutiner vid akuta blödningssituationer och kallar sitt arbete för **Vi är beredda**. De 3 andra posterna är **Bacterial contamination of a covered sterile operating table setting** av Maria Sandström, Karin Klarin, Harriet Söderström, Carina Karlsson, Anders Johansson, Birgitta Åkesdotter Gustafsson, **Postgraduate Program in Specialist Nursing – Theatre Care 60 higher education credits** av Monica Kjelvered och Elisabeth Hansson Olofsson. Den sista posten handlar om **Operating theatre nurses experience of patient-related, intraoperative nursing care** av Monica Kjelvered, Joakim Öhlén, Birgitta Åkesdotter Gustafsson. Kongressen är ett tillfälle att återse många kära ansikten, förkovring, kompetenshöjning, nöje och mycket mer. Vi i redaktionen vill passa på att uppmana alla som ännu inte varit med på en Höstkongress att komma och delta nästa år. Samtidigt vill vi tacka alla dem som har planerat och organiserat denna fantastiska jubileumskongress! •



Produkter, produkter och utställare

Produktutställningen är något alla ser fram emot, både besökare och utställare. Utställningen var förlagd i en stor ljus lokal med fantastisk utsikt mot stadshuset.

Vid min rundvandring i utställningen blev första intrycket att det var många utställare. Det var 56 företag som ställde ut och visade sina produkter. Det fanns ett sorl i lokalen av alla samtal och frågor från intresserade

operationssjuksköterskor. Här fanns allt från produkter vid endoskopiska operationer till öppen kirurgi, små ingrepp som till större ingrepp. Ett antal bemanningsföretag fanns också på plats och presenterade sina tjänster på jobbmärkningen.



På torsdagen fanns det möjlighet att besöka utställningen mellan kl. 15.00-17.00 och på fredagen mellan kl. 9.30-11.00 och kl. 12.10-13.30. Generellt tycker utställarna att kongressen är viktig för dem, de når ut till många sjukhus och vi operations-sjuksköterskor är mycket intresserade av produkterna. Vi stannar och ställer frågor, känner på produkten, knyter kontakter och visar ett stort intresse. Några av utställarna upplevde att första dagens utställning var väldigt kort tid och att besökarna tunnades ut ganska tidigt, möjligen kunde det bero på att det inte var någon föreläsning efter, för på fredagen var åter monterarna välbesökta och sorlet tillbaka.

Som sammanfattning upplevs utställningen som mycket givande både för operationssjuksköterskorna och för utställarna. •





Riksföreningens fyra stipendiater 2014

Text: Laila Lyckeskär, operations-
sjuksköterska på Neurooperation på
Universitet sjukhuset Linköping

Åh, så jag glatt mig hela sommaren
och hösten åt att få komma till Stock-
holm och vår Kongress!



Laila Lyckeskär

Föreläsningarna var bra och varierat utbud, men bäst var hon/han om våra fördomar!! Fantastisk och tänkvärd som få! Att visa på utvecklingsmöjligheterna i vårt yrke som hybridsjuksköterska, intressant att höra om eftersom jag jobbar med detta. Arkitektur intresserad mig och förutom en mycket givande föreläsning, fick jag en egen pratstund med föreläsaren. Det blev en bonus som jag gillade! Jag har varit på ett antal av Riksföreningens möten under åren, men det var första gången jag fick gå på kongressen, arbetsgivaren har aldrig betalt den. Det var så roligt att träffa de andra stipendiaterna, men hade varit roligt med typ en fikastund i lugn och ro med dem. Typ "snillen spekulerar".

Förstås är det också alltid roligt att träffa kollegor från andra delar av

Sverige. Utställningen var bra men det känns som den har krympt under årens lopp. Dessutom var det inte så mycket för neuro, (men det är ju en smal specialitet). Men jag hittade trots allt lite att ta med hem! Tusen tack för att jag fick uppleva detta och det väcker mitt intresse att få engagera mig i Riksföreningen. För visst har vi mycket att göra i framtiden, vi har ett roligt jobb som behöver marknadsföras eller hur! Tänk att få instrumentera en hel dag! Inga tråkiga stunder här inte!

Ett stort tack!

Text: Maria Nyström, sektionsledare
Sahlgrenska sjukhuset Centralopera-
tion 1 och 2

Hej och tack för stipendiet som gjorde att jag kunde åka på dessa trevliga dagar. Var nöjd med allt och några stack ut lite extra. Claes Schmidt/Sara Lund var roande och mycket tänkvärd. Vi lyssnade till nyttiga och allmänna föredrag som intresserade alla oavsett verksamhetsområde. Framtiden är mycket spännande och att i detta få



Maria Nyström

gå 50 år tillbaka i tiden och möta operationssjuksköterska som varit med så länge är imponerande. Hygienfrågorna är alltid aktuella. Top-pade gjorde Caroline Higgins med sin kloka och inspirerande föreläsning. Jag minns särskilt några saker hon sa: "Everyone can make a difference", "You can't start from the beginning, You can start now and make a new ending", "Making your own values", "Reflect", "Keep your values as high as you can, try to reach your maximum potential", "We don't choose our work-college's", "Create opportunities for others to shine", "Speak up! Speak out", "Be inclusive of all team members", "Care of each other's", "Involve me, I'll learn", "Everyone should try to walk in others shoes"! Tänk om man kunde få alla att arbeta utifrån alla hennes kloka ord, vilken värld vi skulle få. Dessutom var det medryckande underhållning på kvällen och mycket god mat! Ni har jobbat jättebra med Jubileumskongressen.

Stort tack! •

Text: Karin Kock, operationssjuk-
sköterska, operation 2 SU/Mölnbals
Sjukhus, byter arbetsplats den 26/1
till Frölunda Specialistsjukhus

Jag var en av de som fick den stora äran att på stipendium från Riksföreningen för operationssjukvård få delta i Jubileumskongressen i Stockholm under två dagar i november. Som ny i professionen har jag i ett tidigt skede lärt mig att uppskatta den särskilda gemenskap som råder oss operationssjuksköterskor emellan, oavsett var eller med vad vi arbetar. Höstkongressen är ett ypperligt tillfälle att få dela och utbyta erfarenheter med varandra. Jag vill tacka för två festliga dagar där föreningen med anledning av 50-årsfirandet uppvak-



Karin Kock

tades av gratulanter från alla håll och kanter och som späckades av lysande föreläsningar.

