

Uppdukat

Nr 2 maj 2015 årgång 27



Go green

Med originalet.



"Go green" är idag ett globalt uttryck. Att försöka minska på avfall för miljöns skull och för våra barns skull har blivit en självklarhet för de flesta. För vi vill ju inte låta våra barn ärva en soptipp. Så varför är det då fortfarande inte en självklarhet att minska på avfallet när det kommer till sterila godsförpackningar? Har du ett svar på denna frågan? Vi har inte det. Men vi har lösningar! Som är både miljövänliga och ekonomiska.

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

Operation, Skövde

Foto:

bylindahl

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 2 2015 årgång 27

Redaktionens ord...**sid 4**

Ett år efter disputationen...**sid 6**

Min operationsavdelning...**sid 8**

Högteknologiska vårdmiljöer
– nya krav och utmaningar...**sid 10**

Hygienfrågan...**sid 15**

Hur skapar du flow?...**sid 16**

Nationella Patient-
säkerhetsprojekten...**sid 20**

Ser ni mer än bara min
kropp?...**sid 22**

Centraloperation,
Solna...**sid 26**

Operationssjuksköterska och first
assistent vid robotoperationer -
nya karriärvägar....**sid 28**

Porträttet....**sid 30**

Vi testar 6-timmars arbetsdag!....**sid 32**

Föreningsnytt....**sid 34**

sid 10



sid 16



sid 30



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



Det råder sedan en tid tillbaka brist på operationssjuksköterskor på landets operationsavdelningar, inte hos alla fast hos flera. Tidningsrubriker som: *Det är brist! Vi får stänga salar! Läget är akut*, går att läsa lite nu och då. Vi ser hur man får skjuta upp operationer och stänga operationssalar därför att det saknas operationssjuksköterskor. Vissa säger att detta beror på att för få utbildas, fast är det sanningen och råder det verkligen brist på operations-sjuksköterskor i vårt land? Eller är det så att det saknas på våra operationsavdelningar för att de som är utbildade valt att jobba någon annanstans?

Enligt socialstyrelsens rapport, Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2012, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19530/2014-9-33.pdf>, finns det 5 990 kvinnor och 338 män som är utbildade operationssjuksköterskor, av dessa ska, enligt samma rapport, 3 758 vara sysselsatta inom HoS, 1 696 är pensionärer, var är de övriga 874? Och hur många av de som jobbar inom HoS jobbar på en operationsavdelning? Hur kan vi förbättra arbetsmiljön och

arbetsvillkor så att det blir attraktivt att jobba på en operationsavdelning i framtiden, är det med kombinationstjänster? Detta var en av frågorna som Riksföreningens chefsnätverk, CSO, diskuterade på sitt möte den 11 mars, läs mer om det inne i tidningen.

En arbetsmodell som kanske kan locka är försöket med 6 timmars arbetsdag som de provar i Borås och ni kan läsa om i detta nummer. Eller kanske fler karriärmöjligheter, läs om Linda Söderkvist, på urologsektionen, Karolinska Universitetssjukhuset, som utbildat sig till first assistant vid robotoperationer. Jag tror personligen att arbetsmiljön är den viktigaste faktorn för att behålla och rekrytera personal oavsett arbetsplats, några som verkar ha en bra arbetsmiljö är Centraloperation I Solna, läs om Stina Hermanssons vardag där.

Löser vi då bristen på att utbilda fler eller ska fokus vara på hur vi ska behålla och rekrytera de som redan finns där ute i vårt land? Ja svaret är väl inte entydigt utan dessa två måste nog gå hand i hand och följas av bland annat olika framtidsprognoser, t.ex. SCBs, som säger att det kommer att saknas 14 800 specialistsjuksköterskor år 2035.

Detta nummer av Uppdukat är fyllt med artiklar om kompetens, engagemang och utveckling som finns på våra operationsavdelningar runt om i vårt land. Hör gärna av er till oss i redaktionen om hur ni har det på er avdelning? Hur ser arbetsmiljön ut hos er? Vi skriver gärna!

Vi kanske ses på Hygienforum? Om inte annat så önskar jag er redan nu bra förutsättningar inför sommaren så att ni får njuta av några veckors semester.



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

Anne Tideholm Nylén

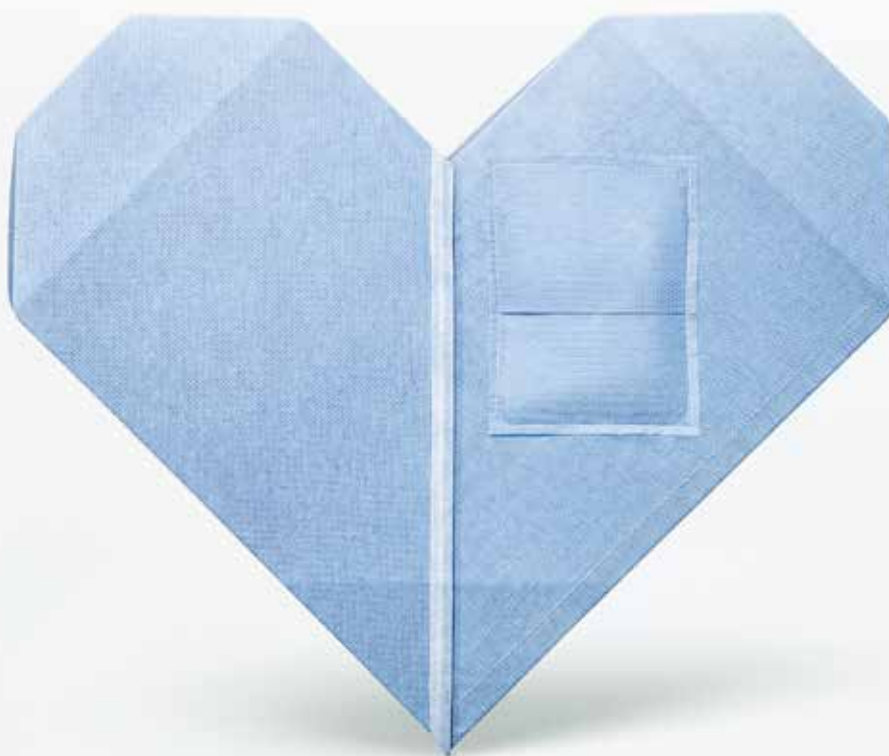
Smittar alltid TB?

Birgitta Lytsy

Multiresistenta bakterier - utbredning och konsekvenser för operationssjukvård

Staffan Landin

Global utveckling med fokus på mänsklig utveckling.



VIK UT FILTEN – OCH DU KAN VÄRMA UPP PATIENTEN HELT IN TILL KROPPENS KÄRNA

BARRIER® EasyWarm® aktivt självvärmande filt.

- Använd före, under och efter operation för att effektivt förebygga hypotermi
- Filten börjar bli varm så fort den tas ut ur förpackningen
- Kan användas utan extra utrustning
- Kan även användas på andra ställen på sjukhusen för att förbättra patienternas värmekomfort

Skanna QR-koden till höger och se en kort presentation av filten.

Du kan hitta mer information på www.molnlycke.se/patient-uppvarmning



Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg. Telefon: 031-722 30 00. E-mail: info.se@molnlycke.com
Namnen Mölnlycke Health Care, BARRIER® och EasyWarm® samt deras respektive logotyper är globalt registrerade och tillhör något av företagen inom Mölnlycke Health Care-koncernen. Copyright (2015)

BARRIER® EasyWarm®

 **MÖLNLYCKE
HEALTH CARE**

Livet efter disputationen – min vardag

Ett år efter disputationen

Ett år som doktor Andersson och syster Annette

Disputationen

Den tredje maj 2013 vaknade jag klockan 2 på natten. Hur kunde jag vara så dum att ge mig in på detta tänkte jag? Hur kunde jag komma på den dumma idén att disputera. Att utsätta mig själv för detta, när jag istället kunde stå i lugn och ro och instrumentera till exempel en trevlig knäprotes utan ångest och stress? Jag ångrade absolut inte allt arbete de senaste 5 åren som jag lagt ner på att försöka få svar på några frågor om vad vi kan göra för att minska risken för post operativa infektioner. Det jag ångrade var just det här att utsätta sig för en disputation, att bli grillad of-fentligt och synad i varje liten detalj. Jag var egentligen inte rädd för att jag inte skulle kunna bemöta kritik eller inte kunna mitt material utan snarade att jag skulle kräkas, svimma eller få en blackout av nervositet. Så där låg jag och vred mig fram till morgonen. Så hur gick det då? Tack och lov fantastiskt bra, för så fort jag fick börja prata om detta som ligger mig så varmt om hjärtat försvann all nervositet. Jag hade också glädjen att få möta en ytterst kompetent opponent, Gunnar Nemeth professor i ortopedi. Med mycket vänlighet ställde han kniviga och bra frågor. Så här i efterhand så var hela dagen och efterföljande festen en av de härligaste i livet. Det var en fredag och på måndagen efter så var det tillbaka till operation på Östra sjukhuset i Göteborg.

Jag hade ju hela min doktorandtid arbetat halvtid men nu kom jag alltså tillbaka som nybliven doktor. Utifrån min erfarenhet så verkar det finnas en osäkerhet hos verksamheten om hur en disputerad operationssjuksköterskas kompetens kan användas på ett bra sätt i det dagliga arbetet. I mitt fall innebar det att jag fick mest skrivbordsarbete och en växande inre frustration.



Annette Erichsen Andersson

Lyckligt vis så fanns det utanför sjukhuset ett stort sug efter resultaten från min avhandling. Jag fick möjlighet att prata i radio och bli intervjuad av fler olika tidskrifter. Det kändes såklart väldigt roligt att få utrymme att prata om vikten av välfungerande operations ventilation och om vilken betydelse dörröppningar har på luftens renhetsgrad. Att öka kunskapen om vilket långvarigt lidande patienter som får en djup postoperativ infektion drabbas av och om vikten av att se patienten som en partner i vården för att öka möjligheten för tidig och korrekt diagnos när olyckan varit framme. Jag har också fått möjlighet att diskutera hur det kan komma sig att äldre sköra patienter som genomgår frakturkirurgi inte får samma goda vård och omvårdnad som elektiva patienter som genomgår proteskirurgi. Tyvärr är det många som känner igen sig i detta, så frågan är hur vi kan stärka säkerhetskulturen kring dessa, våra sköraste patienter?

Året som gått och framtiden

Under det gångna året har jag också fått möjlighet att föreläsa för kollegor på operationsavdelningar runt om i Sverige. Det har varit härligt att träffa så många olika människor och professioner, att byta tankar och diskutera dagliga problem på operation. Framför allt blev det tydligt att många kämpar med samma bekymmer när det gäller infektionsprevention; Hur skall vi göra? Vad är rätt och vad är fel och varför gör vi så olika? Hur kan vi få med oss alla professioner i arbetet med att förebygga infektioner? Detta var frågor som alltid kom upp och som jag tror att vi måste fortsätta att arbeta med. Det finns så många myter om "hygien" som vi behöver avliva och ägna mer tid och energi åt infektionsprevention istället. Det finns ett hav av forskningsfrågor att besvara och jag hoppas att fler operationssjuksköterskor vill och får möjlighet att genomföra väl designade studier som kan hjälpa oss att skapa de allra bästa förutsättningar för varje enskild människa som opereras. Under det gångna året har även det nationella PRISS projektet avslutats. Och i samband med det kom det fram önskemål om att ta fram nationella rekommendationer för optimala operationsmiljö vid implantatkirurgi. Så tillsammans med kollegor från Svensk Ortopedisk förening, Svensk förening för Vårdhygien, och Anestesisjukvård arbetade vi fram ett sådant dokument som nu finns att hitta på Patientförsäkringen LÖFs hemsida: <http://www.patientforsakring.se/PRISS-rekommendationer.html> Jag hoppas och tror att dessa rekommendationer som bygger på bästa befintliga evidens kan vara till nytta i det dagliga arbetet.

Under tiden gick livet sin gilla gång på operation och jag kände mer och

mer att jag borde hitta ett nytt arbete där jag kunde använda mina nya kunskaper på ett bättre sätt. Jag sökte en tjänst som hygiensjuksköterska och jo, det var ju fint att jag hade forskat men egentligen sökte man en "vanlig" sjuksköterska som kunde läras upp och som inte hade anspråk på att få (lite) forsknings tid i arbetet och en "doktorslön". Men efter ett par månader fick jag möjlighet att söka en post dok (postdoktoral) tjänst och lyckan var total när jag fick den. Två års forskning kring hur ny kunskap kan implementeras i operationsmiljö, bättre kunde det inte bli.

Idag har jag genomfört ett år och under denna tid fått möjlighet att påbörja samarbete med kollegor i olika delar av Sverige men också i Australien och Canada. Det finns många likheter mellan andras vardag på operation och vår, men vi har också mycket att lära av varandra. Brigid Gillespie heter en operationssjuksköterska och forskare som studerat kommunikation och temaarbete på operation- spännande arbete som är värt att läsa. Jag skall försöka bjuda in Brigid till Sverige under 2015 och

om hon kommer lovar jag att fixa en öppen föreläsning i Göteborg för de som är intresserade.

Under 2013 disputerade även två andra operationssjuksköterskor, Ann-Marie Fagerdahl och Charlotta Olivecrona från KI. Att ha dess två sjuksköterskor att prata med har varit ovärderligt, vi är ju ännu så få inom vårt yrke som har disputerat- men jag vet att vi lyckligtvis blir fler hela tiden. Året avslutades för min del på ett fint sätt med ett pris för bästa avhandling vid Sahlgrenska Akademien, men den

allra bästa och mest minnesvärde upplevelsen 2014 var ändå Håkan Hellströms Ullevi konsert!

Sammanfattningsvis kan jag säga att det varit ett händelserikt och bra år med många djupdykningar in i forskningsfrågor, men jag längtar trots allt ibland efter att ställa mig på operationssalen med en rejäl protes revision eller en besvärlig fraktur, för efter ett år utan doften av Sterillium och bencement så börjar det kännas lite tomt ändå. •

Pågående forskningsprojekt

- Aseptisk teknik vid invasiva vårdmoment- en serie studier om förutsättningar, hinder och förbättringsmöjligheter.
- Att drabbas av Nekrotiserande Fasciit – Erfarenheter och livskvalité hos patienter och närstående i Sverige och Danmark (i samarbete med Dr A. Fagerdahl, KI)
- Ledarskapets betydelse vid implementering av patientsäkerhets åtgärder i operationsmiljö.
- Safe Hands at the Sharp End- en framåtblickade kontrollerad studie av en implementerings metod som bygger på dialog och partnerskap.

SÖKES

Intresserade specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård att ingå i Riksförningens Kvalitetsråd.

Vi ser gärna att du är relativt ny inom yrket. Ett krav är att du är medlem i Riksförningen för operationssjukvård.

Vill du vara med och påverka utvecklingen inom operationssjukvården.

Hör av dig till: rfop@rfop.se

Hälsningar från kvalitetsrådet
Ing-Marie Bundesen,
Annika Sandelin och
Rose-Marie Gabrielson.



Text: Birgitta Åkesdotter Gustafsson,
Vetenskapliga rådet Riksförningen för operationssjukvård

Varmaste Gratulationer till Operationssjuksköterska, Med. dr. och Klinisk lektor Christine Leo Swenne till Docentur i Vårdvetenskap vid Uppsala universitet den 19 februari 2015.

Christines forskning med 17 internationellt publicerade studier inom områdena infektionsprevention, patientsäkerhet och patienttillfredsställelse utgör grunden för Christines Docentur vid Uppsala Universitet. Christines docentur visar att en av Sveriges operationssjuksköterskor aktivt medverkar till den samlade vetenskapliga kunskapen för bättre vård för våra medmänniskor nationellt och internationellt.

Operationssjuksköterskor i Sverige kan känna stolthet över att en till av oss, Christine Leo Swenne, numer är docent och att hennes vetenskapliga arbete ger ny viktig kunskap till vårt perioperativa vårdområde.



Foto: Catarina Olsson



Skövde

Vad heter du? Karin Djurberg.

Vilken operationsavdelning jobbar du på? Operationsavdelningen Skaraborgs sjukhus i Skövde.

Hur länge har du jobbat på avdelningen? Jag började 1986-2001, arbetade sedan i Falköping som chef innan jag återvände till Skövde 2009.

Hur länge har operationsavdelningen funnits till? Den har funnits sedan 1973.

Hur många operationssjuksköterskor jobbar på din arbetsplats? Här arbetar ca 40 operationssjuksköterskor.

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

skor, undersköterskor och steriltekniker.

Hur många operationssalar har ni på avdelningen? Vi arbetar på 12 salar av totalt 16.

Vilka opererande kliniker är representerade på operationsavdelningen? Kirurg, urolog, ortopedi, gynekologi, öron och anesthesiologisk verksamhet - ex. pacemaker, ventorlar etc.

Använder ni WHO:s checklista för säker kirurgi? Den har vi jobbat med sedan den infördes. Vi har månadsvisa uppföljningar av följsamheten.

Praktiserar ni fika- och lunchavlösning under pågående operation?

Det gör vi, men inte på plastiker på ortopedi.

Har ni nedskrivna rutiner för nedräkning av framtaget material? Det finns och används.

Brukar ni som rutin följa med och rapportera patienten till postoperation? Ja. Om möjlighet finns så påbörjar undersköterskan avvecklingen på salen och städerska städar. Instrument till operationerna ställs i ordning av förrådsansvariga undersköterskor. Disk av instrument sker av instrumentcentralens personal - steriltekniker eller undersköterska.

Vad är det bästa med din operationsavdelning? Teamarbetet som fungerar väl mellan operations och anestesi. •



Foto: bylindahl

Finally,
Simplicity
Meets Security
In Laparoscopic
Suturing



V-Loc™ Wound Closure Reload For Use with Endo Stitch™ and SILS™ Stitch Suturing Devices

Discover how knotless, automated suturing can maximize confidence while minimizing time spent on wound closure.

IMPORTANT: Please refer to the package insert for complete instructions, indications, contraindications, warnings and precautions.



Scan here
to see it in action

COVIDIEN, COVIDIEN with logo, Covidien logo and "positive results for life" are U.S. and internationally registered trademarks of Covidien AG. Other brands are trademarks of a Covidien company. © 2012 Covidien. - M120547a - 07/2012



COVIDIEN

positive results for life™

Högteknologiska vårdmiljöer – nya krav och utmaningar

Denna artikel är baserad på ett föredrag på Riksföreningen för operationssjukvårds jubileumskonferens den 28 november 2014. Avsikten med artikeln är att mer väcka frågor än svar angående den tekniska utvecklingens betydelse för vården idag. En annan avsikt är att stimulera specialistsjuksköterskor att ta initiativ till åtgärder som är viktiga i samband med att ny teknik införs i vården och som påverkar omvårdnaden och det dagliga vårdarbetet. Vidare är det viktigt att diskutera och undersöka på vilket sätt omvårdnad påverkas och hur den kan vidareutvecklas inom den perioperativa vården. Det är angeläget att i ett alltmer teknologifierat vårdarbete inte glömma bort att det är människan som vårdas. Tekniken skall tjäna människan och inte tvärtom. Human vård och högteknologiska vårdmiljöer

I stort sett alla vårdmiljöer idag har inslag av vårdteknisk och/eller medicinsk-teknisk utrustning, vilket vanligtvis innebär närvaro av olika apparater, maskiner och annan utrustning. Detta ställer krav på fysiskt utrymme i vårdmiljöerna med plats för utrustningen, samtidigt som utrustningen måste vara lätt tillgänglig för personalen och säker att använda. Dessutom krävs att personalen som skall använda utrustningen lätt kan överblicka den information som förmedlas samtidigt som personalen bibehåller sin koncentration och kliniska blick med fokus på patienten. Detta innebär att det ställs stora krav på skicklighet i yrkesutövningen såsom färdigheter att hantera utrustningen på ett säkert och kunnigt sätt samtidigt som vakenhet och känslighet för skiftningar i patientens situation och behov uppmärksammas och åtgärdas. I det praktiska vårdutövandet gäller det således att hitta en balans mellan uppmärksamhet och intresse för patienten och handhavan-



Ingegerd Bergbom

Foto: Peo Sjöberg

det av och uppmärksamheten på den tekniska utrustningen. Operations-sjuksköterskor, anestesisjuksköterskor och röntgensjuksköterskor är vana vid och har genom sin utbildning och arbetserfarenhet oftast sådan yrkesskicklighet. När ny teknik och nya apparater förs in i det dagliga vårdarbetet är det viktigt att de som skall hantera dessa apparater har fått adekvat utbildning för att hantera dessa, men också att de fått möjlighet att diskutera och överväga hur deras arbete påverkas inklusive hur det påverkar omvårdnaden av deras patienter. Om man inte alls vet något om detta behöver man studera detta eftersom det finns ett krav på att vården skall vara evidensbaserad eller åtminstone kunskapsbaserad.

Många sjukhus har idag s.k. hybridsalar och flera utvecklar enheter ofta benämnda "bildhus" där flera yrkeskategorier är representerade för att avancerade medicinska undersök-

ningar och behandlingar skall kunna genomföras. Arbetet i hybridsalar ställer emellertid nya krav på samverkan där tre specialistområden är involverade där var och en vet vad de skall göra, men där samordning måste ske för att vårdprocessen skall framstå som professionell och effektiv. Hybridsalarna är dessutom utrustade med avancerad teknisk utrustning.

Den tekniska utvecklingens fördelar

Den tekniska utvecklingen inom medicin och vården i allmänhet har många fördelar bland annat i samband med diagnostisering och behandling, men också för att underlätta omvårdnad och patientsäkerhet. Den tekniska utvecklingen har t.ex. inneburit att människor med komplexa sjukdomsbilder, äldre och sköra kan behandlas för sina sjukdomar eftersom tekniken bidrar till att belastningen på människans organsystem vanligtvis är mindre och därmed hanterbar. Majoriteten av radiologiska interventioner har, historiskt sett, utförts med vakna patienter. Fler och fler öppna kirurgiska ingrepp ersätts emellertid idag av radiologiska interventioner, som ofta är avancerade. Det innebär att patienterna därför behöver vara sövda. I de fall då patienten är vaken och om interventionen tar lång tid krävs en annan typ av interaktion med patienten än om patienten är sövd. Det finns också en ambition inom kirurgin att allt fler behandlingar skall kunna utföras utan generell anestesi. Både medicinsk och teknisk forskning har möjliggjort att allt fler avancerade ingrepp kan göras utan behov av öppen kirurgi. Det har också inneburit att många medicinska interventioner kan göras polikliniskt och/eller att antalet vårddygn på sjukhus minimeras. I förlängningen antar man att denna tekniska utveckling som möjliggör dessa interventioner leder till en bättre livskvalitet för



patienterna och en kortare återhämtningstid, mindre komplikationer och därmed också mindre vårdbehov och hjälp från vårdssystemet. Emellertid saknas utvärderande och uppföljande studier eller forskning som tar dessa aspekter utifrån patientens perspektiv i beaktande.

Utmaningar, krav och möjligheter

Om man utgår från tanken att denna utveckling är positiv både ur ett samhälls- och medicinskt perspektiv, kanske man också kan diskutera och undersöka hur positiv den är och om utvecklingen kan bli än mer positiv både för patienterna och deras närstående och för samhället i stort. Man kan till exempel ställa följande frågor: Minskar patientens lidande? Vilken problematik finns i efterförloppet för patient, närstående och vårdssystemet? Hur tas detta om hand och av vem/vilka? Förkortas patientens återhämtningstid och vilka problem finns i samband med återhämtningen? Påverkas sättet att vårda d.v.s. omvårdnaden?

Andra frågor rör utformningen av lokaler och den tekniska utrustningen, säkerheten, kunskap som behövs för att använda utrustningen och genom-

föra interventionerna, samt vilka krav finns på samverkan och samarbete mellan olika aktörer och yrkesutövare. Dessutom kan man fråga sig om denna utveckling i så fall leder till en alltmer ökad specialisering d.v.s. att det inom olika specialiteter behövs specialkunskaper för att kunna planera, genomföra och utvärdera dessa speciella interventioner? Skulle detta i så fall leda till brist på personal, längre väntetider för patienterna, behov av att få undervisning och tid för praktisk tillämpning? En annan fråga som bör uppmärksammas är att, enligt vissa studier, risken för misstag eller skadliga tillbud ökar ju fler apparater och teknisk utrustning som används.

Utgående från dessa tankar och frågor krävs forskning och/eller uppföljning av patienter som genomgått interventioner i dessa högteknologiska vårdmiljöer. Det är naturligtvis väsentligt att patienters medicinska tillstånd följs upp och utvärderas, men det är också nödvändigt att ta reda på om de grundläggande omvårdnadsmålsiga insatserna och de mänskliga behoven tillgodosågs i samband med interventionen, utgående från patientens tillstånd och önskemål.

Vidare behövs uppföljning av komplikationer och obehag som inträder efter det att patienten kommit hem och i vilken mån återhämtning skett och vilken hjälp eller vård patienten behövt i efterförloppet. Vanligtvis vet inte patienter vad som förväntas av dem i samband med interventioner och inte heller vilka krav de kan ställa på dialog, information, komfort och trygghet. Hur skall informationen om vad patienten kommer att se och genomgå förmedlas och vem har ansvaret för detta så att patienten även är mentalt förberedd? Från "värden" förväntas det att patienten samarbetar och följer de instruktioner som ges för att vård- och medicinsk personal skall kunna genomföra de åtgärder som ingår i hela interventionsakten. Patienten har inga större valmöjligheter utan kanske mest ser fram emot att åtgärderna genomförs och att "det hela är över". Tidigare forskning med fokus på den perioperativa fasen har visat att patienterna känner sig ganska utlämnade i samband med kirurgiska ingrepp. De måste överlämna sig, åtminstone sin kropp, till personalen och lita på att de dels kan sina saker och dels skyddar patienten från skador och komplikationer. Och för det mesta känner sig patienterna väl



omhändertagna om det finns kontinuitet i vårdkontaktarna och en relation mellan patient och vårdare tillskapats. Det finns en stor tillit till vården och dess personal. Patienter måste våga lita på personalen och dess ambitioner och intresse att genomföra aktiviteter och åtgärder så skickligt och professionellt som möjligt. Patienter överlämnar sig med tillit i personalens händer och litar på deras ansvar att de inte blir utsatta för skador. Man kan fråga sig hur detta ansvarsfulla omhändertagande kommuniceras och vem/vilka som påtar sig detta ansvar under de olika skeden som interventionerna innebär. I princip har alla sjuksköterskor i samband med interventionerna har detta ansvar, men utifrån olika perspektiv och kontext.

När samverkan skall ske mellan flera specialismråden kan vissa företeelser motverka samarbetet mellan de olika yrkesutövarna. Bristen på ett gemensamt språk skulle kunna ses som ett hinder. Exempelvis är det inte säkert att röntgensjuksköterskorna förstår den terminologi och de begrepp som operationssjuksköterskorna använder och vice versa. Dessutom kan det finnas organisatoriska hinder som gör att det kommande arbetet inte kan eller ges möjlighet för gemensam planering eller att teamen med de enskilda aktörerna aldrig får tid att arbeta sig samman till ett sammansvetsat team som känner varandras sätt att arbeta, hur de brukar utföra sina uppgifter och vilka målbilder de har. Man skulle kunna säga att det åtminstone finns tre olika målbilder som skall förverkligas, men om och hur dessa kommuniceras i teamet finns det begränsad kunskap om. Å andra sidan präglas yrkesutövandet i alla tre specialiteterna av ett rigoröst säkerhetstänkande med en gemensam ambition att interventionen skall kunna utföras under så säkra former som det är möjligt och med minsta möjliga risker för skador och komplikationer. Här ses möjligheter för utvecklande av gemensamma omvårdnadsbegrepp och vårdterminologi.