För att delge er ett axplock av allt jag tog med mig från alla föreläsare kan jag nämna Veronika Megeus som presenterade sin studie om infektionsprevention i operationsmiljö med fokus på handhygien under det anestesio-logiska arbetet. Det väckte tankar om vikten av att utveckla effektiva

förbättringsstrategier för att förbättra följsamheten till handdesinfektionsrutiner på operationssalen. Att minska risken för att patienter får pneumoni och sårinfektioner via infekterade trevågskranar känns högaktuellt med det i åtanke att totalresistenta bakterier förväntas vara ett faktum även i Sverige inom några år. Vidare vill jag nämna Annika Sandelin som presenterade en studie om "operationssjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av teamarbete för säker kirurgi". Det jag minns starkast från den presentationen, och som jag själv kan känna igen mig i, var hur operationssjuksköterskor hade utvecklat strategier för att klara av och uthärda att stanna kvar i situationer av ineffektivt teamarbete där patientsäkerheten äventyrades.

EORNAs president Caroline Higgins föreläsning på torsdagen grep särskilt tag i mig när hon talade om centrala mänskliga värden såsom vänlighet, respekt, värdighet, empati och medkänsla och om hur vi bör inkludera dem i den perioperativa vården. Higgins pratade om att vi har en plikt om att ta hand om och hjälpa våra patienter, likväl som vi bör hjälpa och värna om

våra kollegor. Redan under min vidareutbildning hörde jag från blivande kollegor att "vi operationssjuksköterskor tar hand om varandra!".

Återigen, tusen tack för att jag fick möjligheten att vara med på Jubileumskongressen! Jag vill också passa på att uppmana alla som känner sig hågade att söka stipendiet för höstkongressen nästa år att göra det! •



Anna Ericsson

Välkommen att söka

Riksföreningen för operationssjukvårds stipendium 2015

Riksföreningen för operationssjukvård kommer att dela ut två stipendier som avser resa, en hotellnatt och kongressavgift för deltagande vid höstkongressen i Stockholm den 26 – 27 november 2015. Stipendierna meddelas under maj 2015.

Stipendiet erbjuder en möjlighet till ny kunskap, erfarenhetsutbyte, nya tankar och idéer som kan stimulera till utvecklingsarbete och personlig utveckling.

Förutsättningar

Stipendiet kan sökas av dig som är operationssjuksköterska och medlem i Riksföreningen för operationssjukvård sedan minst två år tillbaka. Riksföreningens eget stipendium kan endast erhållas en gång vart fjärde år.

Ansökan

- Skriv en ansökan och motivera varför just du vill delta på kongressen.
- Ansökan ska vara anonym vilket innebär att den inte får innehålla några personuppgifter eller uppgifter om din arbetsplats.
- Skriv dina personuppgifter och e-postadress separat, lägg i ett slutet omärkt kuvert som bifogas ansökan.

Ansökan ska vara inskickad **senast den 20 april 2015** till:
Catarina Augustsson, Karlstorgsgatan 2, 372 36 Ronneby

Vid frågor kontakta: Catarina Augustsson, catarina.augustsson@rfop.se





Jane Reid

Ett föreläsarporträtt – Jane Reid

Jane Reids arbetslivserfarenhet är omfattande, hon är forskare på Queen Mary, University of London, rådgivande sjuksköterska i National Quality Board, gästprofessor och oberoende rådgivare vid Bournemouth University och hon var nyligen utsedd att medverka i Englands Hälso- och sjukvårdskommission för utbildning i patientsäkerhet. Med sitt genuina intresse för patienten, hennes kompetens och kontinuerliga arbete med kvalitetsförbättringar samt hälso- och sjukvårdens etiska lagar, utsågs hon 2013 av Barclays och NHS Leadership Academy som en av de mest inspirerande kvinnliga ledare inom hälso- och sjukvården i England.

Hennes engagemang de senaste åtta åren har bland annat innefattat att vara rådgivande sjuksköterska till patientsäkerhetsorganet NPSA (National Patient Safety Agency), ordförande i den engelska operationssjuksköterskeföreningen (AfPP) och Ledande i arbetet med "Patient Safety First".

Patientsäkerhet, ledarskap och organisationens driftsform

Jane Reid föreläste på Riksföreningen för operationssjukvårds Chefkonferens under rubriken, *Violations and migrations in perioperative practice: how organisational drift puts patients at risk. "Hur organisatoriska driftformer sätter patienten i riskzonen i operationssalen"*

- att överväga betydelsen av identifiering och ägande av rutiner för att bestämma tolerans och nivåer i verksamheten samt att föreslå hållbara strategier för ledare och chefer att anta och införa.

I England drabbas var 10:e patient av en vårdskada. Av dessa har 20 % tekniska orsaker, de andra 80 % är på grund av den mänskliga faktorn. Dessa 80 % är orsakade av organisationens kultur och medarbetarnas beteende. Många vårdskador är där – precis som här hemma – möjliga att undvika. En viktig nyckel är kommunikation och "See the person in the patient" som är en av Jane Reids reflektion av det komplexa samarbetet som vi arbetar med dagligen på våra operationsavdelningar.

Jane Reid menar att perioperativa ledare kan skapa positiv säkerhetskultur och stärka värden genom att

- ha en tydlig kommunikation
- erkänna och förstå utmaningarna och kostnaderna som säkerhetsbristerna innebär för vårdgivaren
- synliggöra ledarskapet för befrämjande av patientsäkerheten
- öka chefernas kompetens i hantering av relationer
- tydliggöra de mänskliga faktorerna hos medarbetarna som t. ex. medvetenhet och förståelse.

Bra ledarskap är när alla gör det som förväntas av en – även när chefen inte är närvarande.

Hon avslutar med att påminna oss om att patientsäkerhet är något som vi arbetar med dagligen i vårt arbete, vilket inte kan poängteras för många gånger! Våra åtaganden som personal inom hälso- och sjukvården är komplexa och säkerheten för våra patienter är viktig nu och i framtidens sjukvård. ●

En revolution inom temperaturmätning

3M SpotOn™

Icke-invasiv kärntemperaturövervakning

Kärntemperaturen är patientens verkliga temperatur. 3M SpotOn gör det enkelt att mäta kärntemperaturen pre-, intra- och postoperativt på såväl sövda som vakna patienter. Med en sensor för engångsbruk mäter du enkelt och kontinuerligt patientens temperatur. SpotOn systemet, designat av skaparna av Bair Hugger värmetsäcken, förenklar övervakningen av temperaturen hos kirurgiska patienter och ger en tillförlitlighet motsvarande den hos invasiva system såsom esofagus-, blås- och lungartärkateter.