Hur skall utbildningarna utvecklas?

Då det gäller utbildning och fortbildning finns flera alternativ. Ett är att det utvecklas en helt ny specialistutbildning som är en kombination av kunskaper och färdigheter från både operationssjukvårdsområdet och röntgensjuksköterskans område. En annan är att bibehålla nuvarande specialistområden, men att kunskaper om



Arkivbild

sterilitet respektive strålskydd ingår och utökas i röntgensjuksköterskeutbildningen respektive operationsjuksköterskeutbildningen. Ett tredje alternativ är att utveckla supraspecialitetsutbildningar inom operation- respektive röntgensjuksköterskeutbildningen. Man kan också tänka sig att specialistområdena förblir såsom de är idag och att verkliga satsningar görs för att åstadkomma kontinuitet i teamen – att de som ingår i teamet alltid arbetar tillsammans och verkligen ges möjlighet att utgöra ett expertteam. Flera forskningsprojekt med fokus på patientsäkerhet har visat att dålig kommunikation och bristande kontinuitet för teammedarbetare ökar risken för misstag eller tillbud. När det gäller frågan om krav på kontinuerlig fortbildning i takt med att nya behandlings- och interventionsmeto-

der införs har yrkesföreningarna stor betydelse.

Ett forskningsprojekt

Sedan år 2007 har vi vid institutet för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet intresserat oss för vårdande i högteknologiska vårdmiljöer, men redan i början på 2000-talet var flera forskare involverade i projekt som rörde vårdmiljön. Detta har resulterat i ett antal forskningsprojekt och flera avhandling, som bland annat rör intensivvårds-, operations- och radiografimiljöerna, men också vårdmiljöer för äldre. Vissa delar av denna satsning ledde till att vi etablerade ett samarbete med forskare från Högskolan i Borås inom vårdvetenskap och även med Textilhögskolan, samt med arkitektur vid Chalmers Tekniska



Högskola och Arbets- och miljömedicin vid Sahlgrenska akademien. Idag leds denna forskning av forskare från högskolan i Borås med medel från Vetenskapsrådet och med finansiering från akademien för vård, arbetsliv och välfärd. För närvarande är tre doktorander och två postdoc anställda i projektet. Ett annat projekt som rör äldre som vårdas i högteknologiska vårdmiljöer pågår och sker i samarbete mellan Institutionen för vårdvetenskap och hälsa och Högskolan i Skövde. Projektet finansieras av medel från Agneta Prytz-Folkes och Gösta Folkes stiftelse. Det finns också ett etablerat samarbete mellan forskare vid arkitektur på Chalmers och vårdvetenskap vid Högskolan i Borås avseende ett avhandlingsarbete om operationsmiljöer. Detta projekt försvarades i en licentiatavhandling inom arkitektur av

Maria Berezecka i januari 2015. För något år sedan startade vi ett forskningsprojekt som rör samverkan och vård/omvårdnad i hybridsal på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Doktorand May Bazzi är anställd i projektet där doktorandtjänsten finansieras av institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Projektet består i nuläget av fyra delstudier där vi med hjälp av videoinspelning studerar olika skeden i samband med kärllkirurgiska behandlingar främst EVAR. Vi är intresserade av att veta vad som görs och av vilka under hela förloppen från det att patienten kommer in i hybridsalen tills patienten lämnar densamma. Det finns ett särskilt intresse för att studera personalens samarbete både med varandra och med patienten. I ett annat delprojekt kommer personalen att i fokusgrupp

diskutera och svara på frågor om samarbete och hur det är att vårda patienter och arbeta i hybridsalen. Ett tredje delprojekt utgörs av intervjuer med patienter och deras upplevelser och erfarenheter av att genomgå behandling i en hybridsal. Den fjärde delstudien är under planering. Vårdmiljö utgör idag en forskningsprofil vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien och vid Högskolan i Borås Akademin för vård arbetsliv och välfärd utgör vård och vårdande i högteknologiska vårdmiljöer en av högskolans starka forskningsprofiler.

Till sist

Den kliniska vårdvetenskapen/omvårdnadsvetenskapen bygger på att "praktikerna" och "forskarna" samverkar och att forskarna får reda på vilka problem, företeelser eller frågor som praktikerna önskar få studerat eller besvarade. Vad är viktigt att få mer kunskap om? Vad oroar och vilka förändringar önskas? Finns en idealmodell hur omvårdnaden skulle kunna se ut i olika högteknologiska vårdmiljöer? Hur går det för patienterna i efterförloppet och vilka effekter hade t.ex. det rigorösa säkerhetsarbetet? •

Några artiklar

Moreno R, Rhodes A, Donchin Y. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. *Intensive Care Medicine* 2009, 35: 1667-1672.

McCaughan D, Kaufman G. Patient safety: threats and solutions. *Nursing Standard*, 2013, 27(44), 48-55.

Nadzam D M Nurses' role in communication and patient safety. *J Nurse Care Qual*, 2009, 24(3); 184-188

Lagerström E & Bergbom I.: *The care given when undergoing operations and anaesthesia – the patients' perspective. Journal of Advanced Perioperative Care*, 2 (4):183-192, 2006.

Westerling K, Bergbom I. *The importance of nursing in perioperative care: a patient's perspective. Journal of Advanced Perioperative Care*, 3(4): 133-144, 2008

Fakta: Ingegerd Bergbom, Professor emerita vid Göteborgs universitet och Senior professor vid Högskolan i Borås.

Unik bladdesign, överlägsen prestanda



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



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

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

Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Hållbarhetstider på det steriliserade materialet som re-cirkulerar. Det verkar vara olika hållbarhetstid på t.ex. containrar i landet. Vad är det som styr det? Vi har riktlinjerna 1 månad men någon annan sa att det var 6 mån i ett annat landsting.

Svar: Container kan vara av olika kvalitet. Dessutom kan förvaringen och transporten av container påverka hållbarhetstiden. Konsultera er steriltekniska avdelning för att utvärdera er containertyp.

Fråga: Vad är det för städrutiner som gäller på operationsbord och hur ofta bör/ska operationsbord "grovrengöras"? Vad gäller för instrumentbord, assistansbord mm?

Svar: Rengöring och desinfektion av bland annat operationsbord och annan horisontell utrustning sker före första operation, mellan operationerna och efter dagens sista operation. Enligt SIS

"Mikrobiologisk renhet i operationsrum" är det förutom detta lämpligt att storstäda operationssalen 1-2 ggr/år. För ytterligare information se SIS-TS 39:2012 "Mikrobiologisk renhet i operationsrum", vårdhandboken och lokala hygienriktlinjer.

Fråga: Nu har frågan om specifika skor på operationsavdelningen kommit upp igen. Hur är rekommendationen nu? Är det ok att ha samma skor inne på operationsavdelningen och sedan ute på sjukhuset t.ex. när man är privatklädd i personalmatsalen?

Svar: Det finns ingen tydlig evidens för skor. Grunden är att inte föra in mikroorganismer från sjukhuset in på operationssalen. Det är en fördel om det finns arbetsskor som kan desinfekteras i en desinfektor. Kontakta er lokala vårdhygieniska enhet för att diskutera den lokalt gällande policyn.

Fråga: Vi undrar över användandet av huvudduk som täcker håret, har arbetsgivaren ansvar att tillhandahålla med det? Hur ofta ska den bytas?

Svar: På vårdavdelning tillhandahåller ofta arbetsgivaren huvudduk men även privata används. Viktigt är att den tvättas dagligen och stoppas in så den inte hänger ner i arbetsområde. Vid arbete på operationsavdelning kan man använda enbart engångs dok som då ersätter huvudduken.

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

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



Kom ihåg att boka in Den 51:e Höstkongressen, 26 - 27 november 2015, på Stockholm Waterfront.



Hur skapar du flow?

Jag blev glad över erbjudandet att skriva en populärvetenskaplig artikel omkring min forskning på temat flow. Paradoxen är dock att det ännu inte finns några vetenskapliga artiklar jag kan referera till i ämnet, så den populärvetenskapliga versionen kommer denna gång först. Det beror allra mest på att jag forskar holistiskt och inte reduktionistiskt. Jag lämnade den officiella medicinska forskningens reduktionistiska perspektiv för snart 15 år sedan, mitt i en doktorsgrad på Karolinska institutet, då det gick upp för mig att människan är holistisk. Livet är holistiskt. Min slutledningsförmåga ledde mig också till insikten av att människans tillgång till hälsa, kraft och glädje även de är beroende av ett flertal faktorer. Att det är helheten och inte delarna som kommer att visa oss den fullständiga lösningen.

Så lätt det låter såhär många år efteråt, men där och då kände jag mest förvirring och rädsla över att avsluta min lovande forskarkarriär. Det tog också drygt ett år innan jag gjorde slag i saken, under vilket jag gick med en inre konflikt som handlade av att stanna eller att lämna. Under samma år gick jag igenom både depression och något som liknade epileptiska anfall. I efterhand ser jag att båda dessa troligtvis orsakades av mitt inre dilemma.

Men jag har aldrig ångrat mitt beslut. Jag gick vidare till att forska i egen regi baserat på mitt arbete som samtals- och kroppsterapeut. Min drivkraft har från allra första början varit att hjälpa människor att må bättre och bli mer sig själva. På den resan inkluderar jag även mig själv och min förflyttning från 'duktig flicka', ständigt på gränsen till utbrändhet, till en person med relativt hälsosam integritet (ett arbete som dock aldrig blir färdigt tror jag). Här kommer jag därför att presentera frukterna av min forskning som den ser ut hittills, inom ramarna av artikelns rumsliga begränsningar. Generellt handlar min



Foto: Peo Sjöberg

Anna Linda Hultström

studie om hur vi människor kan lära oss leva närmare vår fulla potential. På arbetsplatsen gör detta en skillnad i hur väl vi kan utföra vårt jobb och kanske speciellt viktigt i en ledarposition. Det får också en effekt på vår självläkande förmåga så att vi förstår hur vi kan skapa eller bibehålla hälsa. Informationen kan i det ljuset

beskrivas som en grundkurs i det som kallas alternativ- och komplementär medicin.

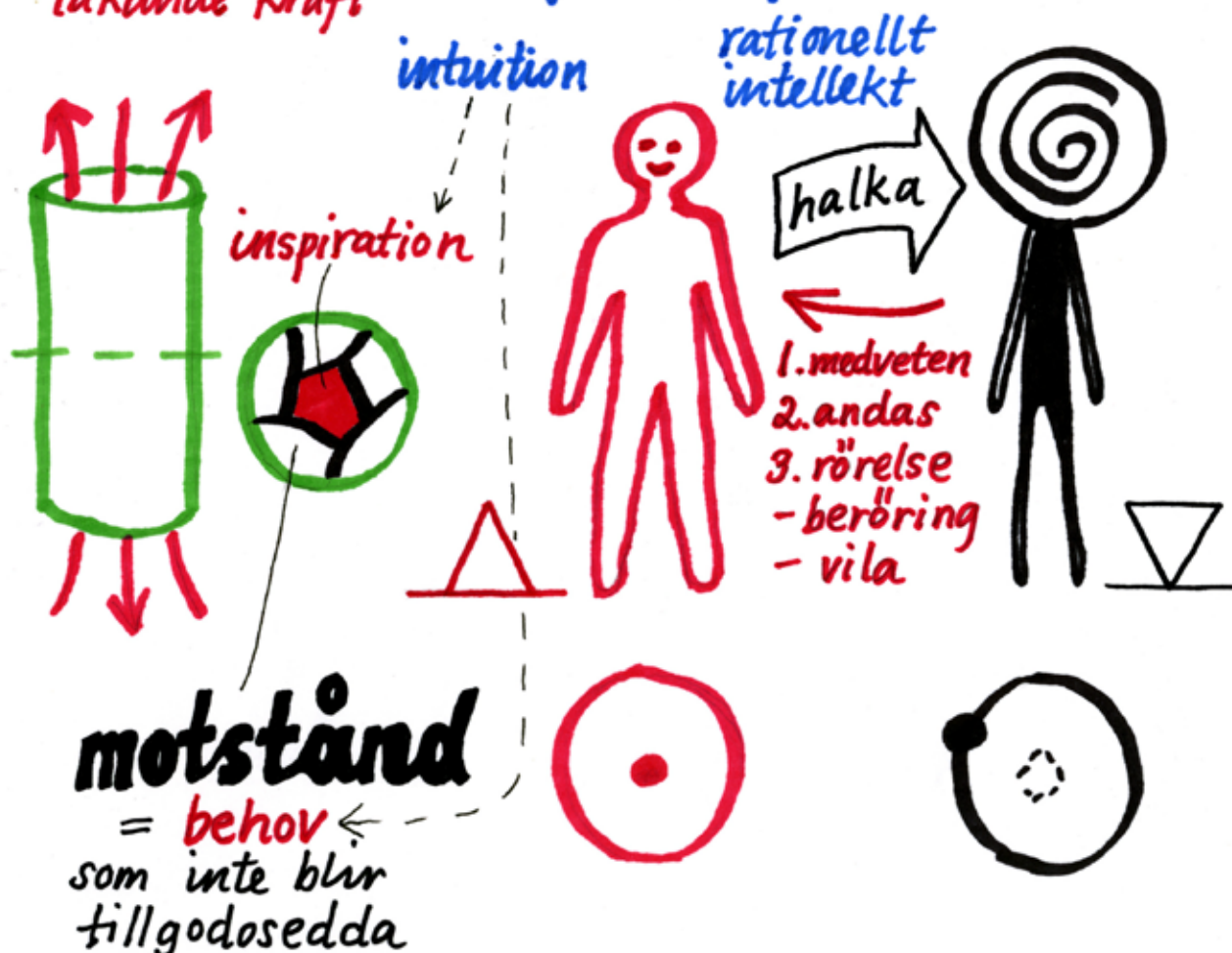
Flow och den mänskliga dynamiken

Som en grundtes beskriver jag hur människan kan vara antingen i balans

FLÖDE

livsenergi
kreativitet
läkande kraft

Kreativitet



eller ur balans. När vi är i balans har vi tillgång till vår fulla potential som människor. Detta kallar jag även ett tillstånd av flow, eftersom vi där har tillgång till flödet av livsenergi, kreativitet och läkande kraft. Samma flöde som i den kinesiska traditionen kallas ki eller qi, och i den indiska yoga och ayurvediska traditionen kallas prana. Det resulterar också i en känsla av flyt där livet, besluten och utmaningarna känns lättare att hantera och allt blir lite ljusare.

Det tillstånd av flow som Mihaly Csizsentsmihaly beskriver inom fältet positiv psykologi beskriver jag som ett intensivt tillstånd av flow, där vi helt förlorar oss i en uppgift och tappar konceptet av tid och rum. Min defini-

tion är ett mer hållbart tillstånd av flow, där vi kan spendera större delen av dagen. Därifrån är det också lättare att i specifika situationer uppnå intensivt flow. På många sätt ligger min definition närmare österlandets filosofi av att vara fullständigt närvarande i nuet.

Vår balans utmanas ständigt och många människor i vårt samhälle lever därför mer eller mindre ur balans. Det är inte så konstigt eftersom de flesta av oss inte fått lära oss hur denna mänskliga dynamik fungerar. När vi är ur balans, till större eller mindre grad, förlorar vi tillgången till det livgivande flödet. Sakta men säkert känner vi oss tyngre i kroppen och mörkare i sinnet. Det kan också

kännas som att vi springer snabbare men hinner med allt mindre. Vi liksom kippar efter andan och kroppen är spänd. Vår förmåga att tänka, kommunicera och hantera komplexa situationer försämras och vi får svårt att relatera emotionellt till vår omgivning. Det känns som vi har o-flyt. I en redan stressig arbetssituation blir vår förmåga att utföra arbetet lidande.

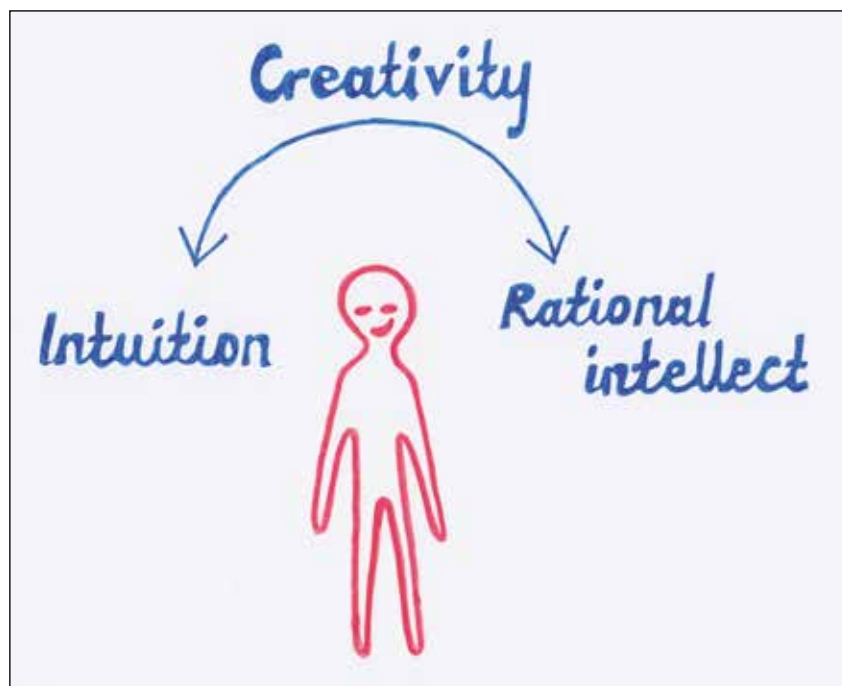
Om vi talar i termer av hälsa kan man säga att balans eller flow är ett tillstånd av hälsa, där vårt immunförsvar fungerar optimalt. På samma sätt kan man kalla obalans för ett tillstånd av sjukdom, där nästan vad som helst kan slå rot och börja växa till sig. Vi har inte tillgång till livsenergin och vårt immunförsvar är något av det

första som blir lidande. Precis som en damm som behöver både inflöde och utflöde behöver vi människor ett fungerande flöde i kroppen för att hålla sig friska. Detta är också vad både den kinesiska och den indiska traditionella medicinen bygger på. De beskriver båda hur sjukdomssymptomet indikerar att det finns en djupare obalans som hindrar flödet. Det är därför viktigt att adressera både symptomet och den djupare obalansen för att återupprätta ett hållbart tillstånd av hälsa.

Intuitionen är vår inre guide

Så hur göra man då? Hur skapar man balans? Jo det jag har sett med åren är att vi människor hamnar mer i balans när vi väljer att följa vår intuition. Intuitionen är det som känns som vår egen inre röst. En av de viktigaste sakerna intuitionen berättar för oss handlar om våra mest basala behov. Med basala behov menar jag behov som vi alla människor har, men som kanske ser lite olika ut hos var och en av oss. Vi har t.ex. behov av att sova tillräckligt många timmar samt ha pauser av vila några gånger under dagen. Vi har behov av att äta saker vi mår bra av, med jämna mellanrum. Vi har behov av att röra lite på kroppen, speciellt om vi spenderar större delen av dagen framför datorn. Vi människor har behov av att få uttrycka våra känslor och åsikter, och att få respekt för dessa i varje fall ifrån våra närmaste. Vi har behov av både närhet och gemenskap, samt lite tid för oss själva. Vi verkar också ha behov av att få syssla med någonting som känns meningsfullt för oss. Här vill jag inflika att denna information bygger på mitt arbete med människor i den relativt privilegierade västvärlden.

Förutom de basala behoven verkar intuitionen bidra med information omkring vad som är nästa steg i vårt liv. Jag definierar numera livet som en process av konstant förändring. I den processen kan man säga att intuitionen är en slags kompass i livet, för att vi ska kunna leva i förändring och ändå vara i balans. Intuitionen som jag ser det är också halvdelen av vår kreativitet, om den får samarbeta på ett harmoniskt sätt med vårt rationella intellekt. Förenklat beskriver jag att intellektet är som en vältränad dator som innehåller kunskap och erfarenheter som vi samlat på oss utmed vägen, inklusive vad vi borde göra enligt vår kulturs normer. Den är ett fantastiskt verktyg, men kan också



hindra oss eftersom den bygger på gamla erfarenheter. Den kan göra livet kontrollerat och inrutat om den får ta över för mycket, och vår förändringsbenägenhet minskar. Därför behöver vi lyssna på intuitionens röst som har som uppgift att hjälpa oss använda kunskapen i vårt rationella intellekt på ett flexibelt och ofta mer ändamålsenligt sätt. Intuitionen verkar kunna kombinera gammal kunskap på nya sätt och kan därför skapa nya lösningar i förhållande till den situation vi står inför. Det är förövrigt min definition av kreativitet – vår förmåga att skapa nytt utifrån gamla kunskaper och erfarenheter.

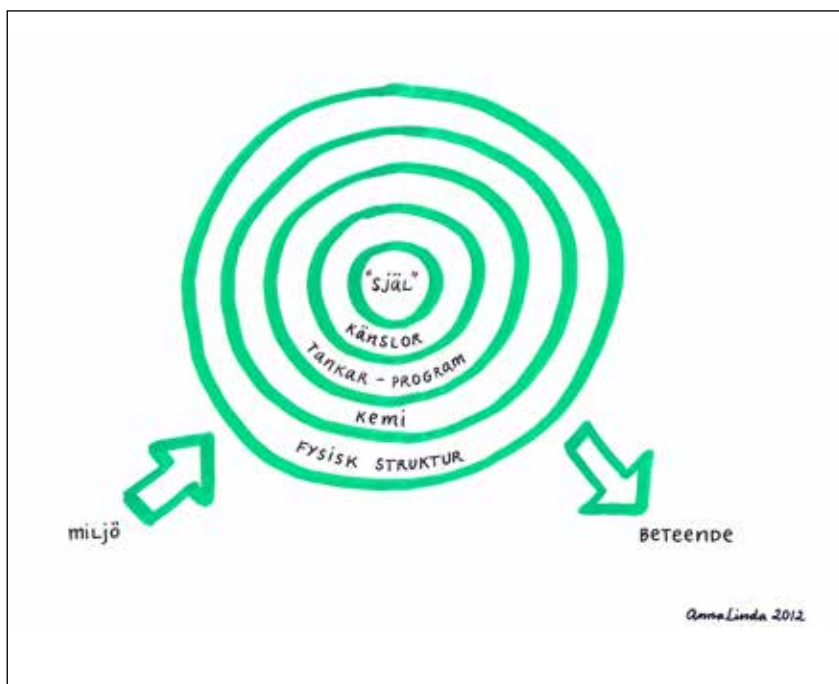
Rädslorna hindrar oss

Vad hindrar oss då från att ta hand om våra basala behov? Vore det inte det mest naturliga, mitt i västvärldens överflöd? Ja, men här kommer en annan mänsklig parameter in i bilden, våra rädslor. Rädslor kan ses som ett samlingsnamn för vår känsla av att inte vara bra nog eller att vara värda allt det där vi behöver och längtar efter. Oftast på ett djupt omedvetet plan. Detta verkar baserat på erfarenheter från den allra tidigaste barndomen där vi byggde vår självbild och världsbild på främst vår emotionella upplevelse av tillvaron. Jag är övertygad av att de flesta föräldrar gör så gott de kan, men många gånger tar de inte hand om sina egna behov och kan därmed inte vara helt emotionellt närvarande. Barn tar efter det vi gör, inte det vi säger. Eller det är i varje fall min nuvarande förklaring. Det är

svårt att veta vad det beror på, men effekten är att de flesta i vårt samhälle går runt och tror att det är själviskt och egoistiskt att ta hand om sina egna basala behov. Jag skulle vilja hävda att det är precis tvärt om (till en viss gräns såklart). När vi tar hand om våra egna behov av till exempel träning eller vila och återhämtning, får vi tillgång till ett överflöd av energi. Vi hamnar närmare ett tillstånd av frid inombords, utifrån vilket vi blir mer kärleksfulla och storsinta mot vår omgivning. När vi istället hela tiden prioriterar vår omgivnings behov sjunker vår energinivå och vi blir mer reaktiva och smäsinta, speciellt mot våra närmaste. Vi känner oss konstant trötta (eller uppe i varv) och som att vår situation är hopplös att förändra. Om du känner dig arg eller upprörd över att läsa det jag skriver, kan det vara en indikation på att du behöver prioritera dina behov tydligare.

Den komplexa människan

Efter att ha jobbat heltid i drygt elva år som både samtals- och kroppsterapeut, delar jag idag upp människans helhet i olika dimensioner, vilket gör att det blir lättare att förhålla sig till den enorma komplexitet vi består av. Dels för min egen forsknings skull, men också för att underlätta för mina klienter att förhålla sig till och därmed kunna navigera tydligare i sitt liv. Idag beskriver jag hur vi människor består av en fysisk aspekt, en kemisk aspekt, en mental aspekt, en emotionell aspekt samt en själslig aspekt. Vi har därutöver en miljö som påver-



kar oss och det hela resulterar i ett beteende. På varje nivå finns det saker vi kan göra själva för att skapa större balans men vi kan också ta hjälp av s.k. alternativa behandlingsformer. Om du är till synes frisk men vill ha tillgång till mer energi och mer av din fulla potential, kan du välja en aspekt som inspirerar dig och börja undersöka denna. Du kan börja träna och/eller skapa fler tillfällen av vila (fysisk), byt till helt ekologisk kost eller prova under en period att utesluta socker, gluten och mjölkprodukter för att se vilken effekt det har på dig (kemisk), hitta en duktig samtalsterapeut och bli klarare över vilka tankemönster du använder dig av (mental), gå och få djupgående kroppsterapi eller healing för att bryta dina emotionella reaktionsmönster (emotionell), eller börja meditera en liten stund varje dag (själslig). Om du är sjuk och upplever ett fysiskt symptom så kan den underliggande orsaken till symptomet ligga på en eller flera av de olika nivåerna. Vården på sjukhuset fokuserar ofta på att eliminera det fysiska symptomet, men lämnar personen i ett tillstånd av obalans. Det är därför ofta en god idé att komplettera vården på sjukhuset med andra metoder som hjälper till att skapa balans och därmed ett hållbart tillstånd av hälsa.

Din egen forskning, om dig själv

I grund och botten ser jag det som att jag hjälper individer att sätta igång eller fördjupa sin egen forskning. Vem är jag? Vad har jag behov av? Vilken underliggande obalans försöker krop-

pen kommunicera med detta fysiska symptom? Vilka gamla rädslor i mig triggas av denna situation? Oraklet i Delphi uttryckte det som "Know thyself", alltså lär känna dig själv. Jag fungerar som en guide i den processen och kan bidra med de metoder jag hittat och utvecklat utmed vägen. Ibland slussar jag någon vidare till en kollega som har mer expertis på något område. Ibland får jag även en intuition om att någon behöver gå till sjukhuset för att kolla upp något, även om de kom till mig bara för att få massage.