Läs mer på www.spotontemperature.com



Kontakta oss idag för att boka ett informationsmöte!

3M Svenska AB, Infection Prevention Division, 191 89 Sollentuna
tel 08-92 21 00 email sms.sweden@mmm.com

3M

Perioperativ omvårdnad

- Det var vi som började och gjorde det

Maud Lundbäck

Familj: Gift med Roine, två vuxna barn Alexander 26 år och Johanna 24 år.

Bor: Kalix

Gör: universitetsadjunkt vid Luleå tekniska universitet och vice ordf. i Socialnämnden Kalix kommun.
Utbildning: leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterska med inriktning operationssjukvård och anestesivård, företagssköterska och medicine masterexamen.

Det var vi som gjorde det, satte praktik på den perioperativa vårdgivningsmodellen. Jag och mina arbetskamrater på Neurokirurgoperation, Akademiska sjukhuset, Uppsala arbetade perioperativt under de sista 10 åren som jag var enhetschef där. Jag har alltid gillat jobbet som operationssjuksköterska, men att möta patienterna före och efter operationen gav en dimension som överstiger det mesta. Att på detta sätt vara en viktig del i patientens hela vårdkedja är fantastiskt.

Hur den perioperativa processen startade

Det hela startade med mitt engagemang i den omvårdnadsutveckling som pågick i landet och i min roll som ordförande för Vårdförbundet på Akademiska sjukhuset på sent åttio-tal. Vi hade fackliga möten som kan beskrivas som väckelsemöten med sjuksköterskor vid sjukhusets alla kliniker. Vi pratade om omvårdnad som sjuksköterskans profession, vårdprocessen och vikten av att arbeta som patientansvarig sjuksköterska.



Maud Lundbäck

Genomförandet

Hela tiden funderade jag på hur vi skulle göra detta inom operationssjukvården. Jag var under denna tid ledamot i Riksföreningen för operationssjukvårds styrelse och via detta uppdrag fann jag lösningen. I

samband med en planeringskonferens i Helsingfors mötte jag Marianne Panielius och läste även hennes bok, Perioperativ vårdlära. Precis så skulle vi göra. Jag och en annan sjuksköterska vid avdelningen läste Vårdvetenskap och så hade vi nyutbildade opera-

Operationssjuksköterskor gå ihop och bestäm er för att möta patienter före och efter operation.

tionssjuksköterskor som var till stor nytta när vi formulerade vår omvårdnad. Vi skrev informationsblad till patienter och checklistor för pre- och postoperativa samtal. Vi organiserade om vårt sätt att arbeta och ställde hela tiden frågan varför vi gjorde som vi gjorde. Mitt i all förändring blev en av operationssjuksköterskorna patient själv och opererades för en hjärntumör hos oss. När det gällde Christina gjorde vi allt rätt och alla förstod hur viktigt det var att alla patienter fick en individuell omvårdnad av oss. Hon var hela sin sjukdomstid en stor förespråkare för arbetssättet. Även när hon själv låg inne gjorde hon pre- och postoperativa samtal med patienter och berättade för oss med entusiasm hur viktigt detta var inte minst för patienternas trygghet.

I korthet kan vårt arbetssätt beskrivas enligt följande. En sjuksköterska som arbetade kväll hade som uppgift att förbereda morgondagens operationsverksamhet, vilket även innefattade preoperativa samtal med patienterna. De hade innan det preoperativa samtalet läst ett informationsblad som handlade om vad som hände dagen före operation, operationsdagen och lite om hur de mätte efter operationen. Det preoperativa samtalet innebar att en individuell, trygg och säker omvårdnad utformades för varje patient. Dagen därpå var samma sjuksköterska programansvarig och mötte patienterna när de kom till operationsavdelningen och ansvarade för att ordinerade omvårdnadshandlingar blev utförda, hen fanns även tillgänglig för anhörigas frågor. Sjuksköterskan som utfört preoperativa samtal med patienter var sedan själv ansvarig för att även ett postoperativt samtal blev utfört. Det postoperativa samtalet innebar en återkoppling för patienten och ett sätt att kvalitetssäkra och förbättra omvårdnaden i samband med operationer. Det perioperativa arbetssättet borgar för en helhetssyn i vårdandet och ger förutsättningar för en mänskligare vård för patienten som skall opereras.

Vi fick ingen utökad budget för införandet av perioperativ omvårdnad, endast lite utvecklingspengar. Däremot höll vi kurser, åkte ut och

Operationssjuksköterskor inse att patienterna har ett stort behov av att möta er före och efter operation och av att få del av er kunskap som ger trygghet.

föreläste om vårt arbetssätt och finansierade på så sätt våra planerings- och utvecklingskonferenser som var absolut nödvändiga.

Ett etablerat arbetssätt

Sedan 1997 har jag arbetat som lärare vid Luleå tekniska universitet och framför allt med specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning operationssjukvård. Detta har gjort mig övertygad om att det är viktigt att tillvarata operationssjuksköterskans hela yrkeskunnande, vilket självklart sker om vi arbetar perioperativt. Men även genom att operationssjuksköterskan ses som en självklar resurs inom hela akutsjukvården och givetvis även mot mer allmänna enheter inom sjukvården. Det kan inte nog påtalas att det är ett stort slöseri såväl ekonomiskt som kompetensmässigt att enbart nyttja operationssjuksköterskans kompetens inne på operationssalen även om den där är helt unik. Detta utifrån att operationssjuksköterskan är legitimerad sjuksköterska, specialistutbildad inom akutsjukvård med inriktning mot operationssjukvård och har magisterexamen i omvårdnad.

Framtiden

En del operationssjuksköterskor vill utvecklas mer inom den behandlande delen av operationssjukvård. För dessa blir utveckling mot förste assistent en naturlig utveckling. Detta är en utbildning som funnits länge i England och USA och som man gjort trevande försök med i Sverige. Utbildningen är en fortbildning inom medicinsk vetenskap som leder till ett ökat ansvar i det kliniska arbetet, de tar graft, syr ihop alla lager m.m. Kompletteras denna funktion med operationssjuksköterskans pre- och postoperativ samtal kommer denna nya operationssjuksköterskas hela

kunnande att tillvaratas. Operationsjuksköterskans unika kunskap om förebyggandet av kirurgiska infektioner sammanfaller också väl med hygiensjuksköterskans kompetens.