Kroppsterapi verkar försätta människor i tydligare kontakt med sin intuition och därmed sina basala behov. Under samtalet reder vi sedan ut vilka av rösterna inombords som är intuition och rädslor. När man sedan identifierat intuitionen och ger den mer uppmärksamhet så verkar den stärkas. En av de kroppsbehandlingar jag gör har också effekten att rensa bort gamla uppsamlade rädslor som satt sig i kroppen från tidigt i livet, och därmed minska dess påverkan på oss i vardagen. Jag har märkt att när vi lokaliserar gamla emotioner och rädslor, samt på ett eller annat sätt gör oss av med dem, så påverkas de andra delarna av oss. Vi blir till exempel mindre spända, kan sova bättre, får större mental klarhet och kan slutligen ändra negativa beteende mönster. Ännu ett exempel på att vi är holistiska varelser och att allt hänger ihop.

Att skapa en bättre värld

Som jag nämnde tidigare ser jag att

vårt samhälle idag är fullt av individer som är mer eller mindre ur balans. Beslut omkring framtiden, både personliga och samhällsnyttiga, görs därför många gånger ifrån ett tillstånd av reaktion och rädsla. Vi styrs av vår känsla av att inte vara bra nog och att behöva hävda oss, eller en känsla av ständig konkurrens och att det inte finns nog åt alla. Om vår rädsla för att förlora vår ställning i hierarkin över-skuggar vår känsla av vad som är rätt i varje enskild situation, bygger vi något som är ur balans från början, både för oss själva och för alla som påverkas av beslutet. Alternativet är att vi förstår hur vi kan vara i kontakt med vår inneboende förmåga till kreativitet (att skapa nya lösningar), intelligens (att skapa lösningar som är hållbara på alla plan) och empati (att vilja väl för flest möjliga), och från det perspektivet ta beslut för framtiden. Här har vi därmed också en paradox. På ett plan hyllas innovation av vårt samhälle, men den djupt mänskliga rädslan för förändring motverkar effektivt all form av nyskapande (som inte gäller banala saker som en ny bilmodell eller mobiltelefon). Gällande strukturer blir svårare att rubba ju fler människor som håller fast i dem. Det krävs stort mod, integritet och energi för att våga bryta normen och introducera ett alternativt scenario som man tror på. Från ett tillstånd av obalans och låg energi är det nästan omöjligt.

Som avslutning vill jag säga att varje gång vi följer intuitionen, varje litet behov vi prioriterar upp i vårt liv, får en effekt på vårt allmänna tillstånd. Automatiskt får vi en tydligare kontakt med vår känsla av vad som känns rätt, just här och nu, och vi har mer energi för att genomföra det. Det blir som en uppåtgående spiral. Jag utgår ifrån att vi som människor är här för att utforska vår fulla potential, och att det samtidigt göra oss så kärleksfulla det bara går. När vi behandlar oss själva väl får vi tillbaka tusenfalt, och smittar samtidigt av oss på alla runt omkring oss. Så även om du inte kan uppbåda motivationen till denna förändring för din egen skull, gör det för barnen, eller isbjörnarna, eller regnskogen. We're all in this together. •

Vill du veta mer?

Kontakta gärna Anna Linda på:
annalindahultstrom@gmail.com

Lägesrapport

Nationella Patientsäkerhetsprojekten

SPOR

Idag är 58 anestesikliniker anmälda till SPOR, vilket täcker 85 % av alla operationer med anestesi i Sverige/år. Alla kliniker har syftet att integrera sina operationsplaneringssystem för att kunna skicka data till SPOR. Hittills i år skickar 26 operationsenheter fördelade på sju landsting och 23 sjukhus skarpa data där registret växer med ca 15 – 20 000 fall per månad! Ytterligare kliniker är på väg att ansluta sig skarpt. Och parametrar som idag kan följas är,

- variableinformation - kvaliteten på inskickade data
- andel operationer där WHO:s checklista används
- andel sena strykningar jämfört med elektiva operationer med angivande av orsak
- mortalitet översikt, 30, 90, 180 respektive 360 dagar postoperativt
- mortalitet specifikt per operationskod

- utfall för den medicinska prioriteringen akut, d v s hur stor andel akuta operationer utför inom önskad tid, urakut, akut, 2, 6, 12 respektive 24 timmar.
- frekvens av perioperativa avvikelser och komplikationer med svårighetsgrad
- smärta och illamående postoperativt.

Nästa användarmöte för SPOR är 20 mars 2015

Säker Bukkirurgi

Revisionen av sjukhus fortsätter, så är du intresserad av att vara revisor! Anmäl dig!

Säker Trauma

Efter Pilotomgången i Värmland, (som ni tidigare läst om i Uppdukat), så fortsätter nu revisionen av sjukhus. Först ut är Regionen Västra Götaland och norra Halland. De revisorer som är anmälda och som är aktuella för denna omgång kommer att kontaktas av LÖF. Revisorerna och övningsledarna kommer att utbildas och delta i startseminarium under våren, samt platsbesök på sjukhusen i oktober. Vi kommer att behöva ett stort antal revisorer till våra projekt. Tveka inte! Anmäl dig!

Vill du veta mer eller anmäla dig som revisor, kontakta:
maria.svensson@rfop.se

Den 3:e chefskonferensen

Konferensen för chefer och ledare på operation, 27 november 2015 på Stockholm Waterfront.

En ny konferens för dig som är chef eller ledare på operationsavdelning.

Konferensen tar upp högaktuella ämnen bland annat utifrån vad som diskuteras i vårt chefsnätverk.



Anmäl adressändring till: medlemsansvarig@rfop.se eller på rfop.se när Du byter adress eller namn.

Foto: Peo Sjöberg



Maria Svensson



evercare® skyddsrockar – Skydd som du förtjänar

Vi ser fram emot att få visa dig våra
skyddsrockar på Hygienforum
den 21–22 maj i Stockholm!



OneMed Sverige AB
Box 8255, SE-163 08 Spånga
Tel. 0770-111 115
www.onemed.se
evercare® is registered trademark of OneMed Group Oy

ONEMED

Ser ni mer än bara min kropp?

Patienters upplevelser av trygghet under operation

Nu är det dags säger, den trevliga sjuksköterskan som har ställt alla de där frågorna om dig inför operationen. Dörrarna öppnas till operations-salen och du rullas in i sängen som ställs bredvid operationsbordet. Där inne finns fler personer som väntar på att ta emot dig. Hej och välkommen säger en person som nästan ser ut som en rymdvarelse iklädd visir, någon typ av rock och står med armarna i kors. En annan hjälper dig över till operationsbordet och ser till att du ligger rätt med hjälp av kud-dar, sidostöd och remmar. Känns det bekvämt på operationsbordet? Frågar de. Det kopplas på elektroder på bröstet, du blir ombedd att lägga ut armen på armbordet så en manschett om armen och en klämma om fingret kan sättas på. Manschetten klämmer åt om armen och du hör ljud från en apparat som står vid huvudändan. Efter ytterligare förberedelser tvättas den del av kroppen som ska opereras och du känner doften av desinfek-

tionsmedel. Stora gröna lakan klistras på huden och de förklarar att nu är det sterilt, nu ser du inte längre den del av min kropp som ska opereras. Du hör ljudet av ytterligare utrustning som testas och bländas av de två stora operationslamporna som tänds innan personalen har hunnit flyttat iväg lamporna. Du får besked om att du kommer få lugnande läkemedel och smärtstillande om det skulle behövas och att du kommer att bli väl omhändertagen.

Under lokalanestesi är patienten vaken under ingreppet och blir medveten om miljön i operationssalen och om själva ingreppet. Patienters förväntningar och upplevelser av den periopera-tiva omvårdnaden skiljer sig från de patienter som får narkos (Hankela & Kiikkala, 1996). I och med att det blir fler patienter som opereras i vaket tillstånd, ville vi med vår magisteruppsats i operationssjuksköterskaprogrammet ta reda på när patienterna upplevde

sig trygga under en operation och vad vårdpersonalen kunde bidra med för att skapa trygghet.

Vid sökning av tidigare forskning om vakna patienters intraoperativa upplevelser upptäckte vi att det fanns begränsad forskning om detta ämne. Vid närmare litteratursökning upptäcktes att det inte fanns forskning som hade fokus på patienters upplevelser av trygghet intraoperativt. Det saknades även kunskaper om hur personcentrerad vård kunde ges intraoperativt. Målet med magisteruppsatsen blev att erhålla kunskaper om patienters upplevelser av trygghet intraoperativt. Med denna kunskap kunde operationssjuksköterskan se patienten som en person med enskilda behov och kunna ge en personcentrerad vård som eftersträvas enligt kompetens-beskrivning. Syftet med studien blev att beskriva patienters intraoperativa upplevelser av trygghet vid operation med lokalanestesi.



Dalia Printzlow



Erica Masinjila Kron

Bakgrund

Vården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet som tillgodoser patientens behov av trygghet. Vidare ska vården även främja goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen (SFS 1982:763). Vårdpersonalen ska ta hänsyn till individens upplevelser av vården och dess miljö. Utifrån individens specifika situation ska vårdpersonalen beakta behoven av vård och omsorg. Att känna trygghet för sin hälsa är ett behov som finns hos alla människor. Trygghet för vården innebär bland annat en vetskap att vården ska uppfylla medicinska krav och önskemål om personligt omhändertagande (SOU 1979:78). Enligt Riksföreningen för operationssjukvård & SSF (2011) ska sjuksköterskan tillvarata patientens kunskaper och erfarenheter och föra patientens talan utifrån dennes önskemål. Tillsammans med medarbetares kunskaper och erfarenheter och genom teamsamverkan ska en helhetsyn tillämpas på patienten. Sjuksköterskan ska göra det möjligt för patienten att delta i sin vård och behandling genom dialog och vägledning. Patientens trygghet och välbefinnande vid undersökning och behandling ska tillgodoses genom omdöme, kunskap och information. Med personcentrerad omvårdnad ses personen bakom sin sjukdom, åldrande och beteende (Edvardsson, 2010). Det är en vård som strävar efter att synliggöra hela

personen och prioriterar för att tillgodosätta individuella behov (SSF, 2010). Personen ska sättas i centrum och upplevelser av sin sjukdom bekräftas genom att vårdpersonalen försöker sätta sig in i personens situation och utgå utifrån individens perspektiv. Vad det gäller personcentrerad vård är den drivande kraften att skapa en jämvikt i det annars ojämna maktförhållandet mellan vårdare och patient (Edvardsson, 2010). Partnerskap, patientberättelsen och dokumentation är tre nyckelbegrepp som utgör personcentrerad vård (GPCC, 2012).

Metod

Vi genomförde en pilotstudie som var av en kvalitativ forskningsmetod där vi utförde fyra intervjuer. För att sedan kunna tolka och analysera intervjuerna användes en fenomenologisk hermeneutisk forskningsansats.

Resultat

Efter analys av insamlad data framkom fem huvudteman som representerade två till tre subkategorier (tabell 1).

Tillit till vården upplevdes genom att känna trygghet till organisationen. Detta beskrevs genom att trygghet upplevdes då det inte var för långa pauser och väntetider, att personalen utförde sitt arbete och att de olika momenten flöt på. Att bli liggande länge utan att det hände någonting kunde medföra att tankarna svävade iväg och personen kunde få en

negativ tankegång. Genom att känna trygghet till personalens kompetens beskrev deltagarna trygghet utifrån det sättet som personalen arbetade på. Det betonades om utförandet av de olika momenten och hur personerna upplevde utförandet av ingreppet. Det var tryggt för deltagarna att se gott samarbete mellan personalen i operationssalen och hur de arbetade tillsammans för att utföra det planerade ingreppet. Andra saker som framkom var personalens förhållningssätt exempelvis att vara lyhörd för patienten. Trygghet upplevdes även när patienterna fick bekräftelse av att personalen var nöjda med ingreppet. Avledande strategier var också till hjälp som att lyssna på musik och småprata med personalen. Det var viktigt att veta att personalen fanns i närheten och var i operationssalen de befann sig. Trygghet upplevdes även genom att vara kopplad till utrustning med övervakning och att någon hela tiden följde mätvärdena.

Trygghet till vårdmiljön upplevdes genom att dels vara bekant med vårdmiljön, där tidigare operationserfarenheter eller att ha sjukhusmiljön som en arbetsplats bidrog till trygghet. Trygghet till det rena upplevdes genom att operationssalen var ljus, ordnad och städad. Det var viktigt att känna sig bekväm i operationssalen utifrån exempelvis operationssalens atmosfär, genom en lugn och lättäm stämning och att personalen inte var för många. Även operationssalens

Tabell 1

SUBKATEGORIER	HUVUDTEMAN
• Att känna trygghet till organisationen. • Att känna trygghet till personalens kompetens.	Tillit till vården.
• Att vara bekant med vårdmiljön. • Att känna trygghet till det rena. • Att känna sig bekväm i operationssalen.	Trygghet till vårdmiljön.
• Att känna sig välkommen. • Att bli sedd som en person.	Betraktad som person.
• Att känna trygghet till god omvårdnad. • Att känna trygghet genom information. • Att känna trygghet genom kommunikation.	Delaktig i sin vård.
• Över förväntan. • Trygghet till operationen.	Att ha egna föreställningar om ingreppet.

storlek var av betydelse där en liten operationssal uppskattades.

Det var viktigt för deltagarna att bli betraktade som personer. Forskningsdeltagarna kände sig trygga i operationsmiljön när de kände sig välkomna. De tyckte att det som påverkade tryggheten var exempelvis att personalen var trevliga och vänliga som personer. Det som även bidrog till trygghet var vänligt bemötande och omhändertagande av vårdpersonalen. Det beskrevs vikten av att bli sedda som personer och att deltagarna kände sig trygga när de fick känslan av att personalen hade de i sina tankar. Deltagarna uttryckte att det var viktigt att få bekräftelse om att personalen betraktade de som personer med känslor och inte glömde att de var vakna.

Delaktighet i vården upplevdes genom att känna trygghet till god omvårdnad som framkom när personalen inte hade bråttom och gjorde vad de sa. Det var viktigt med tydliga förklaringar under ingreppets gång. Utöver detta berättade deltagarna att det var tryggt när de fick upprepade tillsyn samt att de kunde stämma av med personalen att allt var bra. Att känna trygghet genom information upplevdes då deltagarna fick kontinuerlig information om vad som skedde under operationen. Deltagarna kände sig trygga även genom kommunikationen som skulle vara ständig under hela operationen och att det var viktigt med tvåvägskommunikation.

Deltagarnas egna föreställningar om ingreppet bidrog till trygghetskänslan. När rädslan inför en operation på grund av egna tankar eller tidigare negativa operationserfarenheter motbevisades genom att operationsprocessen gick över förväntan, stärktes trygghetskänslan. Trygghet till operationen beskrevs utifrån hur omfattande operationen var. Deltagarna kände sig mer trygga av att veta att det var en liten operation som skulle genomföras. Vidare berättade informanterna att det var tryggt när operationen utfördes utan några komplikationer.

Diskussion och slutsats

Genom de samlade berättelserna av vakna patienters upplevelser intraoperativt har en förståelse framhävts om vad som skapar trygghet. Det fanns olika faktorer som kunde bidra till trygghetskänsla men faktorerna var även individuella. Det var viktigt med

en välfungerande organisation, kompetent personal, en ren och bekväm vårdmiljö samt patientens tidigare vårdserfarenheter. Det var även viktigt med vänligt och trevligt bemötande, bra omhändertagande och känsla av att vara välkommen. Deltagarna tog även upp vikten av att bli sedda som en person, vara delaktig i sin vård och få bekräftelse av personalen.

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård uppfylls utifrån hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2010:659). Förutom att öka patientsäkerheten genom denna lag anser författarna att detta även ökar patienters upplevelser av trygghet. Detta kan beskrivas utifrån när de olika momenten i vårdkedjan flyter på genom att vården planeras väl inför de kommande ingreppen och har förutsättningar för att utföra ingreppen.

Vårdpersonalens förhållningsätt har visat sig ha en stor betydelse för att skapa trygghet hos patienterna. Till exempel belystes personalens samarbete sinsemellan, sättet de utförde sitt arbete, personalens närhet och placering i operationssalen till deltagarna samt kunskap om den högteknologiska apparaturen. Personalens interaktion med patienten var avgörande för patientens tillfredsställelse av sjukvården därför var bemötandet av patienten viktigt. Operationssjuksköterskans professionella kompetens och yrkesutövning styrs av tidigare erfarenheter, evidensbaserad kunskap, lagar och föreskrifter (Dåvøy et al., 2012). Genom att tillämpa dessa kunskaper i vårdandet av patienten anser författarna att en trygghetskänsla skapas.

Utifrån resultatet anser vi att vårdpersonalen ska se personen i vårdandet och vara lyhörda för vårdtagarens erfarenheter som detta bidrar till trygghet. När en person känner sig trygg kan ett partnerskap mellan vårdgivaren och vårdtagaren formas som gör att vårdtagaren känner sig delaktig i sin vård. Vidare skapar detta förutsättningar för en god relation och att personcentrerad vård kan tillämpas. Därmed kan personcentrerad vård skapa förutsättningar för trygghet. Resultatet visade att det var av betydelse för deltagarna att veta att det fanns personal i närheten och var i operationssalen de befann sig. I och med att patienterna inte kunde särskilja

mellan personalens olika professioner, anser vi att det krävs ett samarbete mellan samtliga professioner i teamet för att kunna arbeta personcentrerat och skapa trygghet. •

Referenslista

Dåvøy, G. A. M., Eide, P. H., Hansen, I., Midenstrand, M., & Törnqvist, L. (2012). *Operationssjukvård : operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

GPCC. (2012). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2013-12-19, från <http://www.gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld/>

Hankela, S., & Kiikkala, I. (1996). *Intraoperative nursing care as experienced by surgical patients*. AORN Journal, 63(2), 435-442. doi: 10.1016/S0001-2092(06)63231-6

Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Tillgänglig: <http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 1979:78. *Mål och medel för hälso- och sjukvården: Hälso- och sjukvårdslag betänkande av hälso- och sjukvårdsutredningen HSU*. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Vardegrund.for.omvardnad.web.pdf>

Fakta: Dalia Printzlow leg. operations-sjuksköterska, Sahlgrenska universitets-sjukhus och Erica Masinijla Kron leg. operationssjuksköterska, Sahlgrenska universitetssjukhus

**Skonsam snabb
Effektiv desinfektion**

Bacillol® 30 Tissues

Färdig att använda,
alkoholbaserad snabb
desinfektion verksam
mot MNV.

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



BODE Chemie GmbH

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



Centraloperation, Solna

På Centraloperation i Solna är många människor i rörelse, dygnet runt, årets alla dagar. En av dem är Stina Hermansson, Operationssjuksköterska på avdelningen sedan 2012. Hennes berättelse om vardagen på Centraloperation är levande och engagerad. Det är ett porträtt av en verklighet som präglas av stort ansvar, men kanske allra mest av teamwork utöver det vanliga.

Det är tidig förmiddag. Ute i sjukhusparken är det stilla och bra kyligt. Frosten känns inte särskilt långt bort. Men inne på Centraloperation är temperaturen behaglig och Stina Hermansson bidrar till värmen i rummet. Hon har en hjärtlighet och den glöd när hon berättar om sitt arbete, som kan tina den mest frostbitna novembersjäl.

Det var 2007 som Stina nyutexaminerad från Jönköping, fick sitt första jobb som sjuksköterska på Stamcellstransplantation på Karolinska i Huddinge. Att flytta till Stockholm kändes spännande och hon hade tur som kände ett par i Spånga där hon kunde bo.

- Det var en fängslande upplevelse och jag ville göra något svårt, något riktigt avancerat för att snabbt få lära mig mycket. Tiden på Stamcellstransplantation levde upp till de förväntningarna och jag stannade i nästan fem år. Där lärde jag mig verkligen vad medmänsklighet innebar, då patienterna var väldigt sjuka och kontakten med de anhöriga blev nära och djup.

Men arbetet var också tungt på grund av samma anledning och till slut kändes det lockande att göra något nytt. En möjlighet att hoppa på en av Karolinska betald vidareutbildning till operationssjuksköterska blev ingången till det nya jobbet på Centraloperation i Solna och här trivs hon bra.

På Centraloperation i Solna finns det fyra olika inriktningar. Gynekologi-Kärlkirurgi, Urologi, Kirurgi samt



Stina Hermansson

Akut och Trauma. Det innebär att spektret på operationer är brett och intressant. Inom varje sektion bedrivs avancerad planerad cancerkirurgi, ofta med robotassistans. På gynsektionen genomförs även planerade kejsarsnitt, som är något som Stina beskriver som otroligt inspirerande.

- Det blir som att jobba med friskvård, det är storslaget när ett liv kommer till världen.

Inom urologi kan det vara blåsoperationer, inom kirurgi - bröst, hals eller tarm och bukoperationer. Och inom Akut och Trauma kan det vara nästan vad som helst, stort och smått.

- Vi har det enda traumaintaget i Stockholm och utför ett stort antal akuta operationer, såsom blindtarmsoperationer, kejsarsnitt, större såromläggningar, utomkvedshavandeskap och akuta bukoperationer. Trafikolyckor är

vanligt. Skottskador och skador resulterade av misshandel och knivslagsmål kommer hit.

Det som är mest slående är ändå känslan av den fantastiska teamanda som präglar Stinas berättelse. Det är en teamanda som motiverar, inspirerar och ger personalen en känsla av värde och sammanhang.

- Det är det som får mig att känna att jag har haft en riktigt bra dag när jag går hem efter ett pass. Att vi i operationssalen inte bara har fungerat oklanderligt utan att vi dessutom haft roligt. Vi har ett helt underbart utbyte av varandra och på Centraloperation vet vi exakt vad som förväntas i våra olika roller. Efter varje operation har vi en uppföljning och vi är duktiga på att både ge och ta emot konstruktiv kritik. Det här gör att vi ständigt blir bättre på det vi gör. Att patienten har fått den bästa vård vi

kan ge är förstås A och O. Dessutom är det här en plats som andas lärande. Förutom att alla får en bra introduktion så handleder alla operationssjuksköterskor studenter undervisar samtliga sjuksköterskor, eftersom det är ett universitetssjukhus. Man går bredvid varandra och lär sig och ett flertal möten är vigda åt enbart fortbildning och utvärdering. På Centraloperation Solna prioriteras omvärldsbevakning och att hålla sig à jour med utvecklingen och att jämföra olika läkemedel, material och instrument är en naturlig del av arbetet. En vanlig dag inleds med morgonmöte och överlämning från natten. Dagens planerade operationer går igenom och vikten av återkoppling kan inte nog understrykas. Lika viktigt är de noggranna kontroller som genomförs löpande. Traumatmaterial, rum och instrument ska vara perfekt iordning, för när något händer kan det handla om minuter och sekunder. Och det är precis vad som händer nu. Larmet går och ett flertal sökare vibrerar och piper. Plötsligt blir det liv i korridoren och ett flertal operationssjuksköterskor, kirurger och undersköterskor



springer genom korridoren för att ta hand om en patient som är på väg in. Stina flyttar sig snabbt åt sidan och frågar om hon kan hjälpa till med något.

Och det är med denna positiva anda som Stina tar farväl. När dörren går

igen till Centraloperation är det den fantastiska teamandan, utvecklingsmöjligheterna och den entusiastiska stämningen, som är det som gör att det här - det är en arbetsplats att rekommendera en vän man vill väl. •



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

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

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

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



Operationssjuksköterska och first assistant vid robotoperationer - nya karriärvägar

Jag utbildade mig till sjuksköterska på Röda Korsets Högskola i Stockholm och tog min examen 2008. Därefter fick jag anställning på en hjärtkirurgisk avdelning på Thoraxkliniken på Karolinska Universitetssjukhuset. Jag trivdes mycket bra med mitt jobb där, men kände efter några år att jag ville specialisera mig. Därför sökte jag landstingets uppdragsutbildning till operationssjuksköterska och fick en betald vidareutbildning med anställning på Centraloperation på samma sjukhus. Jag tog min magisterexamen 2012 och blev under mitt första år placerad med förlängd rotationstid på

urologsektionen. Det var där jag kom i kontakt med robotkirurgi och mitt intresse för det började.

På sektionen är det främst operationer inom urinblåsecancer och prostatacancer som sker med robotassisterad teknik och som är de vanligast förekommande ingreppen hos oss. Det finns tre robotar här, vilket gör oss till ett av de största robotcentra i Europa. Detta innebär också att vi arbetar med robotkirurgi i höga volymer. År 2014 utfördes 700 robotassisterade operationer hos oss.

Intresse för robotkirurgi

I och med min förlängda rotationsperiod som nyanställd blev robotkirurgin en av mina huvudsakliga arbetsuppgifter. Jag har alltid varit nyfiken på att lära mig nya saker och har en stor drivkraft att utveckla mina professionella kunskaper, så jag lärde mig successivt att förstå tekniken bakom och lära mig hantera roboten inför och under operation. Traditionellt har detta varit något som läkarna ensamma kunnat då de operations-sjuksköterskor som roterar aldrig riktigt får tillfälle att fördjupa sig i de



Jane Petersson och Linda Söderkvist

kunskaper som är nödvändiga för att hantera teknologin.

Under mitt andra år som operations-sjuksköterska hade vi en stor europeisk robotkongress hos oss. Kongressen hålls på olika platser runt om i Europa och sker årligen. Kongressen riktar sig till både kirurger och operations-sjuksköterskor inom robotkirurgi. Här fick jag tillfälle att möta en av Danmarks första RNFA:s, Jane Petersson. Titeln står för Registered Nurse First Assistant. Hon höll en föreläsning om sin karriär som first assistant och hennes planer på att starta en certifierad utbildning för andra operationssjuksköterskor. Jag visste att det fanns två operationssjuksköterskor som arbetade som first assistants i Lund och i Stockholm och som blivit upplärda på plats på sina respektive sjukhus, men det har inte funnits någon certifierad utbildning i Sverige.

Efter kongressen tog jag kontakt med Jane och anmälde mitt intresse till utbildningen. Jag har ju också känt att min profession allmänt har för lite kunskaper inom robotkirurgin och att det hindrar oss från att vara en del av teamet inom robotkirurgin som vi skulle kunna vara. Idag iordningsställer operationssjuksköterskan före operationen och avslutar, men däremellan är vi relativt passiva i förhållande till hur vi skulle kunna arbeta och särskilt med tanke på vår specialistkompetens. Robotkirurgi går inte att jämföra med öppen kirurgi, det är helt olika saker och kräver helt andra kunskaper. Men robotkirurgin utgör absolut en plattform för teamarbete, kanske ännu mer än vid traditionell kirurgi. Jag har varit öppen för hur framtiden kan se ut och började känna att vår profession måste hänga med utvecklingen. Antalet robotassisterade operationer bara växer och det gäller många specialiteter inom operation.

Utbildningen

Samtidigt som jag höll mig à jour med när utbildningen skulle starta i Danmark, hade jag samtal med min chefsjuksköterska och läkarchefen på Urologkliniken, min kundklinik. Vi diskuterade operationssjuksköterskans roll inom robotkirurgi, hur framtiden kan komma att se ut och vilken kunskap som kommer att krävas för vår profession. Vi kom överens om att jag skulle få gå utbildningen och att jag skulle få en dag i veckan där jag inte ingår i verksamheten som operationssjuksköterska utan

som first assistant på robotassisterade prostatektomier.