Vi ska inte heller bortse från operationssjuksköterskans goda organisationsförmåga som gör henne ytterst lämplig för ledande positioner.

Idag råder brist på sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor inte minst inom operationssjukvården. Jag är övertygad om att ifall operationsavdelningar inför ett perioperativt arbetssätt så att operationssjuksköterskor får använda hela sitt yrkeskunnande så trivs de och stannar kvar. När vi arbetade perioperativt hade vi alltid många sökanden till utannonserade vikariat och tjänster. Naturligtvis finns det fler faktorer som påverkar en god arbetsmiljö, men ett perioperativt arbetssätt ger inflytande och utveckling.

Jag är alltid operationssjuksköterska och har nu även norsk legitimation så man vet aldrig när jag finns med i såret igen. •

Referenser

Hjelm-Karlsson, K., Lundbäck, M. & Linder, V. (1996). Perioperative care and the role of theater nurse. *Seminars in perioperative nursing*, 5,4, 245-251.

Jonasson, U. (199). *Boken om Christina*.

Lundbäck, M. (2006). Operationsjuksköterskans yrkesansvar och möjliga karriärvägar. *Svensk kirurgi*, 64,5,267-268.

Gör det som passar bäst för er verksamhet.

Bristande kommunikation och samarbete i den kirurgiska vårdkedjan ger vårdskador och kräver förändrade rutiner.

Medlemmarna i den en oberoende tvärprofessionell utvärderingsgrupp

Katarina Göransson

Operationssjuksköterska, Skånes universitetssjukhus, Lund.

Johan Lundberg

Anestesiolog, Skånes universitetssjukhus, Lund.

Olle Ljungqvist

Kirurg, Universitetssjukhuset Örebro.

Elisabet Ohlsson

Anestesisjuksköterska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

Gabriel Sandblom

Kirurg, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge.

2011 initierades projektet Saker Bukkirurgi av Patientsäkerhetsföreningen LÖF. Arbetet har genomförts och genomförs i samverkan med Riksföreningen för operationssjukvård och flera andra yrkesföreningar, däribland Svensk kirurgisk förening. Syftet med projektet är att minska patientskadorna genom att minska antalet komplikationer inom bukkirurgi. När 17 revisioner inom projektet var genomförda kunde det snabbt konstateras att barriärer och problem i kommunikationen och samarbetet mellan anesthesi och kirurgi utgör en stor del av problematiken. Därför valde LÖF att tillsätta en tvärprofessionell utvärderingsgrupp, bestående av två kirurger, en anesthesiolog, en operationssjuksköterska samt en anestesisjuksköterska, för att dels undersöka om sambandet verkligen var korrekt samt att komma med åtgärdsförslag till hur problemen kan undvikas. Följande text är en sammanfattning av vår rapport.

Dagens kirurgiska miljö är specialiserad, högteknologisk och produktionsin-

riktad. Men en sjukhusvistelse är också förenad med stor fara för patienterna. Den totala ersättningen till patienter och anhöriga uppgick 2012 till ca 476 miljoner kronor (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2013). Ytterligare statistik från Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag visar att vårdskadorna ökade med sju procent under 2012 till 13 905 fall. Kirurgi utgör en högriskmiljö för medicinska misstag och vanligast är skador inom verksamheter med stora operationsvolymer, främst inom kirurgi och ortopedi. Bland skadorna rapporterades blödningar, skadade kärl och nerver, skelettskador vid protesinläggningar och infektioner vid ren kirurgi (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2013). De svenska siffrorna är inte unika. Statistik från olika sjukhus i USA visar att allvarliga medicinska tillbud vid sjukhusvård skedde i mellan 2,9 – 13,6 procent av fallen. Över hälften av dessa tillbud räknades som medicinska tillbud, som hade kunnat undvikas (Kohn et al, 2000).



Katarina Göransson



Johan Lundberg



Olle Ljungqvist



Elisabet Ohlsson



Gabriel Sandblom



Organisationen kring ett enstaka kirurgiskt ingrepp har blivit allt mer komplex. Beslut rörande mediciner och monitorering, val av tidpunkt, förberedelser och kirurgisk strategi kräver ett intensivt informationsutbyte mellan de som ansvarar för den kirurgiska åtgärden å ena sidan och de som ansvarar för anestesi, smärtstillning och vitala funktioner å andra sidan. Ju mer invecklat och spretigt ett system är, desto mer beroende blir det av sin svagaste länk. Allt för ofta har det visat sig att patienters kador uppkommer i situationer där kommunikationen mellan företrädare för kirurgi respektive anestesi fallerar, vilket delvis bekräftas i materialet från revisionsrapporterna från Säker bukkirurgi.

Projektet Säker bukkirurgi

Projektet bygger på material som inhämtats från kirurgiska kliniker runt om i Sverige i olika steg. Arbetet inleds med att frivilligt deltagande kliniker genomför en standardiserad självvärderingsrapport, baserat på 24 punkter. Efter detta granskas rapporterna av ett klinikoberoende och tvärprofessionellt revisorsteam, bestående

av läkare och sjuksköterskor som genomgått en, för projektet specifik utbildning. Granskningen fortsätter med ett platsbesök på kliniken av samma revisorsteam och avslutas med ett möte med klinikledningen på den granskade kliniken angående de punkter som framkommit, för att skapa en plan för förbättringsarbete utifrån befintliga resurser. Slutprodukten består av en återföringsrapport som sedan följs upp.

Behov av ytterligare utvärdering

Vid en tidig och preliminär sammanställning av resultaten från de första 17 deltagande klinikerna sågs ett mönster som konstaterade att ett stort och återkommande problem var kopplat till samarbetet och kommunikationen mellan anestesi och kirurgi. Detta mönster finns även beskrivet i internationell forskning, som visar att kommunikativa misstag utgör en betydande del av problematiken kopplat till vårdskador (Nagpal, 2010). Misstag sker i samtliga led vid överrapportering mellan olika vårdande enheter och beror framförallt på bristande standardiserade kommu-

nikationsverktyg samt låg kvalitet på överrapporteringarna (Anwari, 2012). I operationssalen svarar kommunikativa misstag för nästan hälften av alla misstag (Gawande, 2003).