Utbildningen skedde på MIUC (Minimal Invasivt UdviklingsCenter) på universitetssjukhuset i Ålborg, Danmark och startade i april 2014. Men, redan i november 2013 påbörjade jag min interna praktiska utbildning på min hemmaklinik där jag blev tilldelad en mentor, en urolog med erfarenhet inom robotkirurgi. Detta är något som de också rekommenderade från Danmark. Att få certifiering innebär inte per automatik att man är klar RNFA, utan man bör självständigt, under överinseende av robotkirurg, ha assisterat vid 20 operationer innan man kan få titeln. Min mentor var med mig varje gång det var onsdag, den dagen i veckan jag assisterade och gav mig nödvändig feedback samt råd och tips för att jag skulle kunna utveckla min kompetens. Vi hade även teoretisk genomgång inför och efter mina operationer så jag kunde knyta ihop teori med praktik. När det väl var dags för mig att åka iväg till Danmark, hade jag fyra månader av assisterande i bagaget för att kunna ta till mig utbildningen jag fick där.



Träning i black box

Kursen var uppdelad i två moduler med fokus på laparoskopi och hantera robotteknologin. En urolog och gynekolog var kursansvariga tillsammans med Jane Petersson. Vi arbetade mycket med laparoskopiska övningar i s.k. black box, en möjlighet som inte finns för operationssjuksköterskor i Sverige och under den sista modulen utförde vi självständigt laparoskopiska operationer på gris för att få ett så verkligt scenario som möjligt.

Examen som RNFA

I juni 2014 tog jag min examen, Sveriges första certifierade RNFA. Idag

har jag assisterat vid över 90 operationer. Som RNFA sätter jag portar tillsammans med huvudoperatören. Jag arbetar bedside vid patienten och mitt jobb är optimera för huvudoperatören att utföra sin operation. Jag assisterar idag uteslutande inom urologiska operationer och jag måste självständigt kunna hantera eventuella tekniska problem som kan dyka upp då huvudoperatören sitter externt i sin konsol. Mina arbetsinstrument är dels laparoskopiska, men jag använder även olika clipstänger för att stänga av kärl eller dylikt.

Idag har ytterligare en svensk operationssjuksköterska blivit certifierad RNFA. Totalt har det nu examinerats 16 stycken RNFA. Titeln är vanligare i USA, där fler arbetar som RNFA.

Framtiden

Jag ser ljus på framtiden. Jag brinner fortfarande för att utveckla operationssjuksköterskans roll inom robotkirurgi och har börjat skissa på planer för hur vi kan möjliggöra detta hos oss. Jag tror att vi i framtiden kommer att ha robot-operationssjuksköterskor, där specialiteten är

robotkirurgi och vi är delaktiga i ett operationsteam inom alla typer av specialiteter av kirurgin. Vår profession måste vara med på tåget. Det absolut viktigaste för att kunna lyckas är att man får möjlighet att arbeta med volymer inom den här typen av kirurgi. Erfarenhet är a och o för att kunna lära sig hantera alla moment och kunna lösa uppkomna problem. ●

Fakta: Linda Söderkvist, operationssjuksköterska, urologsektionen, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna.



Porträttet

Agneta Backlund

Agneta Backlund har arbetat som operationssjuksköterska i över 40 år och har nyligen avslutat sin yrkeskarriär. Man tycker att det borde vara lätt att få till en telefonintervju med en person som är ledig, men en mera upptagen person än Agneta får man leta efter. En söndagsförmiddag i mars lyckades vi få kontakt och pratade då om Agnetas yrkesval och liv. Redan som liten flicka ville Agneta Backlund bli sjuksköterska. Hennes mamma hade sytt en sjuksköterskeskedräkt till henne och hon minns att hon satt på balkongen och lekte med sina dockor. Redan då var hon målinriktad och visste vilket yrke hon ville ha.

Utbildning

Hon påbörjade grundutbildningen, som då var fem terminer lång, till sjuksköterska i Lidköping 1970 och tidigt kände hon att det var operationssjuksköterska hon ville bli. Under termin 4 kom hon till operationsavdelningen för första gången och kände att det var helt rätt.

Efter grundutbildningen var man tvungen att arbeta som sjuksköterska i sex månader innan det var möjligt att söka vidareutbildningen. De månaderna arbetade Agneta Backlund på en ortopedisk vårdavdelning på sjukhuset i Lidköping.

Sin vidareutbildning gick Agneta i Örebro under ett år. Hon gjorde den första praktikperioden, som också var den längre, på Centraloperation i Kristinehamn, det var en liten operationsavdelning med 4 – 5 operationssalar och det var väldigt trevligt där. Den andra praktikplatsen var på regionsjukhuset i Örebro och varade i tolv veckor varav fyra inom ortopedi.

Arbete

Då Agneta Backlund var klar med utbildningen till operationssjuksköterska var det lätt att få arbete och alla som utbildat sig fick tjänster. Hon ringde till Kärnsjukhuset i Skövde och fick jobb direkt, där började hon arbeta den 1 augusti 1974. Introduktionen till det nya arbetet var kort, hon fick en rundvisning på avdelningen av en väninna och kollega som var färdigutbildad operationssjuksköterska 1 termin före. Sedan var det bara att börja arbeta, för Agnetas del blev det på kirurgisektionen. Efter tre veckors tjänstgöring arbetade hon helg för första gången.

På avdelningen hade man då ett rotationsschema som innebar att man var på varje sal en månad i taget. På det sättet arbetade hon i fyra år, men under 1978 fick Agneta möjlighet att vara en längre period på öronsektionen eftersom den dåvarande sektionsledaren inte var så förtjust i mellan-örekirurgi. Agneta däremot tyckte att det var jätteintressant och lärde sig allt om detta. När sektionsledartjänsten på öron blev ledig något år senare, sökte Agneta den och fick den. Denna tjänst har Agneta haft fram tills hon slutade i vintras.

Under en femårs-period var Agneta också ansvarig för pacemakerverksamheten som utförs på en operationssal på operationsavdelningen i Skövde.

Agneta har läst enstaka kurser i vårdvetenskap och har 10 poäng kvar till kandidatexamen och hon har även handledarutbildning.

Under 10 somrar arbetade Agneta Backlund på Notoddens sjukhus i Telemarks fylke i Norge. Under flera år tog hon familjen med sig och tillbringade två av semesterveckorna där. På operationsavdelningen fanns tre operationssalar och verksamheten innefattade kirurgi, ortopedi och gynekologi, vilket innebar att man måste vara uppdaterad inom alla specialiteterna. I arbetspassen på operationsavdelningen ingick även tjänstgöring på akutmottagningens jourtid.

Engagemang

Agneta Backlund har varit en engagerad distriktssamordnare i Riksföreningen för operationssjukvård sedan början av 2000-talet. Under den tiden har hon anordnat distriktsmöten i Skaraborg en gång per år på något av de tre sjukhusen i Skövde, Lidköping och Falköping. Hon har deltagit vid distriktsmöten där hon ständigt varit involverad i yrkesfrågorna, samt vid höstkongresser och Hygienforum.

Under många år har Agneta varit ansvarig för upphandlingar och kontaktperson gentemot den medicin-tek-

niska industrin. Ytterligare ett år är hon upphandlingsansvarig för område operation på Skaraborgs sjukhus, för bl.a. operationshandskar och sug- och dränageupphandlingen. Det är viktigt med gott samarbete mellan inköparna och brukarna, säger Agneta, för att få produkter som fungerar optimalt i vården till ett rimligt pris.

Sedan 2008 är Agneta Rebeckasyster – ett ordenssällskap som är en gren av Odd Fellow Orden. Det finns tre grader i orden och man blir invald på rekommendation. Man träffas två gånger per månad och i huvudsak sysslar man med välgörenhet. Exempel på insamling av pengar som man gjort är till nallebjörnar i ambulanserna, till craniofascielkirurgi i Göteborg och till Mariestads diakoni för flyktinghjälp.

På fritiden sjunger hon sedan länge i två olika körer Cantabile kyrkokör i Mariestad och Falköpings oratoriekör och nu som pensionär har hon också mera tid över för att umgås med och ta hand om barnbarnen som bor i närheten av hennes hem i Mariestad.

Om yrket

Det bästa med att vara operations-sjuksköterska är att man har en stor kunskap som ingen annan i operationssalen har, säger Agneta, och att man får vara med och bestämma omvårdnaden om patienten tillsammans med de övriga i teamet. En annan positiv sida med yrket är att arbetet är avslutat då man går hem för dagen.

Om man ska säga att något är negativt, menar Agneta att det är arbetsställningarna. Det är viktigt att vi operationssjuksköterskor tar nytta av ergonomer och använder oss av nya metoder t.ex. kamerahållare inom laparoskopin. Det gäller också att man är stresstålig eftersom det ibland kan vara stressigt att arbeta som operationssjuksköterska.

Som avslutning säger Agneta: Skulle jag börja om igen i arbetslivet skulle jag definitivt bli operationssjuksköterska igen! •

Skulle jag börja om igen i arbetslivet skulle jag definitivt bli operationssjuksköterska igen!

Vi testar 6-timmars arbetsdag!

Hög personalomsättning, långa operationer med tung instrumentutrustning och svårt sjuka patienter gjorde att personal och chefer ville prova något nytt, 6-timmars arbetsdag. Marina Henriksson är Vårdenhetschef för avdelningen och är den person som drivit igenom förslaget.

Op1 i Mölndal bedriver framförallt ortopedisk verksamhet och i viss utsträckning annan verksamhet på yttre kliniker på sjukhuset. Det finns sju operationssalar, men oftast är det endast verksamhet på sex av dem på grund av att det saknas personal. Salarna bemannas med en operations-sjuksköterska, en anestesijsjuksköterska och en undersköterska. Det är lika mycket elektiv som akut verksamhet som bedrivs.

Enheten har haft problem med hög personalomsättning och använt personal från bemanningsföretag för att kunna bedriva verksamhet. Några av anledningarna till den höga personalomsättningen har varit långa, avancerade operationer med tunga instrumentgaller och svårt sjuka patienter. Korta operationer med lite utrustning finns nästan inte alls att kombinera med.

Personalen ville förbättra arbetsmiljön och försöka minska den höga personalomsättningen, tillsammans med cheferna, satte de sig och arbetade fram ett förslag. Förslaget innebar att arbeta 6 timmar/arbetsdag eller 10-timmar på ett nattpass. Timmarna räknas efter en kvoteringsmodell, 1 timme genererar 1,33 timmar. Ett villkor var att arbeta sina sex timmar utan lunchrast på dagpassen. Förhandlingar med de fackliga förbunden har genomförts och modellen har godkänts enligt ovanstående av de fackliga förbunden. Medarbetarna har 1 dag/vecka som utbildningstid och dessa timmar ingår inte i kvoteringsmodellen. Den genomsnittliga arbetstiden är 32 timmar/vecka. Schematiderna som gäller är kl. 7-13, 12.30-18.30 och 15.30-21.30 och



Marina Henriksson

nattpassen är på 10-timmar. Arbets-tidsmodellen kommer att testas under två år och därefter utvärderas.

Vid införandet testades det i mindre skala för att se om HR-system, schema, lön m.m. fungerade tillfredsställande eller om någon justering behövde göras. De som ville börja testa i höstas, fick anmäla sitt intresse

till berörd chef. Kriterierna var att medarbetaren måste arbeta heltid och vara flexibel om arbetstiden behövde justeras. När testperioden var över började tidsmodellen gälla all personal på avdelningen. Flera av medarbetarna som tidigare var partiellt föräldralediga har valt att börja arbeta 100 procent istället. De upplever att deras tid med barnen är densamma som tidigare, även om de idag arbetar heltid.

Kvoteringsmodellen är mer bemanningskrävande och rekrytering av personal har genomförts. Det har varit lätt att rekrytera både anestesijsjuksköterskor och undersköterskor. Däremot har det varit svårare att anställa operationssjuksköterskor, så det finns fortfarande vakanta tjänster och inhyrd bemanningspersonal. En svårighet framöver är att motivera kostnadsökningen i förhållande till hur personalen upplever sin arbetsmiljö. Kan personalomsättningen minska och behovet av bemanningspersonal upphöra kan det vara lättare att motivera en fortsättning efter de två åren säger Marina Henriksson. •

Årsmöte



Kallelse till årsmöte

Riksföreningen för operationssjukvård
håller årsmöte den 29 maj 2015, kl 13.00
på World Trade Center i Stockholm.

Välkommen!

THERE IS A THIN LINE BETWEEN INFECTION AND SUCCESSFUL SURGERY.



YOU ARE WATCHING IT.

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

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

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

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

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



Rapport Chefsnätverk - 11 mars 2015

Den 11 mars hade chefsnätverket sin årliga vårsammankomst. Det var 21 chefer från hela landet anmälda, väl på plats blev det dock endast 15 personer då influensan slagit till.

Veronica Dahlgren, ny nätverksansvarig, hälsade alla välkomna och gick igenom det tänkta upplägget för dagen. Utifrån tidigare önskemål så var det ingen föreläsare med denna dag, utan det var nätverkande rakt igenom. Genom kafébords diskussioner med givna teman, bemanning och lönekriterier på förmiddagen och ombyggnation och nybyggnation efter lunch. Här följer Veronicas sammanställning av deltagarnas diskussioner utifrån de olika temana.