Resultatet av utvärderingen

17 kirurgiska kliniker deltog i första omgången av projektet och utvärderingen har baserats på de granskningsrapporter som revisorsteamet genomförde. Materialet har granskats utifrån ett granskningsformulär bestående av 10 punkter som kan tänkas påverka patientsäkerheten och som har sin grund i samarbetet och/eller kommunikationen mellan kirurgi och anestesi. Materialet visade sig vara spretigt och ojämnt både i omfång och djup – granskningsrapporterna hade helt enkelt ingen enhetlig struktur. Trots detta tyder resultatet ändå på att den preoperativa bedömningen överlag fungerade relativt väl. Däremot var det vanligt förekommande med bristande rutiner kring medicinering inför anestesi och operation, informationsöverföring mellan de olika medicinska enheterna som patienterna passerar under vårdförloppet samt rutiner för att återföra avvikelser.

Flera enheter redogjorde för olika journalsystem för kirurgi, respektive anestesi och intensivvård, vilket utgör en barriär för enkel informationsöverföring. Baserat på det material som framkommit i revisionsrapporterna och granskning av aktuell, vetenskaplig litteratur har utvärderingsgruppen formulerat en rad rekommendationer, som syftar till att undvika kommunikativa och samarbetsmässiga misstag i den kirurgiska vårdkedjan.

Utvärderingsgruppens förslag till rekommendationer:

Operationsanmälningar: En operationsanmälan är en skriftlig kommunikation mellan operatör och operationsavdelning, som med rätt användning är ett effektivt sätt att planera och strukturera kommande operationer. Ofullständiga anmälningar leder till både tids- och resursslöseri i samband med operationen. Utvärderingsgruppen föreslår operationsprogram där operationsanmälan har mer tvingande fält och obligatoriska uppgifter som operatören aktivt måste ta ställning till, för att anmälan ska godkännas som komplett och giltig. För en tydlig kommunikation krävs också uppdaterade operationskort, för att underlätta operationsförberedelserna och medföra en ökad noggrannhet.

WHO:s checklista: Revisionen visade brister av varierande grad i användandet av WHO:s checklista, trots att vetenskapliga artiklar visar på både mortalitetssänkning och komplikationsreduktion vid användning av checklistan (Haynes et al, 2009). Utvärderingsgruppen föreslår att checklistan ska modifieras lokalt och att modifieringen gärna ska ske i samarbete med medarbetarna i operationslaget, för att verkligen få med alla nödvändiga perspektiv. Checklistan kräver också träning innan den blir en naturlig och effektiv del av arbetet i operationssalen och för detta måste tid avsättas.

Genomgång av operationsanmälan: Att varje vecka ha en multidisciplinär genomgång av kommande 1-2 veckors operationsprogram är ett strukturerat sätt att i god tid fånga upp potentiella problem med bemanning, utrustning och logistik i operationsprogrammet. I detta forum ges också utrymme för att optimera och anpassa operationsprogrammet efter rådande situation. Representerarna vid dessa möten måste ha ett ansvars- och beslutan-

demandat för sin klinik och vara väl informerade om sina patienter.

Genomgång av dagens operationsprogram: Det finns många fördelar med att varje morgon samla det multidisciplinära operationssalsteamet före första operationsstart. Här kan arbetsuppgifter fördelas, samtidigt som dagens program, patienter och eventuella problem och hinder diskuteras. Denna typ av pulsmöte är inte tänkt att ta mer än 5 minuter och om hela salsteamet är närvarande kan många missförstånd eller dubbelarbete undvikas på förhand.

Kommunikation – Rapportering:

Utvärderingsgruppen anser att operationsavdelningar aktivt måste sträva efter att använda redskap som underlättar och strukturerar den interdisciplinära kommunikationen. Hit räknas tidigare nämnda WHO:s checklista, SURPASS (SURgical Patient Safety System), som är det första kommunikationsverktyget som är framtaget för hela den kirurgiska vårdprocessen (deVries, 2009), SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation), som är ett verktyg som har till syfte att komprimera och strukturera överskiktning och på så sätt undvika missförstånd och som utifrån evidensbaserad kunskap utvecklar riktlinjer för specifika kirurgiska ingrepp. Riktlinjerna bygger på checklistor, men också på återföring till multiprofessionella team där resultaten kopplas till processer under vårdtiden. Utvärderingsgruppen vill speciellt betona lokala anpassningar och modifieringar, samt tid till teamträning, oavsett vilken eller vilka kommunikationsverktyg som används.

Sammanfattande punkter

Utvärderingsgruppen har identifierat ytterligare några viktiga punkter, som sannolikt kommer att kunna ge en förbättrad kommunikation mellan de som ansvarar för kirurgi och anestesi. ASA-klassifikation behöver förtydligas och göras obligatorisk vid den preoperativa bedömningen. Att ha en konsekvent användning av hälsodeklarationer och förbättrade rutiner kring inskrivningsjournal, och den preoperativ bedömningen är ytterligare viktiga kommunikativa förbättringar i det preoperativa vårdförloppet. Hit hör också konsekventa operationsanmälningar med uppdaterade operationskort. Vidare tror gruppen att en tydligare struktur

på planeringen, såsom användande av multidisciplinära bedömningar vid speciellt sjuka patienter och komplicerade ingrepp samt en veckoplanering med samtliga enhetsansvariga närvarande skulle underlätta arbetet för alla. Gemensamma M&M-konferenser gör det möjligt att utbyta erfarenheter mellan medarbetarna från anestesi och kirurgi. I operationssalen bör strävan vara att ha en öppen kommunikation och överskiktning enligt instrumentet SBAR. Vidare bör journalsystem vara gemensamma för alla i vårdkedjan inklusive den postoperativa vården, även avseende läkemedel.

Projektet Säker bukkirurgi fortsätter och fler kirurgiska kliniker har eller kommer att inkluderas. •

Referenslitteratur

- Anwari JS. Quality of handover to the postanaesthesia care unit nurse. *Anaesthesia* 2002; 57: 488-93
- de Vries EN, Hollman MW, Smorenburg SM, Gourma DJ, Boermeester MA: Development and validation of the SURgical Patient Safety System (SURPASS) checklist. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 121-126.
- Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA: Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003; 133: 614-621
- Haynes AB et al, for the Safe Surgery Saves Lives Study Group: A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *NEJM* 2009; 360: 5
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS: To err is human: Building a Safer Health System. Washington DC, 2000, National Academy Press.
- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Skadeutveckling 2012. <http://www.patientforsakring.se/Skadeutveckling-2012.html>. 2013. Hämtad 2014-04-29
- Nagpal K, Vats A, Ahmed K, Vincent C, Moorthy K. An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: a feasibility study. *Ann Surg* 2010; 252: 402-7

Fakta: Katarina Göransson, operationssjuksköterska, Skånes universitetssjukhus, Lund

Operation

- en viktig länk i traumakedjan

Ett flertal aktiviteter har de senaste åren påbörjats med fokus på att höja kvalitén och säkerheten i svensk traumavård. En bakgrund till detta är terrorattentaten i Oslo och Utöya sommaren 2011 då det ofattbara plötsligt hände. Hur skulle ett svenskt omhändertagande fungerat? Och vad kan göras för att säkerställa ett lika bra traumaomhändertagande som det i Norge. Regeringen gav under 2013 Socialstyrelsen i uppdrag att stödja landstingens arbete med planer och beredskap för traumasjukvården vid situationer med flera antal skadade vid allvarliga händelser. Omstruktureringar inom sjukvården de senaste åren har också kommit att innebära att alla sjukhus inte är fullt utrustade att ta emot traumapatienter eller inte har möjlighet att ta emot alla typer av traumapatienter. Detta ställer stora krav på traumaomhändertagandet och vårdkedjan.

Som Maria Svensson, riksföreningens projektsamordnare för nationella patientsäkerhet projekt, skrev i Uppdukat nr 4 2014, är deltagandet i dessa projekt en mycket viktig del av Riksföreningens verksamhet. I de nu pågående projekten samverkar vi med andra organisationerna inom svensk sjukvård. Det senaste projektet Säker Traumavård, www.patientforsakringen.se/Saeker-Traumavaard startade under hösten 2014. Det genomförs enligt samma principer som de tidigare projekten PRISS och Säker Bukkirurgi d.v.s. det är de professionella yrkesorganisationerna som ansvarar för bemanning av revisorer och medicinskt innehåll till projekten. Jag är en av riksföreningens revisorer och jag medverkade vid revisionen av pilotsjukhus i Värmland. LÖF stöder projekten ekonomiskt och administrativt.

Hur går en revision till?

Upplägget är att den klinik som anmält sig till revision får svara på ett antal frågor utifrån fiktiva men fullt realistiska patientfall. Den tvärprofessionella revisionsgruppen med representanter från olika yrkesorganisationer samlas, går igenom svaren och den dokumentation i form av PM, rutiner och styrdokument från det aktuella sjukhuset som bifogats, för att förbereda sig och få en så god bild som möjligt av sjukhuset inför kommande platsbesök.

Platsbesöken är två dagar med intervjuer, observationer och traumaövningar på det aktuella sjukhuset. Traumaövningarna består av olika delmoment där en övning innefattar omhändertagande och förberedelse av

en traumapatient på operationsavdelningen. Dag tre återsamlas revisors-teamen som varit på de olika lokala sjukhusen för att göra en sammanfattning och beskrivning av det regionala samarbetet med skrivande av förslag på lokala och regionala åtgärdsplaner. Modellen och logistiken har under hösten 2014 testats i Landstinget Värmland. Justering av det materialet pågår just nu och projektet planeras starta i full skala under hösten 2015.

Vill du vara en av Riksföreningen för operationssjukvårds revisor i projektet Säker traumavård? Tveka inte!

Kontakta: Maria Svensson@rfop.se •

Fakta: Lasse Salomonsson, revisor i projektet Säker traumavård





Distriktsmöten

Västerbotten
3 juni 2014

Text: Karin Klarin, distriktsamordnare

Västerbotten – Umeå, Lycksele och Skellefteå

Vi operationssjuksköterskor träffades på Brännlands Wårdshus i Umeå. Tyvärr kunde vare sig Lycksele eller Skellefteå delta detta år. Mötet öppnades med genomgång av hemsidan till vår förening. Där belystes även att vi firar 50 år och jag hänvisade till att anmäla sig till vårt jubileum. Även till att gå in på vår hemsida för att se "Riksföreningen anser och rekommenderar" som stöd i det arbete som vi operationssjuksköterskor kan ställas inför. Sedan gick kvällen vidare i infektionsriskens tecken och mitt mål denna gång var att sätta utställarna i centrum.

Med start hos Anna Hermanson från Ethicon Johnson-Johnson som pratade om antibakteriella Plus-suturer där hon hänvisade till en meta-analys: "Systematic review and meta-analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection". Hon berättade också hur man i ett flertal studier kunnat visa minskning av sårinfektioner vid användning av dessa. På hemostatiksidan finns produkt med (Oxiderad Regenererad Cellulosa) bevisad baktericid effekt mot en mängd bakterier såsom MRSA, MRSE, E-coli, VRE och Pseudomonas aeruginosa. I linje med EU-direktivet för förhindrade av stick- och skärskador är samtliga av Ethicons hemostatikaprodukter nu nälfria.

Vidare gick vi över till Susanna Helgö som gav en översikt av de olika kategorierna av lokala hemostatika som finns att tillgå med utgångspunkt i koagulationskaskaden. Bland de produkter som ger en rent mekanisk hemostas är t.ex. gelatinprodukter. Dessa produkter anses göra det enklare för blodplättarna att få fäste.

Flytande gelatiner med trombin finns där gelatinet ger mekanisk hemostas och blir till ett ämne som håller ihop cellerna, medan trombinet omvandlar patientens eget fibrinogen till fibrin och på så sätt ger snabbare hemostas. För patienter med nedsatt förmåga att koagulera kan man behöva fibrinlim. För att sedan uppnå hemostas behövs trombin och fibrinogen och hjälper patientens koagulationsförmåga.

Vissa av dessa lim är inte bara ett hemostatikum utan kan även användas som suturstöd vid duraförsegling.



Därefter fortsatte Glenn Lundberg, Mölnlycke Health Care med att belysa vikten av bra kläder på operationssal.

- Personalklädsel - engångsartiklar i non-woven material som sägs ge en 75 % minskning av CFU och >90 % minskning av partikelantalet jämfört med det blanda bomull-/polyestermaterialet för flergångs klädsel.
- Då låga halter av luftburna bakteriebärande partiklar är nödvändigt för att undvika sjukhusinfektioner till patienten är personalklädsel i non-woven material att föredra.

Rickard Ahl från Heraeus pratade om bencement och det vi kan ställas inför, samt ett stresspåslag som en hel del av oss operationssjuksköterskor brukar kunna uppleva.