Bemanning

Vi fokuserade på hur vi kan behålla och rekrytera till en arbetsplats som är attraktiv. Här kom det upp många bra förslag och att vi alla har samma problem oavsett vart i Sverige vi befinner oss. Vi som chefer måste börja tänka utanför boxen hitta på attraktiva lösningar för våra operationssjuksköterskor. Förslag och diskussioner som kom upp var flexibla scheman kanske bara arbeta dagtid, enbart natt (vid treskift anställning). Arbeta på två ställen exempel operation/akuten, operation/mottagning. Arbetstidsförkortning kom också upp. I Mölndal utanför Göteborg provar de 6 tim-



Veronica Dahlgren

mars arbetsdag på en operationsavdelning där de arbetar dagtid med elektiv ortopedi försöket ska pågå i två år. Trainee program kom också upp. Många strävar efter att ha två operationssjuksköterskor på sal kan ta varannan operation lite mer omväxling. Titta på Norge hur arbetar de dit våra operationssjuksköterskor åker inte bara dit för lönen. Omväxlande arbetsuppgifter hinna söka och läsa artiklar hänga med i forskningen. Perioperativ omvårdnad kom också upp många är intresserade av detta. Hur kan vi lösa detta intresse?

Lönekriterier

Alla sjukhus har sina olika lönekriterier. En del använder sig av tre tårbitar yrkesteknisk kompetens, personlig

kompetens och verksamhetskunskap. Vilka sätter upp kriterierna på en operationsavdelning? I Sundsvall sätter de fackliga tillsammans med arbetsgivaren upp kriterierna och bestämmer vilket kriterier som ska vägas tyngst under året vilket kan variera från år till år. På en annan operationsavdelning så sitter arbetsgivaren och representant från varje kategori och bedömer utifrån kriterierna. Vi diskuterade också vad basen är för en operationssjuksköterska och hur mycket ska de ge i lönepåslag.

Nybyggnation/ombyggnation

Jag tror att hela Sverige håller på att bygga nytt, bygga om eller har precis flyttat in i det helt nya eller i det ombyggda. Vi pratade väldigt mycket om ventilationen och hur mycket vi kan påverka vilken sort vi vill ha. Vi var alla eniga om att vissa saker redan var bestämt bland annat ventilationen. Vi diskuterade och delade med oss av varandras erfarenheter under nybyggnation vi är alla i olika faser några är klara, några har precis gjort en förstudie. Intressant och lärorika diskussioner vi var överens om att det är viktigt att se till att medarbetarna är med och tycker och tänker om den nya avdelningen/sal som ska byggas/byggas om. Jag fick jättemycket bra tips inför vårt nybygge och hur viktigt det är med någon som håller i flytten en "koordinator" så att tidsplanen följs och att denna person även blir viktig efter det flytten är gjord.

Sammanfattning av dagen

Alla var nöjda med dagen. Några ville ha en föreläsning andra tyckte att dessa öppna diskussioner behövs. Jag ska försöka se till alla blir nöjda. Trött och nöjd efter mitt första chefsnätverk träff som ansvarig. Jag har fått till mig många bra tips och önskemål vad vi ska fortsätta att arbeta med för att stärka vår roll som chefer/ledare. •



Clarion Sign, Stockholm



Hedersmedlemmar

Hedersmedlem är en titel som föräras en operationssjuksköterska som genom förtjänstfulla insatser har haft betydelse för utvecklingen av operationssjuksköterskans profession eller för den perioperativa omvårdnaden.

Riksföreningen för operationssjukvård har för närvarande nio hedersmedlemmar. Två av dem utsågs under jubileumsåret, Marie-Louise Lundholm och Ulla Ots.

Marie-Louise Lundholm var verksam först i styrelsen i MAF, Medicintekniska assistentföreningen. Efter sammanslagningen då Riksföreningen för operationssjukvård bildades 1986, fortsatte Marie-Louise sitt styrelseuppdrag och blev småningom föreningens sekreterare fram tills 2000. Hennes yrkesliv har innefattat bl.a. arbete som instruktör för fältsjukhus på regementet i Linköping och lärare på vårdutbildningar.

Marie-Louise Lundholm har arbetat som operationssjuksköterska på C-opkir, Universitetssjukhuset i Linköping 1974-2003. Därefter har hon arbetat på plastikoperation i Linköping.

Ulla Ots presenterades närmare i porträttet i Uppdukat nr 2 2014. •



Foto: Pro Sjöberg

Från vänster: Siv Stenerås, Lisbeth Rydin, Marie-Louise Lundholm, Kerstin Persson, Gun-Britt Wård, Ragnhild Alfvén, Barbro Redin och Ulla Ots.



Distriktsmöten

Göteborg 16 februari 2015

Text: Ann-Sofie Karlsson och Monica Kelvered, distriktsamordnare

Måndagen den 16/2-15 hade Distrikt Göteborg 1 och 2, sitt distriktsmöte på Drottning Silvias barnsjukhus i Göteborg. Det var personalen på dagoperation som stod för värdskapet och ansvarade för programmet. Ett mycket lyckat innehåll. Mötet började med lite mingel och mat, så att alla fick hälsa på varandra. I år var vi 30 deltagare.

Sen var det dags att köra igång programmet och som första presentation var distriktsamordnarna. Ann-Sofie presenterade hur Riksföreningen för operationssjukvård arbetar och om Riksföreningens hemsida.

Lena Sundquist, vårdenhetschef och operationssjuksköterskan Lena Hagström, fortsatte sedan med att berätta om verksamheten på Barndagoperation. Vi fick veta vilka operationer som utförs och hur en dag samt en vecka ser ut hos dem. De berättade också om de informationsbroschyrer

de utvecklat och tryckt upp, för att delas ut till barn och föräldrar inför att barnet ska genomgå en operation. Broschyrerna finns på olika språk. Presentationen avslutades med att Gundela Holmdahl, Överläkare och Sektionschef på barnurologen, föreläste om barnurologiska operationer bl.a. hypospadi.

Efter detta tog vi en liten bensträckare och kaffe innan Ann Folin, Clinical Nurse Advisor på Mölnlycke Health Care, berättade för oss om EU-direktivet, som vi alla måste följa, om att arbeta säkert. Detta passade bra in då temat för den perioperativa sjuksköterskans dag var "Sharps safety begins with you". Vi fick nog alla en rejäl tankeställare om hur vi måste ändra våra rutiner och arbetssätt för att skydda oss själva. Det är ju för vår egen skull dessa riktlinjer tagits fram, så vi inte blir smittade och för smittan vidare, kanske till nära och kära. Vi är en väldigt riskutsatt grupp!

Skåne 4 februari 2015

Text: Ingrid Andersson, redaktör, Uppdukat

Årets möte hölls på Lunds universitetssjukhus. 17 operationssjuksköterskor deltog på mötet och det var en glad och lättäm stämning i föreläsningssalen. Mötet öppnades av Eva-Lena Isaksson och Marie Avinder, båda distriktsamordnare. Vi hade en kort presentationsrunda där det bl.a. visade sig att det var en variation från 2 år till 30 på vår yrkeserfarenhet som operationssjuksköterskor.

Emma Olsson och Rebecka Samuelsson, operationssjuksköterskor på kir operation i Malmö respektive i Lund, berättade om deras kommande resa som volontärer i Tanzania. De ska vara borta i två månader varav arbeta på ett sjukhus i sex veckor. Sjukhuset bedriver vård för HIV- och Aids-

sjuka, för kirurgi-, gynekologi- och pediatrikpatienter. Där finns ca 300 sängplatser och 1 operationssal. Operationssalen har nyligen blivit renoverad efter att ha varit stängd på grund av sanitär olägenhet. Detta är ett allmänt statligt sjukhus, vilket innebär mindre ekonomiska medel, men det finns även privata alternativ. När mötet hölls visste de inte så mycket mer, men de hoppades få arbeta lite på operationssalen, annars trodde de mest de skulle få vara på avdelningarna. Under de sista veckorna skulle de också resa till Kenya, för att besöka ett barnhem där Rebecka tidigare har arbetat. De lovade att skriva om sin resa när de kom hem och publicera i Uppdukat. Marie Avinder, som nu arbetar som hygiensjuksköterska, höll en föreläsning om Ebola. Det är ett allvarligt läge i Afrika framförallt i Sierra Leone, Liberia och Guinea. Sjukdomen smittar som mest efter döden och den sprids via kontaktsmitta. Från början kommer sjukdomen från djurriket. Ungefär 2500 personer har utbildats i av- och påklädning vid Ebolasjukdom. Det är främst ambulanspersonal och personal på



Emma Olsson och
Rebecka Samuelsson



infektionskliniker. Det finns 300 vårdplatser i Sverige och alla följer Socialstyrelsens rekommendationer.

Som avslutning informerade Marie Afzelius om vad som är aktuellt i vår riksförening. Medlemsantalet har ökat med 89 personer. Skåne ska delas in i tre distrikt, SUS, Sund och Kryh med vars en distriktsamordnare och separata distriktsmöten för att det ska bli lättare att träffas. Vi gick igenom strukturen på vår nya hemsida på nätet och klickade runt och tittade på de olika nätverken. Det finns ett vetenskapligt råd och ett kvalitetsråd. Dessa arbetar med arbetsuppgifter som de får från styrelsen och kvalitetsrådet arbetar bl.a. fram rekommendationer som vi kan följa på våra arbetsplatser. Vi fick också information om de stipendier som finns att söka via riksföreningen. Dessa är supportstipendium som kan användas som ett bidrag då man vill besöka någon annan klinik eller en kongress och Riksföreningen för operations- och sjukvårds stipendium för deltagande i Höstkongressen 2015. Mer finns att läsa på www.rfop.se där det också står om kommande aktiviteter under våren och hösten. Vi fick baguette och vatten, samt kaffe/te och goda hembakta bullar som Eva-Lena hade bakat. •



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



Universitet: Umeå Universitet, Institutionen för omvårdnad
Ort: Umeå
Datum: januari 2015
Kursansvarig: Harrieth Söderström
Studenter: Från vänster; Viktoria Ström, Therése Hellsten, Emma Sandell, Maria Lindén, Annelie Holmberg, Maria Johannessen, Gustav Hagvall.

Universitet: Karolinska Institutet **Ort:** Stockholm
Kursansvarig: Ann-Mari Fagerdahl och Eva Torbjörnsson



Uppdragsutbildning



Reguljärutbildning

Vill du medverka som revisor i något av projekten Säker Bukkirurgi eller Säker Traumavård?

Som revisor ingår du i ett tvärprofessionellt team vars gemensamma uppgift är att hjälpa sjukhuset och regionen att hitta möjligheter i förbättringsarbetet. Teamet består av 5 till 6 personer med olika professioner och erfarenhet.

Uppdraget

Den sammanlagda tidsåtgången för att revidera ett sjukhus är sju till nio arbetsdagar varav några är bestämda på förhand, startseminariet på två dagar och platsbesöket på en dag vid Säker Bukkirurgi och tre dagar för Säker trauma vård. Restande dagar disponeras fritt. En revision består av följande moment: En dags inläsning av sjukhusets självvärderingsrapport inför startseminariet, gäller båda projekten.

Säker Bukkirurgi

- Startseminarium den 7 – 8 september 2015 i Stockholm.
- Följande kirurgkliniker medverkar i omgången VT15 – Eksjö, Karlskrona, Karlstad, Skellefteå, Torsby, Västervik, Östersund. Platsbesöken planeras genomföras under perioden den 15 september – den 16 oktober 2015. För att kunna inleda platsbesöket på morgonen behöver man oftast resa till orten redan kvällen innan.
- Återföringsrapport och åtgärdsöverenskommelse. Teamet väljer själv sina arbetsformer. Några team har valt att direkt efter platsbesöket göra klart ett utkast till återföringsrapport och förslag till åtgärdsöverenskommelse. Andra gör det per mejl eventuellt i kombination med en telefonkonferens. Återföringsrapport och förslag till åtgärdsöverenskommelse mejlas till verksamhetschefen senast den 13 november 2015. Detta moment tar ca två dagar, beroende på hur teamet väljer att arbeta, vilket mer eller mindre disponeras fritt.
- Uppföljning av genomförda åtgärder ska göras senast i maj 2016 då några i revisorsteamet åker till kliniken för ett uppföljande platsbesök som beräknas ta ca en halvdag. Teamet stämmer av att åtgärderna har genomförts och kliniken lämnar en skriftlig åtgärdsredovisning.

Säker Traumavård

- Startseminarium den 14–15 september 2015 i Stockholm.
- Platsbesök på sjukhuset genomförs den 19–20 oktober 2015. Dagarna avslutas med ett möte tillsammans med sjukhusets representanter och de medarbetare man har bjudit in. Teamet ger en preliminär muntlig rapport av sina iakttagelser om både styrkor och förbättrings-möjligheter. För att kunna inleda platsbesöket på morgonen den 19 oktober kan man behöva resa till orten redan kvällen innan.
- Återföringsrapport och åtgärdsöverenskommelse. Arbetet med återföringsrapporten påbörjas direkt efter platsbesöket den 21 oktober i Göteborg och ska vara klart senast den 6 november 2015, därefter sluts en åtgärdsöverenskommelse med sjukhuset.
- Uppföljning av genomförda åtgärder görs i slutet av våren 2016 då några i revisorsteamet åker till sjukhuset för ett uppföljande platsbesök som avslutas med en skriftlig åtgärdsredovisning.

Ersättning

De kliniker som medverkar med revisorer erbjuds ett schablonberäknat bidrag motsvarande lön för sju till nio arbetsdagar. För granskning av en klinik uppgår bidraget till 9 arbetsdagar/20-delar av ordinarie månadslön + 31,42% för lagstadgade sociala avgifter. För de revisorer som deltar vid det uppföljande platsbesöket lämnas ytterligare ersättning. Patientförsäkringen LÖF står för logi och resekostnader.

Anmäl dig till: maria.svensson@rfop.se

AVIDICARE

PERFECT CARE WITH PERFECT AIR



Opragon®

Nytt förtroende för Avidicare AB

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

"Valet föll på Avidicares lösning..."

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



AVIDICARE

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

POSTTIDNING B

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

GULDKONGRESSPONSORER



SILVERKONGRESSPONSORER