Bearbetning av bencement har fyra faser

1. Mixningsfas
2. Väntfas
3. Appliceringsfas
4. Härdningsfas

och alla fyra faserna under polymerisering påverkas av:

- Temperatur (rums-, cement-)
- Luftfuktighet
- Mixningsteknik

Vi ställdes även inför flera olika frågor av Rickard, de var både kluriga och fungerade som tankeväckare. En av dessa var: Till hur hög grad är intraoperativa åtgärder orsaken till kontaminering under operation vid artroplastiker? Där svaret var 90 % risk för kontaminering.

Kvällen gav både god mat, frågor, skratt och en hel del funderingar. Ett stort tack till er operationssjuksköterskor som kunde komma och till föreläsarna, de utställarna som var där. Även ett stort tack till Kristina Hansen som hade ordnat maten och den otroligt fina lokalen. •

Skaraborg

14 oktober 2014

Text: Agneta Backlund, distriktsamordnare

Då var det åter dags för distriktsmöte i gamla distrikt Skaraborg. Lite vemo-digt då detta var det sista mötet för min del som distriktsamordnare.

Denna gång hade jag bjudit in Catharina Skoog och Ingela Hermansson från vår inköpsavdelning. Catharina är en före detta kollega till oss på centraloperation i Skövde men jobbar numera som materialkonsulent och Ingela jobbar som inköpare på regionservice. De hade en mycket intressant genomgång av inköpsprocessen dvs. hur en upphandling går till. Några av oss har suttit med i olika projektgrupper, men det stora flertalet hade ingen aning om att det är så mycket jobb med att upphandla de produkter vi arbetar med dagligen. Vi passade också på att diskutera om en del produkter vi tycker har blivit fel upphandlade och vad man kan göra åt problemet.

Denna gång var vi tyvärr inte så många, kvällsmöten är jobbiga, men jag hoppas att det bara var en tillfällig svacka.

Därefter kom punkten att utse en ny distriktsamordnare. Monika Briggner, operationssjuksköterska på centraloperation i Skövde, valdes enhälligt till min efterträdare som distriktsamordnare för distrikt Skaraborg.

Skaraborg



Södra Älvsborg

Som sista punkt på programmet rapporterade jag från distriktsdagen i Stockholm och om riksföreningens förestående 50-års-jubileum. •

Södra Älvsborg

5 november 2014

Text: Minna Åkesson, distriktsamordnare

Denna höst kväll efter arbetsdagens slut samlades ett flertal operations-sjuksköterskor från centraloperation och dagkirurgen i Borås samt från Skene operation på Scandic Plaza i Borås för att delta i ett distriktsmöte.



Jag började mötet med att informera om Riksföreningen för operations-sjukvård och uppmanade alla att besöka den nya hemsidan.

Kvällens gäster var representanter från Mölnlycke Health Care. De föreläste för oss om dubbla handskar och varför vi skall använda det. Vi fick även höra kort om EUs nya direktiv för att minska stick och skärsador. Vi fick också lyssna till en mycket intressant föreläsning om våra patienter är tillräckligt varma från start när de skall opereras.

Under kvällen fanns det också tid för att titta på produkter, mingel och inta en bit mat.

Stort tack till alla operationssjuksköterskor som kom och gjorde kvällen så trevlig och till Mölnlycke Health Care för intressanta föreläsningar. •



Lärarnätverk

Redaktionen tog sig en promenad från jubileumsfestligheterna på Waterfront till Vårdförbundets lokaler för att besöka Riksföreningen för operationssjukvårds lärarnätverk som hade sitt årliga möte där. Idag finns det 20 lärare för specialistutbildningen Operationssjukvård och de är fördelade på sju studieorter: Karlstad, Stockholm, Göteborg, Sundsvall, Lund, Växjö och Umeå.

Lärarna berättade att specialistutbildningen för operationssjukvård är en krävande utbildning och tyvärr är det ca 25 % som inte fullföljer sin startade utbildning av olika orsaker. Utbildningarna kan se olika ut beroende på studieort och det som exempelvis skiljer sig åt är att några studieorter har en nätbaserad utbildningsmodell och andra har Campusbunden utbildning där studenterna är på universitetet/utbildningsorten ca tre dagar per vecka. Att vara lärare på utbildningen är ett spännande och roligt arbete, men också kämpigt och krävande.

I framtiden tror lärare att utbildningen kommer att vara mer klinikbunden. Med lärare på kliniken, även disputerade lärare, för kontinuerliga samtal med reflektion och diskussion om det realistiska kliniska vårdandet



underlättas förmodligen integreringen mellan teoretiska och kliniska kunskaper samt kursmål uppnås lättare. När studenten är en i teamet under längre perioder leder det troligen till realistiska kunskaper om det kommande yrket. Samverkan mellan teori och klinik måste på något sätt effektiviseras och bli självklart i utbildningen mot bakgrund av kraven från UKÄs utvärdering. Teoretiska kurser kommer att finnas och examineras som grund för examen tillsammans med den kliniska kunskapen som huvudsakligen lärs på kliniken. Vi måste

gemensamt arbeta för att synsättet förändras på kliniska handledare och funktionen för klinikkens ansvariga övergripande handledare, från att alla operationssjuksköterskor ska handleda, till att de sjuksköterskor med bäst utbildning och de som bedöms ha bäst pedagogisk kompetens ska få förmånen att utbilda blivande kollegor. Uppgiften behöver lyftas och kan t.ex. benämnas expertsjuksköterska för klinisk utbildning och ses som ett ansvarsfullt och erkänt arbete med tid för handledning och undervisning. Kraven blir dessutom att handledare på kliniken kan se sitt handledarskap som ett privilegium och inte en belastning. Troligen kommer lärarna på respektive utbildning vara ute mera i den praktiska verksamheten.

Redaktionen för tidningen Uppdukat informerade lärarna om att vi gärna vill att studenter som skriver uppsats skriver om den till en populärvetenskaplig artikel som vi kan publicera. Det är svårt att nå de nyutbildade operationssjuksköterskorna efter utbildningens slut då de är i klinisk verksamhet.

Hör gärna av dig till redaktionen uppdukat@rfop.se för att lämna in din artikel! •





Medlemsökning

Vi hälsar förjande nya medlemmar välkomna!

Jag är så glad att få informera att vi ökat i medlemsantal för andra året i rad. Ökningen av medlemmar under 2014 är hela 67 medlemmar! Vi är nu 1735 medlemmar i vår förening. Av dessa är 177 helt nya medlemmar.

Jag vet att vi är många fler aktiva operationssjuksköterskor ute i vårt avlångs land, så tipsa dina kollegor om föreningen, vår fina tidning Uppdukat och våra två kongresser som för varje år ökar i deltagarantal m.m.

Ett enkelt sätt att bli medlem är att gå in på vår hemsida www.rfop.se under fliken "Bli medlem" och följa de anvisningar som ges där. Ju fler vi är ju starkare blir vi i alla sammanhang.

Har ni frågor angående medlemskapet, maila annemarie.nilsson@rfop.se så ska jag försöka besvara dina frågor.

Ha en riktigt bra fortsättning på 2015!



Anna Ahlin
Madeleine Alpenberg
Suyaen Andersson
Carin Andersson
Pia Asplund
Isa-Marie Bergqvist
Annika Bjällerstedt
Mari Björklund
Nathalia Carmen Diaz Diaz
Linda Clandestino
Titti Detlofsson
Karin Edgren
Evelina Ekelund
Åsa Elgerud
Eva Ellilä
Belen Eriksson
Linda Eriksson
Helena Ekros
Camilla Ekström
Catarina Flodström
Kaisa, Gadman
Pontus Granlöv
Emma Gunnarsson
Elionor Gustafsson
Marie Gustafsson
Katharina Hjalmarsson Eknor
Stina Hermansson
Madelene Hummelgren
Jeanette Jarneving
Linda-Maria Johansson
Sandra Johansen

Rebecka Karlsson
Birgitta Krondal
Eva Lassila Akca
Pia Lindgren
Pernilla Lidholm
Bodil Lindgren
Christina Lopez-Cuadros
Josefin Lundberg
Maria Lundström
Anita Kero
Corinna Malm
Emma Olsson
Nina Pettersson
Jose Ramos
Anneli Rehnström
Marie Rieger
Maria Rosen
Ulrika Rostedt
Anna Roth
Julia Sandlen
Maria Sannetorp Julin
Sara Sjungargård
Catharina Skoog
Liselotte Sosnecki
Kerstin Stammler
Katarina Sundqvist
Martina Wahlen
Eneli Valdna
Helena Vanselius Buhrman
Monica Wass
Nicole Ödman

Den perioperativa sjuksköterskans dag

Den 15 februari är det den perioperativa sjuksköterskans dag. Det kan vara ett utmärkt tillfälle att sprida kunskap om operationssjuksköterskans profession internt på sjukhusen eller externt på skolor eller för allmänhet. Flera av våra distriktssamordnare brukar arrangera distriktsmöten den 15 februari eller i nära anslutning till dagen. I år är det distriktsmöte i Skåne den 4 februari och i Göteborg den 16 februari.

Årets tema som röstats fram inom EORNA är: **Sharps Safety begins with you**





Riksföreningen för operationssjukvårds supportstipendium

Text: Catarina Augustsson, styrelseledamot

Riksföreningen för operationssjukvårds supportstipendium har blivit mycket populärt. Under 2014 delades 10 stipendier ut. De flesta önskade ett resebidrag för deltagande under EORNA kongressen i Rom, men det var också att få besöka ett sjukhus inom landet för erfarenhetsutbyte inom urologi samt representation vid olika kongresser.

Syftet med stipendiet är att bidra till ett nationellt eller internationellt erfarenhetsutbyte. Det kan till exempel vara en operationssjuksköterska, chef eller lärare som behöver en hotellnatt/resa för ett studiebesök eller för deltagande vid någon kongress. Stipendiet erbjuder en möjlighet till ny kunskap, nya tankar och idéer som kan stimulera till utvecklingsarbete inom ert arbetsfält eller till personlig utveckling.

Riksföreningen kommer under 2015 att fortsätta dela ut ett antal supportstipendier med ett max. belopp av 2 000 kr vardera. Gå in på vår hemsida rfop.se/nationellt/supportstipendium för mer information.

Vi gratulerar följande som erhållit supportstipendium under 2014:

Anna Swege

Christine Roman - Emanuel

Annika Sandelin

Irini Antoniado

Lars Salomonsson

Nina Wesander

Homa Akhlaghi

Klarika Krizbai Karlsson

Inger Karlsson

Emma Olsson

Kongresskalender

AORN Surgical Conference & Expo

7 – 11 mars, 2015

Colorado Convention Centre, Denver, Colorado

<http://www.aorn.org/Conference/Information/Information.aspx>

Hygienforum

21 – 22 maj, 2015

Sheraton Hotel, Stockholm

Riksföreningen för operationssjukvård anordnar det åttonde hygienforumet

<http://www.rfop.se>

EORNA-kongress

7 – 10 maj, 2015

Ergife Palace Hotel, Rom, EORNAs sjunde kongress

<http://eornacongress.eu>

Society for European Robotic Gynecological Surgery SERGS, 7th Annual Meeting

11 – 13 juni, 2015

Wyndham Grand Istanbul Levent, Istanbul

<http://www.sergs2015.org>

4th World Congress of Clinical Safety

28 – 30 september, 2015

Schloss Schönbrunn Apothekestrakt, Wien

<http://www.iarmm.org/4WCCS/>

Höstkongress

26 – 27 november, 2015

Stockholm Waterfront

Riksföreningen för operationssjukvård anordnar den 51:a höstkongressen

<http://www.rfop.se>

5th Asian Periop Nurses Association Conference, ASIORNA

8 – 10 oktober 2016

Hong Kong

<http://www.hkphoto.org.hk/welcome/asiorna2016>

JAFO Skotvätt MA01

Skotvätt för sjukhus och andra hygienkrävande miljöer

Art Nr: RF5003

Skor som används i t.ex. operationssalar, akutmottagningar, förlossningsavdelningar och laboratorier blir nersmutsade av t.ex. blodstänk, fostervatten, kroppsvätskor eller dylikt. JAFO Skotvätt MA01 underlättar en hygienisk renhållning av skor med hjälp av borstar och kallt vatten. Rostfritt stål SS2333 i hela konstruktionen. Borstplattan och handborsten kan enkelt tas av och rengöras i en diskmaskin.

Läs mer på vår hemsida www.jafo.eu eller beställ vår produktfolder på info@jafo.eu

I samarbete med



POSTTIDNING B

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

